

Laure WILCZYNSKI-GONOS

Promotion 2017-2020



Panser, au-delà des odeurs...

Travail de Fin d'Études présenté pour l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmière
UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directeur de mémoire : M. Bernard COLLET

Rendu le 24 mai 2020

Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales
D'Avignon et du Pays de Vaucluse

Note au lecteur

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie
sans l'accord de son auteur »

« Le nez fait toujours fonction de sentinelle avancée qui crie : qui va là »
BRILLAT-SAVARIN cité par DUPERRET DOLANGE, 1993, p.6

« Qui maîtrisait les odeurs, maîtrisait le cœur des hommes »
Le parfum (1985), Patrick SÜSKIND

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier particulièrement M. Bernard COLLET, mon directeur de mémoire, pour sa guidance et ses conseils avisés.

Je remercie Isabelle DALLANT, Rébecca LEFEBVRE et Anne-Lise NADAUD pour leur aide et leur soutien lors de mes recherches de documentation. Sans elles, mon mémoire ne serait pas ce qu'il est advenu.

Je remercie mon amie Anne pour ses corrections et mon acolyte Fatima qui a été présente à mes côtés pendant ces trois années d'études en soins infirmiers.

Je remercie les infirmiers qui ont accepté de me rencontrer et qui ont répondu à mes questions concernant ce travail.

Je dédie ce mémoire à mes enfants et à mon mari. Je les aime d'autant plus pour leur patience et leur soutien pendant ces trois longues années.

Tous mes remerciements aussi à toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien et qui ont ainsi contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, travail essentiel pour l'obtention de mon diplôme d'état infirmier.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	6
2	Situations d'appel	8
2.1	Situation 1.....	8
2.2	Situation 2.....	10
2.3	Situation 3.....	11
2.4	Analyse des situations	12
3	Questionnement de départ	15
4	Phase exploratoire.....	17
4.1	Cadre de référence.....	17
4.1.1	La sémantique de l'odorat	17
4.1.1.1	Définitions.....	17
4.1.1.2	Le vocabulaire de l'odorat.....	18
4.1.1.3	L'anthropologie des odeurs	21
4.1.1.4	L'odorat, les odeurs à travers l'Histoire	23
4.1.1.5	Impact des odeurs.....	24
4.1.1.6	Le « tabou » des odeurs.....	26
4.1.2	L'odorat et la mémoire.....	27
4.1.2.1	Comment fonctionne notre odorat ?.....	27
4.1.2.2	La mémoire olfactive	29
4.1.3	La relation soignant soigné.....	32
4.1.3.1	« Soigner », « Faire des soins » et « Prendre soin ».....	32
4.1.3.2	Les émotions du soignant.....	33
4.1.3.3	Les mécanismes de défense des soignants	35
4.1.3.4	L'hôpital et les odeurs	36
4.1.3.5	La relation « soignant-soigné » et les odeurs	39
4.1.4	Le sens des sens.....	41
4.2	Méthodologie exploratrice	44
4.2.1	Présentation de la méthode	44
4.2.1.1	Les outils d'enquête	44
4.2.1.2	Les terrains investigués	45
4.2.1.3	Les professionnels interrogés	46
4.2.2	Enquête de terrain et analyse des résultats	46
4.2.2.1	Réalisation de l'enquête de terrain	46
4.2.2.2	Traitements des données recueillies	49
4.2.2.3	Analyse des données recueillies.....	50
5	Problématique.....	66
6	Conclusion.....	68
7	Bibliographie	69
8	Annexes	76

1 INTRODUCTION

Passer devant une boulangerie tôt le matin nous amène à voyager à travers nos souvenirs d'enfance ou nous faire saliver juste avec quelques émanations de bonnes odeurs. Rencontrer une personne, sentir son parfum, peut éveiller des émotions surprenantes voire enflammées. Rester coller derrière l'arrière-train d'une benne à ordures peut nous faire abhorrer les odeurs au point d'en avoir des hauts le cœur, la nausée.

En fait, une simple odeur peut, d'un coup d'un seul, nous bouleverser en faisant remonter des émotions ou simplement nous amener à analyser un langage d'instant. L'odorat fait partie de nos cinq sens. Il est un organe sensoriel qui nous confronte à nos émotions, à nos sensibilités. Souvent considéré comme inutile, réducteur voire subjectif, l'odorat est difficilement contrôlable et appartient à chacun.

A travers mes différents stages, j'ai été confrontée à des situations qui ont mis en exergue mes sens et plus particulièrement mon odorat. Ce sens a été fortement sollicité et a induit implicitement des réactions de ma part. Je ne pensais pas qu'il pouvait autant s'insinuer dans ma prise de décision, modifier mon humeur et même bouleverser ma posture professionnelle.

Pour ne pas voir, nous pouvons détourner le regard. Pour ne pas toucher directement un patient, nous pouvons mettre entre lui et nous une fine paroi en latex. Rarement nous utilisons le sens du goût dans notre métier. Ne pas vouloir entendre un patient qui pleure, qui hurle, qui rit, de simples bouchons d'oreilles suffisent pour mettre de la distance ou tout simplement, il nous suffit de ne pas franchir sa porte... mais avoir un nez c'est nous mettre face à l'autre car même l'onguent le plus subtil ne fera pas disparaître les senteurs.

Lors de mes trois années d'études infirmières, j'ai souvent été stupéfaite par les réactions, les attitudes, les paroles de certains professionnels face aux odeurs. Je les pensais mieux armés pour faire face aux impondérables des soins. Je les imaginais détenteurs des ressources nécessaires pour les appréhender. Naïve que je suis, je ne peux toujours pas me résoudre à penser que les soignants restent tout simplement des hommes et des femmes capables du meilleur comme du pire.

Pour mon travail de fin d'études, il m'a semblé essentiel d'avoir un sujet captivant éveillant en moi une attitude réflexive. Les odeurs s'inscrivent dans le quotidien des soignants mais quel sens donnent-ils à l'odorat à travers leur prise en charge des patients ?

Dans un premier temps, j'exposerai mes trois situations d'appel avec l'analyse s'y rapportant qui fera émerger mon questionnement de départ. Ensuite, je développerai un cadre de référence où je reprendrai les thèmes essentiels de ma phase de questionnement. Puis, je présenterai ma méthodologie exploratrice qui comprendra une présentation de la méthode et une analyse de résultats des entretiens réalisés. Et enfin, je terminerai par une synthèse de la recherche mettant en lumière la problématique finale et la conclusion de ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

2 SITUATIONS D'APPEL

2.1 Situation 1

Au tout début de mes études, lors de mon premier stage, j'ai travaillé dans un centre de soins de suite et de réadaptation. On m'a affecté au secteur 1, secteur comprenant une quinzaine de patients.

L'un d'eux était un homme d'une soixante d'années, qu'on prénommera Monsieur Andrews. Son dossier patient indiquait qu'il était OH, fumeur, diabétique et qu'il était placé dans ce service à la suite de son refus de soins dans le service de chirurgie orthopédique. En effet, plusieurs mois en arrière, il avait été opéré pour une prothèse de hanche. A la suite des soins post-opératoires, une infection s'est déclarée le renvoyant au bloc opératoire une seconde fois pour un nettoyage et une cure d'antibiotiques. Présument que les thérapeutiques avaient fonctionné, il fut renvoyé chez lui. Or, quelques semaines plus tard, algique, pyrétiq et avec une hanche inflammatoire, le patient était atteint d'une nouvelle infection. Affaibli, ce dernier a refusé la nouvelle proposition d'intervention.

Selon le psychiatre du service, le patient avait perdu toute confiance dans le corps médical et était dans le déni de sa pathologie. Il était persuadé qu'il ne pouvait pas mourir en refusant cette intervention. L'antibiothérapie pouvait suffire selon son point de vue. C'était un patient avec un caractère affirmé, un humour noir voir cynique et déroutant. Malgré cela, j'avais réussi à mettre en place avec lui une communication un peu « caustique » basée sur une confiance de proximité au fur et à mesure de mon stage.

Pendant les cinq semaines de mon stage, j'ai vu l'état général de Monsieur Andrews se dégrader progressivement au fil des jours. Il a fini par avoir de nombreuses escarres aux jambes et aux niveaux des épaules ainsi qu'au sacrum, une escarre de stade 4. Sa détérioration corporelle a généré une odeur particulière et difficilement tolérable pour la plupart du personnel paramédical. En effet, bien avant l'entrée dans sa chambre, une odeur nauséabonde envahissait nos narines de manière diffuse. Cela mettait les sens en émoi. Les soignants incommodés venaient lui faire la toilette à tour de rôle pour ne pas être confronté à l'odeur de putréfaction. Lors des relèves, on passait vite sur « le cas » désespéré de M. Andrews et des « petits » désagréments l'engageant.

Tous les matins, les aides-soignants s'occupaient de lui et nous appelaient ensuite pour le changement de pansements d'escarres. Ce jour-là, je suivais un infirmier dans ses réfections de pansements. Je n'avais jamais travaillé avec lui avant cette journée. Ce soignant était infirmier depuis plus de cinq ans tout en ayant déjà travaillé dans différents services hospitaliers. Il s'énonçait comme un soignant d'expériences et « être à toutes épreuves ». Ce matin-là, la toilette du patient avait pris du retard alors il a décidé de le prendre en charge pour soulager l'équipe. Dès l'entrée en chambre, le soignant a changé de physionomie. Il a témoigné de manière spontanée sa répulsion face à l'odeur et cela devant le patient : « P..., ça pue !! C'est une infection !! Comment vous pouvez le supporter ? ».

J'ai été surprise par cette réaction et son manque de retenu. C'était humiliant voire avilissant pour le patient. Je ne savais pas comment réagir. J'étais dépitée face à son attitude. Malgré ça, nous l'avons déshabillé pour la toilette. Monsieur Andrews ne disait mot. Nous avons travaillé de manière protocolaire du plus propre au plus sale sans dialoguer avec lui. Les gestes de l'infirmier étaient mécanisés sans aucune empathie ni sympathie. Il avait le regard dans le vague et parfois me dévisageait avec un visage de dégoût et de répulsion. Il était en apnée.

Au moment de la toilette intime, l'infirmier a ouvert la protection dégageant ainsi des selles malodorantes. Un mélange d'émanations fétides s'est insinué jusqu'à nos narines. L'infirmier semblait davantage dégoûté, écœuré. Il était blanc comme un linge. Il ne tenait plus en place. Il passait d'une jambe à l'autre. Je voyais bien qu'il essayait de dominer ses instincts en continuant la toilette des parties intimes de M. Andrews. Puis, il m'a demandé de l'aider à le retourner afin de continuer les soins d'hygiène et de panser l'escarre sacrée. J'ai aidé le patient à se mettre sur le côté. Dénudé, sa peau était froide. Il me semblait logique à cet instant de le couvrir en lui mettant son haut de pyjama. Or, l'infirmier était tellement pressé d'en finir qu'il n'était pas du tout axé sur le patient. L'infirmier a enlevé le pansement d'escarre. J'ai observé à ce moment précis, une décomposition de ce dernier, une expression de répulsion. Il était ébranlé. Je l'ai vu ravalé sa nausée... Il m'a dit d'un seul coup : « Je reviens. J'ai oublié quelque chose !! ». En l'espace d'une seconde, je me suis retrouvée seule avec M. Andrews. Mal à l'aise, honteuse et gênée par l'attitude de l'infirmier encadrant, j'ai essayé de communiquer avec lui. Le patient s'était littéralement replié sur lui-même. L'homme plein de malice, d'humour s'était évanoui. Il n'existait plus. Et j'en étais accablée.

Je suis restée ainsi presque dix minutes à attendre le retour de l'infirmier. J'ai recouvert M. Andrews de son drap afin qu'il puisse se réchauffer. Cette absence m'a paru une éternité. Quand

il est revenu, il n'a formulé aucune excuse. Il a continué à retenir sa respiration. Il a nettoyé succinctement l'escarre du bout des doigts avec une expression d'écœurement et de dégoût. Il a mis un pansement MEPILEX puis une nouvelle protection. Il a rangé rapidement le matériel et est sorti de la chambre.

Soulagé d'être à l'extérieur de la chambre, il a pris une grande inspiration. Les muscles de son visage se sont enfin relâchés. Il m'a présenté ses excuses pour m'avoir laissé seule et de n'avoir pas pu s'occuper de l'escarre du patient comme il aurait dû le faire. La situation l'a dépassé. L'odeur l'a dégoutté. Il m'a avoué qu'en sortant, il est parti vomir. J'ai été surprise par cette confiance. Je lui ai demandé s'il a toujours réagi ainsi lors de la réfection de pansements et particulièrement d'escarres. Il me confirma que c'était la première fois. Il n'a jamais eu une réaction aussi violente. Il ne se reconnaissait pas lui-même...

Avant la fin de mon stage, le patient était suivi par les soins palliatifs. Son état se dégradait de jour en jour et la fin se faisait pressante. Il est, malheureusement, décédé quelques jours après mon départ.

2.2 Situation 2

La seconde situation s'est déroulée en clinique privée. La population soignée dans cet établissement est hospitalisée pour des séjours de courte durée, des chirurgies ambulatoires ou des urgences spécifiques. Le service est constitué d'une petite équipe soudée, à l'écoute des patients et professionnelle. Le retour des patients quant à leur séjour témoigne et confirme leur prise en charge efficiente.

Ce jour-là, nous avons accueilli un patient, M. Martin, un homme d'une quarantaine d'années, marié, une fille d'une vingtaine d'années, de profession maçonnerie venant des urgences de Carpentras. Blessé au visage, l'homme est conscient mais somnolant. Il est sous morphinique en raison de la double fracture de la mandibule inférieure due à une chute d'un échafaudage. Nous aidons les ambulanciers à l'installer dans sa chambre.

La quasi-totalité du personnel soignant est entrée dans la chambre du patient afin de voir les conséquences de la chute, la « spectaculaire fracture » déclarée par les urgences. Le personnel se rend vite compte de l'alcoolisation et de l'état d'incurie du patient. Très rapidement, l'atmosphère de la chambre s'est viciée. Inexplicablement, le comportement des soignants

change. Plus personne ne veut rentrer dans la chambre tant l'odeur est désagréable et rebutante. Cela sent le rance, la saleté, la transpiration et les vapeurs d'alcool. Toutefois, une aide-soignante se dévoue pour faire la liaison entre le patient et les infirmières. L'aide-soignante fait le minimum requis au niveau de la prise en charge mais elle prend sur elle. Elle rentre en apnée dans la chambre et parle vite tout en étant hésitante à toucher le patient. Elle se retrouve seule avec moi pour la toilette post-opératoire. Cette toilette est rapide, sans chaleur. La conversation est restreinte au minimum en raison de la morphine administrée précédemment.

En sortant du « soin », nous faisons le point sur l'état de santé du patient avec le reste de l'équipe. Ils échangent sur le patient, interprètent les éléments constitués aux urgences, extrapolent sur les motifs de la chute, critiquent l'hygiène, supputent sur les raisons de l'alcoolisme du patient et les risques encourus de boire sur son lieu de travail. Ils finissent par partir dans un « délire » sur les odeurs de la chambre et du patient. Ils dénigrent, critiquent et témoignent d'un manque significatif d'empathie. Les mots sont durs et sans détour. A les voir, si désabusés par l'odeur du patient, je me suis demandée si le côté aseptisé de l'ambulatorio, douche bétala la veille au soir, puis celle du matin puis celle post opératoire aurait finalement rendu l'odorat de mes collègues plus sensibles aux effluves mal odorantes. Le patient n'a finalement pas été opéré en raison de son taux d'alcoolémie trop élevé. En moins de trois heures, il est reparti aussi vite qu'il est arrivé. Mes collègues ont été « soulagés » surtout l'infirmière du secteur hospitalisation. J'ai découvert à quel point l'odeur de ce patient a changé l'état d'esprit du service. Et finalement comment une simple odeur a pu les éloigner de la relation soignant/soigné et les pousser dans une certaine forme de discrimination.

2.3 Situation 3

Ma troisième situation est beaucoup plus personnelle. En deuxième année, dans le service hospitalisation de la même clinique privée où j'ai travaillé précédemment, j'ai rencontré un patient qui m'a beaucoup touché. M. Henri, 84 ans, est rentré pour une prothèse totale de hanche gauche. A peine opéré, il était debout, actif et énergique.

Le lendemain de son opération, il m'a demandé si je pouvais l'accompagner à la salle de bain pour qu'il puisse faire sa toilette. Autonome, il m'a remercié puis je suis sortie. Une heure plus tard, je suis rentrée dans sa chambre pour lui amener des antalgiques.

À partir de mon entrée dans la chambre, j'ai été décontenancée. Il y régnait une odeur singulière, métallique et très masculine. Elle m'a ébranlée. Elle m'a plongée dans une sorte de torpeur, de stupéfaction intérieure. Cette odeur me rappelait vaguement quelque chose mais pas moyen de me souvenir. Je me suis creusée la tête pendant des heures. Mon cerveau semblait « tétanisé ». Plus j'y pensais, plus je me sentais nostalgique, un peu triste puis la seconde d'après heureuse. Je n'avais plus aucun contrôle sur ma thymie. Dans la journée, je suis retournée le voir et en passant dans sa salle de bain, j'ai remarqué un vieux rasoir électrique... et cette odeur s'est couplée avec mes souvenirs. Ce fut comme une vague, une déferlante de souvenirs. J'ai été happée par une lame de fond. Une larme a coulé le long de ma joue et l'image de mon grand-père s'est imposée à moi. Ce fut désarmant.

Je me suis sentie mal à l'aise ensuite face au patient. Il a vu mon trouble, m'a demandé si tout allait bien. Je lui ai répondu que oui, un petit mensonge car je n'avais pas envie d'étaler mon désarroi ni ma vie privée. Par la suite, j'ai eu du mal à entrer dans la chambre du patient. Non pas que ce monsieur était désagréable, bien au contraire. Mais j'étais bouleversée à la simple pensée d'y être de nouveau confrontée. C'était plus simple pour moi de venir le voir dans le courant de l'après-midi, l'odeur s'étant dissipée. Je m'éloignais ainsi de l'odeur du passé.

En fait, je n'étais plus « moi-même » quand j'étais près de lui. Je n'arrivais pas à me concentrer et à réaliser les soins sans être distraite, limite gauche. Mes émotions prenaient le pas sur moi et mes aptitudes professionnelles. Je ne pensais pas qu'une odeur pouvait m'éloigner et en même temps me rapprocher d'un patient. Cette sensation était bizarre. J'étais dans une certaine forme de contradiction. Répulsion ou attirance, difficile à dire mais cela m'infligea une grande solitude.

2.4 Analyse des situations

Dans cette première situation, l'odeur d'escarre de M. Andrews aurait pu être adjectivée de maintes façons : fétide, répugnante, écœurante, nauséabonde, rebutante, abjecte, immonde par l'infirmier avec lequel j'ai travaillé. Incommodé, mal à l'aise, « aphasique » et limite apathique, son sens olfactif a modifié, selon mon examen, son comportement de soignant. Il n'a pas pu exécuter la prise en charge du patient comme il aurait dû le faire. Pour lui, son aversion était physiologique, incapacité à gérer sa nausée ni les vomissements qui ont suivis. Au début de ma formation, j'étais très anxieuse de rencontrer une escarre de stade avancé. J'extrapolais

sur mon ressenti, mes réactions face à la vision, le toucher ou encore l'odeur de « la chose ». Finalement, il n'en a rien été. J'ai ressenti de la compassion, une tristesse infinie à l'égard du patient bien avant sa brutale dégradation. Et contrairement à l'infirmier, je n'ai pas senti l'odeur putride. Je n'ai vu que le corps décharné, le regard triste empreint d'un certain désenchantement. J'ai ressenti une peine immense envers M. Andrews. Ma réaction a été très différente de celle de l'infirmier. La violence de l'odeur, aussi agressive soit-elle, n'a pas incommodé mes perceptions. Ni mes préjugés ni mon imagination ont entravé ma façon de prendre en soins M Andrews. A ce stade, je me suis rendue compte que notre perception des odeurs est très personnelle. Nous ne sommes pas tous égaux face aux facultés olfactives de notre nez. La violence de la réaction de l'infirmier induit un questionnement sur ce qui a pu engendrer cette intensité : une histoire personnelle, une peur, une fatigue professionnelle... Quel est le sens de cette aversion ? Est-elle en lien avec la décomposition du corps ? Avec l'approche de la mort et des représentations que le professionnel en a ? Ou uniquement physiologique ?

Concernant la seconde situation, j'ai été étonnée par la contagion idéologique et l'altération comportementale de l'équipe soignante. En effet, je me suis posée la question de la concordance entre une mauvaise odeur et la psychologie collective qu'elle a induite. François-Joseph Daniel tente de décrire les processus perceptuels, cognitifs, attentionnels à travers lesquels le sentiment de gêne se diffuse sur un territoire de nuisances environnementales comme les mauvaises odeurs qui induisent une gêne agissant comme un processus réflexif. Dans la situation de M. Martin, la gêne olfactive a engagé un processus de stigmatisation, de rejet du patient. L'identité propre de celui-ci a été méprisée la reléguant à une catégorisation sectaire. Le mépris des soignants fait face à un manque d'empathie qui m'amène à m'interroger sur leurs représentations professionnelles.

La dernière situation exposée met en relation la mémoire olfactive et l'aptitude à gérer ses émotions lors d'un soin avec un patient. Petite, j'ai toujours adoré l'odeur métallique du rasoir électrique de mon grand-père. Le matin, cet odeur voguait dans l'atmosphère entre l'odeur du café et celle des tartines grillées. Cette odeur particulière m'a rattachée à lui pendant toute ma jeunesse. Pourtant celle-ci s'est évaporée, enfui dans les méandres, les tréfonds de ma mémoire. Oubliée jusqu'à ce fameux jour où je l'ai de nouveau senti dans le cadre de mes études d'infirmière. Ma mémoire olfactive a mis en relation des événements du passé. Elle m'a reliée à une série d'images et d'émotions. Ce fut brutal et déstabilisant. Ça a influencé mon regard clinique sur M. Henri, sur sa prise en charge. Je me sentais plus proche émotionnellement du

patient. Et pourtant une certaine distance m'interdisait d'être la soignante que je voulais être. Je me suis interrogée sur le lien qu'il pouvait exister entre M. Henri et mon grand-père. Quel sens pouvais-je donner à mes réactions comme à mes émotions ? Est-ce que cela avait un lien avec la mort de mon grand-père ?

Ce dernier est décédé dans un centre hospitalier trois jours après ma dernière visite. J'avais pressenti sa disparition. Le jour de sa mort, je ressentais sa présence comme une ombre planant autour de moi. Peut-on parler de pressentiment, d'instinct voir de 6^{ème} sens ? Y a-t-il un lien avec M. Martin ? Avec son devenir ? Y a-t-il un lien entre l'instinct primaire et les sens ? Peut-il collaborer dans nos prises de décision, dans notre diagnostic infirmier ?

Les trois situations, bien que très différentes, peuvent être regroupées en deux catégories : le rapport collectif et le rapport individuel. Je vais davantage m'intéresser à ce dernier. Il regroupe ainsi la première et dernière situation.

Plusieurs articles déclarent qu'une simple image ou un son a un pouvoir moins évocateur qu'une odeur. En effet, l'odeur affecte immédiatement le cerveau et conduit instantanément une reconnaissance, une alarme, un signal ou encore un souvenir grâce à une simple hormone. Si notre odorat n'est pas aussi développé que celui de certains animaux, le nez d'un adulte, pourvu de cent millions de cellules olfactives, est quand même doué pour percevoir des milliers d'effluences. Marcel PROUST l'a décrit, les empreintes laissées par les odeurs dans notre mémoire sont de formidables réserves d'émotions. Dès notre naissance, nous constituons notre réserve de sensations odorantes grâce à la perception des senteurs qui nous entourent et cette mémoire ne vieillit pas. On peut considérer les odeurs comme immatérielles, imperceptibles, éphémères et difficiles à mettre en images. Elles représentent à elles seules un défi. Alors, le sens, qu'on leur donne, dépasse-t-il juste l'incidence d'une protéine ou d'une hormone ?

Néanmoins, trouver le sens passe par un examen de la situation en-dehors de la zone d'inquiétude que cela a suscité. Pour dépasser le souvenir, il semble nécessaire de prendre de la hauteur et de chercher le sens dans la situation présente. Il faut donner sens au présent pour le transposer et l'analyser au vécu. Il prendra sens autrement. Le sens se trouve alors dans ce que nous faisons de l'évènement et non pas dans l'évènement en lui-même. Parce que le sens dépend de l'angle de vue, le trouver dépend de votre savoir global. Quand le sens a été égaré ou oublié, notre individualité profonde nous le rappelle par instinct de survie.

3 QUESTIONNEMENT DE DEPART

Les humains réagissent tous de manières différentes face aux odeurs. Notre nez est un capteur d'effluves, d'essences ayant la capacité de pouvoir en compter un trillion selon une étude américaine. Mais chaque être humain les sent, les ressent, les analyse, les gère de manières différentes. Outre passant l'aspect émotionnel des situations exposées, elles m'ont amenée principalement à une importante réflexion. De celle-ci est né un certain nombre de questionnements qui après analyse m'a permis de dégager plusieurs thèmes. J'ai fait le choix de conserver uniquement quatre thèmes : il s'agit de mots clés, qui me semblent les plus en adéquation avec un travail d'initiation à la recherche. Le questionnement à l'origine de ces thèmes est mentionné ci-dessous :

L'odorat :

- **Quelles perceptions le patient a-t-il de son odeur corporelle ?**
- **Quelles représentations a-t-on de l'odorat ? Des odeurs ?**
- **Pourquoi est-ce difficile de prendre soin d'un patient dégageant une odeur désagréable ? Est-il possible de s'y habituer ?**
- **Le mot « odeur » engendre-t-il des représentations spécifiques chez une personne lambda ? Chez le soignant ?**
- **Les odeurs sont-elles naturellement associées à des adjectifs et/ou à des représentations positives ou négatives de ces dernières ?**

La mémoire et les odeurs :

- **Les odeurs sont-elles un élément majeur dans notre cadre de travail ?**
- **Notre mémoire des odeurs est-elle un socle d'émotions ?**
- **Les odeurs laissent-elles toutes une empreinte dans notre mémoire ?**
- **Ces émotions peuvent-elles influencer la relation soignant-soigné ? Les soins relationnels ?**
- **Notre mémoire olfactive est-elle un socle d'émotions sur lequel nous pouvons appuyer nos compétences techniques pour la continuité des soins ?**

La relation soignant-soigné

- Les odeurs peuvent-elles être dommageables à la relation de soin ?
- Les odeurs peuvent-elles avoir un impact psychique et nous déconnecter de nos responsabilités ? Ou tout simplement affecter nos comportements et nos décisions ? Quelles stratégies d'adaptation et d'évitement peut-on mettre en place pour y faire face ? Peuvent-elles être assimilées à des mécanismes de défense ?
- A-t-on besoin des bonnes ou mauvaises odeurs dans le cadre de notre travail soignant ? Les maladies peuvent-elles être associées à une odeur ?
- Peut-on, doit-on se servir de son nez pour mettre en place des diagnostics infirmiers ?

Le sens du sens de l'odorat

- Quel sens peut-on donner au sens ?
- Quelle place doit-on accorder au sens de l'odorat dans le soin ?
- Peut-on associer « sens » avec instinct ou voire même « 6^{ème} sens » ?

L'odorat fait partie intégrante de nos cinq sens. Toutefois, c'est un sens qui met en exergue les perceptions que nous avons de nous-mêmes et des autres. Nous avons nos propres représentations sur les odeurs qui sont liées à nos souvenirs, à notre mémoire. La mémoire des odeurs se construit dès notre enfance et est liée à un socle d'émotions. Cette mémoire olfactive peut influencer la prise en charge du patient et intervenir implicitement dans la relation soignant/soigné. Ces perturbations ou ces influences olfactives peuvent, peut-être, être associées à un sens caché.

Les situations de M. Andrews et de M. Henri m'ont interpellée à plusieurs niveaux. Elles m'ont permise d'émettre des questionnements qui m'ont amenée à différents concepts : mémoire olfactive, émotions, relation soignant-soigné, odeur, posture professionnelle, prise en charge, le sens.

Pour arriver à la question suivante : « **Quel sens peut-on donner au sens dans le soin infirmier ?** »

4 PHASE EXPLORATOIRE

4.1 Cadre de référence

A partir de l'analyse de mes deux situations sélectionnées et de mon questionnaire, j'ai choisi d'explorer différents concepts à l'aide d'articles, d'ouvrages, de revues scientifiques et professionnelles.

4.1.1 La sémantique de l'odorat

4.1.1.1 Définitions

Pour débiter cette recherche, plusieurs éléments lexicaux sont nécessaires à la compréhension de la sémantique de l'odorat.

Il semble cohérent de définir le « **nez** ». Pour le site Vulgaris Medical, le nez ¹ est l'organe proéminent du visage implanté entre le front et la bouche qui gère le centre de l'odorat, et les voies respiratoires supérieures. Le nez est l'organe de l'olfaction. Il est constitué par plusieurs parties : la cloison nasale, les ailes, les narines, la racine et des poils.

Ce qui nous amène à définir selon Le Larousse, **l'odorat** ou **l'olfaction**. C'est le « *sens permettant la perception des odeurs, dont les récepteurs sont localisés dans les fosses nasales chez les vertébrés, sur les antennes chez les insectes, et qui joue un rôle de premier plan chez la plupart des espèces, tant aquatiques que terrestres* ». ²

On dit aussi de l'odorat qu'il porte en lui un aspect primitif, un sens archaïque. En effet, chez les mammifères et d'autres vertébrés, ce sens est même essentiel à la survie, pour trouver un partenaire, se reproduire, identifier de la nourriture, discriminer celle qui est comestible de celle qui ne l'est pas, échapper aux prédateurs ou trouver des proies. Chez l'humain, certes, il est aujourd'hui davantage associé à la respiration d'odeurs plaisantes, comme des fleurs ou des mets exquis. Ainsi, les personnes anosmiques peuvent souffrir de ne plus pouvoir rien sentir ;

¹ <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/nez>

² <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/odorat/74449>

d'ailleurs, l'âge induisant une perte de l'odorat. Il suffit de rappeler que sur les 23 000 gènes qui constituent le génome de l'homme, environ 350 sont dédiés à l'odorat, ce qui en fait la famille la plus riche.

Jean-Jacques ROUSSEAU décrit dans Emile, ou de l'éducation (1702, p.487) très bien l'aspect primitif de l'odorat : « *Le sens de l'odorat est au goût ce que celui de la vue est au toucher ; il le prévient, il l'avertit de la manière dont telle ou telle substance doit l'affecter, et dispose à la rechercher ou à la fuir, selon l'impression qu'on en reçoit d'avance.* ».

L'odeur selon le Larousse est une « *émanation volatile qui se dégage de quelque chose et que l'on perçoit par l'odorat* ». On trouve aussi la définition suivante : « *émanation volatile qui excite le sens de l'odorat.* ».³

Le CRNTL complète par « *Émanation propre à un corps pouvant être perçue par l'homme ou par un être animé grâce à des organes particuliers et avec des impressions diverses (agréable, désagréable, indifférente).* ».⁴

Chantal JAQUET dans Philosophie de l'odorat (2010) cite Jean-Paul SARTRE (Baudelaire, 1947) qui a subtilement décrit : « *L'odeur d'un corps, c'est ce corps lui-même que nous aspirons par la bouche et le nez, que nous possédons d'un seul coup comme sa substance la plus secrète et, pour tout dire, sa nature* ».⁵

4.1.1.2 Le vocabulaire de l'odorat

Selon Jonathan MUELLER, « *Les odeurs ont un langage indépendant qui leur est propre. Le vocabulaire des odeurs nous est familier, mais leur grammaire et leur syntaxe nous échappent.* ».⁶

³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/odeur/55596>

⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/odorisant>

⁵ Jaquet, C. (2010). Chapitre II. L'un et l'autre à vue de nez. Dans : , C. Jaquet, Philosophie de l'odorat (pp. 87-126). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

⁶ Mueller, J. (2006). Au cœur des odeurs. Revue française de psychanalyse, vol. 70(3), 791-813. doi:10.3917/rfp.703.0791.

En effet, le vocabulaire de l'odorat peut paraître fourni, riche et varié...

Les noms : bouquet, fragrance, parfum, senteur, bouffée, effluve, émanation, exhalaison, puanteur, pestilence, infection, relent, remugle, essence, fumet, ...⁷

Les adjectifs : âcre, agréable, agressif, aigre, amer, aromatique, capiteux, chaud, délicat, délicieux, désagréable, doux, divine, écœurant, enivrant, exquise, fade, fauve, fétide, fin, fort, frais, fugace, infect, léger, méphitique, mauvais, musqué, nauséabond, odoriférant, pestilentiel, piquant, pisseuse, poivrée, pimentée, puant, puissant, rance, repoussant, suave, subtil, sucré, suffocant, tenace, velouté, ...⁸

Les verbes : aspirer, dégager, embaumer, emboucaner, empester, empoissonner, empuantir, exhaler, flairer, fleurir, garder, humer, infecter, parfumer, puer, renifler, répandre, respirer, sentir, subodorer...⁹

Les adjectifs : fétide, répugnante, écœurante, nauséabonde, rebutante, nauséuse, puante, malpropre, malodorante, infecte, pestilentielle, repoussante, détestable, exécration, abjecte, immonde, infâme, dégoûtante...¹⁰

Quelques expressions dans la langue française enrichissent les moyens de locution liés à l'odorat comme :

- « A vue de nez » est une expression strictement liée au fait que le nez est l'organe principal de l'odorat. Celui-ci permet d'avoir une idée, même si elle n'est pas précise, des odeurs qui se trouvent dans notre environnement. Cette capacité du nez est à mettre en parallèle avec le "flair". En effet, flairer un danger, par exemple, signifie sentir qu'un danger va arriver. Ceci, traduit une certaine capacité à prévoir ou deviner. Toutefois, qui dit futur dit incertitude, c'est pourquoi l'expression est devenue " à vue de nez", pour insister sur le caractère approximatif de toute prévision ;

⁷ <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>

⁸ <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>

⁹ <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>

¹⁰ <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>

- « Se noircir le nez » ou « Se piquer le nez » insinue s'enivrer de quelqu'un ou de quelque chose.
- « Sentir quelque chose à plein nez » est une expression du XXe siècle mettant en scène une odeur nette et parfaitement distinguable.
- « Avoir le nez fin », avoir un bon odorat.
- « Avoir du nez ou du pif », avoir de l'intuition, de la présomption.
- « Puer au nez de quelqu'un » veut exprimer le dégoût.
- Etc.

Or, dans le magazine Langage, l'article « Pour une linguistique des odeurs : présentation », Georges KLEIBER et Marcel VUILLAUME présentent les odeurs comme n'ayant pas de nom et l'olfaction comme « *un sens sans parole* », donnant lieu à ce que « *J. Candau et A. Jeanjean (2006 : 51) appellent joliment un « silence olfactif ». Des noms comme puanteur, relents ou encore parfum, effluves peuvent donner à penser le contraire, mais ce sont des noms qui renvoient à des types qualitatifs (d'ordre divers) (cf. Boisson 1997) et non des identifiants d'odeurs, c'est-à-dire que ce ne sont pas des noms qui indiquent de quelle odeur précise il s'agit, comme bleu, par exemple, indique qu'il s'agit de la couleur bleue.* »¹¹

Dans Le livre des sens, Diane AKERMAN va dans le sens de Georges KLEIBER et Marcel VUILLAUME : « *L'odorat est le sens le plus muet. Il est sans mots. Cette absence de vocabulaire nous lie la langue. Décrire avec les adjectifs visuels tels que le rouge, bleu brillant, caractéristique d'une odeur, dégoûtante, enivrante, soulève le cœur.* »¹²

Pour compléter plusieurs études scientifiques, publiées dans PLOS ONE ¹³ par exemple, ont réussi à classer les odeurs et leur attribuent une catégorisation comme "Pop-corn", "citron", "écœurant". Il existerait dix genres d'odeurs que nous pouvons sentir selon les résultats des recherches. Ces études scientifiques sont basées sur des données datant de 1985 dans l'Atlas of Odor Character Profiles d'Andrew DRAVNIEK, mettant en avant une liste de 144 combinaisons olfactives. Elles ont voulu mettre l'accent sur les principales, les plus itératives. Dix catégories

¹¹ Kleiber, G. & Vuillaume, M. (2011). Pour une linguistique des odeurs : présentation. *Langages*, 181(1), 3-15. doi:10.3917/lang.181.0003.

¹² Ackerman, D. (1991). *Le livre des sens*. Paris : Grasset, p. 18

¹³ https://www.huffingtonpost.fr/2013/09/20/dix-categories-odeur-les-plus-repandues_n_3960728.html

se mettent en avant : "parfumé", "boisé, résineux", "fruité, autre que citron", "écœurant" (qui revient une seconde fois), "chimique", "mentholé, menthe poivrée", "sucré", "pop-corn". La catégorie "pop-corn" est par exemple décrite par les termes suivants : brûlé, enfumé, beurre de cacahuètes ou encore amande et gras. Ces classifications sont plus complexes qu'elles n'y paraissent. Dans "pop-corn" on retrouve la description "boisé, résineux", qui est elle-même une catégorie. Les chercheurs traduisent ceci par le manque de vocabulaire pour décrire l'incroyable complexité des odeurs.

4.1.1.3 L'anthropologie des odeurs

La scène anthropologique a été investie par les choses du nez. Longtemps éludées, celles-ci jouissent dorénavant d'un nouvel engouement. Objet souvent absent des études anthropologiques biologiques, l'odeur ne peut rentrer dans la catégorie des objets observables à l'œil nu ou mesurables.

En effet, « l'étude scientifique de la chimio-réception : l'odorat et le goût ont été longtemps négligés par rapport à celle de la vue et de l'ouïe. On peut trouver diverses explications à ce retard. L'homme communique d'abord par la parole et par le signe. L'odorat a souvent été considéré comme un sens mineur, ramenant l'homme à son animalité. Une autre raison au fait que l'odorat a moins été étudié tient à la nature chimique des stimuli. La lumière et le son se laissent facilement décrire et caractériser par des grandeurs physiques simples (fréquence, intensité...). Il n'en est pas de même pour une odeur qui peut être constituée d'un grand nombre de substances chimiques à des concentrations parfois extrêmement faibles. Même en se limitant à des composés purs, une molécule ne se laisse pas aussi facilement caractériser par quelques paramètres seulement. ». ¹⁴

¹⁴ www.artcontemporain-deficiencevisuelle.fr

Pour Gilles BOETSCH et Franca LIGABUE-STRICKER, l'obstacle majeur « *réside dans le processus cognitif anthropologique, avec un observateur (ou sujet) qui sent et un objet (ou autre sujet) qui est senti. Cette différence de statut qui existe entre « sentir » et « être senti » fut un obstacle épistémologique de taille par le passé, puisque l'odeur est non pas un tout, mais quelque chose de dissociable en deux parties (ce qui sent et celui qui sent).* ». ¹⁵

En effet, pour ces auteurs, l'anthropologie biologique réside dans la compréhension des mécanismes des phéromones, agents chimiques de communication entre deux protagonistes.

Pour David HOWES, dans l'article « *Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat* », « *le symbolisme des odeurs occupe un espace à mi-distance entre le sensoriel et l'intelligible, entre le stimulus pur et simple et la représentation culturelle (le concept). Une distinction est faite entre les cultures odoriphiles, qui valorisent l'odorat comme source importante de connaissances systématiques, et les cultures odoriphobes, qui s'occupent moins d'interpréter le signe olfactif que de le dominer, le domestiquer et l'éliminer, sauf dans certains contextes particuliers. Dans ces deux sortes de cultures, toutefois, la position de l'olfaction dans le sensorium tient également à sa fonction esthétique.* ». ¹⁶

Pour Joël CANDAU dans son livre *Mémoire et expériences olfactives, Anthropologie d'un savoir-faire sensoriel*, « *l'anthropologie des odeurs et de l'olfaction offre quatre axes de recherches qui, dans de nombreux cas, peuvent se recouper : la variabilité de la perception olfactive ; les savoirs et savoir-faire olfactifs ; l'usage des odeurs ; les représentations des odeurs.* ». ¹⁷

- En effet, la variabilité de la perception olfactives pourrait dépendre de la nature même de l'être humain ou bien des modalités culturelles, des influences environnementales ;
- Les savoirs et savoir-faire olfactifs mettraient en exergue l'étude des modalités de l'olfaction applicable à des utilisations exclusivement pratiques. Cela se remettrait au registre de l'anthropologie cognitive ;

¹⁵ Anthropologie de l'olfaction : l'odeur de l'autre . In: *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, Nouvelle Série. Tome 11 fascicule 3-4, 1999. p. 482.

¹⁶ Howes, D. (1986). Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat. *Anthropologie et Sociétés*, 10 (3), 29–45. <https://doi.org/10.7202/006362ar>

¹⁷ Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. *Bulletin D'études Orientales*, 64, 43-61. Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091

- L'usage des odeurs n'est pas dans la même dimension que l'utilisation de l'odorat (savoirs et savoir-faire) mais plutôt ce que l'on en fait et pourquoi ;
- Les représentations des odeurs reposent sur les trois axes précédents qui varient en fonction des individus, des groupes et des cultures.

4.1.1.4 L'odorat, les odeurs à travers l'Histoire

Pour l'historien Robert MUCHEMBLED, il n'existe pas de bonnes ou mauvaises odeurs, tout dépend de l'époque étudiée. En effet pour lui, les odeurs ont toutes une histoire religieuse, culturelle, sociale, économique et cela depuis le Moyen Age. Selon lui, examiner les effluences ou les miasmes revient à s'immerger dans la vie quotidienne des anciennes civilisations. Au Moyen Age par exemple, la lutte contre la peste s'effectuait en humant les latrines. Les odeurs pouvaient être écœurantes ou musquées, captivantes ou répugnantes. On savait les associer au diable, mais on s'en servait comme défense contre la peste. R. MUCHEMBLED érige l'histoire du puissant refoulement olfactif qui, depuis 500 ans, a fait considérer l'odorat comme le plus dédaigneux des sens avant que de le proclamer récemment au rang du plus aiguë.¹⁸

Dans nos sociétés modernes, notre sens olfactif est souvent relégué au second plan. Il a pourtant une fonction essentielle permettant à chacun d'analyser en quelques microsecondes dans un lieu donné les sources de danger ou de bien-être afin de réagir en conséquence.

On se rend compte qu'à travers l'histoire, les odeurs sont associées au corps, à la propreté, à la saleté ou à la maladie. Notre rapport aux odeurs corporelles a ardemment changé au cours du dernier siècle. Dorénavant, les odeurs ne sont plus admises, y compris par ceux qui les émanent. La douche quotidienne est devenue une normalité n'ayant pas toujours été le cas dans l'Histoire.

Les Gallo-Romains se lavaient le plus souvent dans des établissements publics de façon occasionnelle et utilisaient de l'huile d'olive en guise de savon. Cette pratique s'est poursuivie au Moyen Âge puis a peu à peu disparu au profit d'une toilette sèche au cours de la Renaissance.

En raison de la condamnation par l'Eglise des soins corporels, jugés indécents, et de la crainte de l'eau, que l'on pensait vecteur d'épidémies, les bains sont délaissés. On se contente

¹⁸ <https://www.lesbelleslettres.com/livre/3332-la-civilisation-des-odeurs>

de se frotter la peau à sec en se focalisant sur ce qui est vu. On imagine alors l'importance des odeurs corporelles...

Aujourd'hui, la douche quotidienne s'est généralisée tandis que le marché des déodorants, savons et lotions intimes en tout genre est florissant. Ce changement des pratiques en matière d'hygiène corporelle entraîne avec lui l'évolution du regard social sur les odeurs intimes, contre lesquelles nous menons une guerre sans merci. Mais ils ne renouent pas avec les odeurs corporelles pour autant : les astuces naturelles se multiplient pour continuer à chasser ces effluves, mises au ban de la société.

Car qu'on le veuille ou non, la maîtrise des odeurs corporelles est un obligé du mode de vie moderne. Et tout individu qui s'y dérobe s'expose logiquement à l'exclusion sociale.

4.1.1.5 Impact des odeurs

Les odeurs comme cela a été spécifié par le Petit Robert précédemment sont des « émanations volatiles » qui se dispersent dans l'espace sans barrière ni limite. Elles nous enlacent, nous pénètrent de l'intérieur de manière instantanée. Elles ont la particularité de mettre en émoi notre mémoire qu'elles soient agréables, désagréables ou neutres. On ne peut véritablement les définir. Toutefois comme le dit Hélène DUPERRET-DOLANGE, « *L'odorat est un puissant magicien qui nous fait traverser des millions de kilomètres ainsi que les années que nous avons vécues.* »¹⁹ A l'image de la Madeleine de PROUST, les odeurs sont de vrais déclencheurs émotionnels. Si elles ne génèrent pas forcément plus de souvenirs qu'une image ou un son, elles sont en revanche beaucoup plus riches en émotions. Cependant, la perception d'une odeur est également influencée par notre vécu. En effet, c'est le principe de la « madeleine de Proust ».

L'odorat est dit être le sens le plus primitif de nos cinq sens et entretiendrait donc un lien particulier avec nos émotions. Le sens de l'odorat engendre ainsi une modification de nos comportements. Concrètement, les odeurs sont traitées par un récepteur notre nez, un message est généré puis acheminé via les nerfs jusqu'au cerveau qui va traiter les informations. Cela revient à la réminiscence rapide d'un souvenir et d'émotions. Ça s'explique par le fait que la

¹⁹ Duperret Dolange, H. (1993). Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?. Lyon : AMIEC. p.1

création d'un souvenir est favorisée par un stimulus sensoriel possédant une forte charge émotionnelle.

Il existerait six émotions de base : joie, tristesse, peur, colère, surprise et dégoût. Mais les odeurs génèrent rarement un sentiment de colère ou de tristesse. Toutefois, des études récentes ont démontré que l'olfaction a ses propres émotions : bien-être, dégoût, sensualité, réconfort, nostalgie et vitalité ayant chacune une activation de régions du cerveau différentes.

Si on prend l'exemple d'une personne en état de stress ou de peur, elle pourrait communiquer ses émotions à une tierce personne grâce à l'existence d'une communication d'émotions par l'intermédiaire ces mêmes molécules chimiques olfactives. Les odeurs par leur inhalation peuvent ainsi induire une propagation d'émotions entre individus.

Dans les états dépressifs, d'anxiété ou post-traumatiques, l'état émotionnel d'un individu modifiera sa propre interprétation de l'odeur. Une odeur « neutre » deviendra une odeur désagréable voir répulsive.

Les émotions engendrées par les odeurs sont souvent perçues comme des perturbations spontanées. Ces émotions, combinées à nos pensées, notre interprétation et notre mémoire peuvent produire donc une réaction physique émotionnelle qu'on peut appeler « sentiments ».

Les odeurs et les parfums peuvent aussi avoir une influence sur notre conduite. Notre société actuelle allie ces deux spécificités en deux spécialités, l'aromacologie et l'aromathérapie :

- L'aromacologie étudie les effets psychologiques des parfums, arguant des particularités calmante, relaxante, ou encore de stimulation. Le cerveau semble stimuler quand il est confronté à un parfum de citron, de menthe ou de jasmin.
- L'aromathérapie examine les actions thérapeutiques d'odeurs naturelles. Pour réduire le stress, les professionnels de l'aromathérapie utiliseront l'odeur de la lavande ou l'odeur de la camomille pour favoriser la relaxation. Notre odorat s'étant complètement endormi au fil du temps, il reste très sensible comme celui des animaux. Il faut seulement apprendre à le réveiller afin de réanimer nos sens.

4.1.1.6 Le « tabou » des odeurs

« On aime » ou « on n'aime pas » les odeurs, rien n'est plus primitif et basique sur l'affect déclenché par elles. Leur nature profondément subjective est clairement la représentation subjective d'un événement objectif, celui de la rencontre entre des molécules volatiles odorantes et un corps physiologiquement compétent pour les discerner. Ce qui rend complexe et inextricable leur appréciation.

D'un autre côté, elles sont partout. Elles nous assaillent, nous remplissent, nous dégoutent où nous émerveillent. Finalement, nous préférons les bonnes odeurs plutôt que celles qui nous agressent. Dans notre société moderne, les odeurs sont stigmatisantes, voire tabou que ce soit dans notre quotidien à travers notre vie personnelle ou professionnelle.

Dans « Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ? », Hélène DUPERRET-DOLANGE, cadre de santé, témoigne de son expérience de soignante dans l'optique de briser le « tabou » qui enserme la question des odeurs dans les soins en libérant la parole des soignants. Mais qu'entend-on par « tabou » ? Selon le dictionnaire de l'Internaute, le mot tabou signifie : « *Dont on ne doit pas parler, par crainte ou par pudeur.* ».²⁰ Celle-ci peut être complétée par celle du Larousse : « *Qu'il serait malséant d'évoquer, en vertu des convenances sociales ou morales* ».²¹

« *L'odeur d'une personne change constamment : selon son âge, ce qu'elle a mangé, son état de santé et son état émotif. Et malgré tout l'odeur corporelle d'une personne est aussi unique que les empreintes digitales ! [...], l'olfaction reste d'une grande importance dans la détermination consciente ou inconsciente de nos comportements.* »²²

On peut s'interroger sur le côté intimiste des odeurs corporelles dégagées par les patients quand les soignants rentrent en contact avec elles. En effet, la rencontre soignant-soigné met en exergue l'indisposition que peut ressentir le patient de se mettre à nu et de transmettre ses fragrances naturelles devant une tierce personne tandis que pour l'autre entrer dans l'espace olfactif du patient c'est de s'assurer de ne pas témoigner le dégoût qu'il peut ressentir. Alors « on « se tient à distance » du malade qui sent mauvais » (DUPERRET-DOLANGE, 1993, p.14).

²⁰ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/tabou/>

²¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabou/76319>

²² <https://www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr>

Que ce soient les soignants ou les proches, mettre en place des mécanismes de défense permet de « tolérer l'insoutenable » même si finalement cela trahit malgré nous « l'obscurantisme » des mauvaises odeurs qui s'impose à nous. « *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)

Il est contraire à la relation de soins car en tant que soignants nous avons le devoir d'être qualitatif dans la démarche. La question des odeurs reste épineuse rendant la communication parfois difficile et les réactions souvent surprenantes. Soignants ou pas pour ne pas subir et exprimer négativement ce qu'elles déclenchent en nous, nous les rendons inodores ou parfumées à travers des subterfuges olfactifs. « *La société fait tout pour se débarrasser d'odeurs et en inventer d'autres.* »²³, n'évitant pas le tabou des odeurs nauséabondes, désagréables dans notre société actuelle.

4.1.2 L'odorat et la mémoire

4.1.2.1 Comment fonctionne notre odorat ?

Qu'est-ce que l'odorat ? La réponse à cette question est bien plus complexe qu'elle n'y paraît. En effet, reprenons le sens de l'odorat depuis que l'homme est homme.

L'homme préhistorique, au lever du soleil, partait chasser pour ramener à sa tribu nourriture. Il permettait chaque jour la survie de l'espèce. Donc avant tout un chasseur, il pistait ses proies puis mettait en place la chasse à la battue. Celle-ci était organisée pour les gros animaux. Affolé par les cris et les feux allumés, l'animal était encerclé et rabattu vers un endroit propice pour qu'il puisse le tuer. Pister le gibier demandait que ses sens soient en éveil maximal. Or l'odorat avait une place prépondérante voire déterminante. Il pouvait pister sur des centaines de mètres une odeur, rien qu'avec son odorat.

Au fil de l'évolution, il apparaîtrait que notre lobe olfactif se soit beaucoup moins développé que celui de nos ancêtres d'il y a 450.000 ans. L'homme moderne aurait-il évolué reléguant son odorat à une place subalterne. A-t-il finalement beaucoup moins besoin de son odorat qu'à l'époque où tous les hommes étaient chasseurs ? Aujourd'hui, il semblerait qu'il a

²³ Hautemulle, M. (2011). Dossier odeurs et soins. L'infirmière magazine, 311, p. 14-21.

d'autres moyens pour se repérer. Néanmoins, l'homme appartient à un environnement ayant naturellement une influence sur les êtres qui évoluent à l'intérieur. Mais est-ce une réalité ou tout simplement des idées reçues ?

« L'homme brasse en moyenne 12 m³ d'air par jour à raison de 23 000 respirations, ce qui lui donne la capacité de détecter quotidiennement un nombre très élevé d'odeurs. Un nez ordinaire sent entre 2000 et 4000 odeurs. Un nez entraîné comme celui des parfumeurs peut distinguer jusqu'à 10 000 odeurs. Il existe, en pratique, deux seuils perceptifs. Le plus faible correspond à la détection d'une odeur, mais que le sujet ne peut identifier. Le second seuil correspond à l'identification de l'odeur en question. »²⁴

Alors comment fonctionne notre odorat ? Les molécules olfactives induites dans l'air se dissocient dans le mucus nasal en activant les récepteurs olfactifs gène-spécifiques qui sont directement connectés au système limbique, appelé parfois cerveau limbique ou cerveau émotionnel. *« Le système limbique est le nom affecté à un groupe de structures encéphalique, constituées de plusieurs noyaux situés sous le cortex et à proximité du thalamus. Le système limbique est une des plus anciennes parties du cerveau. Il est présent chez l'homme, mais aussi chez le reptile et le poisson. Ce terme a été introduit par Paul MACLEAN en 1952 où il définit le système limbique comme le siège des émotions (agressivité, peur, plaisir, colère) représentant ainsi le dialogue entre le cerveau et le corps. »²⁵*

Initialement, le bulbe olfactif à l'avant du cerveau reçoit l'information et la projette sur les cortex piriforme et orbitofrontal où quatre types de neurones, organisés en glomérules, analysent les odeurs et les classent par exemple selon la longueur de la chaîne carbonée de la molécule. Puis, l'information passe dans les zones profondes comme l'hypothalamus, l'hippocampe et l'amygdale qui lui ajoutent une composante affective.

L'organe olfactif est localisé dans la partie postérieure du nez, mais tous les fonctionnements de l'odorat ne se développent pas dans les seuls neurones olfactifs de

²⁴ <http://www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr>

²⁵ <http://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/>

l'épithélium. Les odeurs déclenchent des réactions émotionnelles et cognitives variées qui sont loin d'être élucidées.

Néanmoins, les recherches sur « *les Neurosciences qui englobent toutes les disciplines étudiant l'anatomie et le fonctionnement du système nerveux (cerveau, moelle épinière, nerfs, organes des sens et système nerveux autonome) et ses maladies. Il s'agit de l'étude des mécanismes chimiques du cerveau qui agissent au niveau des molécules, de même que l'étude du comportement.* »²⁶ tentent à travers « *Les neurosciences cognitives qui désignent le domaine de recherche dans lequel sont étudiés les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent la cognition : perception, motricité, langage, mémoire, raisonnement, émotions, etc. Parmi les neurosciences cognitives, on distingue les neurosciences affectives, comportementales, sociales, ainsi que la neurolinguistique.* »²⁷ de répondre aux questions que l'odorat pose.

4.1.2.2 La mémoire olfactive

Qu'est-ce que la mémoire ? Selon Le Larousse, la mémoire est définie comme une « *activité biologique et psychique qui permet d'emmagasiner, de conserver et de restituer des informations* » ou une « *fonction, considérée comme un lieu abstrait où viennent s'inscrire les notions, les faits.* »²⁸ On peut compléter ces définitions par sa composition de ses systèmes : la mémoire épisodique, la mémoire sémantique, la mémoire procédurale, la mémoire de travail et l'amorçage.

En effet, on peut définir la mémoire comme la fonction psychique qui permet d'enregistrer, de conserver et d'évoquer les informations et les expériences du passé et de les confronter aux données de la situation présente. Elle est sans cesse active puisque les informations reçues à tout moment viennent renforcer ou modifier l'ensemble des éléments stockés depuis l'enfance.

Les fonctions mnésiques normales nécessitent au moins l'intégrité fonctionnelle de plusieurs structures correspondant à des fonctions diversifiées :

²⁶ <https://www.neuroperformance.fr/la-discipline-des-neurosciences/>

²⁷ <https://www.neuroperformance.fr/la-discipline-des-neurosciences/>

²⁸ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9moire/50401>

- La fonction réticulée activatrice : nécessaire au maintien de la vigilance et de l'attention et donc à la fixation et à l'évocation du souvenir ;
- Le système limbique : rôle dans le stockage (fixation) ;
- Le cortex : nécessaire au maintien du stockage des informations et de leur évocation.

Ces systèmes sont incrémentés par plusieurs types de mémoire dont la mémoire olfactive. Cette dernière est définie comme une partie de la mémoire des sens où, après avoir senti une information odorifique, celle-ci est stockée. « *L'odorat se différencie des autres sens car il est le seul à communiquer en premier instance avec l'amygdale, la partie "émotion & mémoire" du cerveau. L'émotion précède donc toujours la reconnaissance consciente d'une odeur. Ainsi les signaux olfactifs sont transcrits dans le cerveau en sensation de plaisir, ou de déplaisir de bien-être ou d'inconfort.* »²⁹, comme l'explique le professeur Arnaud AUBERT.

Les circonstances permettant de sentir à nouveau cette odeur a posteriori déclencheront un signal d'identification plus ou moins précis. La mobilisation provoquée alors pourra être très puissante, à l'instar du « syndrome proustien ». Dans son œuvre *Du côté de chez Swan* (1913), Marcel PROUST décrit une scène où après être allé chercher des petites madeleines, le fait de manger à nouveau ce gâteau agit sur le narrateur ; il est soudainement transporté dans son enfance : « *Je portai à mes lèvres une cuillère du thé où j'avais laissé s'amollir un morceau de madeleine. Mais à l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. Un plaisir délicieux m'avait envahi, isolé, sans la notion de sa cause* ». Au contraire, lorsque l'être humain sent une odeur qui lui est peu familière, il n'arrive que très rarement à se remémorer le nom exact de l'odeur.

Ces souvenirs très personnels et fortement liés à des moments de l'enfance sont fondamentalement liés à la mémoire olfactive. En fait, plus une odeur, qu'elle soit plaisante ou déplaisante, génère de l'émotion plus le contexte d'inhalation sera mémorisée. Le patrimoine odorifique font donc l'écho à l'histoire et l'univers intime de chaque individu.

²⁹ <https://presse.signesetsens.com/equilibre/l-influence-des-odeurs-et-des-parfums-sur-le-comportement-humain-et-le-bien-etre.html>

Selon une étude américaine de Rachel S. HERZ, « *n'importe quelle odeur évoquant un souvenir positif a le pouvoir de susciter une émotion positive mais aussi de stimuler des émotions comme la confiance en soi ou la motivation. La valeur hédonique de l'odeur peut aussi influencer l'émotion ressentie par un individu.* ».³⁰

Les odeurs perçues comme agréables peuvent influencer de façon positive le sujet. Marcel PROUST dans Du côté de chez Swann (1913) en parle avec tant de maîtrise : « *Seules, plus frêles, mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir.* »

Donc on comprend bien que les odeurs, seules, défient un passage sur un temps pensé, dévoilé. Ces impressions impalpables, voire même inqualifiables, inexprimables, deviennent les seules à nous atteindre.

Or ce patrimoine olfactif est principalement assujéti à ces souvenirs intégrés au fur et à mesure de l'existence et peuvent rarement faire réminiscence par le simple vouloir de la pensée. Pour Oliver SACKS, « *L'imagination olfactive est rarement employée en temps normal – la plupart des gens sont incapables d'imaginer des odeurs avec précision, si bonne que soit leur imagination visuelle ou auditive.* ». Il dit aussi que « *Nous avons le plus souvent du mal à faire surgir des odeurs dans notre esprit, même aiguillonnés par une puissante suggestion mentale, et il peut être étrangement difficile de savoir si ce qu'on sent est réel ou non.* »³¹ Peut-on dire que l'esprit a ses raisons que la raison ignore ?

Dans le livre Le Parfum (1985)³² de Patrick SUSKIND, l'auteur nous raconte la vie étonnante de Jean-Baptiste Grenouille, un homme possédant un incroyable sens olfactif vivant à travers et pour les odeurs. Il est capable de les définir, de les ressentir, de les faire revivre par suggestion mentale. Le 1er septembre 1753, Grenouille assiste à un feu d'artifice pour l'anniversaire de l'accession au trône de Louis XV. Il est irrésistiblement attiré par un parfum exquis mais

³⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039451/>

³¹ Sacks, O. (2014). *L'Odeur du si bémol ? L'univers des hallucinations ?*. Paris : Seuil.

³² Süskind P. (1985). *Le Parfum : Histoire d'un meurtrier*. Zurich : Fayard.

inconnu jusqu'alors : « *Il s'apprêtait déjà à tourner le dos à cet ennuyeux spectacle, pour rentrer en suivant la galerie du Louvre, lorsque le vent lui apporta quelque chose : quelque chose de minuscule , d'à peine perceptible, une miette infime , un atome d'odeur et même moins encore, plutôt le pressentiment d'un parfum, qu'un parfum réel, et pourtant en même temps le pressentiment infailible de quelque chose qu'il n'avait jamais senti. »*

Il poursuit ce parfum enchanteur à la trace qui le conduit à travers des ruelles de Paris jusque dans la rue des Marais. Il découvre une jeune fille rousse : « *Pour Grenouille, il fut clair que sans la possession de ce parfum, sa vie n'aurait plus de sens. »* Voulant à tout prix posséder ce parfum, il tue de ses mains la fille et la met à nu pour pouvoir « *s'imprégner jusqu'à l'ivresse de son parfum* ». Cette rencontre va donner un sens à sa vie : « *il fallait qu'il soit un créateur de parfums. Et pas n'importe lequel. Le plus grand parfumeur de tous les temps. »*

Il est dépositaire d'un nez hors du commun, exceptionnel et il se donne la mission de créer « un parfum non seulement humain, mais surhumain ; un parfum angélique, si indescriptiblement bon et si plein d'énergie vitale que celui qui le respirerait en serait ensorcelé et qu'il ne pourrait pas ne pas aimer du fond du cœur Grenouille, qui le porterait ».

4.1.3 La relation soignant soigné

4.1.3.1 « Soigner », « Faire des soins » et « Prendre soin »

Selon le Petit Larousse Illustré, « Soigner » c'est « *procurer les soins nécessaires à la guérison de quelqu'un* » et « Prendre soin de » c'est « *être attentif à ; veiller sur* ». ³³

Pour TISON et HERVE-DESIRAT, le « Prendre soin » d'une personne, c'est « *construire une relation et analyser les besoins (...) pour les satisfaire* » ³⁴

Pour Walter HESBEEN, infirmier et docteur en santé publique, il est nécessaire de bien faire la différence entre le concept « Faire des soins » qui sont pour lui exécuter des actes techniques et « *Le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. »* ³⁵

³³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>

³⁴ Tison, B. & Désirat, H. (2007). E.Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle. Paris : Masson.

³⁵ Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante. Paris : inter édition.

Selon le SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers), « soigner » consiste à traiter la maladie, corriger un déficit dans une démarche technique adéquate et homologuée. « Prendre soin » vise, au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne. Cela nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation. Le soutien et le renforcement de ces pratiques professionnelles nécessitent des moyens en termes de formation spécifique et de dispositifs adaptés. Ce sont des conceptions complémentaires et interdépendantes.

Mettre en place un soin qualitatif n'est possible qu'à travers la collaboration inter-équipes et l'expression de leur positionnement personnelle même si le système peut avoir ses limites. Le soignant peut donc avoir la latitude d'être relayé par un autre soignant si ce dernier s'estime dans l'incapacité de se maintenir auprès d'une personne dans une relation d'accompagnement.

4.1.3.2 Les émotions du soignant

Plusieurs définitions du mot « émotion » dans le Larousse sont données : « *Trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc.* » et « *Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* ».³⁶

Selon le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, le mot « émotion » est une « *expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par la joie, la douleur, la colère, le chagrin, la perte...* ». Il complète la définition par celle de Michel MINDER : « *un état psychophysiologique ayant un caractère de choc, se manifestant brusquement, comportant une phase de tension et une phase de détente.* ».³⁷

Un soignant reste une personne, un être humain assujéti à ses propres émotions. On ne peut se dissocier de nos émotions à moins d'être une personne dénouée d'elles. Or, le système médical, les règles sociales comme les techniques de soins modifient la place des émotions des soignants comme s'il existait un « statut tacite ». En effet, pour Catherine MERCADIER, « *les soignants se doivent de maîtriser leurs affects* ». ³⁸ Cette nécessité de contrôle, Christian

³⁶ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

³⁷ Paillard, C. (2015). Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné. Noisy-le-Grand : Setes éditions.

³⁸ Mercadier, C. (2002). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris : Seli Ars-lan.

RICHARD la qualifie de « *lissage émotionnel* ». Elle se manifeste par l'impartialité du soignant et un silence omniscient lié aux émotions. Walter HESBEEN constate qu'il existe ainsi « *une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité* ».

« *Laisser transparaître une émotion est interprété comme un signe de faiblesse. D'ailleurs le "quotient émotionnel" se focalise sur les émotions "utiles". La colère, la frustration, la tristesse ou la peur restent officiellement bannies du monde professionnel.* » selon Christophe BAGOT, Psychiatre psychothérapeute, spécialiste du stress et de l'anxiété de performance.³⁹

Pour Peggy ROY, infirmière d'équipe mobile de soins palliatifs, « *les soignants sont soumis à une double problématique* :

- *Comment être là pour l'autre, comment prendre soin lorsque nous sommes aux prises avec la violence de nos émotions ?*
- *Comment accompagner le patient dans sa globalité sans le réduire à un objet de soin ?* ».⁴⁰

Les soignants sont soumis continuellement à leurs émotions, ils doivent les contenir, les soustraire à la prise en charge du patient pour ne pas réduire ce dernier à un simple objet de soins. Mais ces émotions influencent aussi la vision que le patient a du soignant. Comment se soustraire au dégoût que témoigne le soignant pour une plaie ? Le patient est conscient dans une certaine mesure de ce qu'il dégage et de ce qu'il peut représenter. Son image interne est elle-aussi réduite. Les odeurs mêlées aux émotions soignant/soigné peuvent avoir des répercussions sur les représentations individuelles modifiant les réactions de chacun : la honte pour l'un et le dégoût pour l'autre par exemple.

Toutefois, ces représentations semblent évoluer, les émotions des soignant sont de plus en plus acceptées. Il suffit d'apprécier comment « l'état d'esprit » du soignant est considéré dans la prise en charge des patients en soins psychiatriques. Claude CURCHOD explique que les émotions du soignant dans le soin sont « *une composante naturelle et inséparable de l'activité* ».

³⁹ https://www.huffingtonpost.fr/christophe-bagot/stress-au-travail_b_3488972.html

⁴⁰ http://www.compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/professionnels/nos%20rencontres/23112017%20-%20Soir%C3%A9e%20d%C3%A9bat_les%20odeurs%20en%20SP.pdf

Quant à Walter HESBEEN, il considère qu'« *on ne peut prendre soin d'un homme ou d'une femme malade en tentant d'accueillir sa singularité sans se sentir concerné par sa situation, sans se laisser toucher par ce qui arrive à cet humain* ». ⁴¹

4.1.3.3 Les mécanismes de défense des soignants

Les mécanismes de défense du soignant ont une fonction adaptative afin de se protéger d'un événement générateur d'angoisse, de souffrance ou de malaise. Ainsi, pour faire face à ses émotions et à son ressenti, un soignant peut être amené à mettre en place ces processus inconscients. Ils peuvent interférer dans la relation soignant-soigné car ils influent sur le comportement du soignant face au bénéficiaire de soins. Les mécanismes de défense des soignants sont le mensonge, la banalisation, l'esquive, la fausse réassurance, la rationalisation, l'évitement, la dérision, la fuite en avant et l'identification projective. Les odeurs qu'elles soient corporelles, médicamenteuse, de déjections corporelles et autres, poussent les soignants à réagir en mettant en place ces mécanismes. Pour le soignant, par exemple, l'angoisse peut engendrer un mécanisme d'esquive c'est-à-dire un rejet de la confrontation qui conduit à accepter la souffrance psychique mais pas l'impuissance qui s'y attache. Ces mécanismes servent à mettre des mots sur des comportements instinctifs ou inconscients amenant à aider le soignant à reconnaître ses propres défenses.

Dans le jargon professionnel infirmier, on entend souvent parler du « blindage émotionnel » qui peut malheureusement devenir un obstacle à la relation soignant-soigné. Le « blindage » est en fait une forme d'impassibilité ne permettant pas de laisser transparaître une émotion qui pourrait être interprétée comme un signe de faiblesse conduisant à aborder la notion de « distance relationnelle ». Cette distance vis-à-vis des émotions peut nous amener à banaliser des situations qui ne doivent pas l'être, comme le décès d'un patient.

Professionnellement, on entend souvent parler du concept de proxémie. Ce concept fait polémique mais est basé sur une idéologie établie par Edward TWITCHELL HALL, un anthropologue c'est-à-dire qui étudie l'Homme dans son intégralité ou au sein d'un groupe dans un contexte précis. Il s'était spécialisé dans l'humanisme interculturel. Il a écrit un livre La

⁴¹ Hesbeen, W. (sous la direction de) (2009). Dire et Ecrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin. France: Seli Aslan.

dimension cachée (1971)⁴², partant du constat où les animaux inconsciemment, adoptent des comportements adaptés à la distance qui les séparent d'autres animaux de leur espèce ou pas. Transposant ce comportement à l'Homme, il définit qu'une personne stable a quatre bulles de défense de sa personnalité lorsqu'il entre en contact avec une autre personne. Il y a différents critères qui interviennent comme la culture de la personne, le type de relation en outre. Il en dénombre quatre : l'espace intime, l'espace personnel, l'espace social et l'espace public. La relation soignant-soigné dans le contexte de proxémie rentre dans le cadre de l'espace intime où la distance est comprise entre seize et quarante-cinq centimètres. Dans cet espace, le sens de l'odorat est très sensible, le soignant respire l'odeur corporelle, le « parfum » et l'haleine de l'individu.

4.1.3.4 L'hôpital et les odeurs

Quand on rentre au sein d'un établissement hospitalier, l'odeur nous interpelle. Elle est franche, déroutante, désagréable, agréable... Chacun y mettra ses propres mots pour décrire toutes les effluves qui s'y échappent. Mais d'où vient l'odeur typique des hôpitaux ? En fait, tout le monde connaît l'odeur typique des hôpitaux. C'est un mélange entre l'odeur des désinfectants et celle des médicaments. On peut sentir aussi ce "parfum de médicament" lorsqu'on rentre dans une pharmacie.

Selon David LE BRETON, « *Sens de la distance et de la proximité à la fois, l'odorat immerge dans une situation olfactive sans laisser le choix, en séduisant ou repoussant, et provoque d'emblée l'attraction ou le rejet. L'odeur n'est pas enfermée dans les choses [...], elle en est une enveloppe subtile, diffuse dans l'espace, volatile, elle imprègne les objets en se répandant autour d'une zone simultanément localisée et indéterminée.* »⁴³ et l'hôpital met en exergue ce sens. Les soignants, les patients ainsi que les familles y sont confrontés de manière inconditionnelle. Cette confrontation demande à tout à chacun une adaptation ou un rejet.

⁴² T. Hall, E. (1971). La dimension cachée. Paris : Ed. du Seuil.

⁴³ Le Breton, D. (1990). Anthropologie du corps et modernité. Paris : PUF.

Selon J. CANDAU, « *Les soignants acquièrent, avec l'expérience, une culture olfactive.* ». ⁴⁴ Mais, il est important de souligner que les notions « *d'odeurs agréables ou désagréables, bonnes ou mauvaises* » sont variables d'un individu à l'autre, que la mémorisation des odeurs est associée aux expériences personnelles. Les odeurs conditionnent la vie dès son début et l'accompagnement jusqu'à la mort.

Jacques MASRAFF se pose la question suivante concernant les soins palliatifs : « *Mais à quoi peuvent bien servir des odeurs a priori agréables dans un contexte hospitalier de soins palliatifs ? Peut-être à créer une autre ambiance ou à rafraîchir l'atmosphère tout en profitant simplement des multiples effets que les plantes sont capables de générer. En soins palliatifs, la qualité du temps qui passe est en effet composée de nombreux éléments qui contribuent peu ou prou à donner de la valeur et du plaisir à une période particulièrement difficile de la vie.* » ⁴⁵

Dans la fiche pratique COMPAS, « *Soins palliatifs & odeurs désagréables* » édition du 25/09/2009, ces auteurs indiquent que « *la grande majorité des mauvaises odeurs est due à la multiplication des germes anaérobies dont il faut rechercher le siège et la cause afin de les traiter.* » Ils appuient aussi sur le fait que « *les mauvaises odeurs ont un effet délétère à la fois social et psychologique en isolant le patient qui peut se replier sur lui-même et en entraînant des attitudes d'évitement de la part de l'entourage et/ou des soignants. Il y a donc un impact direct sur la qualité de vie du patient.* ». ⁴⁶

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il semble important d'évincer les odeurs nauséabondes. De nombreux moyens médicaux sont mis en place comme des pansements absorbants au charbon activé. Ils peuvent « *diminuer les odeurs liées à une colonisation des plaies ou des escarres par des bactéries anaérobies. L'efficacité des antiseptiques sur les odeurs n'a pas été évaluée. Le métronidazole en traitement local peut être proposé. La diminution des odeurs passe également par des soins d'hygiène corporelle visant à promouvoir le bien-être du patient.* ». ⁴⁷

⁴⁴ Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. Bulletin D'études Orientales, 64, 43-61.
Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091

⁴⁵ Masraff, J. (2005). Importance des odeurs pour le patient et pour le personnel soignant. InfoKara, vol. 20(1), 3-6. doi:10.3917/inka.051.0003.

⁴⁶ http://www.compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/ressources/outils%20pratiques/FP_odeurs%2007042020.pdf

⁴⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf

Des avancées existent. Afin de diminuer ces mauvaises odeurs, des groupes de travail sont organisés afin de trouver des pistes d'action à partir des besoins et de l'inconfort des patients. On promulgue l'aromathérapie dans les établissements de santé et plus particulièrement dans les services de soins palliatifs. C'est une technique utilisant principalement les huiles essentielles pour leurs vertus diverses et variées soit sous forme de vaporisation, de massages ou de tisanes. Elles sont souvent utilisées pour purifier l'air, en traitement buccal.

L'olfactothérapie est aussi utilisée dans le soin mais elle est moins courante. Elle correspond à sentir une odeur et en utiliser la mémoire pour être en lien avec ses ressources. Lors de la première séance, le soignant effectue une anamnèse ou recueil de données concernant le patient ainsi que son histoire de vie. En complétant ces données, le professionnel peut alors souligner quelles sont les préférences du patient ainsi que ses préférences par rapport aux odeurs mais aussi ses aversions. « *L'olfaction est le seul sens en relation directe avec le système limbique, les odeurs ont un impact émotionnel fort.* »⁴⁸

Du fait, de cette organisation cérébrale, plus le patient sentira une odeur et l'associera à un sentiment heureux et plus il y aura de liaisons neuronales entre le cortex olfactif et le système limbique.

Les hôpitaux mettent en place des dispositifs de diffusion d'huiles essentielles garantissant une odeur agréable et fraîche au vu de la présence sérieuse de pathologies variées infectieuses, plaies nauséabondes, incontinences, odeurs médicamenteuses, odeurs de mauvaise hygiène corporelle, vomissement... Ces diffuseurs sont installés dans les couloirs de certains service pour diffuser plusieurs fois par jour pendant des heures préprogrammées des fragrances permettant de revitaliser les matinées et de détendre les après-midi.

Selon J. MASRAFF, « *Les senteurs agréables et personnalisées contribuent à créer un cadre de soins hospitaliers confortable, tant pour les patients et leurs familles que pour le personnel soignant. En partant du principe que les mauvaises odeurs peuvent être chassées voire éliminées, les sens et le plaisir du patient peuvent être mieux éveillés et les échanges relationnels avec les familles, les visites et le personnel médico-soignant sont facilités. Lorsque*

⁴⁸ Ellena, J-C. (2007). Le parfum. Paris: Presses Universitaires de France.

les patients vivent des moments difficiles en hospitalisation, l'aromathérapie est un partenaire thérapeutique valable. »⁴⁹

4.1.3.5 La relation « soignant-soigné » et les odeurs

Que ce soit à l'hôpital, en clinique, en soins généraux ou en psychiatrie, les odeurs interfèrent de manière invasive, pragmatique ou impénétrable dans la relation soignant-soigné. Elles sont plus fortes que la raison, il n'y a pas de possibilité d'abstraction. Elles peuvent modifier la prise en soin soignant entraînant des bouleversements comportementaux, par exemple, engendrer des difficultés à passer le pas de la porte de la chambre comme des difficultés à rester dans la chambre écourtant ainsi le soin et conduisant le soignant à fuir ou à réduire la prise en charge du patient.

Dans « *Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?* » (1993, p.4), Hélène DUPERRET-DOLANGE nous raconte son expérience : « 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. »

En milieu hospitalier, les odeurs font partie intégrantes du monde du soin. De nombreux outils sont mis en place afin de neutraliser, de détruire les odeurs environnementales ceci pour rendre plus épuré le fond de l'air pour les patients comme pour les soignants. C'est pourquoi, on utilise des neutralisateurs d'odeur afin d'agir directement sur les molécules qui composent les mauvaises odeurs dans le but de neutraliser ces molécules afin de les rendre inoffensives, comme si elles n'avaient jamais été là. Des brumisateurs, cela permet d'obtenir une sensation de fraîcheur dont certains ont des vertus thérapeutiques, notamment au niveau de la peau. L'utilisation des diffuseurs de parfum est très souvent effective pour les patients en fin de vie ou ayant des plaies très odorantes voire nauséabondes. Cela permet au soignant de gérer les problématiques olfactives et de pouvoir assurer les soins.

⁴⁹ Masraff, J. (2005). Importance des odeurs pour le patient et pour le personnel soignant. InfoKara, vol. 20(1), 3-6. doi:10.3917/inka.051.0003.

Ainsi, les professionnels du soin œuvrent dans un environnement aseptisé ou quasi-aseptisé où les odeurs sont annihilées par des produits nettoyants, des détergents et comme indiqué précédemment des désodorisants. Seulement, elles sont fréquentes, diverses et persistantes. Elles sont annonciatrices de maladie ou d'infection. Quelles soient désagréables ou pas, elles sont le quotidien des soignants, odeurs corporelles, maladies, vomissements, défécations, urines, odeurs de plaies, d'escarres...

Ainsi, selon J. CANDAU, les soignants acquièrent des savoirs et savoir-faire olfactifs sur le terrain. Ils se créent une culture de l'odeur afin d'étayer leur prise en charge. Certaines odeurs sont spécifiques comme l'haleine piquante d'un diabétique acétonémique, la senteur de « paille pourrie » pour un sujet atteint de brucellose, les effluves de « plumes fraîchement arrachées » pour un individu atteint de la peste, l'odeur d'« étal de boucher » pour la fièvre jaune ou encore l'odeur de pourriture pour les patients atteints du scorbut. Les malades de la typhoïde quant à eux sentent une odeur de « pin frais ». Toutes ces odeurs permettent aux soignants de favoriser le diagnostic. Hélène DUPERRET-DOLANGE a formulé l'hypothèse que l'odeur avait fonction de protection, de signal d'alarme face aux maladies en indiquant « peut-être bien qu'en ces époques où la contagion n'était pas connue, l'odeur avait fonction de protection : en effet, [...] les mauvaises odeurs sont considérées en Europe comme agissant directement sur la santé et la vie »⁵⁰.

Néanmoins, ils ne possèdent pourtant pas de lexique immuable et précis pour décrire les stimuli mais l'expérience fait qu'avec le temps l'enrichissement de celui-ci se fait de manière efficace et adaptée. Ainsi, les soignants mobilisent leur pratique singulière tout en ayant recours dans certains cas à des invariants. Ils utilisent des descripteurs qui, majoritairement, mettent en avant le caractère « invasif » des « mauvaises » odeurs. Le métier de soignant ne peut qualifier et catégoriser les stimuli olfactifs de manière absolue mais relative, en fonction du contexte de la perception et d'enjeux symboliques et sociaux. Dans sa forme la plus radicale, cette relativité de la perception peut aller jusqu'au déni du stimulus ou prendre conscience que face à ce déni, l'homme a besoin de pousser ces recherches.

L'exploitation des odeurs dans le soin a poussé, des médecins et des scientifiques, à mener plusieurs études pour mettre en place des machines capables de « sentir » artificiellement

⁵⁰ Duperret Dolange, H. (1993). Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?. Lyon: AMIEC.

l'odeur de l'air exhalé par un patient ou de son urine. Les odeurs détectées par les nez électroniques sont émises par des composés organiques volatiles qui font partie de la famille des métabolites, dont l'étude se nomme la métabolomique. Il s'agit de molécules aux rôles très variés (des sucres, des graisses...) qui participent au fonctionnement de la cellule. Les nez électroniques sont établis sur une base d'intelligence artificielle capable de déchiffrer les données mesurées par eux. Ils doivent passer par un apprentissage afin d'établir des « profils odorants » pour chaque type de cancer, à partir d'une centaine de composés organiques volatils. Ensuite s'établit une comparaison de ce qui a été inhalé avec ces profils, pour en déduire la probabilité que le patient soit malade ou non. Une fois bien maîtrisé, ce type de diagnostic constituerait un bénéfice important pour les malades. C'est faire des odeurs un atout majeur dans la prise en charge du malade et de pouvoir en établir un diagnostic. Cette nouvelle génération de nez électronique fait suite aux travaux du médecin Olivier CUSSENOT⁵¹, urologue à l'hôpital Tenon, à Paris sur les facultés de l'odorat canin dans la recherche de pathologies cancéreuses.

4.1.4 Le sens des sens

Selon le dictionnaire Larousse, plusieurs définitions sont données au mot « sens » :

- « Chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur, de nature physique (vue, audition, sensibilité à la pesanteur, toucher) ou chimique (goût, odorat) ;
- Aptitude à connaître, à apprécier quelque chose de façon immédiate et intuitive ;
- Ce que quelque chose signifie, ensemble d'idées que représente un signe, un symbole ;
- Ce que représente un mot, objet ou état auquel il réfère ;
- Raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique. ».⁵²

Le mot « sens » est polysémique mais Michaël OUSTINOFF, dans Le « sens de la langue » ou la dimension cachée des sens, complète cette définition par : « Le mot « sens » dérive du latin « *sensus* », qui vient lui-même du verbe « *sentire* », sentir, c'est-à-dire « percevoir par les sens ».

⁵¹ <https://www.planetesante.ch/Magazine/Cancer/Depistage-du-cancer/Comme-une-odeur-de-maladie-l-odorat-un-outil-de-diagnostic>

⁵² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>

C'est cette première acception qu'a retenu l'anglais « sense » : les cinq sens se disent « the five senses ». On pourrait penser que c'est là une donnée initiale allant de soi, mais le mot allemand correspondant, « Sinn », en dépit de sa ressemblance avec « sensus », ferait apparaître une logique à première vue différente : le mot, selon le dictionnaire Duden, vient d'une racine germanique signifiant « Gang », « Reise », « Weg », c'est-à-dire « déplacement », « voyage », « chemin ». »⁵³

On comprend donc que les mots « sens » et « sentir » corroborent d'un point de vue étymologique. Quelle définition peut-on donner au mot « sentir » finalement ? Selon Le Larousse, il existe plusieurs significations :

- *« Percevoir quelque chose par l'odorat ;*
- *Humer l'air ambiant pour en percevoir l'odeur ;*
- *Percevoir une impression physique par les organes de la sensibilité (autres que la vue et l'ouïe) ;*
- *Percevoir et connaître quelque chose plus ou moins confusément et de manière intuitive ;*
- *Éprouver dans son corps les manifestations, les effets de quelque ;*
- *Avoir conscience d'une partie de son corps, parce qu'on y prête particulièrement attention, ou parce qu'elle est particulièrement sensible ou douloureuse ;*
- *Connaître quelque chose, le goûter, l'éprouver par la sensibilité. ».*⁵⁴

Pour Jean-Jacques FRANCKEL, linguiste, le verbe « sentir » est d'une manière empirique et lexicographique associé de façon privilégiée à la notion de « perception » qui sous-entend le sens olfactif, tactile ou gustatif et la notion d'« intuition ». Il indique que *« Le lien avec la notion d'intuition peut être analysé a priori comme provenant du fait que sentir se trouve fondamentalement ancré dans une subjectivité. En effet, [...] l'olfaction et le gustatif sont liés à des modes de perception internes au sujet. Cela est particulièrement vrai de l'olfaction [...]. Les critères classificatoires classiques font [...] de l'olfaction la faculté la plus subjective, intimiste, intériorisée (et le plus souvent aussi la plus archaïque). Il s'agit de plus d'une perception fugace, impalpable, ponctuelle qui ne se manifeste que dans le temps. »*⁵⁵ Il

⁵³ Oustinoff, M. (2016). Le « sens de la langue » ou la dimension cachée des sens. Hermès, La Revue, 74(1), 78-80. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2016-1-page-78.htm>.

⁵⁴ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentir/72147?q=sentir#71344>

⁵⁵ Franckel, J.-J. et Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.

suggère qu'en fait, « *Sentir prédique l'existence pour un sujet de quelque chose qu'il spécifie comme le déclencheur d'une représentation dont il devient le site.* ».⁵⁶

On peut se questionner sur le sens de l'odorat comme outil de perception ou la perception, un sens caché à l'odorat ? Nathalie MURATET, animatrice socio-culturelle à l'Institut des Jeunes Aveugles de Toulouse nous parle de « la perception d'une situation ». Pour elle, cela « *fait appel à la fois aux sens, à l'esprit, aux idées, à l'instant et au temps, à l'état émotif. Tous ces éléments entrent en compte lorsqu'on se fait une représentation du monde. Se pose alors la question de notre rapport au monde, de la représentation qu'on s'en fait et de ce que l'on nomme réalité. Quel est la part de l'interprétation dans ce rapport à la réalité ? Percevoir est une interaction entre l'individu, tout son être et son environnement. C'est le processus de ces interactions qui permet de se représenter le monde et d'y évoluer.* » Elle dit aussi : « *La perception est une faculté biophysique et culturelle qui relie l'action du vivant au monde et à l'environnement par l'intermédiaire des sens et des idéologies individuelles ou collectives. Chez l'espèce humaine, la perception est aussi liée aux mécanismes de cognition par l'abstraction inhérente aux processus de pensée.* »⁵⁷

En effet, de nombreux attributs mis en relation permettent d'élargir le champ des possibles au sens de l'odorat et au sens que l'on veut bien lui attribuer mais tout reste subjectif et d'une temporalité abstraite et personnelle.

« *La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit...* » Peter DRUCKER. Sentir, ressentir, percevoir sont des verbes pour instrumentaliser la communication non exprimée et que peut-être ces non-dits verbaux veulent sous-entendre bien plus qu'ils n'y paraissent. Seulement, il faut savoir les décoder et les remettre dans son contexte afin qu'on puisse leur donner tout le sens qu'ils doivent prendre.

⁵⁶ 55. Franckel, J-J. et Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in *Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique*, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.

⁵⁷ www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr

4.2 Méthodologie exploratrice

4.2.1 Présentation de la méthode

Le cadre conceptuel terminé, l'appel du terrain se fait impérieux : besoin de comparer les éléments théoriques recueillis ainsi que les idées des auteurs avec le ressenti des professionnels et leurs connaissances pratiques natives de leurs expériences devient alors une certitude. Mais avant de partir à leur rencontre, certaines décisions s'imposent et elles doivent être prestement réfléchies car ce sont elles majoritairement qui détermineront la suite de l'analyse.

4.2.1.1 Les outils d'enquête

Interroger le vécu des professionnels afin qu'ils puissent évoquer librement leurs expériences et réalités ne peut se faire qu'à travers l'observation pratique à travers un carnet de bord et l'entretien qui me semblent être les outils les plus adaptés pour investiguer. En effet, au regard de mon cadre conceptuel et des notions essentielles qui s'en sont dégagés, il m'est nécessaire de collecter un maximum de données non pas quantitatives mais qualitatives dans une démarche de recherche clinique en soins infirmiers. Cette recherche vise à évaluer l'impact des odeurs dans le soin.

Georges LAPASSADE donne dans Vocabulaire de psychosociologie une définition de l'observation participante : « *Tout au long du travail de terrain, l'observateur participant, tout en prenant part à la vie collective de ceux qu'il observe, s'occupe essentiellement de regarder, d'écouter et de converser avec les gens, de collecter et de réunir des informations. Il se laisse porter par la situation. « Bref, par participation, il faut entendre le mode de présence du chercheur au sein du milieu observé » (Peretz,1998).* ».⁵⁸

En effet, je vais collecter des données en m'immergeant personnellement dans la vie professionnelle des personnels soignants ainsi ils partageront leurs expériences.

L'entretien permet d'explorer ce type d'interactions et revêt selon moi un caractère plus personnel. Je fais le choix de préparer un entretien ouvert non directif (Entretien en question

⁵⁸ Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.barus.2002.01.0375.

inaugurale) puis semi-directif (Entretien à réponses libres = guidé) 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.

L'entretien ouvert non directif sera axé sur « Racontez-moi une histoire sur une odeur du soin » puis je poserai des questions semi-directives (guide d'interview) en fonction de ce qui aura été mis en récit :

- Qu'en avez-vous fait ?
- Est-ce que cela vous a servi dans votre pratique de tous les jours ?...

Je les questionnerai sur les types d'odeurs auxquelles ils ont été confrontés dans leur service, sur leurs réactions et la posture qu'ils ont eue lors d'un soin. J'ouvrirai sur l'aspect instinctif du sens dans la prise en charge du patient.

4.2.1.2 Les terrains investigués

L'utilisation de services différents pour la réalisation des entretiens est nécessaire pour avoir un panel de référentiels olfactifs. En ayant effectué plusieurs stages en gériatrie et en service gastroentérologique, je pense que les professionnels travaillant dans ces services où les odeurs sont relativement prolifiques (odeurs de selles et urines, vomissements, stomies, escarres...) seront à même d'étayer les données des futurs entretiens de terrain.

Ainsi, j'ai choisi de faire des entretiens dans :

- une clinique psychiatrique,
- un lieu de vie, EHPAD,
- un lieu de vie, Maison d'accueil polyhandicap,
- un cabinet libéral,
- un institut de formation en Soins Infirmiers.

4.2.1.3 Les professionnels interrogés

Je fais le choix d'accomplir cette enquête auprès de deux types de population : infirmières et aides-soignantes, des nouveaux et anciens diplômés, afin de les interroger sur leur pratique professionnelle à travers l'évolution de leur carrière.

Le choix de l'outil étant principalement l'entretien, je fais le choix d'interviewer 4 professionnels paramédicaux lors de mes entretiens ouverts non directifs à semi-directifs où je poserai une question inaugurale puis en fonction de l'histoire exprimée, des questions essentiellement ouvertes afin de collecter des échanges riches sur leurs expériences. Je pourrai, ainsi, rebondir si nécessaire sur leurs réponses et leurs réactions dans l'objectif d'enrichir mes entretiens et d'avoir suffisamment d'éléments de réponses en lien avec ma problématique. Ces entretiens seront enregistrés avec accord du professionnel.

Concernant les infirmiers et les aides-soignants (hommes ou femmes) à interroger, je m'attacherai à un seul critère l'expérience car d'un professionnel à l'autre, il faut une diversité d'expériences pour jouir d'un vécu varié.

4.2.2 Enquête de terrain et analyse des résultats

L'objectif principal de mon enquête de terrain a été de savoir si les odeurs peuvent influencer ou donner un sens particulier à la prise en charge du patient. Mon guide m'a permis de confronter mes écrits à la réalité.

4.2.2.1 Réalisation de l'enquête de terrain

Six entretiens ont finalement été réalisés au lieu des quatre prévus initialement. J'expliquerai un peu plus tard pourquoi ce choix a été fait. Les personnes interviewées ont été choisies sur la base du volontariat et ont été informées dès le départ que leur anonymat serait préservé. Elles ont donné ainsi leur accord pour la retranscription de leur entretien pour m'apporter les réponses nécessaires à la validation de l'hypothèse de mon mémoire de fin d'études centrée sur les odeurs dans les soins infirmiers.

Les entretiens exploratoires se sont déroulés sur les lieux d'exercice des deux infirmières, en cabinet infirmier libéral et en clinique psychiatrique. Pour le reste, les entretiens ont été enregistrés soit en dehors des établissements de soins soit à l'IFSI d'Avignon.

Le contact et le ton avec chacun des professionnels a été bienveillant et à chaque fois chaleureux voire enjoué pour le dernier entretien. Je dois avouer que je me suis sentie à l'aise dans mon rôle d'intervieweuse dès le premier entretien ce qui a consenti, je pense, aux interviewés d'être beaucoup plus à l'aise. J'ai fait très attention à ne pas intervenir lors de leurs narrations afin ne pas les parasiter. J'ai admis les silences permettant aux paramédicaux de réfléchir plus longuement ou de rebondir selon le fil de leurs pensées mais j'ai su aussi intervenir lorsque certains points n'ont pas été abordés en détails.

Je regrette, en revanche, fortement de ne pas avoir eu le réflexe de réenclencher le dictaphone pour les cinq premiers entretiens car les professionnels ont, après l'arrêt de celui-ci, pu me raconter des faits très intéressants qui n'ont pas pu être exploités. La « pression » du dictaphone et de l'entretien passée, les professionnels se sont libérés voire délivrés de leur appréhension.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de mon dictaphone. Les conditions de réalisation ont été plutôt favorables. Toutefois pour 4 entretiens, nous avons été dérangés ou parasités.

Lors de l'entretien de l'infirmière diplômée d'Etat (IDE) psychiatrie, l'entretien a été interrompu à plusieurs reprises par des patients qui ont tapé à la porte de l'infirmerie et par une infirmière qui est entrée puis sortie par deux fois.

Lors de l'entretien avec l'étudiante en soins infirmiers (ESI) Julie, nous avons été interrompues par deux étudiantes qui cherchaient une salle pour déjeuner.

L'entretien avec l'aide-soignante (AS) Kadja s'étant déroulé dans une cafétaria, nous avons été dérangées par la musique de fond de celle-ci.

Pendant l'entretien avec l'infirmier libéral, une de ses collègues est rentrée et est sortie du cabinet à 2 reprises. Elle a dialogué avec nous.

Pour le reste, nous n'avons pas été dérangés par le bruit, ni interrompus en cours d'entretien.

La durée de ceux-ci varie entre 13 et 26 minutes environ d'enregistrement :

- Entretien N° 1

Accord oral du cadre de santé en psychiatrie et de l'infirmière interviewée.

Avec IDE psychiatrie nommée Muriel, il s'est déroulé vers 10 heures, avant la tournée du midi.

Nous étions installées face à face à l'infirmierie de la clinique.

- Entretien N° 2

Elève infirmière de 2^{ème} année ayant été interrogée sur son passé d'AS en EHPAD.

Avec l'AS prénommée Kadija, il s'est effectué pendant sa pause déjeuner. Nous nous sommes retrouvées dans une cafétéria.

- Entretien N° 3

Elève infirmière de 3^{ème} année ayant été interrogée sur son passé d'AS en Maison d'accueil polyhandicaps

Avec l'AS prénommée Fatima, il s'est réalisé en fin de la matinée durant son temps personnel.

- Entretien N° 4

Elève infirmière de 3^{ème} année

Avec l'ESI nommée Anaïs, il s'est effectué à l'IFSI d'Avignon en fin de matinée dans une salle de cours mise à notre disposition pour l'occasion.

- Entretien N° 5

Elève infirmière de 3^{ème} année

Avec l'ESI nommée Julie, s'est effectué à l'IFSI d'Avignon pendant la pause déjeuner. Nous sommes retrouvées dans une salle de travail.

- Entretien N° 6

Accord oral.

Avec l'IDE libéral nommé Benjamin, s'est déroulé au cabinet infirmier, vers 10 heures sur son temps de coupure. Nous étions installés face à face dans un bureau.

Pour mener à bien l'enquête de terrain, j'ai, tout d'abord, présenté mon projet d'étude aux différents paramédicaux puis poser une question de départ : « ***Est-ce que pour vous, la question des odeurs est-elle une vraie question dans votre pratique au quotidien ?*** ». Cette question ouverte a laissé le choix à la personne interviewée de répondre librement à la question posée.

Ensuite, un entretien non directif a été mis en place en demandant aux professionnels de me raconter une histoire ou situation d'odeur(s). Cela leur a permis de pouvoir s'exprimer librement avec leurs mots et leur vocabulaire, de dévoiler leurs émotions et de transmettre leur(s) expérience(s) odorifique(s). Ensuite, des questions semi-directives ont permis d'éclaircir certains points, d'approfondir certaines idées, de pousser les personnes interrogées à s'ouvrir davantage sur leurs émotions et de les pousser à mettre des mots sur des maux.

Au début de ma démarche d'enquête, il m'a semblé intéressant d'interviewer 4 professionnels or il s'est avéré que les quatre premiers étaient des paramédicaux ayant une expérience professionnelle d'une dizaine d'années à minima chacun. J'ai voulu m'entretenir avec des futurs professionnels ayant une expérience limitée dans le soin pour justement savoir si l'expérience a une incidence dans la prise en soin des patients à travers les odeurs. Après consultation de mon directeur de mémoire, j'ai fait le choix de m'entretenir avec des élèves en soins infirmiers à l'IFSI d'Avignon de 3^{ème} année.

4.2.2.2 Traitements des données recueillies

Les entretiens ont été retranscrits intégralement au fur et à mesure de leur réalisation, puis les données ont été classées dans une grille pour y être analysées.

Toutefois, après analyse des différents entretiens, je pense qu'il aurait fallu avoir un ou deux entretiens supplémentaires avec du personnel ayant été en contact avec des « bonnes » odeurs comme en maternité ou en pédiatrie. A. Candau et A. Jeanjean dans « Des odeurs à ne pas regarder » (2006) disent qu'« un enfant « ne sent pas » ou alors « il sent bon », presque une odeur de sainteté (Albert 1990⁵⁹) en somme. »⁶⁰. Cela aurait pu mettre en exergue une autre approche des odeurs dans un contexte de soins différents lui aussi.

⁵⁹ Albert J.-P., 1990. Odeurs de sainteté. La mythologie chrétienne des aromates, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales ».

⁶⁰ Candau, J. & Jeanjean, A. (2006). Des odeurs à ne pas regarder..., Terrain [En ligne], mis en ligne le 15 septembre 2010. URL : <http://terrain.revues.org/4251>

4.2.2.3 Analyse des données recueillies

Afin d'analyser les données recueillies au cours de mes entrevues avec les infirmiers, j'ai utilisé des grilles qui ont évoluées au fur et à mesure des entretiens. En effet, étant non directifs, les soignants ont pu aborder différentes thématiques concernant le monde olfactif. De ces thématiques se sont juxtaposées le contexte littéraire afin de pouvoir répondre à mon questionnement de départ voire de l'élargir à travers les unités de sens recensées.

Avant toute chose, je tiens à préciser que pour plus de commodités et de fluidité de lecture, je vais utiliser les prénoms des différentes personnes interrogées en substituant les abréviations

- ~~IDE~~-(Muriel et Jo) ;
- ~~AS~~-(Fatima et Kadija) ;
- ~~ESI~~-(Anaïs et Julie).

En début d'entretien, j'ai posé une question d'accroche : « **Est-ce que pour vous, la question des odeurs est une vraie question dans votre pratique au quotidien ?** » Unanimement, les professionnels ont répondu que les odeurs font partie intégrante de leur métier de soignant. Trois soignants sur six ont répondu instinctivement sans temps de réflexion. Quant aux trois autres, ils ont pris quelques secondes pour y réfléchir. On peut supposer que la question des odeurs ne s'est pas imposée à eux comme une évidence. Pourtant, l'odorat fait partie de nos cinq sens. C'est un sens qui met en exergue les perceptions que nous avons de nous-même et des autres. Comme le dit Chantal JAQUET dans *Philosophie de l'odorat* (2010) qui cite J.-P. SARTRE (*Baudelaire*, 1947) décrit : « *L'odeur d'un corps, c'est ce corps lui-même que nous aspirons par la bouche et le nez, que nous possédons d'un seul coup comme sa substance la plus secrète et, pour tout dire sa nature.* ». ⁶¹ Les professionnels de santé développent majoritairement la question du départ et argumente leur réponse. En effet, il semble que pour eux les odeurs détiennent une place particulière dans leur quotidien. Pour Kadija et Anaïs, cela fait partie tout simplement du soin. Même si pour cette dernière, les odeurs quelles qu'elles soient sont subjectives et leur appréciation varie d'une personne à une autre. Concernant Jo, « *les odeurs c'est super important contrairement à ce qu'on pense (L49)* » et sont à elles seules un « *univers particulier (L34)* ». Il dit aussi : « *quand tu rentres dans une structure qu'elle soit*

⁶¹ 5.Jaquet, C. (2010). Chapitre II. L'un et l'autre à vue de nez. France : Presses Universitaires de France, pp. 87-126.

hospitalière ou autre, déjà, c'est une odeur particulière ne serait-ce que dans les locaux en général. (L34-36) ». Cette odeur bien spécifique peut « venir des effluves de certaines chambres (L36) ». Il ajoute d'ailleurs, que « certaines personnes [...] ne peuvent pas faire ce métier par rapport à ça (L42) ». Il complète par « moi, j'ai des collègues qui ont arrêtés de faire ce métier (L43) » sous-entendu à cause des odeurs. Pour Muriel, les odeurs sont présentes dans le soin. Elle indique qu'« on apprend à travailler avec » (L12). Pour Fatima, « oui de toute façon on est confronté aux odeurs (L11-12) » de manière permanente avec elles et elle a « appris avec le temps à les différencier (L13) ». L'ensemble des soignants sont d'accord avec l'omnipotence des odeurs dans le soin.

À la suite des différents entretiens, voici les principales unités de sens qui ont émergées :

❖ **Toutes les odeurs ramenées sont des « mauvaises odeurs » ;**

Dans la partie théorique, je n'ai pas voulu aborder les mauvaises odeurs comme un axe primordial du principe olfactif. En effet, les odeurs sont très subjectives d'un individu à un autre comme le dit Anaïs (L13). J-J. FRANCKEL et D. LEBAUD, linguistes, affirment eux-aussi que l'olfaction est comme « *la faculté la plus subjective, intimiste, intériorisée* ». ⁶² Ce qui peut sentir « bon » pour les uns pourrait sentir « mauvais » pour les autres, le parfum en est le principal exemple. Nous avons tous un patrimoine olfactif qui s'est construit depuis notre plus tendre enfance et s'est développé au fur et à mesure de nos expériences personnelles et professionnels.

Tout le monde ne peut pas avoir un sens inné pour les odeurs comme Jean-Baptiste Grenouille, virtuose olfactif du Parfum, du roman de Patrick Süskind. « *Pour lui, la moindre ruelle parisienne exhale des relents d'eau, de pierre, de cendre et de cuir, de savon, de pain frais et d'œufs cuits dans le vinaigre, de cuivre jaune bien astiqué, de sauge, de bière et de larmes, de paille humide...* ». ⁶³

⁶² Franckel, J-J. et Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.

⁶³ <https://www.science-et-vie.com/cerveau-et-intelligence/les-senteurs-dependent-elles-de-certaines-odeurs-primaires-9263>

Or dans le cas présent, les différentes histoires relatées sont des histoires de mauvaises odeurs. Mauvaises odeurs qui se sont incrustées dans la mémoire des soignants témoins d'une histoire marquante. La question : « **Racontez-moi une histoire d'odeur** » a fait resurgir des odeurs désagréables, fortes, nauséabondes certes mais surtout des instants de vie venus à eux comme une évidence à énoncer et à faire partager.

Entretiens	Type d'odeur
IDE Muriel	Odeur de selles en lien avec un patient suicidaire
IDE Jonathan	Odeur de selles en lien avec l'éclatement d'un abcès
AS Kadija	Odeur d'escarre en lien avec une fin de vie
AS Fatima	Odeur de mort pour une patiente en fin de vie
ESI Anaïs	Odeur de selles d'un patient ayant eu des selles en abondance et déplacement dans l'institution
ESI Julie	Odeur de selles pour une patiente ayant une diarrhée

Majoritairement, les soignants parlent d'odeurs de mort, de selles/diarrhées ou de dysfonctionnement du corps en lien avec une odeur « *très agressive* (Jo – L45, L97) ». Toutes ces odeurs ont eu pour effet de mettre mal à l'aise les soignants dans leur prise en charge patient et de les interroger sur leur soin sinon pourquoi les raconteraient-ils ?

Il semble intéressant de dire que ces histoires dépassent, au fur et à mesure de mon analyse, la simple histoire d'odeur. Elles racontent, suggèrent, interrogent sur le ressenti de chaque soignant. Pourquoi l'histoire venant en tête relève de la mauvaise odeur ? Que veulent dire ces mauvaises odeurs pour le soignant ? Qu'est-ce qu'elles racontent sur le soignant ? A travers ces différentes narrations et interrogations de ma part, j'ai cherché à comprendre quel était le sens caché de ces odeurs et ce qu'elles peuvent bien raconter des soignants.

Ces histoires de « mauvaises » odeurs arrivent en premier car on peut imaginer qu'il n'y a pas de mauvaise réponse mais simplement la vérité du sujet. Il faut entendre qu'il n'y a pas de vérité absolue, le soignant répond seulement à ce qui le concerne. Il nous raconte une histoire à lui et non pas une histoire universelle. Il répond « juste » car c'est subjectif. Cela appartient à chacun. Les soignants ne parlent pas de n'importe quelle expérience odorifique. Ils mettent en avant un certain type d'odeur. On peut considérer que ces odeurs, qui arrivent, sont des signifiants de quelque chose car on ne parle pas par hasard de telle ou telle odeur. Ils parlent d'odeurs qui ramènent à des odeurs connotées affectivement.

Pour J-C. ELLENA, « *L'olfaction est le seul sens en relation directe avec le système limbique, les odeurs ont un impact émotionnel fort.* ». ⁶⁴ Hélène DUPERRET-DOLANGE dit à son tour que « *L'odorat est un puissant magicien qui nous fait traverser des millions de kilomètres ainsi que les années que nous avons vécues.* ». ⁶⁵ Joël CANDAU dans son livre *Mémoire et expériences olfactives, Anthropologie d'un savoir-faire sensoriel* ⁶⁶, nous parle de la variabilité de la perception olfactives qui dépendrait de la nature même de l'être humain et de ses influences environnementales. Quant à Marcel PROUST, les empreintes laissées par les odeurs dans notre mémoire sont de formidables réserves d'émotions depuis notre naissance. Celles-ci constituent notre réserve de sensations odorantes grâce à la perception des senteurs qui nous entourent. Pour lui, cette mémoire ne vieillit pas. Il l'exprime avec l'image de la Madeleine véritable déclencheur émotionnel mais largement influencé par son vécu.

En effet, c'est l'odeur qui appelle ou ramène une émotion alors que l'exercice de demander au soignant de me raconter une histoire d'odeur, c'est l'émotion qui ramène ou appelle l'odeur. C'est la mémoire qui ramène l'odeur et l'émotion. Cela induit quelque chose d'inconscient.

Cela nous amène à penser que les soignants parlent d'une odeur spéciale et personnelle ayant une importance pour eux et si elle a une importance, c'est qu'elle est liée à un affect qui a du sens. Les soignants à travers leurs témoignages nous disent de quoi ils parlent, de ce qui les concernent, les touchent, les affectent. Leurs histoires de diarrhées, d'escarre, de personne suicidante, d'abcès/stomie permettent toutes de converger vers la même chose... c'est le corps qui lâche de tous les côtés.

⁶⁴ Ellena, J-C. (2007). Le parfum. Paris: Presses Universitaires de France.

⁶⁵ Duperret Dolange, H. (1993). Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?. Lyon : AMIEC. p.1

⁶⁶ Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. Bulletin D'études Orientales, 64, 43-61. Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091

❖ Une forme d'« insensibilité » naturelle vis à vis des odeurs ;

Les professionnels interviewés ont pour la plupart plusieurs années d'expérience derrière eux sauf les étudiants en soins infirmiers (ESI) qui sont en formation depuis trois ans. Comme l'indique le tableau ci-dessous :

	IDE Muriel	IDE Benjamin	AS Kadija	AS Fatima	ESI Anaïs	ESI Julie
Année de diplôme	1990	2008	2010	1998	Promo 2017-2020	Promo 2017-2020
Nombre d'années d'expérience	30 ans	11 ans	10 ans	22 ans	3 ans	3 ans

On peut s'interroger sur le lien qui existe entre les odeurs et l'expérience professionnelle. En effet, existe-t-il chez certains individus une forme de prédisposition innée à la tolérance aux mauvaises odeurs ou est-ce l'expérience professionnelle qui permet de développer cette dernière ?

Selon l'organisation cérébrale d'une personne lambda, plus on sent une odeur agréable et plus elle s'associera à un sentiment « heureux » et plus il y aura de liaisons neuronales entre le cortex olfactif et le système limbique. Inversement, plus on sentira une odeur désagréable plus elle sera associée à un sentiment dit « triste ». Le professeur Arnaud AUBERD explique lui aussi que *« L'odorat se différencie des autres sens car il est le seul à communiquer en premier instance avec l'amygdale, la partie "émotion & mémoire" du cerveau. L'émotion précède donc toujours la reconnaissance consciente d'une odeur [...] transcrite dans le cerveau en sensation de plaisir, ou de déplaisir de bien-être ou d'inconfort. »*⁶⁷

Peu de personnes naissent avec le sens aussi développé que Jean-Baptiste Grenouille, virtuose olfactif, du roman Le Parfum de Patrick Süskind. Il existe les nez des grands maîtres parfumeurs comme J-C. ELLENAS, le « nez » de la maison HERMES mais ce n'est pas le commun des mortels. Notre patrimoine olfactif s'établit au fil du temps et n'est malheureusement pas inné

⁶⁷ <https://presse.signesetsens.com/equilibre/l-influence-des-odeurs-et-des-parfums-sur-le-comportement-humain-et-le-bien-etre.html>

pour la plupart des hommes. Cependant, notre adaptabilité aux odeurs peut se former à travers cette mémoire affective et/ou émotionnelle. Toutefois, les réactions face aux réminiscences sensorielles mettent en exergue parallèlement des processus physiologiques qu'on peut appeler « mécanismes de défense » qui sont très personnels d'un individu à l'autre.

Certains soignants, lors de leurs entretiens, parlent des odeurs avec un palpable détachement pourtant ils parlent d'odeurs dites « *nauséabondes* » (Muriel L51 & Anaïs L29) voire « *insupportables* » (Kadija - L88) pour d'autres le son de leur voix est grave voir avec un écho de « *culpabilité* » (« *J'avais honte* » (Anaïs – L36, L96) ; « *Ce n'est pas possible qu'une soignante ne supporte pas une odeur* » (Anaïs – L26-27)). Pour un des soignants, le ton est enjoué et le rire omniprésent. Chacun raconte et aborde son histoire à sa même façon. Comme dit précédemment, les soignants parlent d'odeur spéciale et à connotation très personnelle. Elle a, on l'imagine très bien, une importance pour eux et qu'elle est liée de près ou de loin à un affect qui a du sens. Ils mettent en place des systèmes de défense comme le rire, la dérision, l'humour, l'empathie, la fuite, la tétanisation, la peur, etc. Ce sont des moyens défensifs qui permettent peut-être de se couper des situations dramatiques relatées par les différents soignants.

Lors de l'entretien de Jo, on peut lire que le rire est omniprésent dans sa narration. Le rire sonne comme un moyen de protection contre la douleur du patient. Dans son histoire, si on l'analyse, on se rend compte que si on enlève le rire, on pourrait en pleurer. Au final, on se retrouve avec une situation brute, un abcès qui éclate pour une pose de stomie. On transporte le patient et tout lâche. Une odeur abjecte, ça pue, c'est une abomination. Cette odeur ramène à un drame humain. Le rire est un moyen de pouvoir supporter cette réalité qui s'impose à lui. C'est tout bonnement insupportable. Il dit qu'il utilise « *la dérision et rigoler* » (L218) comme l'indique, elle aussi Kadija, « *mes mécanismes de défense sont l'humour et la dérision.* » (L200). Cela laisse supposer, une hypersensibilité de la personnalité des soignants face au sort du patient. Kadija va même plus loin en parlant qu'elle est prête « à soigner, on est prêt à s'en occuper mais jusqu'à une certaine limite... Je crois que la ligne rouge, c'était de voir l'autre se détériorer à ce point, c'est un être humain... (L93-95) » et par transfert elle rajoute : « *Moi aussi, cela pourrait m'arriver parce que l'on ne sait pas comment on va devenir et moi aussi.* » (L116-117).

L'expérience professionnelle, pour Muriel, permet de gérer (« *garder le contrôle* » (L181)) et de s'adapter aux odeurs. Elle suggère, à contrario, que certaines odeurs restent malheureusement rédhitoires à supporter comme « *la transpiration* » (L86) ou de « *l'incurie plus que le vomi ou l'odeur de selles* » (L87-88). Chacun a finalement ses limites dans la tolérance.

On peut s'apercevoir qu'à travers le discours de certains interlocuteurs, l'expérience n'interagit pas forcément. Les Anaïs et Julie trouvent l'odeur de selles « *particulière* » (Anaïs – L50) ou non impactante (Julie – L47) mais cela ne les empêche pas de s'occuper des patients. Julie indique « *j'y fais pas attention* » (L13). Anaïs, quant à elle, est plus pondérée en disant « *il y a des odeurs qu'on supporte plus que d'autres.* » (L15). Ces deux soignantes n'ont pourtant que trois années d'expérience dans le soin. Elles essayent au quotidien de s'adapter et de les dominer.

Auraient-elles une prédisposition à les accepter et les gérer ? Il semblerait qu'à travers les différentes lectures, l'expérience personnelle et professionnelle influence la gestion des odeurs. Pour David HOWES, dans l'article « *Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat* », il existe 2 cultures soit odoriphile soit odoriphobe. Il présente la culture odoriphile comme la valorisation de « *l'odorat comme source importante de connaissances systématiques* ». Tandis que la culture odoriphobe s'occuperait « *moins d'interpréter le signe olfactif que de le dominer, le domestiquer et l'éliminer, sauf dans certains contextes particuliers.* ».⁶⁸ En effet, on pourrait se questionner sur la place de la culture de l'odorat dans le soin.

En psychiatrie ou en secteur hospitalier, la culture odoriphile est omniprésente. Elle est révélée au quotidien dans la prise en charge du patient. Dans la situation une, une odeur de cannabis permet de suspecter si un patient a fumé et de le confirmer par un test sanguin. Dans la situation trois, l'évolution de l'état du patient passe par son odeur corporelle. En effet, l'odeur des plaies formées par le psoriasis du patient informe de son état de santé physique et psychique. Plus le patient se sent mieux, plus ses plaies s'assèchent et moins l'odeur est présente. Le sevrage alcoolique passe aussi par un changement d'odeur corporelle. (situation quatre). Les patients dégagent une forte odeur de transpiration alcoolisée. Celle-ci peut être masquée par du parfum pour couvrir la reprise de consommation. Une infirmière, de la situation huit, dit ressentir

⁶⁸ Howes, D. (1986). Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat. *Anthropologie et Sociétés*, 10 (3), 29–45. <https://doi.org/10.7202/006362ar>

l'angoisse dégagé par le patient. L'odeur est catégorisée comme « acide ». Elle adapte ainsi son comportement en modifiant son intonation de voix et de facto sa prise en charge. J. CANDAU va dans le même sens que les soignants. Pour lui, ils acquièrent des savoirs et des savoirs faire olfactifs sur le terrain en se créant leur propre culture d'odeurs. Ils adaptent ainsi leur pratique.

Toutefois, la culture odoriphobe est devenue aussi un axe majeur dans la gestion des odeurs. L'hôpital dans sa globalité abhorre les odeurs. On lave les patients tous les jours (« solliciter l'hygiène » (Muriel – L91) ; « on les lave un petit plus fort ou alors on leur demande d'être un peu plus strict sur leur hygiène. » (Jo - L262-263). On essaye de mettre en place une suppression des odeurs dès l'entrée de l'établissement avec « l'aromathérapie » (Jo – L306). On supprime les odeurs lors de soin avec « un masque et de la solution hydroalcoolique » (Jo - L99). Si les patients sentent mauvais en raison des artifices médicaux, on va utiliser « le charbon actif » (Jo – L107) ou encore « des pastilles spécifiques » (Jo – L 109). Dans la fiche pratique COMPAS, « Soins palliatifs & odeurs désagréables » édition du 25/09/2009, ces auteurs indiquent « les mauvaises odeurs ont un effet délétère à la fois social et psychologique en isolant le patient qui peut se replier sur lui-même et en entraînant des attitudes d'évitement de la part de l'entourage et/ou des soignants. Il y a donc un impact direct sur la qualité de vie du patient. ».⁶⁹

On se retrouve donc dans une ambivalence. On a besoin des odeurs pour adapter la prise en charge patient or on fait tout pour les détruire. Comment peut-on se forger une expérience olfactive si toutes les odeurs doivent disparaître du soin ?

⁶⁹ http://www.compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/ressources/outils%20pratiques/FP_odeurs%2007042020.pdf

❖ un vocabulaire employé pauvre et limité ;

Pour J. MUELLER, « *Les odeurs ont un langage indépendant qui leur est propre. Le vocabulaire des odeurs nous est familier, mais leur grammaire et leur syntaxe nous échappent.* ». ⁷⁰ D. AKERMAN, dans *Le livre des sens*, va dans le même sens en ajoutant que « *L'odorat est [...] sans mots. Cette absence de vocabulaire nous lie la langue.* ». ⁷¹ On se rend compte avec les différentes personnes interviewées qu'il n'est pas si facile de parler des odeurs, d'en avoir un champ lexical large et descriptif.

Plusieurs mots sont utilisés pour décrire plusieurs odeurs en même temps. L'utilisation du mot « désagréable » est employé dans la situation trois pour peindre l'une odeur de plaies suintantes dans le cadre de psoriasis ; dans la situation quatre pour parler d'une odeur de transpiration ; dans la situation 11, on l'associe à une odeur de vomi. Pour Jo : « les odeurs étaient trop désagréables » (L44) dans le cadre d'un motif d'arrêt de la profession. H. DUPERRET-DOLANGE, dans « *Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?* » (1993, p.4), utilise ce mot pour qualifier l'odeur chez un malade.

L'utilisation du mot « fort » est subordonnée pour une odeur de cannabis (situation une), une odeur de plaies suintante en gouttes d'eau (situation trois) ; une odeur de transpiration alcoolisée dans le cadre d'un sevrage alcoolique (situation quatre) ; une odeur de vomi (situation 11). Pour Muriel, son utilisation se fait dans le cadre de « *la transpiration, peut-être très forte* » (L87) et « *le « pyo » c'est quelque chose de très fort* » (L155). Pour Anaïs et Julie, son emploi s'effectue pour une diarrhée, des selles conséquentes.

En effet, un mot pour être déployé pour l'odeur de différentes pathologies, détériorations corporelles. Alors pour une même pathologie, les qualificatifs seront différents d'un soignant à un autre. L'interprétation des qualifiants des odeurs est très subjectif et appartient à chacun. Il n'y a pas de lexique comme avec le goût ou la vue. Muriel quand elle s'exprime sur les odeurs, utilise principalement le mot « *inconfortable* » (L49, L65, ...). Elle n'arrive d'ailleurs pas à définir le sens qui s'y rapporte. Il a fallu pendant l'entretien que je lui pose plusieurs fois la question pour qu'elle s'interroge sans pouvoir pour autant réussir à définir « *l'odeur inconfortable* ». Et si on regarde de plus près, le vocabulaire est très simple, « *atypique* », « *puanteur* », « *odeur qui se propage* », « *odeur de merde* », « *cela pue tout le temps* ».

⁷⁰ Mueller, J. (2006). Au cœur des odeurs. Revue française de psychanalyse, vol. 70(3), 791-813.
doi:10.3917/rfp.703.0791.

⁷¹ Ackerman, D. (1991). Le livre des sens. Paris : Grasset, p. 18

Dans l'entretien de Jo, ce dernier parle de la notion de « catégorisation de patient » par rapport à la notion de bonne ou de mauvaise odeur. En effet, il dit : « *Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise odeur. On ne va pas dire, lui c'est un bon patient car il sent bon, il sent bon le parfum. Et si tu pars et tu catégorises les odeurs, en fait, cela vaudrait dire qu'il y a un bon et un mauvais patient.* ». En effet, associer un patient à une odeur est le réduire à son plus simple effet, à quelque chose de restrictif. On ne parle plus de l'individu en tant que tel mais de lui qu'en tant qu'odeur réductrice.

Et quand on demande ce que ces odeurs génèrent en eux, les soignants n'arrivent pas plus à formuler leurs ressentis, leurs émotions ou leurs troubles. C'est pourquoi je suis venue à m'interroger si cette réduction de vocabulaire est inhérente à la sémantique des odeurs. La perception des odeurs est-elle en lien avec les émotions et l'appauvrissement du champ lexical ? Les soignants ont-ils des difficultés pour communiquer sur les odeurs comme sur leurs émotions ?

Fatima quand on lui demande ce que l'odeur de froid dégage en elle, elle dit que l'odeur ne fait rien « *remonter de son vécu, dans ses souvenirs les plus lointains* » (L101). Pour Julie, c'est la même chose et elle l'exprime de manière équivalente, cela « *ne me rappelle rien* » (L118). P. DRUCKER dit toutefois que « *la chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit...* ». Si la mémoire n'est pas sollicitée par les odeurs et n'engendre pas de réminiscence, que dit finalement l'odeur à travers le soignant. Il semble qu'il faille aller plus loin dans l'interprétation de ce qui est dit voire entendre ce qui n'est pas dit comme le souligne P. DRUCKER.

Fatima parle de la mort, elle la craint, ne veut pas l'affronter au point que cela l'a amenée à partir de son lieu de travail (L179). Elle se livre en disant qu'intérieurement elle a énormément d'émotions. Elle ajoute qu'elle « *ne peut pas dire que c'était de la peur [...] mais j'appréhendais* » (L86). Elle finit par dire qu'elle en est mal à l'aise de ressentir cette odeur, cette odeur de mort... En fait, l'odeur même si elle ne dégage pas en elle de réminiscence, elle engage sa mémoire émotionnelle. Mais on ne peut s'absoudre à remarquer qu'exprimer ses émotions est très compliqué et que se livrer sur quelque chose d'aussi intime l'est encore plus. Une sérieuse similitude s'exprime dans la difficulté d'expression des odeurs et celles des émotions. Pour mettre en exergue celle-ci, j'ai demandé aux soignants de définir les termes « sentir » et « ressentir ». En effet, certains soignants ont réfléchi quelques instants à la question

avant de les définir, d'autres les ont définies directement avec leurs propres mots. Je ferai juste une aparté sur les dires de Fatima quant à la définition de ressentir, elle l'a défini plutôt comme re-sentir. C'est comme une seconde aspiration d'odeur. Je suis allée chercher une définition de ce terme dans le reste de son discours.

Cela a été intéressant d'un point de vue linguistique comme le montre le tableau ci-après.

	Sentir		Ressentir	
IDE Muriel	L135	« C'est usé de nos sens »	L130 L136	« Le patient ne ressent pas ce qu'on peut ressentir » « Aide dans le soin d'avoir ce sens-là »
IDE Jo	L206-209	« sentir, tu vas être basé sur ton sens olfactif. C'est vraiment quelque chose de concret, sur une odeur. Euh... C'est un truc chimique et cetera. »	L207-209	« Ressentir, ce n'est pas du tout la même chose. C'est quelque chose, de l'ordre du subjectif. Donc plutôt émotionnel, on va dire. C'est plutôt ça le ressenti. »
AS Kadija	L167	« Sentir, c'est la vie. »	L167	« Ressentir [...] c'est la fragilité de la vie. »
AS Fatima	L111	« Sentir, c'était la 1 ^{ère} chose que je faisais » Sentir « c'est spontané » « c'était sur le moment »	L47 L132	« C'est un ressenti » « Ressentir la mort »
ESI Anaïs	L119 L119 L125	« Sentir [...] c'est olfactif » « C'est vraiment par le nez » « sentir juste avec un sens »	L120 L121 L125	« « ressentir » c'est plus profond que ça. C'est par le biais, ma foi, du cœur. » « C'est le cerveau et le cœur qui te fait ressentir, en fait. » « Ressentir avec émotions et sentir juste avec un sens »
ESI Julie	L120 L121	« sentir du coup c'est olfactif... on sent ». « on sent une odeur »	L121 L123 L129-130	« Ressentir, c'est plus [...] la réaction quoique qui entraîne l'odeur sur nous » « Ressentir [...] nos sentiments » « C'est la réaction que ça provoque au fond de nous l'odeur. Enfin le ressenti du coup. » « la réaction que l'odeur provoque au fond de nous »

Si on devait faire un résumé pour définir le mot « sentir », on pourrait dire que c'est basé sur le sens olfactif avec une structure chimique, que cela se passe au niveau du « nez » et c'est user de nos sens, c'est spontané. Au final, sentir, c'est la vie.

Pour déterminer le mot « ressentir » à travers les définitions des six soignants, c'est quelque chose de l'ordre du subjectif. C'est la réaction que l'odeur provoque au fond de nous. C'est par le biais du cœur, c'est le ressenti de nos sentiments. Pour conclure, ressentir, c'est la fragilité de la vie et cela peut aider dans le soin.

❖ la sémantique de la mort

Quelle est la place de la mort dans le quotidien du soignant ? Comment est-elle perçue ? Comment est-elle appréhendée ? Quel est le lien entre elle et les odeurs ?

Diarrhée, escarre, abcès amènent à la mort cellulaire, à la putréfaction du corps, la déchéance du corps qui conduisent inéluctablement à la mort de l'être humain. A travers les différents entretiens, on se surprend à ne parler que des odeurs de décomposition, de miasmes. L'homme se décompose, l'homme est périssable. On voit la mécanique humaine qui se détruit. Kadja et Fatima ont lors de l'entretien employé le terme de « mort » un certain nombre de fois. Il est récurrent dans leur discours. Les odeurs sont en lien avec un dysfonctionnement du corps d'un homme ou d'une femme. Celui-ci est sujet à une décomposition amenant à une liquéfaction des organes puis à la mort.

Kadja fait face à la mort en s'interrogeant sur elle-même. Elle estime que l'odeur nous éloigne de la personne à soigner mais en fait, ce qui éloigne ; c'est la proximité de la mort. Plus la mort s'approche plus le soignant s'éloigne. Les personnes n'osent plus ouvrir les portes être confrontés aux miasmes du patient. Pour Kadja, ouvrir une porte est une symbolique dans le soin. Elle l'exprime à plusieurs reprises. Tout ceci débouche sur cette peur d'approcher la mort et ces tourments.

On se questionne sur la perception que les soignants ont de leur propre histoire relatée. Kadja et Fatima ne veulent pas voir cette détérioration de l'être mais elles doivent s'y confronter. Il semble ainsi plus facile pour le soignant de s'axer sur l'odeur plutôt que sur ses propres inquiétudes.

Avec Jo, l'odeur ramène au drame humain, avec la question de la détérioration du corps, de la maladie, de la mort et finalement à des destins bafoués... Il en va de même avec la patiente

avec escarres de Kadija, celle-ci va même plus loin en disant que l'odeur renvoie d'une certaine façon à la condition humaine. On naît puis progressivement on meurt. Alors la question du « comment on fait » se pose. Doit-on laisser les gens pourrir... mourir dans leur coin ou doit-on les accompagner jusqu'au bout malgré l'odeur. Elle dit qu'on est mortel car « *il n'y a pas de mort sans vie* » (L134). La question de la mort est une véritable interrogation. Que d'une certaine façon, on va devoir passer par la souffrance avant de se décomposer. Pour elle, on est de passage mais elle s'interroge sur « *il est où ce Dieu qui fait tant souffrir* » (L131) mettant par la même une interrogation sur la place de la religion dans la vie et dans la mort. Quelle place a-t-elle dans la prise en soin ? On sent son inquiétude qui passe par un questionnement intérieur. Elle utilise le mot « mort » une bonne dizaine de fois lors de son entretien. Elle la lie aux odeurs comme une évidence toutefois, ce n'est pas si simple. C'est quelque chose qui la préoccupe. Elle le formule très clairement à travers la détérioration de la mécanique humaine. (L126) « C'est la souffrance avant la mort qui me fait peur à moi. », « *C'est souffrir parce que mourir, on ne peut pas y échapper.* » (L127). Elle ajoute « *quand on fait ce métier, ce n'est pas par hasard* » et au vu de sa religion, elle se dit que son Dieu lui demande de « *réfléchir à ce que l'on est entrain de faire* » (L133-134).

❖ Les odeurs et leurs influences sur la prise en charge patient ;

Sens méprisé et méconnu, l'odorat est un sens puissant sollicité de manière omniprésente dans le soin et la relation soignant/soigné. Que ce soient les infirmières, les aides-soignantes ou encore les étudiants en soins infirmiers, tous y sont confrontés quotidiennement et doivent y faire face. Chacun a ses propres stratégies. Même si avec l'expérience, ils arrivent à « faire face », à les ignorer... les odeurs ont tout de même une emprise sur eux, une influence qui peut modifier leur prise en charge du patient. A travers les différents témoignages des six interviewés, cette modification de comportement s'exprime de différentes manières d'un soignant à un autre. Et on pourra s'apercevoir que les soignants ont tout de même leur limite à l'acceptation.

Muriel parle de « *devoir* » (L160-161), une obligation de soins. Elle dit qu'elle fait en sorte de ne pas y penser, d'être dans une forme de retenue (L147) émotionnelle et qu'il faut « *garder le contrôle* » de la situation. Pour Jo, les odeurs sont « *une composante essentiel d'un soin* » (L78-79). Elles méritent qu'on s'y attarde, qu'on les sente et qu'on les analyse car elles

s'expriment. Il donne l'exemple suivant : *« on peut voir qu'un drain va mal, un drain chirurgical ne va pas bien. [...] d'infections par rapport aux odeurs »* (L86). *« C'est une mauvaise odeur mais par rapport à la situation. Ce n'est pas une mauvaise odeur au sens : « ça pue » etc. C'est une mauvaise odeur parce que tu te dis « Cela ne sent pas bon. » pour en fait... Ce n'est pas une bonne nouvelle. »* (L131-133). *« L'odeur te permet de faire des diagnostics »* (L300). En effet, les odeurs *« ça modifie et ça doit modifier ta pratique »* (L183). Cela doit *« modifier ta perception complète »* (L195). *« Quand tu fais un soin, tu fais un soin dans sa globalité. Tous les actes que tu vas effectuer, tu les as réfléchis avant de les faire. »* (L185-186). Pour Kadija, les odeurs l'amènent à appréhender une ouverture de porte. Pour elle, cette réaction n'est pas anodine car elle finit par souhaiter la mort de sa patiente (L97, L154). En effet, *« on est prêt à soigner, on est prêt à s'en occuper mais jusqu'à une certaine limite... Je crois que la ligne rouge c'était de voir l'autre se détériorer à ce point, c'était un être humain... »* (L93-95). L'odeur a modifié son comportement mais aussi celui de ses collègues. Ces derniers se sont permis de dire à haute voix des choses qu'il n'aurait pas dû dire. *« Et j'ai eu des collègues qui disaient : « Mais c'est quoi cette odeur de merde ? De mort ? » Carrément !!! Et je me suis dit cette patiente, elle est mutique, elle parle peu mais elle n'est pas sourde. Qu'est-ce qu'elle a bien pu ressentir ? Elle devait se dire : je suis morte mais... ils m'ont déjà enterrée... »* (L45-50) *« Je pense que notre regard et notre façon aussi de la toucher pouvait... Elle devait déjà se sentir rejeter. »* (L57-58). *« On n'a jamais pensé à elle. On a toujours parlé à sa place. On ne lui a jamais demandé ce qu'elle ressentait, elle vraiment. »* (L77-78). *« Cette personne, elle a déjà tout entendu [...] quand on allait s'occuper d'elle, on n'y allait pas de bon cœur ou on mettait un masque. »* Elle finit par dire : *« Et entendre ce que j'ai entendu même en faisant attention il y a notre corps quelquefois, j'ai l'impression qui nous trahit, notre corps, notre façon de s'occuper de cette patiente. »* (L117-119). La prise en soin est bouleversée par les odeurs et les patients peuvent en subir les conséquences. Kadija nous donne aussi une interprétation du comportement de fuite de ses collègues, *« ils y en avaient qui refusaient aussi, qui ne voulaient pas côtoyer, la toucher. Ils y en avaient qui avaient peur d'elle »* (L183-184). En même temps, elle va voir la patiente car il faut y aller, c'est son travail. Elle dit qu'elle est comme les autres. En effet, si elle n'était pas soignante, elle aurait fait comme les autres, elle aurait fui. Elle dit être sensible aux odeurs, à la mort mais que c'est son travail. Il faut ainsi dépasser la question de l'odeur qui dit quelque chose de l'arrivée de la mort.

Jo va plus loin en disant que « *que tu le veuilles ou que tu ne le veuilles pas, t'as toujours une grimace, un rictus, rien que la posture de ton corps qui peut-être un peu en retrait, ce genre de chose.* » (L285-286). « *Même si toi tu ne le verbalises pas, ton corps, il va le montrer pour toi donc forcément oui* » (L287-286).

Quant à Fatima, ne supportant pas l'odeur de mort, elle préférerait déléguer ses soins à ses collègues. D'ailleurs, Jo précise lorsqu'il travaillait à l'hôpital, il déléguait lui aussi les soins mais surtout ceux « malodorants » et de manière intentionnelle à un autre collègue.

Comme l'ont dit certains soignants, les odeurs provoquent des bouleversements dans leur prise en charge et implicitement dans leur corps. Les émotions parlent à travers le corps, trahissent les pensées les plus intimes. Toutefois, pour bon nombre d'eux, faire percevoir ses ressentis est inadmissible pour les soignants, cela engendre de la culpabilité pour Anaïs. « *Ce n'est pas possible qu'une soignante ne supporte pas une odeur* ». « *J'avais honte* » et « *ce n'est pas digne d'une soignante* » (Anaïs, L26-27, L36, L46-47). Mais cela ne les empêche pas de faire leur soin jusqu'au bout. « *Quand l'odeur est là forcément, je la sens et donc je fais avec* » (Julie, L17). Et puis comme le dit Jo, il faut faire attention à ses ressentis et ne surtout pas imposer les tiens. « *Mais oui, cela incommode les patients. [...] eux sont déjà incommodés par l'odeur [...] ils ne veulent pas rajouter parce qu'ils ont l'image des infirmiers qui sont là pour prendre soin d'eux. [...] cela les rabaisse un peu car ils ne veulent pas te faire du mal [...] c'est compliqué pour eux à gérer souvent ça [...] si on ne veut pas leur montrer, des fois, c'est tellement violent que tu n'arrives pas à cacher ta façon d'être. Après, il ne faut pas leur faire sentir mais c'est compliqué quand même.* » (L289-294).

5 PROBLÉMATIQUE

Au regard de l'analyse des données des entretiens avec celles extraites du cadre de référence, toute la problématique dégagée par les odeurs qui émanent dans les soins infirmiers est mise en exergue. Une problématique qui n'est malheureusement que très peu débattue.

L'expérience olfactive s'établirait sur le terrain et au fur et à mesure de la carrière professionnelle. Les soignants au contact répétitif des odeurs pathologiques, semblent mettre en place une certaine forme de tolérance à leur égard et ne les perçoivent plus au quotidien comme un frein à la prise en soin du patient. Malgré cela, ils sont tout de même sujet parfois à des odeurs qui leur demandent de se faire violence au quotidien et qui engendrent des mécanismes de défense qui trahissent leur malaise et la gêne occasionnée envers le patient. Toutefois ces odeurs permettent aussi au soignant une expertise de prise en charge de celui-ci. Les professionnels ont des difficultés à s'exprimer sur les odeurs et emploient un lexique instable et non partagé. En effet, chaque soignant s'exprime avec son propre langage, ses propres mots. Il est difficile de mettre un qualificatif sur les odeurs ce qui explique d'une certaine manière cette appauvrissement du champ lexical des odeurs. Cette réduction du vocabulaire se joint-elle implicitement à la complexité du soignant à exprimer ses sentiments, ses ressentis quant aux situations auxquelles il est confronté ?

Unilatéralement, ces professionnels ont relaté des histoires graves mettant en relief la décomposition, la putréfaction des corps amenant la mort et la déchéance de la condition humaine. Cela rend les soignants hypersensibles à la condition des soignés. Ils sont à leur écoute et se soucient davantage des patients que d'eux-mêmes. Comment font-ils pour préserver la relation soignant/soigné face à l'odeur de la mort elle-même ?

Finalement, à travers ces rencontres, on s'aperçoit qu'au-delà de l'odeur, il y a une histoire d'humain, une histoire de vie. Plus simplement un drame de l'existence. Seulement, les soignants se cachent d'une certaine façon derrière les odeurs pour omettre le sens profond que celles-ci dégagent en eux-mêmes. Ce dégage ainsi du déni de sens, un déni d'émotions et que le « prendre soin » devient une nécessité, un devoir. Le soignant doit soigner, prendre en soin quelques soient les conditions odorifiques. Les odeurs poussent-elles le soignant dans ses retranchements les plus intimes ? Quel est le moyen de s'en détacher ? Est-ce de se couper de ses émotions ?

Les différentes lectures et rencontres avec les professionnels du soin, m'ont amené à faire évoluer ma problématique de départ vers un nouvel axe d'étude qui me semble intéressant d'explorer et de poser ainsi la question de recherche suivante :

« Est-ce que la pauvreté lexicale des odeurs amène implicitement les soignants à minimiser leurs émotions ou à ne pas vouloir tout simplement les ressentir ? »

6 CONCLUSION

Le mémoire de fin de formation marque la fin de trois années déroulées au GIPES d'Avignon au sein de l'IFSI, l'institut de formation en soins infirmiers. Cette formation m'a procuré de nombreux savoirs, savoir-être et savoir-faire. Ces apprentissages m'ont été d'une aide inestimable dans l'élaboration de mon questionnement et m'ont permis de me positionner dans l'approche soignante.

Ce travail m'a aussi permis de constater l'omniprésence des odeurs dans l'exercice paramédical et que cette présence est loin d'être anodine pour le bon déroulement du soin. Le sujet des odeurs reste tabou et n'est absolument pas abordé parmi les nombreux sujets traités durant les trois années de formation ainsi qu'en situation de stage.

Effectivement, l'odorat reste un sens méprisé et peu considéré. Or, il semble pertinent de reconsidérer les odeurs présentes dans la relation soignant/soigné, de mieux comprendre leur pouvoir, de mieux les appréhender pour mieux les accepter.

Et surtout, d'entrevoir toute l'étendue des odeurs dans notre quotidien, que leurs interprétations ne sont pas forcément celles à quoi on peut s'attendre. Il faut aller plus loin dans leurs explications, elles sont lourdes de sens et génèrent de multiples émotions.

7 BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie par références

1. Définition du mot « nez »
<https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/nez>
2. Définition du mot « odorat »
<https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/odorat/74449>
3. Définition du mot « odeur »
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/odeur/55596>
4. <https://www.cnrtl.fr/definition/odorisant>
5. Jaquet, C. (2010). Chapitre II. L'un et l'autre à vue de nez. France : Presses Universitaires de France, pp. 87-126.
6. Mueller, J. (2006). Au cœur des odeurs. Revue française de psychanalyse, vol. 70(3), 791-813.
doi:10.3917/rfp.703.0791.
7. <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>
8. <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>
9. <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>
10. <https://www.aproposdecriture.com/mieux-sentir-pour-bien-ecrire-le-vocabulaire-de-lodorat>
11. Kleiber, G. & Vuillaume, M. (2011). Pour une linguistique des odeurs : présentation. Langages, 181(1), 3-15.
doi:10.3917/lang.181.0003.
12. Ackerman, D. (1991). Le livre des sens. Paris : Grasset, p. 18
13. https://www.huffingtonpost.fr/2013/09/20/dix-categories-odeur-les-plus-repandues_n_3960728.html
14. <http://www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr>
15. Anthropologie de l'olfaction : l'odeur de l'autre. In: Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, Nouvelle Série. Tome 11 fascicule 3-4, 1999. p. 482.
16. Howes, D. (1986). Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat. Anthropologie et Sociétés, 10 (3), 29-45.
<https://doi.org/10.7202/006362ar>
17. Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. Bulletin D'études Orientales, 64, 43-61.
Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091
18. <https://www.lesbelleslettres.com/livre/3332-la-civilisation-des-odeurs>
19. Duperret Dolange, H. (1993). Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?. Lyon : AMIEC. p.1

20. Définition du mot « taboo »
<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/tabou/>
21. Définition du mot « taboo »
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabou/76319>
22. <https://www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr>
23. Hautemulle, M. (2011). Dossier odeurs et soins. L'infirmière magazine, 311, p. 14-21.
24. <http://www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr>
25. <http://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/>
26. <https://www.neuroperformance.fr/la-discipline-des-neurosciences/>
27. <https://www.neuroperformance.fr/la-discipline-des-neurosciences/>
28. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9moire/50401>
29. <https://presse.signesetsens.com/equilibre/l-influence-des-odeurs-et-des-parfums-sur-le-comportement-humain-et-le-bien-etre.html>
30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039451/>
31. Sacks, O. (2014). L'Odeur du si bémol ? L'univers des hallucinations ?. Paris : Seuil.
32. Süskind P. (1985). Le Parfum : Histoire d'un meurtrier. Zurich : Fayard.
33. Définition du mot « soigner »
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>
34. Tison, B. & Désirat, H. (2007). E. Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle. Paris : Masson.
35. Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante. Paris : inter édition.
36. Définition du mot « émotion »
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829>
37. Paillard, C. (2015). Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné. Noisy-le-Grand : Setes éditions.
38. Mercadier, C. (2002). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris : Seli Ars-lan.
39. https://www.huffingtonpost.fr/christophe-bagot/stress-au-travail_b_3488972.html
40. http://www.compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/professionnels/nos%20rencontres/23112017%20-%20Soir%C3%A9%20d%C3%A9bat_les%20odeurs%20en%20SP.pdf
41. Hesbeen, W. (sous la direction de) (2009). Dire et Ecrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin. France: Seli Aslan.
42. T. Hall, E. (1971). La dimension cachée. Paris : Ed. du Seuil.
43. Le Breton, D. (1990). Anthropologie du corps et modernité. Paris : PUF.
44. Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. Bulletin D'études Orientales, 64 p., 43-61.
Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091
45. 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 2019.

46. http://www.compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/ressources/outils%20pratiques/FP_odeurs%20042020.pdf
47. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf
48. Ellena, J-C. (2007). Le parfum. Paris: Presses Universitaires de France.
49. Masraff, J. (2005). Importance des odeurs pour le patient et pour le personnel soignant. InfoKara, vol. 20(1), 3-6.
doi:10.3917/inka.051.0003.
50. Duperret Dolange, H. (1993). Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?. Lyon: AMIEC.
51. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Cancer/Depistage-du-cancer/Comme-une-odeur-de-maladie-l-odorat-un-outil-de-diagnostic>
52. Définition du mot « sens »
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>
53. Oustinoff, M. (2016). Le « sens de la langue » ou la dimension cachée des sens. Hermès, La Revue, 74(1), 78-80.
<https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2016-1-page-78.htm>.
54. Définition du mot « sentir »
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentir/72147?q=sentit#71344>
55. Franckel, J-J. et Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.
56. Franckel, J-J. & Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.
57. www.artcontemporain-deficiencesvisuelle.fr
58. Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., Vocabulaire de psychosociologie (pp. 375-390). Toulouse, France: ERES.
doi:10.3917/eres.barus.2002.01.0375.
59. Albert J.-P., 1990. Odeurs de sainteté. La mythologie chrétienne des aromates, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales ».
60. Candau, J. & Jeanjean, A. (2006). Des odeurs à ne pas regarder..., Terrain [En ligne], mis en ligne le 15 septembre 2010.
URL : <http://terrain.revues.org/4251>
61. Jaquet, C. (2010). Chapitre II. L'un et l'autre à vue de nez. France : Presses Universitaires de France, pp. 87-126.
62. Franckel, J-J. et Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.
63. <https://www.science-et-vie.com/cerveau-et-intelligence/les-senteurs-dependent-elles-de-certaines-odeurs-primaires-9263>
64. Ellena, J-C. (2007). Le parfum. Paris: Presses Universitaires de France.

65. Duperret Dolange, H. (1993). Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?. Lyon : AMIEC. p.1
66. Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. Bulletin D'études Orientales, 64, 43-61.
Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091
67. <https://presse.signesetsens.com/equilibre/l-influence-des-odeurs-et-des-parfums-sur-le-comportement-humain-et-le-bien-etre.html>
68. Howes, D. (1986). Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat. Anthropologie et Sociétés, 10 (3), 29–45.
<https://doi.org/10.7202/006362ar>
69. http://www.compas-soinspalliatifs.org/sites/default/files/pdf/ressources/outils%20pratiques/FP_odeurs%2007042020.pdf
70. Mueller, J. (2006). Au cœur des odeurs. Revue française de psychanalyse, vol. 70(3), 791-813. doi:10.3917/rfp.703.0791.
71. Ackerman, D. (1991). Le livre des sens. Paris : Grasset, p. 18

Bibliographie par ordre alphabétique

Ackerman, D. (1991). *Le livre des sens*. Paris : Grasset, p. 18

Albert J.-P. (1990). *Odeurs de sainteté. La mythologie chrétienne des aromates*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales ».

Anthropologie de l'olfaction : l'odeur de l'autre. In: *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, Nouvelle Série*. Tome 11 fascicule 3-4, 1999. p. 482.

Candau, J. (2015). L'anthropologie des odeurs un état des lieux. *Bulletin D'études Orientales*, 64, 43-61. Retrieved April 28, 2020, from www.jstor.org/stable/44216091

Candau, J. & Jeanjean, A. (2006). Des odeurs à ne pas regarder..., *Terrain* [En ligne], mis en ligne le 15 septembre 2010. URL : <http://terrain.revues.org/4251>

de Beaune, S. (2018). Le proche et le lointain : La perception sensorielle en préhistoire. *L'Homme*, 227-228(3), 69-100. <https://www.cairn.info/revue-l-homme-2018-3-page-69.htm>.

Daniel, F. (2019). La gêne olfactive comme processus collectif d'attachement. *Ethnologie française*, 174(2), 421-434. doi:10.3917/ethn.192.0421.

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

Ellena, J-C. (2007). *Le parfum*. Paris: Presses Universitaires de France.

Franckel, J-J. et Lebaud, D. (1995). Les échappées du verbe sentir, in *Langues et langage : problèmes et raisonnement en linguistique*, Mélanges offerts à Antoine Culioli. Paris : PUF, 261-277.

Gracci, F. (2017). Comment fonctionne l'odorat ? [en ligne]. Disponible sur <https://www.science-et-vie.com/cerveau-et-intelligence/comment-fonctionne-l-odorat-9542> [consulté le 29/09/2019].

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

Hesbeen, W. (sous la direction de) (2009). *Dire et Ecrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin*. France: Seli Aslan.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*. Paris : inter édition.

Howes, D. (1986). Le sens sans parole : vers une anthropologie de l'odorat. *Anthropologie et Sociétés*, 10 (3), 29-45.

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 2019.

- Jaquet, C. (2010). Chapitre II. L'un et l'autre à vue de nez. France : Presses Universitaires de France, pp. 87-126.
- Kleiber, G. & Vuillaume, M. (2011). Pour une linguistique des odeurs : présentation. *Langages*, 181(1), 3-15. doi:10.3917/lang.181.0003.
- Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.barus.2002.01.0375.
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF.
- Le Guerier, A. (2002). *Le pouvoir des odeurs*. Paris : Odile Jacob.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. Mamarre éd. Reuil-Malmaison.
- Masraff, J. (2005). Importance des odeurs pour le patient et pour le personnel soignant.
- Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Ars-lan.
- Mueller, J. (2006). Au cœur des odeurs. *Revue française de psychanalyse*, vol. 70(3), 791-813. doi:10.3917/rfp.703.0791.
- Nakov, A. (2012). Le présent des odeurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2(1), 233-259. doi:10.3917/jpe.003.0233.
- Oustinoff, M. (2016). Le « sens de la langue » ou la dimension cachée des sens. *Hermès, La Revue*, 74(1), 78-80. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2016-1-page-78.htm>.
- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. Noisy-le-Grand : Setes éditions.
- Sacks, O. (2014). *L'Odeur du si bémol ? L'univers des hallucinations ?*. Paris : Seuil.
- SIRC, The smell Report [en ligne]. Disponible sur : http://www.sirc.org/publik/smell_emotion.html [consulté le 29/09/2019].
- Süskind P. (1985). *Le Parfum : Histoire d'un meurtrier*. Zurich : Fayard.
- T. Hall, E. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Ed. du Seuil.
- Tison, B. & Désirat, H. (2007). *E. Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris : Masson.

Autres sites internet

<https://www.carrefour-du-futur.com/chroniques/les-rendez-vous-du-futur/odeurs-et-psychologie/>

<https://presse.signesetsens.com/equilibre/l-influence-des-odeurs-et-des-parfums-sur-le-comportement-humain-et-le-bien-etre.html>

<http://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/>

8 ANNEXES

8	Annexes	76
8.1	Cahier de bord : observation participante	77
8.1.1	Situation 1	77
8.1.2	Situation 2	77
8.1.3	Situation 3	78
8.1.4	Situation 4	78
8.1.5	Situation 5	78
8.1.6	Situation 6	79
8.1.7	Situation 7	79
8.1.8	Situation 8	79
8.1.9	Situation 9	80
8.1.10	Situation 10	80
8.1.11	Situation 11	80
8.1.12	Situation 12	81
8.1.13	Situation 13	81
8.2	Guide d'entretien	82
8.3	Entretiens	84
8.3.1	Entretien n°1	84
8.3.2	Entretien n°2	91
8.3.3	Entretien n°3	98
8.3.4	Entretien n°4	105
8.3.5	Entretien n°5	110
8.3.6	Entretien n°6	115
8.4	Traitements des données recueillies	125
8.4.1	Entretien 1 – IDE Muriel	125
8.4.2	Entretien 2 – AS Kadija	126
8.4.3	Entretien 3 – AS Fatima	128
8.4.4	Entretien 4 – ESI Anaïs	130
8.4.5	Entretien 5 – ESI Julie	132
8.4.6	Entretien 6 – IDE Jo	133
8.4.7	Bilan des entretiens	137

8.1 Cahier de bord : observation participante

8.1.1 Situation 1

Situation vécue avec un IDE.

En début d'après-midi après la pause déjeuner, en se déplaçant d'un service à un autre, nous sommes passés par le couloir passant devant l'entrée/sortie du fumoir. On a pu sentir une forte odeur de cannabis ce qui a mis en alerte l'infirmier. Même si les patients ont l'interdiction de fumer des produits illicites à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte du bâtiment, cela ne les empêche pas de consommer. L'infirmier est sorti à l'extérieur pour faire le tour du parc afin de surprendre les consommateurs. Malheureusement, il n'a pas réussi à les prendre sur le fait. Cela a mis en éveil l'instinct de l'infirmier.

Dans cet établissement psychiatrique, si un malade est pris sur le fait de consommer, il est obligatoirement exclu. Dès son entrée en clinique, le patient signe un projet de soin personnalisé. S'il ne le respecte pas, il n'est plus dans le soin.

8.1.2 Situation 2

Situation vécue avec une IDE.

En fin de matinée, une patiente vient nous voir à l'infirmerie pour nous soulever un problème entre elle et sa camarade de chambre. Cette collaboration était toute nouvelle, datant de la veille à la suite d'une problématique de sommeil pour les 2 patientes. En fait, sa voisine de chambre après être passée à la douche s'est mise un peu de parfum odeur « Patchouli ». Elle nous a indiqué que cette fragrance l'indisposait au point de déclencher des flashs visuels post traumatiques. En effet, cette patiente a vécu par le passé des traumatismes à connotations sexuelles et certaines odeurs font resurgir des images négatives. Elle décompense par des crises dissociatives et un repli sur elle-même. Elle fuit les facteurs déclenchants autant que possible mais elle ne peut s'y soustraire. Une conversation s'est engagée pour l'apaiser. Puis une autre pour expliquer la problématique à sa voisine afin que la coopération se passe du mieux possible.

8.1.3 Situation 3

Discussion entre 2 infirmières en psychiatrie.

M. X est un patient de 65 ans connu par la clinique pour de multiples récides d'alcoolisation menant à plusieurs sevrages ayant malheureusement échoué. Ce patient est atteint de psoriasis. Souvent en état d'incurie à son entrée en hospitalisation, ce patient a une mauvaise hygiène, et porte très souvent des habits sales. Son psoriasis est important et demande des soins constants car les plaies suintent en gouttes d'eau. Les infirmières du service en RDC doivent tous les matins venir faire des pansements et sont submergées par une odeur très forte, très désagréable voire nauséabonde. Ces infirmières au quotidien ont compris que ces odeurs varient, évoluent en fonction de l'état psychique du patient. Quand son état psychique évolue positivement, il s'avère que son psoriasis diminue, les plaies s'assèchent et l'odeur diminue. A contrario, lorsque son moral est en berne, les plaies augmentent, suintent davantage et l'odeur s'intensifie. La prise en charge du patient évolue selon son état psychologique et l'odeur est un indicateur du désordre psychologique pour le staff infirmier.

8.1.4 Situation 4

Conversation entre 2 infirmières lors d'une relève :

Elles ont communiqué sur leur ressenti face à l'odeur de sevrage alcoolique. Lors d'un sevrage, de nombreux patients dégagent une forte odeur de transpiration alcoolisée. Elles ont toutes une façon plus ou moins différentes d'exprimer au niveau sémantique l'odeur. Cette odeur de transpiration peut être âcre, acide, alcoolisée, rance... mais elles l'expriment comme écœurante, désagréable, immonde à la limite de l'envie de vomir.

8.1.5 Situation 5

Discussion entre moi et deux infirmières après la relève du matin.

Une infirmière m'a raconté un matin, une histoire d'odeur très personnelle. Son mari portait depuis plusieurs années un parfum qu'elle appréciait énormément. Un jour, un patient psychotique est arrivé dans l'établissement de soins. Ce patient portait le même parfum que son mari. Au fur et à mesure des jours qui ont passés, elle ne supportait plus cette odeur au point de ne plus « pouvoir » entrer dans la chambre. Concernant le patient, elle n'avait pas de

ressentiment à son égard. Pourtant, quand elle le pouvait, elle demandait à une collègue de le prendre en charge pour l'amener à la salle de bain.

Elle a fini par demander à son mari d'arrêter de porter ce parfum car elle a fini par l'avoir en horreur. Elle n'a pas su exprimer les raisons de cette aversion.

8.1.6 Situation 6

Discussion entre moi et deux infirmières après la relève du matin.

La seconde infirmière en entendant parler sa collègue de son histoire de parfum nous a raconté qu'elle, a contrario, à « craquer » sur un parfum porté par un patient au point de l'avoir acheté pour l'offrir à son mari. Je lui ai demandé qu'elle était ses rapports avec le patient. Elle ne s'est pas attardée sur la réponse.

8.1.7 Situation 7

Discussion du personnel en salle de pause.

Plusieurs infirmières m'ont expliqué qu'elles n'ont pas pu gérer leur aversion aux odeurs comme l'odeur d'escarres, de sevrage alcoolique, d'excréments, d'urines matinales au point d'en avoir des nausées voire des vomissements lorsqu'elles étaient enceintes. Elles ne pouvaient pas prendre sur elles car d'un point de vu physiologique elles n'en étaient pas capables. En effet, les odeurs avaient une forte influence sur leur comportement au détriment de la prise en charge des patients. Mais cette période a toujours été comprise par leurs collègues et une prise en charge en relais a été mise en place.

8.1.8 Situation 8

Discussion en infirmerie entre une aide-soignante, deux infirmières et moi-même.

Sarah, une infirmière de mon service m'a expliqué qu'elle était capable de sentir l'odeur d'angoisse lorsqu'elle rentrait dans une chambre de patient. Elle la catégorise comme « acide ». Cette sensation, cette impression s'impose à elle et instinctivement elle ne traduit pas cela comme un malaise mais plutôt comme un « mal-être ». Elle ajuste sa prise en charge du patient en changeant d'intonation de voix.

Pour la seconde infirmière, elle « ressent » l'angoisse. Elle la « sent dans l'air » mais ce n'est pas une odeur pour elle.

Pour l'AS, c'est une odeur de transpiration. Mais celle-ci est différente de l'odeur de transpiration normale pour elle.

Pour parler de l'angoisse, ces 3 soignantes l'ont exprimé de manières différentes.

8.1.9 Situation 9

Paroles d'une aide-soignante lors de la distribution des petits déjeuners.

« Les odeurs de propre comme les odeurs de sale traduisent l'hygiène corporelle et buccale des patients. Cela indique si ces personnes prennent ou non soin d'elles-mêmes. Cela traduit beaucoup de choses sur la personnalité de la personne, de son état d'esprit. »

8.1.10 Situation 10

Paroles d'une aide-soignante émises lors d'une réfection de lits.

« Lorsque je suis sujette à des mauvaises odeurs, j'ai tendance à ouvrir de manière instinctive les fenêtres de la chambre du patient et à travers ce geste je me rends compte que je dis implicitement au patient que cela sent mauvais. »

8.1.11 Situation 11

Histoire relatée par une aide-soignante en psychiatrie.

C'est un patient psychotique non autonome, qui a une mauvaise hygiène et qui se fait régulièrement pipi dessus. Il porte une protection et s'en sert pour entreposer des bonbons, des papiers et toutes sortes de choses... Il faisait de même avec ses chaussettes.

Un matin, l'aide-soignante rentre dans sa chambre pour faire la réfection de son lit. En tirant les draps, elle se rend compte que quelque chose ne va pas car l'odeur désagréable est plus forte encore. Elle soulève les draps et découvre du vomi sous les draps. Elle se prend « l'odeur en pleine figure ». Elle est surprise et une colère instantanée la secoue. Elle dispute le patient. Elle lui dit que ce n'est pas gentil de ne lui avoir rien dit. Celui-ci lui dit « oui, j'ai compris !! Oui j'ai compris !!! » Elle aurait aimé qu'il la prévienne. Elle déteste l'odeur de vomi.

Elle se rend compte qu'elle s'est mise en colère impulsivement. Cette colère aurait dû être tournée vers le vomi au lieu du patient car elle estime qu'au final au vu de sa pathologie cela ne servait à rien.

8.1.12 Situation 12

Paroles d'une aide-soignante.

« Qu'est-ce qui a de pire que l'odeur de vomi ? En fait, les odeurs de fruits rouges, c'est le pire pour moi. Elle se juxtapose à la couleur rouge, framboise et fraise... »

8.1.13 Situation 13

Paroles d'une aide-soignante en EHPAD.

« J'adore les odeurs de savon. J'ai souvent envie de les ramener à la maison. C'est comme si je ramenais un petit peu d'eux à la maison. C'est comme une appropriation. J'ai envie de les garder près de moi. Envie de leur dire : « Reste encore un peu ! » « Ce sont mes patients. » »

8.2 Guide d'entretien

Demande d'informations préalables

- Prénom
- Sexe
- Date d'obtention du diplôme
- Nombre d'années d'expérience
- Historique professionnelle

Présentation du contexte :

Etudiante en 3ème année d'Infirmière à l'IFSI d'Avignon, j'ai demandé à m'entretenir avec vous afin que vous puissiez m'apporter les réponses nécessaires à la validation de l'hypothèse de mon mémoire de fin d'études centré sur les odeurs dans les soins infirmiers.

En effet, pendant ces 3 années, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des odeurs dans le soin ce qui a plus ou moins impacté ma pratique et modifié mon comportement professionnel.

Mon mémoire s'intéresse sur la manière dont on travaille dans et avec les odeurs ?

C'est pourquoi j'ai eu envie de m'intéresser à votre rapport aux odeurs dans le soin. Comment faites-vous pour travailler avec les odeurs ?

Je souhaiterais que vous me racontiez en vous appuyant sur votre vécu, une situation/ une histoire d'odeur(s).

Mais avant cela, est-ce que pour vous, la question des odeurs est une vraie question dans votre pratique au quotidien ?

Quelques questions amenant l'interviewer à aller plus loin dans son discours :

- Si mauvaise ou bonne odeur
 - ➔ Pourquoi est-ce une mauvaise ou une bonne odeur ?
 - ➔ Est-ce qu'elle vous renvoie à quelque chose en particulier ?
 - ➔ Vous la rattachez à quoi ?
- Comment avez-vous réagi face à cette odeur ?
- Qu'en avez-vous fait ? Dans votre pratique ?
- Les odeurs sont-elles vraiment gênantes dans le soin ?
- Par rapport à l'angoisse / la mort / la peur...
 - ➔ Comment la sentez-vous ?
 - ➔ Comment vous sentiez-vous à ce moment-là ?
 - ➔ Que s'est-il passé en vous ?
 - ➔ Qu'entendez-vous par ressentir / sentir ?
- Quelles sont les odeurs qui vous interpellent dans les soins ?
- Comment réagissez-vous lorsque les odeurs vous affectent ? Quel sens pouvez-vous en donner ?
- Verbalisez-vous les difficultés liées à l'odeurs dans les soins
- Avez-vous déjà été confronté à une situation où le patient se rend compte de votre difficulté à le prendre en charge en raison de l'odeur ?
- Réussissez-vous à anticiper vos difficultés ?
- Verbalisez-vous les difficultés liées à l'odeur dans les soins ?
- Arrivez-vous à identifier si le patient remarque votre difficulté (en lien avec l'odeur) ?
- A votre avis, la verbalisation des difficultés liées aux odeurs est-elle bénéfique à la relation soignant/soigné ?

8.3 Entretiens

8.3.1 Entretien n°1

Entretien avec Muriel travaillant en psychiatrie.

Durée : 18 min 05

- 1 **ESI** : Bonjour, je suis étudiante en 3ème année d'infirmière à l'IFSI d'Avignon. J'ai demandé à
2 m'entretenir avec toi afin que tu puisses m'apporter les réponses nécessaires à la validation des
3 hypothèses de mon mémoire de fin d'étude qui en fait est centré plus globalement sur les odeurs
4 dans le soin infirmier. Pendant ces 3 années, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des odeurs
5 dans le soin et ça a plus ou moins impacté ma pratique et modifié mon comportement
6 professionnel. En fait, mon mémoire s'intéresse sur la manière dont on travaille avec et dans
7 les odeurs. C'est pourquoi, j'ai envie de m'intéresser plus à ton rapport aux odeurs dans le soin.
8 Comment tu fais pour travailler avec elles, les odeurs ? Et j'aimerais surtout que tu me racontes
9 en t'appuyant en fait sur ton vécu une situation, une histoire d'odeur. Mais avant cela est-ce que
10 pour toi la question des odeurs, en fait, est-elle une vraie question dans ta pratique au quotidien ?
11 **IDE Muriel** : Euh... Oui. Maintenant c'est vrai qu'avec l'expérience et les années de psychiatrie
12 peut-être qu'on y fait moins attention. Qu'on apprend plus à travailler avec. [silence de 16 sec]
13 Que les choses se font peut-être plus automatiquement.
14 **ESI** : OK. Juste pour reprendre, tu pourrais me donner ton prénom ?
15 **IDE Muriel** : Muriel
16 **ESI** : Tu es une femme. Quand as-tu eu ton diplôme d'infirmière ? En quelle année ?
17 **IDE Muriel** : En 1990.
18 **ESI** : OK, ça fait te combien d'années d'expérience maintenant ?
19 **IDE Muriel** : 30 ans au mois de juin en psychiatrie.
20 **ESI** : Et au niveau de l'historique professionnel, quel est ton parcours ?
21 **IDE Muriel** : J'ai travaillé en psychiatrie à la clinique [nom de l'établissement] depuis mon
22 diplôme donc depuis juin 90.
23 **ESI** : OK donc maintenant si tu veux bien, peux-tu me raconter une petite histoire sur les odeurs.
24 **IDE Muriel** : Alors moi, j'avais pensé à une situation qui m'est arrivée au début de mon
25 parcours professionnel. Donc j'étais jeune infirmière en psychiatrie. C'était à mes débuts. Euh,
26 j'étais au premier service. Donc j'étais dans une chambre avec une patiente qui était

27 mélancolique qui était, euh... prostrée, mutique, catatonique et ce jour-là elle a eu de la diarrhée.
 28 Donc elle en avait mis de partout, par terre, sur le lit, dans la salle de bain même sur les murs.
 29 Euh... donc je l'ai aidée pour sa toilette parce qu'elle, euh..., n'était pas autonome du fait de sa
 30 pathologie psy. Donc, je lui ai fait la toilette complète et ensuite je l'ai installée au fauteuil
 31 devant la fenêtre. Donc on se trouvait au premier étage et ce que j'ai fait, j'ai ouvert la fenêtre
 32 par rapport à l'odeur de selles qui étaient inconfortables pour moi et pour la patiente. Et je
 33 voulais que tout soit bien rangé, propre voilà. Et là, le psychiatre est arrivé. Il a ouvert la porte.
 34 Il a trouvé la patiente assise à côté de la fenêtre ouverte. Et il m'a engueulé par rapport au fait
 35 que cette patiente aurait pu sauter par la fenêtre. Mais il m'a vraiment engueulé. Ce qui était
 36 justifiée puisque j'avais fait une erreur en étant mélancolique il y avait un risque suicidaire. Et
 37 que moi, j'ai priorisé l'odeur de la chambre par rapport au risque suicidaire. Par un manque, je
 38 pense, d'expérience. Et donc depuis je m'en rappelle, ça fait presque 30 ans. Et après, ça m'a
 39 fait, euh... J'y pense encore. Je n'ai pas refait 2 fois la même erreur. Et, et voilà, ça m'a servi de
 40 leçon entre guillemets. Ça m'a appris certaines choses : à réfléchir, à me poser des questions et
 41 justement pour pas faire la même erreur.

42 **ESI :** Donc tu dirais que c'était une mauvaise odeur ? L'odeur de...

43 **IDE Muriel :** Oui.

44 **ESI :** De selles ?

45 **IDE Muriel :** Oui

46 **ESI :** En fait cette mauvaise odeur...

47 **IDE Muriel :** Dans cette situation... Pardon, dans cette situation-là.

48 **ESI :** Pourquoi tu penses que dans cette situation-là c'est une mauvaise odeur ?

49 **IDE Muriel :** J'ai trouvé que c'était inconfortable. Ça sentait très mauvais donc j'ai pensé c'est
 50 vrai à mon confort à moi mais à la patiente aussi. Qu'elle serait mieux dans une chambre propre,
 51 aérée. Voilà, pour enlever cette, cette odeur que je trouvais nauséabonde et qui avait envahi la
 52 chambre.

53 **ESI :** Est-ce que cette odeur, cette mauvaise odeur comme tu la présentes, t'a renvoyé vraiment
 54 à quelque chose de particulier par rapport à ton mode de fonctionnement ?

55 **IDE Muriel :** Non !

56 **ESI :** Ça t'a pas... Qu'est-ce qui a fait que ça t'a vraiment dérangé ? Parce qu'avec une autre
 57 situation de selles ou de mauvaises odeurs, peut-être tu n'aurais pas ouvert la fenêtre de cette
 58 même façon ?

59 **IDE Muriel** : Euh... Je pense, j'ai pensé, non, au confort de la patiente. Oh...enfin, à mon
60 confort parce que c'était vraiment très envahissant et au confort de la patiente alors que pour
61 elle, comme elle était mélancolique, ce n'était pas sa priorité le confort. Alors qu'il n'y a même
62 pas... La patience, si tu veux, ça ne la dérangeait pas. Mais moi là, à ce moment-là, ça me
63 dérangeait parce que ça sent mauvais et je voulais que la chambre soit rangée que ça soit propre.
64 Voilà !! Parce que j'ai nettoyé les murs, le parterre. Voilà !! Pour enlever cette odeur qui était
65 inconfortable je pensais pour la patiente.

66 **ESI Muriel** : Et toi, t'as ressenti quoi à ce moment-là, toi ? Qu'est-ce que ça a dégagé chez toi
67 cette odeur ?

68 **IDE Muriel** : Un inconfort !

69 **ESI** : Juste un inconfort ?

70 **IDE Muriel** : Oui, oui !!

71 **ESI** : Peux-tu le définir d'une manière un petit plus ?

72 **IDE Muriel** : Non, ça ne m'a pas renvoyé à autre chose ou non ! C'était l'inconfort au moment
73 présent, à l'instant T, dans la chambre.

74 **ESI** : Hum, en général, toi, quand tu es face à des mauvaises ou à des bonnes odeurs, qu'est-ce
75 qui

76

77 **Entrée dans l'infirmierie d'une infirmière puis sortie de celle-ci.**

78

79 **ESI** : Qu'est-ce qui t'affecte dans ces moments-là ?

80 **IDE Muriel** : Euh... Ça ne m'affecte pas vraiment et je pense que par rapport à l'expérience et
81 tout, ça ne me dérange pas vraiment les mauvaises odeurs ou les bonnes. Là maintenant, je
82 pense plus au patient, au confort du patient. Mais, moi, ça ne me dérange pas. Je pense, peut-
83 être, par habitude, par rapport en psychiatrie, aux patients en incurie qu'on a souvent. Moi, ça
84 ne me dérange pas.

85 **ESI** : Quelle est l'odeur qui t'incomode vraiment au plus fort ?

86 **IDE Muriel** : [silence de 11 sec] Euh... J'sais pas. [silence de 4 sec] La transpiration, peut-
87 être, très forte. Plus que le vomi où ce qu'on peut trouver nous dans les services, dans le service.
88 Plus que le vomi ou les odeurs de selle, plus l'incurie, la transpiration.

89 **ESI** : Et quelles sont les stratégies que tu mets en place par rapport à ça ? Comment tu gères
90 cette odeur ? Comment tu te protèges ? Comment tu la gères et comment tu fais ?

- 91 **IDE Muriel** : Vis-à-vis du patient, c'est sollicité le patient à avoir une bonne hygiène : à le faire
 92 doucher, changer. Euh... en restant, voilà, dans le soin. Et par rapport à moi, euh... J'arrive à
 93 me gérer.
- 94 **ESI** : Comment fais-tu pour te gérer ? Quelles sont tes stratégies ?
- 95 **IDE Muriel** : [silence de 9 sec] A essayer de pas y penser quand je rentre dans la chambre. J'y
 96 arrive. J'arrive à gérer comme je gère les émotions. J'arrive à gérer.
- 97 **ESI** : Est-ce que tu arrives après à communiquer justement sur cette odeur avec tes collègues ?
- 98 **IDE Muriel** : Oui.
- 99 **ESI** : Et autres ?
- 100 **IDE Muriel** : Oui sans problème.
- 101 **ESI** : Te sens-tu comprise quand tu en parles ?
- 102 **IDE Muriel** : Oui, oui, oui, oui. Moi, j'ai pas de difficulté avec les odeurs. Et ça, moi, je pense
 103 que je le mets en lien avec l'expérience, les années. Et comme je disais en psychiatrie, on
 104 rencontre souvent des mauvaises odeurs. Ça, j'arrive à le gérer.
- 105 **ESI** : As-tu déjà eu des situations avec des odeurs où t'as pas su prendre en charge le patient en
 106 tant que tel ?
- 107 **IDE Muriel** : Non, je crois pas.
- 108 **ESI** : Où tu as modifié ton comportement de professionnel ?
- 109 **IDE Muriel** : Alors là, la situation avec le recul, je me dis que j'ai pas été totalement
 110 professionnel...
- 111
- 112 **Entrée dans l'infirmierie d'une infirmière puis sortie de celle-ci.**
- 113
- 114 **IDE Muriel** : par rapport au risque suicidaire. Mais après non, je pense pas.
- 115 **ESI** : Est-ce que tu as déjà délégué tes soins à un collègue parce que justement tu ne pouvais
 116 pas rentrer dans une pièce ?
- 117 **IDE Muriel** : Non. [silence de 2 sec] sauf, pardon... (**ESI a essayé de parler**), sauf enceinte.
- 118 **ESI** : C'est-à-dire ? Peux-tu approfondir la question ?
- 119 **IDE Muriel** : Enceinte, pour moi, les odeurs étaient plus difficiles à gérer. Et là, on travaillait
 120 en équipe. Et c'est vrai qu'il y a des chambres de patients incuriques qui sentaient très mauvais.
 121 Où là, oui, j'ai délégué à une collègue pour rentrer dans la chambre parce que là ça
 122 m'inconfortait et ça me donnait envie de vomir.

- 123 **ESI** : Est-ce que tu crois que c'est lié qu'au niveau physiologique ou est-ce que ça pouvait te
 124 rattacher à quelque chose de plus profond ?
- 125 **IDE Muriel** : Non physiologique.
- 126 **ESI** : Physiologique ?
- 127 **IDE Muriel** : Oui, oui, oui.
- 128 **ESI** : Est-ce que tu as déjà été confronté, en fait, à des situations où le patient se rend compte
 129 de ton inconfort par rapport à son odeur ?
- 130 **IDE Muriel** : Non, parce que je fais en sorte que le patient ne ressente pas ce qu'on peut ressentir.
 131 Ou voilà ! De part comment on induit une sollicitation à la douche. Voilà ! Comment on
 132 communique avec le patient pour pas qu'il se sente mal ou pas à l'aise.
- 133 **ESI** : OK. Je te pose une petite question supplémentaire. Quand on parle des mots, euh...
 134 Ressentir, sentir, ce genre de chose, t'entends quoi toi par ces mots ?
- 135 **IDE Muriel** : [silence] C'est user de nos sens, je pense comme le toucher comme la vue. C'est
 136 aussi important. [silence] Ça peut aider dans le soin aussi d'avoir ce sens-là aussi.
- 137 **ESI** : Est-ce qu'il y a eu une odeur dans ta carrière qui a fait, que tu t'aies dit cette odeur-là ça
 138 déclenche quelque mois chez moi, des warnings en disant : « Ah !! Il vient pour une pathologie
 139 mais cette odeur-là, ce n'est pas en rapport avec sa pathologie et ça induit en fait un
 140 comportement infirmier où des diagnostics infirmiers. » ?
- 141 **IDE Muriel** : Alors oui, je pense alors là, c'est quand j'étais élève infirmière : les pansements
 142 d'escarre, le « pyo ». C'est une odeur oui inconfortable. C'est vrai que je ne n'y ai pas pensé.
 143 Avant on voyait de gros escarres très creusés très profonds avec du « pyo ». Bon ça après, j'en
 144 ai moins vu. Mais pendant mes études, j'en ai vu. Et ça, c'est vrai que pour faire les pansements
 145 c'était un peu difficile, je le prenais sur moi.
- 146 **ESI** : Comment tu réagissais ? Intérieurement, qu'est-ce que ça évoquait pour toi ?
- 147 **IDE Muriel** : Alors moi, je ne montrais rien devant le patient. Euh... une certaine retenue mais
 148 je faisais quand même mon soin parce que j'étais là avant tout pour faire le soin. Donc moi,
 149 j'arrive à dépasser les odeurs pour faire le soin.
- 150 **ESI** : OK alors j'ai une autre question parce que j'aimerais approfondir juste un terme. Quand
 151 tu dis qu'une odeur est inconfortable, tu peux me décrire ce côté inconfortable pour justement
 152 me donner ta définition du mot « inconfortable ? »
- 153 **IDE Muriel** : Euh...
- 154 **ESI** : Parce que l'on n'a pas tous la même définition du mot « inconfortable ».

155 **IDE Muriel** : Alors par exemple, le « pyo », je dirais c'est quelque chose de très fort. C'est ce
 156 que j'ai ressenti. Et aussi, euh... je me dis que cette odeur donc me renvoyait au pion parce que
 157 c'est une odeur, quand on l'a senti une fois, c'est très particulier. Et ça me renvoyait aussi à la
 158 patiente, à l'état dans lequel elle était. Voilà !! Une odeur très forte, très difficile à soutenir mais
 159 qu'on soutient quand même parce qu'on doit, on doit aussi faire les soins.

160 **ESI** : Une autre question parce que tu utilises l'expression « On doit ». Pourquoi « On doit » ?
 161 Est-ce que c'est un devoir de faire ? Où est-ce qu'il y a des moyens aussi justement pour pallier
 162 ça ?

163 **IDE Muriel** : Pour moi, c'est le devoir. Un devoir d'être avant tout dans le soin que ça soit une
 164 odeur ou autre chose qui peuvent mettre des barrières aux soins mais on doit, on doit. Non, pour
 165 moi, c'est un devoir de faire le soin quelle que soit la situation donnée.

166

167 **Un patient tape à la porte.**

168

169 **ESI** : Alors, je vais t'embêter. Pour toi, quelle est la définition exacte de « inconfortable » parce
 170 que tu utilises ce mot-là dans différentes situations. Il faudrait que tu approfondisses le mot
 171 « inconfortable » parce que pour pouvoir l'utiliser, il faut que j'arrive à en cerner tout le sens.
 172 Donc, ton sens à toi, du mot confortable ? Ça te met mais dans quelle position ? Comment tu le
 173 ressens ? Comment tu le vis ?

174 **IDE Muriel** : Ça peut être une gêne euh...

175 **ESI** : Est-ce que c'est une gêne olfactive ? C'est une gêne par rapport au patient ?

176 **IDE Muriel** : Ça peut donner un peu la nausée aussi. Ça m'est arrivé. Euh oui !! C'est surtout
 177 moi la nausée, ça peut arriver.

178 **ESI** : Donc quand tu dis inconfortable c'est que tu peux en arriver à la nausée.

179 **IDE Muriel** : Oui, mais j'arrive à la gérer.

180 **ESI** : Donc tu arrives à garder le contrôle ?

181 **IDE Muriel** : Oui, oui !! Je n'irais pas jusqu'à vomir. J'arrive à garder le contrôle. Après, euh...,
 182 voilà, il peut y avoir des solutions d'ouvrir la fenêtre pour aérer mais attention comme je disais
 183 dans la première situation que ça ne gêne pas où ça ne nuise pas au patient.

184

185 **Ouverture de la porte par une autre infirmière pour un besoin patient**

186

- 187 **ESI** : OK. Est-ce que tu aurais autre chose à me dire sur les odeurs ?
- 188 **IDE Muriel** : Euh... Surtout sur la situation de départ que ça peut, euh... ça fait se remettre en
189 question. Voilà, une remise en question... ça peut, oui à partir de là, ça m'a permis de me poser
190 des questions pour après la vie professionnelle bien sûr pour ajuster certaines choses.
- 191 **ESI** : Parce qu'en fait, là, par rapport à la situation, je le ressens comme ça : j'ai l'impression
192 que cette odeur, t'as fait, au niveau ta posture professionnelle, mettre en danger la patiente dans
193 le sens où tu as voulu justement supprimer cette odeur pour le confort. Mais en même temps,
194 ça a engagé une problématique...
- 195 **IDE Muriel** : Je ne... n'en étais pas rendue compte. Maintenant je ferai passer, euh... l'autre
196 risque avant l'odeur, voilà !!
- 197 **ESI** : OK...
- 198 **IDE Muriel** : De part cette expérience mais aussi de part les années de psychiatrie, je pense
199 qu'on arrive à gérer la problématique du patient avant le problème d'odeur s'il y a.
- 200 **ESI** : OK, bon bah écoute, je te remercie pour ton implication.

8.3.2 Entretien n°2

Entretien avec Kadija, une AS travaillant en EHPAD.

Durée : 21 min 18

1 **Entretien avec une musique de fond et des personnes qui parlent.**

2
3 **ESI :** Je suis étudiante en 3^{ème} année d'infirmières à l'IFSI d'Avignon. J'ai demandé à
4 m'entretenir avec toi afin que tu puisses m'apporter les réponses nécessaires à la validation de
5 l'hypothèse de mon mémoire de fin d'études centrée sur les odeurs dans les soins infirmiers.
6 Pendant mes 3 années, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des odeurs dans le soin et ça a
7 plus ou moins impacté ma pratique et modifié mon comportement professionnel. Mon mémoire
8 s'intéresse sur la manière dont on travaille dans et avec les odeurs. C'est pourquoi, j'ai envie de
9 m'intéresser à ton rapport aux odeurs dans le soin. Comment fais-tu pour travailler avec elles ?
10 En fait, je souhaiterais que tu me racontes en t'appuyant fait sur ton vécu une situation ou une
11 histoire d'odeur. Mais avant cela est-ce que pour toi la question des odeurs est-elle une vraie
12 question dans ta pratique au quotidien ?

13 **AS Kadija :** [silence de 8 sec] Dans ma pratique au quotidien, les odeurs font partie du soin.

14 [silence de 5 sec] Parce que quand on prend un patient en charge, on utilise tous nos sens.

15 [silence de 5 sec] Veux-tu que je m'arrête ?

16 **ESI :** Continue... En fait, c'est une discussion ouverte. Donc moi, je te pose des questions, tu
17 es libre de dire tout ce qui te passe par la tête. Il faut que ce soit instinctif. Alors déjà, juste pour
18 revenir à l'entretien, ton prénom s'il te plaît ?

19 **AS Kadija :** Khadija.

20 **ESI :** Donc tu es une femme. Euh... Depuis quand as-tu ton diplôme d'AS ?

21 **AS Kadija :** Cela va faire 10 ans que je suis diplômée d'aide-soignante.

22 **ESI :** Ok. Au niveau historique professionnel, qu'est-ce que tu as fait comme institutions ? Et
23 quel est ton employeur actuel ?

24 **AS Kadija :** Actuellement, je travaille en maison de retraite parce que c'est une population que
25 j'ai choisie. J'aime bien travailler avec nos aînés. J'ai fait du domicile et puis par rapport à ma
26 situation familiale, j'ai choisi l'institution.

27 **ESI :** Alors, pourrais-tu me raconter une petite histoire d'odeurs ? Vas-y...

28 **AS Kadija** : Une petite histoire...

29 **ESI** : Ou une grande histoire, ça n'a pas... [sourires]

30 **AS Kadija** : Dans mon métier, on touche les corps, les patients. L'odeur fait partie de son
 31 histoire pour moi. J'ai une petite histoire, je me souviens il y a quelques années en arrière, il y
 32 a une odeur qui m'a frappée. C'était 7 heures du matin. C'était le matin. Mes collègues de nuit
 33 ne m'ont rien signalé de spécial. C'était une personne qui était mutique, qui parlait peu. Et c'est
 34 en ouvrant la porte, en tapant. C'est une dame qui n'a pas répondu ce jour-là. En ouvrant la
 35 porte, la première chose, la première sensation parce que la chambre, elle était dans la pénombre.
 36 Tout était fermé. C'est cette odeur. Cette odeur qu'elle dégageait. Dois-je raconter sa situation ?
 37 Son état ou pas ?

38 **ESI** : Oui, oui. Vas-y.

39 **AS Kadija** : C'était une personne qui était en fin de vie mais qui avait des escarres au stade 4
 40 qui parlait peu. Mais la première chose qui m'interpelait c'était euh... je me suis mise à sa place.
 41 Je ne sais pas pourquoi. Je me suis mise à sa place en me disant mais cette chambre fermée avec
 42 ses odeurs, ses odeurs de pourriture entre guillemets. Cette odeur d'escarre qui est bien atypique
 43 qu'on reconnaît entre 1000, comment fait-elle ? Comment a-elle fait ? Qu'est-ce qu'elle peut
 44 bien ressentir ? Parce que dormir avec cette odeur de puanteur, je... je me dis, ce n'est pas
 45 possible. Je me suis approchée d'elle. J'ai voulu ouvrir les fenêtres mais il faisait froid. J'ai
 46 ouvert juste les volets. J'ai ouvert la porte mais après c'était... ça s'est propagé, l'odeur s'est
 47 propagée dans les couloirs. Et j'ai eu des collègues qui disaient : « Mais c'est quoi cette odeur
 48 de merde ? De mort ? » Carrément !!! Et je me suis dit cette patiente, elle est mutique, elle parle
 49 peu mais elle n'est pas sourde. Qu'est-ce qu'elle a bien pu ressentir ? Elle devait se dire : je suis
 50 morte mais... ils m'ont déjà enterrée. [silence] Et heureusement qu'on travaille en équipe, parce
 51 qu'il y a de tout. Il y a ceux qui comprennent, qui ne comprennent pas. Il y a ceux qui la
 52 repoussent. Il y a ceux qui ne repoussent pas. Je te parle des solutions ?

53 **ESI** : Oui.

54 **AS Kadija** : La solution qu'on a pu apporter, dans l'immédiat, c'étaient les huiles essentielles.
 55 Mais les huiles essentielles, c'est bien mais cela ne détruit pas tout. Cette personne, elle a déjà
 56 tout entendu. Elle a entendu et elle a, et je pense que le fait qu'on, quand on allait s'occuper
 57 d'elle, on n'y allait pas de bon cœur ou on mettait un masque. On essayait de... je pense que
 58 notre regard et notre façon aussi de la toucher pouvait... elle devait déjà sentir rejeter. Elle avait
 59 déjà un pied de l'autre côté. Je m'arrête deux secondes. Qu'est-ce que tu en penses ?

- 60 **ESI** : Moi, je n'ai rien à penser. C'est toi...
- 61 **AS Kadija** : Oui mais...
- 62 **ESI** : C'est une très belle histoire. C'est exactement ce que j'attends, il n'y a pas de soucis mais
- 63 ce n'est pas mon point de vue qui compte.
- 64 **AS Kadija** : Oui.
- 65 **ESI** : Je ne veux que ton ressenti. C'est que toi qui peux me parler de cette histoire. C'est
- 66 vraiment ce que tu as vécu.
- 67 **AS Kadija** : Hum...
- 68 **ESI** : Tu peux me dire ce que tu as ressenti, ce genre de chose, ce que tu as senti, ressenti. Ce
- 69 sont des terminologies qui sont à spécifier mais je ne veux pas trop t'en dire car je veux que ça
- 70 vienne de toi.
- 71 **AS Kadija** : Hum...
- 72 **ESI** : Donc pour toi c'était dans cette situation là... Déjà est-ce que t'as quelque chose à rajouter
- 73 par rapport à ça ?
- 74 **AS Kadija** : [silence] Tout ce que je peux rajouter, c'est que je me suis mise à sa place. J'ai
- 75 essayé mais on ne peut pas se mettre à la place de l'autre. Ce qu'elle vivait, ce qu'elle ressentait,
- 76 ce que nous, les soignants, on lui transmettait, il n'y a qu'elle, mais elle n'a jamais pu le
- 77 verbaliser parce qu'on ne lui a jamais laissé. On n'a jamais pensé à elle. On a toujours parlé à
- 78 sa place. On ne lui a jamais demandé ce qu'elle ressentait, elle vraiment.
- 79 **ESI** : Donc pour toi, c'est une si mauvaise odeur ? Tu la considères comme mauvaise ou bonne
- 80 cette odeur ? Parce que ça peut avoir un sens... Cette odeur d'escarre pour toi est-elle bonne ou
- 81 mauvaise ? Qu'est-ce que dit cette odeur ? Elle renvoie à quoi ? Par rapport à toi, parce que toi
- 82 cela t'a touché. Pourquoi cette situation t'a touché ? En fait, ce sont plusieurs questions en
- 83 même temps... donc euh... Il faudrait peut-être les découper d'une manière différente... Mais
- 84 déjà pour toi, est-ce une mauvaise ou une bonne odeur ?
- 85 **AS Kadija** : Pour moi, c'est une mauvaise odeur car c'est une odeur d'escarre. C'est mauvais
- 86 mais comment peut-on continuer à soigner quand on doit faire les pansements ou refaire les
- 87 pansements. Il faut vraiment être accroché. Après on essaie d'espacer... On ne le faisait pas
- 88 après le petit-déjeuner ou après le repas. C'était insupportable. Comment faire pour rester ? Elle
- 89 avait besoin de nous parce que s'il n'y avait pas cette odeur là... Si cette patiente n'avait pas
- 90 d'escarre, tout allait bien. On n'aurait même pas pensé à ça... on n'aurait été moins avec elle.
- 91 Alors que là, la prise en charge était longue. C'était long. Le soin était long mais que ce soit le

92 soin d'hygiène corporelle ou les soins de pansement, la mobilisation car elle restait au lit cette
93 dame. Mais euh... C'était nous, presque j'avais envie de dire, on est prêt à soigner, on est prêt
94 à s'en occuper mais jusqu'à une certaine limite... Je crois que la ligne rouge c'était de voir
95 l'autre se détériorer à ce point, c'était un être humain... Comment faire ? Parce qu'il y a toujours
96 une finitude... il y a toujours la fin. Mais de rester dans cet état-là presque il y avait des
97 réflexions : « Il vaut mieux mourir. » Mais on ne sait pas...qu'il vaut mieux mourir parce qu'on
98 n'y est pas. Peut-être que... moi, je me suis toujours posée la question.

99 **ESI :** Et toi, tu t'es mise à la place de la patiente mais pourquoi à ce moment-là ? Cette patiente-
100 là ? Cette odeur-là ? Qu'est-ce que cela a dégagé chez toi intérieurement en particulier ?
101 Comprends-tu où je veux en venir ou pas ? Qu'est-ce que ça...

102 **AS Kadija :** Qu'est-ce que cela m'a fait remonter ?

103 **ESI :** Oui. Tu la rattaches à quoi cette odeur par rapport à toi ? Pourquoi cette situation ça a
104 vraiment été... tu l'as gardé en tête parce qu'il y a plein de situations d'odeurs, je pense. Tu as
105 vécu plein d'odeurs d'escarre aussi par le passé... mais qu'est-ce que cela a... par rapport à toi ?

106 **AS Kadija :** Je l'ai plus associé à cette patiente-là parce qu'avant qu'elle soit dans cet état-là
107 si dégradé, je m'étais attachée à elle. Je m'étais attachée à elle. Je me suis sentie proche d'elle.
108 On se comprenait. Elle a eu une vie difficile. Une vie déjà de son vivant, je me reprends, car
109 elle est toujours vivante mais bon... pour moi, quand elle était alitée dans ce lit, pour moi cela
110 veut dire qu'elle n'était presque plus là. Elle est là mais presque plus, ce n'est plus qu'une
111 ombre. De la voir comme ça, c'est que moi, je me suis imaginée. On se ressemble sans se
112 ressembler. On se ressemble par notre histoire de vie... **[silence]**

113 **ESI :** En fait ce qui te rattache plus ou moins à elle, tu pourrais appeler ça un transfert sur ce
114 qu'elle vit en te disant si je vivais cela, moi, étant donné que tu trouvais que déjà tu avais une
115 histoire de vie similaire...

116 **AS Kadija :** Similaire et je me suis dit : « Moi aussi, cela pourrait m'arriver parce que l'on ne
117 sait pas comment on va devenir et moi aussi. » Et entendre ce que j'ai entendu même en faisant
118 attention il y a notre corps quelquefois, j'ai l'impression qui nous trahit, notre corps, notre façon
119 de s'occuper de cette patiente.

120 **ESI :** Alors si je pousse un peu plus loin, quand je te dis à quoi cela te rattache-t-il ? En fin de
121 compte, si je te suis dans ce que tu me dis, j'ai l'impression que l'odeur d'escarre, là, te
122 rapproche plus de la...

123 **AS Kadija :** De la mort.

- 124 **ESI** : De la mort. Est-ce que justement par rapport... ce rattachement... ne serait-ce pas tes
125 angoisses ou tes craintes par rapport à elle, par rapport à la mort ?
- 126 **AS Kadija** : Je n'ai pas de crainte par rapport à la mort. C'est la souffrance avant la mort qui
127 me fait peur à moi. C'est souffrir parce que mourir, on ne peut pas. On ne peut pas y échapper.
128 On ne peut pas, c'est comme ça. On arrive, on est de passage et on part. Mais cette souffrance
129 **[silence]** après vu ma religion...
- 130 **ESI** : Est-ce que... pardon, excuse-moi.
- 131 **AS Kadija** : Vu ma religion, je me dis, il est où ce Dieu qui fait autant souffrir. De toute façon,
132 pourquoi nous fait-il tant souffrir ? Et je me dis peut-être que c'est pour faire réfléchir, j'ai
133 l'impression. Quand on fait ce métier, ce n'est pas par hasard et aussi nous faire réfléchir à ce
134 que l'on est entrain de faire. Et après la mort, c'est... La mort fait partie de la vie.
- 135 **ESI** : Hum...
- 136 **AS Kadija** : Il n'y a pas de mort sans vie.
- 137 **ESI** : A ce moment précis où tu es rentrée dans la pièce, toi, tu te sentais comment ?
- 138 **[silence de 6"]**
- 139 **ESI** : Tu connaissais déjà plus ou moins le stade. Avais-tu une appréhension ? Comment as-tu
140 engagé l'ouverture de porte en fait ?
- 141 **AS Kadija** : Je savais que cette patiente avait des escarres. Mais dans la journée je ne faisais
142 presque pas attention. Dans la journée, entre plusieurs soins, c'était une odeur quelconque. Par
143 contre, ce matin-là, à 7 heures du matin peut être [blanc] que moi j'appréhendais aussi...
- 144 **ESI** : Est-ce que...
- 145 **AS Kadija** : J'appréhendais aussi cette ouverture de porte. Car quand on ouvre une porte, ce
146 n'est pas anodin. C'est comment on y est si on y est préparé ou pas. Et là, peut être que c'est en
147 ouvrant la porte, je ne l'ai pas ouverte délicatement, je sais. Je ne l'ai pas ouverte doucement,
148 je sais presque je l'ai ouverte en grand. Et d'avoir ces odeurs qui me viennent, je les ai pris en
149 pleine face. Est-ce que c'est à ce moment-là peut-être que je me suis rendue compte qu'euh...
150 **[silence]**
- 151 **ESI** : Y aurait-il une question qui te serait venue à l'esprit à ce moment-là ?
- 152 **AS Kadija** : En ouvrant cette porte... quand j'ai ouvert cette porte que j'ai senti cette odeur
153 parce que la patiente de toute façon je ne la voyais pas au fond de son lit. Je n'avais pas encore
154 allumé la lumière. La seule chose que je me suis dite, c'est pourvu qu'elle soit morte. Je l'ai
155 pensé. Après je me suis sentie coupable. Pourvu qu'elle soit morte, c'est pour mon bien

156 finalement parce que la patiente, c'est son corps. Ce sont ses odeurs, elle est habituée. On ne
 157 fait pas attention à nos propres odeurs. On est plus sensible aux odeurs des autres.

158 **ESI** : Hum.

159 **AS Kadija** : Mais après je me suis dit qui je suis pour me dire pourvu qu'elle soit morte !!
 160 Pourquoi ? Ça m'arrangerait finalement, c'était que pour moi à ce moment-là.

161 **ESI** : J'ai une question. Pour toi, qu'est-ce que sentir ? Qu'est-ce que ressentir ? Je te poserai
 162 une question supplémentaire après.

163 **AS Kadija** : Qu'est-ce que sentir ? [silence] C'est la vie. Sentir, c'est la vie. On sent tout. On
 164 peut sentir le parfum. Et si on n'a plus envie, on ne sent plus. C'est aussi ce qui nous permet
 165 aussi de reconnaître l'autre selon ses propres odeurs.

166 **ESI** : Et ressentir ?

167 **AS Kadija** : Ressentir ? Sentir, c'est la vie. Ressentir, c'est pour moi : c'est la fragilité de la
 168 vie, la fragilité et on ne fait attention à ça. On ne fait pas assez attention à l'autre. Souvent on
 169 oublie les odeurs de l'autre. Et quelquefois quand il est plus là, la seule chose qui nous retient,
 170 on se dit : ce sont ses odeurs... J'aimerais sentir encore son odeur. Pas le visage, pas le toucher
 171 mais juste le sentir, sentir son odeur. Je pense que c'est le premier sens qu'on développe, pour
 172 moi, je pense.

173 **ESI** : Par rapport à cette situation, est-ce que tu as pu verbaliser avec ou sans difficultés sur
 174 l'odeur avec tes collègues ? Est-ce que vous avez pu en discuter ?

175 **AS Kadija** : On n'a pas pu en discuter car chacun et chacune, on avait tous des points de vue
 176 différents.

177 **ESI** : C'est-à-dire ?

178 **AS Kadija** : C'est-à-dire moi, j'étais confronté à des collègues en me disant : « Bon de toute
 179 façon, elle va crever. Donc ce sont des odeurs... C'est de la merde !! » comme ça... presque on
 180 devrait la laisser comme ça. Et puis, il y en a eu d'autres qu'essayaient de trouver des solutions,
 181 comme des propositions des huiles essentielles, des choses comme ça. Mais c'était... Ils y en
 182 avaient qui utilisaient les parfums dans les masques chirurgicaux. Mais, ils y en avaient qui
 183 refusaient aussi qui ne voulaient pas la côtoyer, la toucher. Ils y en avaient qui avaient peur
 184 d'elle. Ils y avaient ceux qui en avaient moins peur mais on se posait la question pourquoi.
 185 Après on pensait à la famille car la famille était proche. Comment faisait-elle pour tenir ? Des
 186 fois, je... Elle avait un fils. Il restait là. Il était assis à côté d'elle. On se posait la question

- 187 comment fait-il ? Lui ? C'est sa maman au fond du lit. Mais lui, avec ces odeurs, comment fait-
 188 il ? On ne lui a jamais proposé des huiles essentielles, des choses comme ça.
- 189 **ESI :** Est-ce que tu as déjà délégué tes soins en raison de l'odeur d'un patient ? Est-ce que cela
 190 t'est déjà arrivée dans ta prise en charge ?
- 191 **AS Kadija :** En ce qui concerne les odeurs, non. J'ai toujours voulu accompagner les soins.
 192 J'ai toujours voulu continuer jusqu'au bout. Mais peut-être aussi que cela vienne du fait de mon
 193 âge parce que je vois par rapport à mes collègues jeunes, elles avaient des difficultés.
- 194 **ESI :** Donc tu penses qu'il y a une question d'expériences ?
- 195 **AS Kadija :** oui, l'expérience fait beaucoup.
- 196 **ESI :** Est-ce que c'est une question d'expérience qui fait que tu as trouvé tes propres armes
 197 pour justement accepter ces odeurs ou les inhiber ? Je ne sais pas... Comment tu pourrais
 198 décrire, en fait, ce sont comme des mécanismes de défense... Quels sont tes mécanismes de
 199 défense par rapport aux odeurs qui sont vraiment...
- 200 **AS Kadija :** Mes mécanismes de défense sont l'humour et la dérision. A chaque fois, j'essaye...
- 201 **ESI :** Est-ce que tu aurais d'autres choses à dire par rapport à la situation, par rapport aux
 202 odeurs ?
- 203 **AS Kadija :** Par rapport à la situation et par rapport aux odeurs, moi je trouve qu'il manque
 204 des temps de paroles. Il faudrait qu'il y ait plus d'échanges comment dire entre les anciens et les
 205 nouveaux. Il faudrait faire des petits bilans comme ça pour que le jeune puisse comprendre
 206 qu'aujourd'hui il est jeune mais que demain il sera moins jeune. Et que peut-être il y a des
 207 comportements que pour lui ou la personne c'est anodin mais ce qu'elle renvoie c'est...
- 208 **ESI :** Ça ne l'est pas...
- 209 **AS Kadija :** C'est terrible. C'est terrible pour celui qui est couché.
- 210 **ESI :** Ok. D'autres choses à dire ?
- 211 **AS Kadija :** Non. Je suis très contente.
- 212 **ESI :** C'est cool.

8.3.3 Entretien n°3

Entretien avec Fatima, une AS travaillant en structure accueillant des polyhandicapés, adultes handicapés.

Durée : 18 min 02

- 1 **ESI** : Je suis une étudiante en 3e année d'infirmière à l'IFSI d'Avignon et j'ai demandé à
2 m'entretenir avec toi afin que tu puisses m'apporter les réponses nécessaires à la validation de
3 l'hypothèse de mon mémoire de fin d'études qui est centré sur les odeurs dans le soin infirmier.
4 Pendant ces 3 années, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des odeurs dans le soin ce qui a
5 plus ou moins impacté ma pratique et modifier mon comportement professionnel. Mon
6 mémoire s'intéresse sur la manière dont on travaille dans et avec les odeurs. C'est pourquoi j'ai
7 envie de m'intéresser à ton rapport aux odeurs dans le soin ? Comment tu fais pour travailler
8 avec et dans les odeurs ? Je souhaiterais aussi que tu me racontes en appuyant sur ton vécu une
9 situation histoire d'odeur mais avant cela, est-ce que pour toi la question des odeurs est une
10 vraie question dans ta pratique au quotidien ?
- 11 **AS Fatima** : [silence de 8 sec] Ecoute, euh... dans ma pratique, oui de toute façon on est
12 confronté aux odeurs donc du coup, oui j'ai été confrontée plusieurs fois à différentes odeurs et
13 d'ailleurs j'ai appris avec le temps à les différencier et en général je ne me trompais jamais.
- 14 **ESI** : OK, alors pour revenir je voudrais avoir ton prénom.
- 15 **AS Fatima** : Fatima
- 16 **ESI** : Tu es une femme, ton diplôme...
- 17 **AS Fatima** : D'aide-soignante donc moi je l'ai eu dans les années 98
- 18 **ESI** : Donc ça fait un nombre d'années, l'expérience de combien ?
- 19 **AS Fatima** : Là ça fait quelques temps, voilà... on va dire ça...
- 20 **ESI** : Au niveau de l'historique professionnel, qu'est-ce que tu as fait ?
- 21 **AS Fatima** : Alors, j'ai travaillé dans un premier temps tant que remplaçante dans une maison
22 de retraite justement ensuite en clinique privée. Et ensuite, je voulais m'orienter vers, euh... une
23 autre structure. J'ai travaillé pendant une quinzaine d'années avec le, euh... dans une structure
24 plutôt accueillant des polyhandicapés, adultes handicapés.
- 25 **ESI** : OK, donc ton dernier poste occupé ?
- 26 **AS Fatima** : Donc c'est la ***** accueillant des polyhandicapés.

- 27 **ESI** : Donc maintenant on va revenir aux odeurs, en fait il faudrait que tu me racontes une petite
 28 histoire d'odeur, une histoire vécue.
- 29 **AS Fatima** : Une histoire vécue. Ah... une histoire vécue ne sera peut-être pas forcément celle
 30 euh... vécue dans mon dernier poste occupé. Ça peut remonter à celle d'avant. C'est quand je
 31 travaillais en clinique privée où voilà... c'était une clinique donc en oncologie. Euh... Il y
 32 avait par période des décès. Donc je ne sais pas mais j'arrivais à sentir l'odeur en fait des gens
 33 qui allaient partir. Donc j'avais mes collègues qui avaient du mal à, en fait, pas à me croire c'est
 34 parce que c'est pas le mot que je voudrais employer, mais ils ne prenaient pas ça très au sérieux
 35 et en fait à chaque fois que je disais je sais pas je sens une odeur, c'est bon, je pense que c'est la
 36 fin et ça se produisait. Voilà. C'était une odeur un peu particulière. Quelques temps, quelques
 37 heures, on va dire avant. Il y avait, comme je ne sais pas, une odeur un petit peu de froid qui se
 38 dégageait donc de la chambre, de l'environnement du patient... euh... une odeur un petit peu
 39 alors j'arriverai pas à déterminer et à dire forcément ce que c'était comme odeur. Mais c'était le
 40 froid... euh et puis euh... comme si c'était quelque chose qui était une pièce qui était fermée
 41 pendant un certain temps... Et qui n'ouvre euh... qu'on ne rentre spontanément et qu'on a cette
 42 odeur qui nous fouette un petit peu au niveau des narines, des sinus et cetera. Donc c'était assez
 43 particulier. Donc euh... voilà... et puis, bon, euh... au fil des semaines et des mois à chaque
 44 fois que je disais quelque chose, les filles disaient : « Ecoute, on va venir avec toi parce que tu
 45 me fais peur » et effectivement voilà c'était à chaque fois la même chose, les mêmes odeurs, les
 46 mêmes euh... le même coup de froid, les mêmes ; euh... voilà... Je ne sais pas comment je
 47 pourrais plus détailler mais c'est un ressenti. Est-ce que c'était un ressenti ? Mais en même temps
 48 c'était cette odeur froide que j'inhalais qui faisait que peut-être je l'interprétais comme la fin de
 49 la vie ou mais voilà c'était... C'était comme ça. Ça commençait même à me faire peur parce
 50 qu'à chaque fois que je voulais ouvrir une porte de quelqu'un qui était en fin de vie... bah... je,
 51 j'avais peur de... de ressentir ça et de... donc j'évitais à la fin, j'évitais d'aller dans les chambres.
 52 Je savais que voilà, la personne malheureusement était en fin de vie que ça allait arriver. Donc
 53 je préférais donc euh... délégué en fait à mes collègues le soin que j'avais à faire plutôt que de
 54 rentrer dans la chambre. Voilà... Que dire de plus... Je ne sais pas.
- 55 **ESI** : Après moi, j'ai des questions à te poser...
- 56 **AS Fatima** : Oui.
- 57 **ESI** : sur ton histoire.
- 58 **AS Fatima** : Hum...

- 59 **ESI** : Donc tu me parles d'une odeur de froid.
- 60 **AS Fatima** : Hum...
- 61 **ESI** : Est-ce que tu peux aller un petit plus loin ? Est-ce que tu peux essayer de mettre quelques
- 62 mots sur cette odeur ? Parce que tu as parlé d'odeur de renfermé...
- 63 **AS Fatima** : Oui.
- 64 **ESI** : Mais euh... Est-ce que tu peux aller encore au-delà de ces mots pour aller plus dans la
- 65 précision ?
- 66 **AS Fatima** : Alors je sais pas, si je vais pouvoir aller dans la précision mais euh... c'est vrai
- 67 que c'était hum... c'était un petit peu déroutant même pour moi, hein... parce que je, je ne sais
- 68 pas si j'arriverai vraiment à donner une précision par rapport à ça.
- 69 **ESI** : Pour toi c'était une bonne ou une mauvaise odeur ?
- 70 **AS Fatima** : C'était pas une... on va pas dire que c'était une mauvaise odeur mais on peut pas
- 71 dire que c'était une odeur agréable aussi. C'est entre 2, en fait. C'était, je sais pas, c'est comme
- 72 si par exemple vous aviez euh... fermer une pièce pendant un certain temps, que vous aviez
- 73 laissé, bon ce n'est peut-être pas bien ce que je vais dire mais un plat cuisiné que vous avez
- 74 oublié euh... dans cette pièce-là. Quand vous ouvrez la porte et puis, hop, l'odeur, elle vous
- 75 frappe en fait comme ça. De suite, elle vous frappe donc vous inhalez cette odeur et puis cela
- 76 atteint le cerveau. Et là, vous avez le cerveau qui l'analyse qui dit : « Bah oui, voilà, ça c'est
- 77 une odeur qui me rappelle la mort, qui signifie pour moi la mort » Voilà donc... Je ne pourrais
- 78 pas mettre plus de mots dessus. Je sais pas...
- 79 **ESI** : Et quand tu sens cette odeur, qu'est-ce que tu ressens toi à l'intérieur ?
- 80 **AS Fatima** : Intérieurement euh... j'ai énormément d'émotions parce que les premières fois où
- 81 je les ai vécues, j'ai pas fait, de suite le rapprochement. Je me suis dit : « Bon bah... je sais pas
- 82 c'est peut-être parce qu'il y a eu la toilette qui a été faite le matin, qu'il y a eu des gants de
- 83 toilette oubliés, euh...des fois cela sent un petit peu cette odeur d'humidité... » Voilà. Mais
- 84 quand c'est arrivé 2, 3, 4 fois et que ça se répète... Finalement à chaque fois ce sont les mêmes
- 85 odeurs et qu'on arrive au même résultat mais c'est euh... voilà... c'est... j'avais, alors je peux
- 86 pas dire que c'est une peur, parce que ce n'est pas de la peur mais j'appréhendais. J'appréhendais
- 87 et je me disais mais il faudrait pas que je sente !! En fait, j'étais presque mal à l'aise en fait de
- 88 ressentir, c'est bizarre. Parce que je me disais : « Je la ressens, c'est que je la sens, c'est que je
- 89 sais que c'est la fin pour cette personne » et j'avais pas envie de la re-sentir. Quelque part, il y
- 90 avait une peur et d'un autre côté, presque je m'interdisais de sentir cette odeur. Donc c'était

91 paradoxal un petit peu ce sentiment-là. Et Ouais, il y avait de l'émotion parce que je me dis
 92 c'est la fin en fait. C'est la fin pour cette personne que je vais rencontrer, que je vais voir, que
 93 je vais voilà... oui... ça me rendait triste. Ouais, il y avait de la tristesse, de la tristesse aussi...
 94 dans ce sens-là...

95 **ESI** : Et toute cette tristesse, toute cette émotion tournée en fait vers cette odeur...

96 **AS Fatima** : Oui !

97 **ESI** : Ça te renvoyait à la mort

98 **AS Fatima** : Oui !

99 **ESI** : Mais est-ce qu'euh... en allant plus loin... par rapport à ton vécu ?

100 **AS Fatima** : A un vécu... non, sincèrement non. En essayant de remonter dans mon vécu, dans
 101 mes souvenirs les plus lointains, bah non... C'est pas une odeur que j'avais déjà mémorisée,
 102 déjà ressentie avant, non !! C'était lié spécifiquement en fait à là où je travaillais et que c'était
 103 la première fois que je ressentais ce genre de choses. Mais non !! Je me suis posée la question.
 104 J'ai cherché mais j'ai pas... non. Dans mes souvenirs, j'ai pas eu ce souvenir de cette odeur
 105 froide et qui renvoyait à la mort. J'ai pas eu de...

106 **ESI** : Tu me parles de ressentir, sentir...

107 **AS Fatima** : Oui.

108 **ESI** : Comment vois-tu la petite différence...

109 **AS Fatima** : Hum...

110 **ESI** : entre les 2 ?

111 **AS Fatima** : Ressentir, c'est parce qu'en fait... j'avais... Sentir, c'était la première chose que
 112 je faisais. Parce que sentir c'est quand j'ouvrais la porte de la chambre et que je sentais. Donc
 113 c'était spontané et que c'était sur le moment. Mais ressentir, en fait, je me disais mais est-ce
 114 que depuis que tu... justement tu as eu des expériences similaires par rapport aux personnes qui
 115 décédaient... euh... ressentir... oh là, là... je vais ressentir encore cette odeur et je la renvoyais
 116 encore à la fin de vie de la personne dont je m'occupais, que je revoyais.

117 **ESI** : Pour le mot ressentir, c'est re-sentir, c'est sentir de nouveau. Est-ce que tu fais le lien
 118 avec ressentir ? Avec ton ressenti à toi ?

119 **AS Fatima** : Avec mon ressenti à moi, c'est beaucoup plus difficile. Parce que je ne pourrais
 120 pas...mon ressenti... C'est... **[souffle]** Je ne sais pas comment le mener... Je ne sais pas. Je ne
 121 peux pas aller... Je ne sais pas. Le re-sentir par ce que j'avais peur de re-sentir cette odeur mais
 122 mon ressenti... Je n'ai pas de mot à mettre dessus. Je ne sais pas. Je ne sais pas du tout.

- 123 **ESI** : Tu m'as dit, euh... à travers ton histoire qu'à plusieurs moments, donc ces odeurs t'ont
 124 affecté dans ta posture de soignante...
- 125 **AS Fatima** : Hum, oui.
- 126 **ESI** : Et euh... que tu as réagi de plusieurs façons, est-ce que c'était habituel ? A la fin, tu m'as
 127 dit : « Au début, j'ouvrais les portes...
- 128 **AS Fatima** : Oui...
- 129 **ESI** : et maintenant je ne les ouvre plus. »
- 130 **AS Fatima** : Ouais... Je ne les ouvre plus parce que quand je savais qu'il y avait une personne
 131 qui n'était pas très bien donc j'avais... voilà... Ouais, j'avais peur... On peut employer le mot
 132 peur. C'était ça en fait. Ouais, ressentir la peur, c'est ça en fait... C'est que j'avais justement
 133 peur d'ouvrir cette porte et de me dire : « Et si je ressens encore l'odeur et bien voilà... c'est... ».
- 134 **ESI** : Et ça c'était au fur et à mesure parce qu'au début...
- 135 **AS Fatima** : Oui, au début...
- 136 **ESI** : Est-ce que c'était la même odeur au début ? Est-ce que c'était la même odeur à la fin ?
 137 Ce n'est pas dans ce sens-là qu'il faudrait le dire... Cette odeur au début de ton expérience,
 138 comment était-elle ?
- 139 **AS Fatima** : C'était une odeur un petit peu comme... voilà... J'essayais de la découvrir, en fait,
 140 cette odeur parce qu'elle était nouvelle. C'était nouveau pour moi. En fait, au fil du temps, cette
 141 odeur s'est intensifiée parce que l'odeur devenait de plus en plus intense et plus spécifique en
 142 fait. C'est comme si c'était euh... **[silence]**
- 143 **ESI** : Est-ce que c'était l'odeur du patient ? Ou était-ce ton odeur à toi ?
- 144 **AS Fatima** : Alors, c'est exactement ce que j'allais dire. En fait, au début, j'assimilais ça à
 145 d'autres odeurs comme je parlais tout à l'heure d'un gant de toilette qui a été oublié, mouillé,
 146 humide, cela sentait l'humidité. En fait, au fil du temps, l'odeur s'intensifiait et oui, ça renvoyait,
 147 en fait, à l'odeur corporelle du patient. Il dégageait une odeur qui faisait, oui... enfin, qui menait
 148 à la mort. On peut employer le mot. C'était cette odeur qui s'intensifiait oui, et plus cela
 149 s'intensifiait et plus je me disais de toute façon que cela allait arriver incessamment sous peu...
 150 et c'est ce qui se passait.
- 151 **ESI** : Tu arrivais à le verbaliser correctement avec tes collègues ? Vous arriviez à en parler ?
- 152 **AS Fatima** : Alors avec mes collègues au départ, ils essayaient de comprendre. Quand je leur
 153 parlais de ça au départ, cela n'était pas pris au sérieux. Finalement, petit à petit, oui,
 154 effectivement ils voyaient bien que cela se produisait. Mais en parler, non parce que je n'arrivais

155 pas à l'exprimer et puis même, je crois que j'en ai parlé au tout début, c'est que j'évitais
156 justement d'aller dans des chambres où je savais que j'allais certainement re-sentir cette odeur
157 qui va de nouveau m'amener à sentir une odeur de corps qui va partir, qui ne sera plus là ou qui
158 n'est plus là. Donc je déléguais. Je déléguais à mes collègues. Je n'arrivais pas à en parler
159 ouvertement avec eux. Je n'arrivais pas à expliquer ce que je ressentais.

160 **ESI :** Est-ce que cette délégation était plutôt bien prise au niveau de ton service ?

161 **AS Fatima :** Oui, oui, oui parce qu'elles pensaient que c'était... Elles ne voulaient que ce soit
162 quelque chose qui soit vécu euh... sévèrement donc du coup, elles me disaient : « Bon bah
163 écoute, c'est pour t'éviter justement de vivre quelque chose de dur, car à chaque fois pour toi,
164 tu avais peur d'aller et de dire bah **voilà** j'ai senti encore cette odeur de corps qui dégageait ce
165 froid, cette odeur de corps qui partait, qui est parti. » Euh... Elles ne voulaient pas me faire
166 subir cela donc elles y allaient donc pas de soucis de ce côté-là. Elles y allaient sans me poser
167 de question.

168 **ESI :** Est-ce cette odeur c'est la pire des odeurs dans le soin pour toi ?

169 **AS Fatima :** Pour moi, oui. C'est pour ça que depuis, en fait, les odeurs ne me dérangent pas.
170 Quand je parle d'odeurs, je peux parler d'odeurs d'aliments qui se décomposent ou dans les
171 services, les odeurs des urines, l'odeur du sang... Euh, car le sang quand il est un peu figé, cela
172 sent un peu quand même. Hum... Bah les odeurs, en fait... Ouais... Entre les bonnes et les
173 mauvaises odeurs, bah oui, je pense avoir développé... Puis, je ne les crains plus. Je ne les
174 crains plus en fait.

175 **ESI :** Est-ce que tu crois que c'est l'expérience qui t'amène justement à ne plus les craindre ?

176 **AS Fatima :** Alors, je ne sais pas si l'expérience ou c'est... C'est plutôt quelque chose qui, que
177 je... je ne sais pas... Est-ce que c'est ? Ou alors c'est cette odeur qui a développé d'autres sens
178 des odeurs... J'en sais rien, en fait. Je ne peux l'expliquer. C'est vrai que j'ai remarqué que
179 depuis ce moment-là d'ailleurs c'est ce qui m'a amené à partir de la clinique privée où je
180 travaillais pour changer de cadre et je ne veux plus être confrontée à cette odeur qui m'amène
181 toujours à la fin de vie, à la mort. Mais... Et depuis c'est vrai quand je suis arrivée dans ma
182 nouvelle structure, où je bossais jusqu'à il y a quelque temps, bah les odeurs même les pires
183 odeurs que mes collègues me disent : « Oh là, là, je ne peux pas rentrer dans la chambre !!! »
184 Admettons, je prends un exemple une odeur d'escarre, d'une escarre ou une odeur de selle
185 liquide où l'on pourrait parler de diarrhée parce que la diarrhée, elle se sent... voilà. Eh bien
186 moi cela ne me dérangeait pas. Par contre là, je proposais à mes collègues d'y aller car cela ne

187 me dérangeait pas. Elles arrivaient à mettre des masques, moi j'y allais sans masque cela ne me
 188 dérangeait pas. Voilà... je ne sais pas si c'est lié ou pas lié. Je ne sais pas si j'ai développé un
 189 sens à mon odorat. J'en sais rien. Je ne sais pas. Et c'est depuis, Ouais, je ne crains plus les
 190 odeurs de la même façon.

191 **ESI :** Aurais-tu quelque chose à rajouter par rapport aux odeurs pour compléter l'entretien ?

192 **AS Fatima :** Euh... Qu'est-ce que je pourrais rajouter... les odeurs... alors... je ne sais pas...
 193 non, je ne crois pas que... non, non, j'ai fait le tour en fait de... non.

194 **ESI :** Bon, je tiens à te remercier pour cet entretien.

195 **AS Fatima :** Mais, il n'y a pas de problème. Au contraire, c'était un plaisir que j'ai pu répondre
 196 à tes questions et t'amener un plus.

197 **ESI :** Merci.

8.3.4 *Entretien n°4*

Entretien avec Anaïs, une élève infirmière de 3^{ème} année.

Durée : 13 min 30

1 **ESI** : Je suis une étudiante en 3e année d'infirmière à l'IFSI d'Avignon et j'ai demandé à
2 m'entretenir avec toi afin que tu puisses m'apporter les réponses nécessaires à la validation de
3 l'hypothèse de mon mémoire de fin d'études qui est centré sur les odeurs dans le soin infirmier.
4 Pendant ces 3 années, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des odeurs dans le soin ce qui a
5 plus ou moins impacté ma pratique et modifier mon comportement professionnel. Mon
6 mémoire s'intéresse sur la manière dont on travaille avec et dans les odeurs. C'est pourquoi j'ai
7 envie de m'intéresser à ton rapport aux odeurs dans le soin ? Comment tu fais pour travailler
8 avec elles, les odeurs ? Je souhaiterais aussi que tu me racontes en appuyant sur ton vécu une
9 situation histoire d'odeur mais avant cela, est-ce que pour toi la question des odeurs est une
10 vraie question dans ta pratique au quotidien ?

11 **ESI Anaïs** : Hum, déjà je pense qu'on est confronté suivant où l'on va, on est confronté tous
12 les jours à des odeurs. Euh... donc euh... Oui c'est forcément, ça fait partie du soin et forcément
13 c'est... c'est quelque chose qu'il faut se questionner parce qu'il y a des odeurs qu'on supporte
14 plus que d'autres et subjectivement c'est-à-dire que moi je peux ne pas supporter une odeur et
15 bien supporter une autre et inversement pour une autre personne. Donc je pense que c'est oui,
16 je pense que c'est une bonne question.

17 **ESI** : Donc maintenant... je te demanderais simplement de me raconter une petite histoire
18 d'odeur qui t'es propre ?

19 **ESI Anaïs** : Euh... donc c'était dans un EHPAD. Hum, hum... Il y a un patient qui avait fait
20 des selles sur lui mais en abondance. Il avait une protection et il en avait vraiment en abondance.
21 Il se promenait dans l'EHPAD et on le suivait à l'odeur, clairement. Et du coup, bah j'y suis
22 allée euh... pour lui faire une petite toilette et lui changer sa protection. Et heu... donc quand
23 je suis arrivée dans sa chambre donc il y en avait partout, il marchait dedans enfin... Et en fait,
24 l'odeur, moi personnellement l'odeur, elle m'a... Je ressens rarement ça... mais celle-là, elle
25 m'a vraiment, enfin, vraiment... j'ai eu des relents. Enfin, j'ai essayé de le faire dans le dos de
26 mon patient parce que je me demandais ce qu'il allait en penser. Enfin, ce n'est pas possible
27 qu'une soignante ne supporte pas une odeur. Du moins, ne la cache pas parce que c'est aussi de

- 28 l'irrespect, je trouve. Du coup, ouais, cette odeur-là, elle est très, très, très, très, très
29 nauséabonde.
- 30 **ESI** : OK. Donc ta réaction par rapport à cette odeur-là elle a été...
- 31 **ESI Anaïs** : Ah bah... Il était dans la salle de bain pour que je lui fasse une toilette car il en
32 avait partout. Et je suis sortie. Il fallait que j'aille récupérer des affaires dans son armoire. Le
33 temps de récupérer les affaires, j'ai eu des relents et je me suis mis à respirer ailleurs que dans
34 la salle de bain. Je me suis dit respire, respire, respire pour changer un peu l'odeur qui a qui a
35 traversé tout ton corps. [émotions +++] Et ouais, j'en ai bien profité mais franchement j'avais
36 honte, quoi.
- 37 **ESI** : Quand tu utilises le mot « relent », tu peux préciser un peu ta pensée ?
- 38 **ESI Anaïs** : Ah bah... comment dire mais des haut-le-cœur, fin presque envie de vomir, quoi...
- 39 **ESI** : Quelle est ta posture par rapport à lui ? Donc toi, tu es sortie, tu as été mal à l'aise si j'ai
40 bien compris mais est-ce que lui, il a perçu ton mal-être ?
- 41 **ESI Anaïs** : Je ne sais pas. J'ai essayé de... j'essaie vraiment de le faire dans le dos. Et, et
42 quand... quand j'étais accroupie par exemple pour ramasser les déchets, voilà... j'essaie
43 vraiment de faire dans son dos pour que... et j'essayais aussi de me contrôler, de ne pas le faire
44 au maximum. Mais des fois, ça sort tout seul. Donc, oui, franchement je sais pas s'il m'a vu
45 mais dans tous les cas, même s'il ne m'a pas vu, je me questionne sur le fait que j'ai pas... que
46 je n'ai pas pu me contrôler qu'il m'ait vu ou pas. En fait pour moi, ce n'est pas digne d'une
47 soignante, quoi, de pas supporter une odeur de selle surtout dans un EHPAD.
- 48 **ESI** : Mais cette odeur de selle, tu en avais déjà senti d'autres par le passé. Pourquoi celle-ci ?
49 Pourquoi celle-ci a été si désagréable pour toi ?
- 50 **ESI Anaïs** : Je sais pas parce que celle-là elle était particulière. Enfin, c'était pas une odeur...
51 c'est vraiment, vraiment fort quoi... Puis je pense qu'il y avait aussi, hum, la couleur qui était
52 bah pas vraiment celle d'origine, on va dire. Donc ouais, c'est un mélange de tout, l'odeur, la
53 couleur... il y en avait partout.
- 54 **ESI** : Quand tu as tous ces haut-le-cœur et tout le reste... Est-ce que tu as eu des pensées qui
55 t'ont parcouru, des pensées au niveau du patient ? De la gêne, ce genre de chose...
- 56 **ESI Anaïs** : Je me suis dit, s'il me voit, il va se dire mais c'est qui elle ? Elle s'occupe de moi
57 et elle n'est pas capable de supporter, parce que c'est un patient qui était très cohérent, il n'y
58 avait pas de souci avec ça. S'il m'avait vu, il m'aurait fait une remarque, ça c'est sûr. Donc je ne
59 pense pas qu'il m'ait vu. Mais je me suis dit, franchement, s'il me voit, je me demande ce qu'il

60 va penser de moi, quoi. Il va peut-être plus avoir confiance en moi. Je le voyais tous les jours.
 61 Donc je m'en occupais régulièrement. Je me suis dit s'il me voit, il va vraiment se dire, hum, va
 62 vraiment se demander ce que je fais là ? Pourquoi je ne suis pas capable de supporter quelque
 63 chose que je suis censé supporter tous les jours ?

64 **ESI :** Est-ce que ça a modifié votre relation après ?

65 **ESI Anaïs :** Non parce que je pense pas qu'il m'ait vu.

66 **ESI :** Quand tu as des odeurs comme ça qui t'affectent, je pense pas que ce soit la première fois
 67 où t'as des odeurs comme celles-là. En général, tes réactions, tu les vois comment ? Comment
 68 être plus clair parce qu'il y a les odeurs de vomi et les odeurs de selle, toi en général comment
 69 tu les appréhendes déjà ?

70 **ESI Anaïs :** Moi, je n'ai normalement pas d'appréhension. Enfin, je ne suis pas sensible aux
 71 odeurs. Vraiment c'était la première fois où j'avais vraiment des relents. Et, et j'étais vraiment
 72 dégoûtée hein !! Vraiment. Mais c'était vraiment la première fois. D'habitude, je n'ai pas de
 73 problème à sentir les odeurs. Bon après, je ne vais pas les sentir voilà.... Mais euh... mais je
 74 n'ai pas de problème à faire mon soin avec des odeurs quoi.

75 **ESI :** Quelles étaient les relations que tu entretenais avec le patient ?

76 **ESI Anaïs :** Je le voyais tous les jours. Je lui demandais comment, enfin c'était un patient en
 77 EHPAD, Comment ça va aujourd'hui ?

78 **ESI :** Il n'y avait pas de lien affectif ? Il n'y avait pas...

79 **ESI Anaïs :** Bah si, à force, parce que je voyais vraiment tous les jours. Donc à chaque fois que
 80 je le croisais voilà ça va... On essaye de passer un peu de temps avec le patient. Puis, je pense
 81 qu'il m'appréciait aussi puisque... parce que c'était un patient qui ne se laissait pas du tout faire
 82 pour la toilette. Et, et moi, j'arrivais, bon y avaient d'autres aussi qui arrivaient. Hein... Je pense
 83 qu'il m'appréciait quand même aussi.

84 **ESI :** Est-ce que tu pourrais me donner un vocabulaire plus précis, on va dire, sur cette odeur
 85 de selle ?

86 **ESI Anaïs :** Euh... Je dois décrire l'odeur ?

87 **ESI :** Oui.

88 **ESI Anaïs :** Bah... c'était une odeur hum... je ne l'ai plus là l'odeur. Donc c'était une odeur de
 89 selle mais vraiment, vraiment, vraiment forte quoi !!! Ça prenait toute la pièce vraiment toute
 90 la pièce et même, comme je te disais, on suivait à la trace. Et franchement, je sais pas. Je ne
 91 sais pas trop comment t'expliquer mais c'était vraiment très fort. Et... je sais pas.

- 92 **ESI** : Est-ce que pour toi, les odeurs en général sont dérangeantes au quotidien ?
- 93 **ESI Anaïs** : Non, non. Ça ne me dérange pas.
- 94 **ESI** : Est-ce que t'as pu verbaliser à un moment donné ou à un autre ce que tu as pu ressentir,
- 95 pendant ce soin avec ce patient, avec l'équipe ?
- 96 **ESI Anaïs** : Non, pas du tout. Franchement, j'avais honte. J'avais vraiment honte.
- 97 **ESI** : Donc t'as pas pu en discuter où ?
- 98 **ESI Anaïs** : Je ne me voyais pas arriver et dire à l'équipe : « Voilà, j'ai du mal à supporter les
- 99 odeurs de selles de monsieur untel !! Euh... là, là, j'ai eu des relents. » Enfin, je me voyais pas
- 100 du tout faire ça.
- 101 **ESI** : Est-ce que tu as déjà délégué tes soins parce que justement le patient dégageait une odeur
- 102 qui te dérangeait ? C'est pas forcément une odeur négative ou positive c'est-à-dire mauvaise ou
- 103 bonne mais tu t'es dit là, je supporte pas cette odeur ?
- 104 **ESI Anaïs** : Non, non.
- 105 **ESI** : Jamais ?
- 106 **ESI Anaïs** : Non... Bah... Je suis étudiante donc c'est compliqué pour moi de déléguer un soin.
- 107 Fin... non. Dans le contexte du stage, je ne vais certainement pas déléguer un soin par rapport
- 108 à mon changement de protection ou des selles, non.
- 109 **ESI** : Ok. Pour toi, la pire des odeurs c'est laquelle ?
- 110 **ESI Anaïs** : Normalement, je suis pas du tout, du tout sensible aux odeurs. Mais hum... Je
- 111 dirais que.... que je dirais que la pire c'est quand même celle des... je dirais que c'est celle du
- 112 vomi.
- 113 **ESI** : Ok.
- 114 **ESI Anaïs** : Mais j'ai pas du tout de soucis avec. C'est la pire celle que je trouve qui sent
- 115 vraiment le plus mauvais. Mais je n'ai pas de problème enfin... Je vais pouvoir aller m'en
- 116 occuper si un patient vomit.
- 117 **ESI** : Alors j'ai une petite question pour toi. Hum, sentir et ressentir, tu pourrais me donner une
- 118 définition du mot sentir et du mot ressentir.
- 119 **ESI Anaïs** : Bah... Sentir, c'est pas... c'est olfactif... [rires] Et donc c'est vraiment par le nez.
- 120 Et 'ressentir' c'est plus profondément que ça. C'est par le biais, ma foi, du cœur. C'est le
- 121 cerveau et le cœur qui te fait ressentir, en fait.
- 122 **ESI** : On pourrait parler d'émotions ?
- 123 **ESI Anaïs** : Voilà.

124 **ESI** : OK.

125 **ESI Anaïs** : Ouais, je dirais ressentir avec émotions et sentir juste avec un sens.

126 **ESI** : Tu as dit que c'est une odeur particulière de selles qui était... tu m'as parlé de couleur, tu
127 m'as parlé d'odeur. Cette odeur-là, est-ce que cela n'a pas fait un lien avec une angoisse
128 quelconque ? Parce que c'était pas une odeur de selle standard, aurais-tu eu une angoisse par
129 rapport à ça ou des doutes sur le patient ? Sur sa santé ?

130 **ESI Anaïs** : Non, je savais qu'il était malade ce patient mais cela n'avait aucun rapport avec sa
131 pathologie. Donc non, franchement non.

132 **ESI** : OK. Est-ce que tu aurais autres choses à me dire par rapport aux odeurs qui te seraient
133 personnel ou dans ton parcours d'étudiants ?

134 **ESI Anaïs** : Personnellement, je trouve que pour moi, sentir les odeurs ça fait partie de notre
135 quotidien professionnel. Et que je pense que c'est une compétence soignante de pouvoir les
136 supporter et de pouvoir gérer intérieurement les odeurs pour pouvoir pratiquer notre soin sans
137 montrer notre dégoût au patient.

138 **ESI** : OK. Bon bah, écoute, je te remercie pour ton aide.

8.3.5 *Entretien n°5*

Entretien avec Julie, une élève infirmière de 3^{ème} année.

Durée : 15 min.

- 1 **ESI** : Je suis une étudiante en 3e année d'infirmière à l'IFSI d'Avignon et j'ai demandé à
- 2 m'entretenir avec toi afin que tu puisses m'apporter toutes les réponses nécessaires à la
- 3 validation de l'hypothèse de mon mémoire de fin d'études qui est centré sur les odeurs dans le
- 4 soin infirmier.
- 5 Pendant ces 3 années, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des odeurs dans le soin ce qui a
- 6 plus ou moins impacté ma pratique et modifier mon comportement professionnel. Mon
- 7 mémoire s'intéresse sur la manière dont on travaille avec et dans les odeurs. C'est pourquoi j'ai
- 8 envie de m'intéresser à ton rapport aux odeurs dans le soin ? Comment tu fais pour travailler
- 9 avec elles, les odeurs ? Je souhaiterais aussi que tu me racontes en appuyant sur ton vécu une
- 10 situation histoire d'odeur mais avant cela, est-ce que pour toi la question des odeurs est une
- 11 vraie question dans ta pratique au quotidien ?
- 12 **ESI Julie** : Euh, alors... **[silence 6 sec]** Est-ce que la question des odeurs est-elle une....
- 13 **ESI** : Est-ce que pour toi, la question des odeurs est-elle une vraie question dans ta pratique au
- 14 quotidien ?
- 15 **ESI Julie** : J'y fais pas forcément attention quand je prends en charge un patient. C'est vrai
- 16 qu'euh... m'enfin j'y porte pas forcément attention après c'est vrai vraiment. Quand l'odeur est
- 17 là forcément, je la sens et donc je fais avec mais sinon ce n'est pas quelque chose qui me...
- 18 **[silence]**
- 19 **ESI** : OK. Ton prénom s'il te plaît ?
- 20 **ESI Julie** : Julie.
- 21 **ESI** : Tu es une femme. Tu seras bientôt diplômée ?
- 22 **ESI Julie** : En juillet, normalement.
- 23 **ESI** : Ton expérience passée, est-ce que tu pourrais m'en parler un petit peu plus ?
- 24 **ESI Julie** : Avant de venir euh...
- 25 **ESI** : A l'IFSI.

26 **ESI Julie** : En formation ? Alors avant... J'ai passé mon bac ensuite j'ai fait 3 mois de première
 27 année de médecine après j'ai arrêté. J'ai passé les concours et en attendant, j'ai fait une année
 28 de maths, licence de maths. Une année, ensuite j'ai eu mon concours et je suis venue ici.

29 **ESI** : Ok. Donc maintenant, je vais te demander de me raconter une petite histoire d'odeur.

30 **ESI Julie** : Alors, j'ai en plusieurs après. Je peux...

31 **ESI** : Fais comme bon te semble, vas-y tu peux commencer par celle que tu as envie de me
 32 parler et si tu veux rebondir sur une autre, tu peux !

33 **ESI Julie** : Donc euh... Alors la 1^{ère} année, 1^{er} stage, donc c'était une dame à qui je faisais la
 34 toilette tous les jours. Et puis un jour, elle a eu la diarrhée. Et donc il y en avait un peu partout.
 35 Enfin, la dame n'était pas très bien. Et du coup, bah on est allées parce qu'il y avait une autre
 36 étudiante avec moi. Elle était arrivée la 1^{ère} dans la chambre et ensuite je suis arrivée. On change
 37 la dame pour lui faire une petite toilette et pour... par rapport à la diarrhée... et tout ça... et
 38 puis... peut-être ce qui m'a... ?

39

40 **Entrée de 2 étudiantes dans la salle de cours.**

41

42 **ESI** : Hum... Il faudrait que tu me racontes un petit peu ta prise en charge, ce que cela a impacté,
 43 oui, par rapport à ta prise en charge. Comment tu as réagi ? Ce genre de chose... Qu'est-ce qui
 44 t'as gêné dans cette situation ? Par rapport à la patiente, par rapport à toi ? Il y aura plein de
 45 petites questions qui pourront en découler...

46 **ESI Julie** : Bah oui, c'est vrai quand je suis rentrée dans la chambre, du coup forcément, l'odeur
 47 ça m'a... ça m'a impacté. Après fin... ce que je me suis dit, c'est que fin... façon, je prends
 48 quand même en charge la patiente et je vais pas faire de différence parce qu'il y a l'odeur. Je ne
 49 voulais pas que la patiente se sente mal à l'aise par rapport à ça. Déjà, elle était mal à l'aise la
 50 pauvre donc euh... Je ne voulais pas qu'elle se sente encore plus mal à l'aise du fait de... voilà.
 51 J'ai comme si de rien n'était, et puis... voilà... On a pris en charge la patiente.

52 **ESI** : Qu'est-ce qui t'as gêné dans l'odeur ?

53 **ESI Julie** : [silence] Qu'est-ce qui m'a gênée ? [silence] Euh...

54 **ESI** : Peux-tu me décrire l'odeur ?

55 **ESI Julie** : Ouf...

56 **ESI** : Mettre des mots sur l'odeur ? Comment tu pourrais la décrire ?

- 57 **ESI Julie** : Euh... L'odeur... L'odeur de diarrhée... euh... [silence 3''] Je ne sais pas. Ça prend
 58 au nez et puis, c'est fort comme odeur... **[silence]**
- 59 **ESI** : Comment tu t'es ressentie par rapport à la patiente ?
- 60 **ESI Julie** : Bah du coup par rapport à la patiente, j'étais gênée pour elle. Et du coup, on lui a
 61 fait la petite toilette et tout... et après cela allait mieux. Mais c'est vrai qu'au départ, quand je
 62 suis arrivée dans la chambre et tout... fin... déjà la patiente n'était pas super... Elle était gênée
 63 donc euh... par rapport à elle...
- 64 **ESI** : A part la toilette, est-ce qu'il y a eu des actions qui ont été faites par rapport à cette odeur ?
- 65 **ESI Julie** : Euh... **[silence]** Genre du déodorisant ou quelque chose comme ça ? Euh...
- 66 **ESI** : Des actions basiques. Je ne veux pas d'aiguiller non plus pour savoir s'il y a eu des
 67 actions ? Est-ce qu'euh... ?
- 68 **ESI Julie** : **[silence]** hum...
- 69 **ESI** : Est-ce qu'il y a eu des portes qui ont été ouvertes ? Est-ce que des fenêtres ont été
 70 ouvertes ?
- 71 **ESI Julie** : Non, c'est vrai qu'on a pas ouvert... que l'on n'a rien ouvert. C'est mouais... On
 72 est allées dans la salle de bain et puis euh... on n'a pas forcément...[blanc]
- 73 **ESI** : Et votre comportement par rapport à la patiente comment était-il ?
- 74 **ESI Julie** : **[silence]** De mon point de vue, fin... Je n'ai pas changé le comportement... fin...
 75 J'étais peut-être plus dans l'empathie parce que du coup, je ne voulais pas qu'elle voit que cela
 76 me gênait l'odeur... Donc j'étais... j'allais un peu plus vers elle. Je lui disais... voilà... parce
 77 qu'elle disait : « Enfin, ça me gêne » Voilà... mais euh...
- 78 **ESI** : Aurais-tu une autre petite histoire à me raconter car tu m'as dit en avoir plusieurs histoires
 79 en tête ?
- 80 **ESI Julie** : Oui, après, c'est toujours à peu près la même histoire, pareil... Mais cette fois c'est
 81 en EHPAD. Donc du coup, j'ai fait aide-soignante l'été. Et ouais du coup, j'arrive dans la
 82 chambre et du coup cela sentait pas très bon mais là, fin... ça va car pour la patiente d'avant
 83 partout... alors que là ça allait. Eh... Le fait d'avoir déjà eu une situation similaire, du coup....
 84 Fin... Ouais, j'ai pris en charge la patiente et puis je n'ai pas forcément fait attention à l'odeur,
 85 en fait. Et là du coup, je n'ai pas ouvert la fenêtre parce que [rire] fin... on était 2. Devant la
 86 fenêtre, il y avait le rideau et je n'allais pas ouvrir la fenêtre pour charger la patiente, et...
 87 voilà...
- 88 **ESI** : Donc pour toi, quelle est la pire des odeurs dans le soin ?

- 89 **ESI Julie** : La pire ? [silence de 9"]
- 90 **ESI** : La pire des odeurs n'est pas forcément une odeur négative ou une odeur positive, bonne
- 91 ou mauvaise, agréable ou désagréable. Ça peut avoir les 2 versants parce qu'une odeur... une
- 92 odeur c'est très subjectif. En tout cas l'appréciation d'une odeur c'est très subjectif. On peut
- 93 avoir une personne qui porte un parfum et ce parfum, pour moi, il va être exceptionnel et pour
- 94 toi, tu vas me dire : « Il va être écœurant. »
- 95 **ESI Julie** : Oui, c'est vrai.
- 96 **ESI** : Quelle est l'odeur qui te touche le plus ? D'un point de vue positif ou négatif dans le soin ?
- 97 **ESI Julie** : [silence de 12"] Qui me touche le plus ?
- 98 **ESI** : Qui te dérange ?
- 99 **ESI Julie** : Oui qui me dérange.... [silence] Je pense que c'est plus le vomi quand même.
- 100 Quand quelqu'un vomit.... Ça me... Après en fait, la situation que j'ai vécue avec du vomi, je
- 101 pense que c'était plus aussi le patient entrain de vomir et du coup c'est ça et oui, c'est vrai que
- 102 l'odeur aussi de ça, fin... du vomi. Ça me dérangeait un petit peu aussi.
- 103 **ESI** : Et, hum... Est-ce que tu as déjà été face à un décès ?
- 104 **ESI Julie** : Oui, je n'ai pas senti d'odeur.
- 105 **ESI** : Tu n'as pas senti d'odeur ?
- 106 **ESI Julie** : Non. Non, c'est vrai. C'étaient des chambres double... Et puis... enfin, moi, je n'ai
- 107 senti d'odeur particulière. Il n'y a rien qui m'a dérangé.
- 108 **ESI** : Ok. Est-ce qu'euh... Quand tu es face à une situation odorifique qui est assez désagréable
- 109 et que tu l'as mal vécue comme la 1^{ère} ou peut-être comme la 2^{nde}, est-ce que tu as pu en parler
- 110 autour de toi ? A l'équipe ? En tout cas mettre des mots sur ce que tu as pu ressentir et comment
- 111 tu l'as vécu ?
- 112 **ESI Julie** : Non j'ai pas... J'en ai parlé à personne. C'est la 1^{ère} fois que j'en parle. Euh... Ouais,
- 113 ça m'a dérangé. Mais de là à en parler à quelqu'un, ça m'a pas touché...
- 114 **ESI** : Est-ce que tu peux donner un sens à ce mal-être odorifique ou pas ? Par rapport à l'odeur
- 115 de selles ?
- 116 **ESI Julie** : Non.
- 117 **ESI** : Un sens plus personnel ? Est-ce que ça peut te rappeler certaines choses ?
- 118 **ESI Julie** : Ça me rappelle rien du tout.
- 119 **ESI** : Qu'est-ce que tu.... Fin... Pour toi qu'est-ce que tu entends par sentir et ressentir ?

- 120 **ESI Julie** : Alors... Ben sentir du coup ça c'est olfactif. [rires] Si, en fait, on sent. Enfin oui,
 121 c'est vrai, on sent une odeur. Et ressentir, c'est plus, je trouve que c'est plus facile c'est la réaction
 122 quoique qui entraîne l'odeur sur nous enfin sur euh... Ouais sur nous, je peux pas dire ressentir
 123 puisque c'est le même mot... Mais oui sur hum... J'arrive pas à trouver le mot... Sur... euh...
 124 ouais sur nos sentiments enfin sur euh... c'est dur à définir, euh...
 125 **ESI** : Ah bah... c'est pas moi qui vais te donner une solution.
 126 **ESI Julie** : Oui ça c'est sûr !!!
 127 [rires]
 128 **ESI** : Non, je ne donne pas de solution.
 129 **ESI Julie** : Non, non, non. En gros, c'est la réaction que ça provoque au fond de nous l'odeur.
 130 Enfin le ressenti du coup, c'est le... c'est l'odeur fin... la réaction que l'odeur provoque au fond
 131 de nous.
 132 **ESI** : Est-ce qui a déjà eu une odeur qui a vraiment généré un ressenti profond et qui a pu
 133 engendrer un malaise pas forcément physique hein ? Ça peut être psychologique ou autre ?
 134 **ESI Julie** : Non, il n'y a pas eu de, fin... ça m'a dérangé mais ça ne va pas plus touchée que ça.
 135 **ESI** : Okay. Est-ce que tu aurais autre chose à me dire sur les odeurs qui t'es propre ?
 136 **ESI Julie** : [silence] Bah... Mais le fait de... Je pense que... Enfin après j'ai décrit surtout
 137 des... des situations ou fin... c'était plus négatif que positif. Après je pense que l'odeur, elle
 138 peut avoir fin... Elle peut donner quelque chose de positif. Bah... Par exemple, je peux parler
 139 d'huiles essentielles des trucs comme ça. Ben... Quand, par exemple, la lavande. C'est pas
 140 enfin... Moi je sais que j'aime bien sentir la lavande. Et il y a des odeurs qui permettent de
 141 détendre hum... de se sentir bien... Bon bah du coup, j'ai pas de préférence.
 142 **ESI** : Hum, hum.
 143 **ESI Julie** : Mais voilà après...
 144 **ESI** : Donc toi, c'est important d'être dans un environnement où il y a des bonnes odeurs ?
 145 **ESI Julie** : Oui. Oui c'est vrai que bah... ça participe au fait qu'on se sente bien quelque part
 146 voilà.
 147 **ESI** : Okay. Bon bah... Ecoute si tu n'as plus rien d'autre à me dire, je te remercie de ta
 148 participation.
 149 **ESI Julie** : A toi merci beaucoup.

8.3.6 *Entretien n°6*

Entretien avec Jonathan, un IDE exerçant en libéral.

Durée : 25 min 15.

- 1 **ESI** : Normalement ça devrait marcher.
- 2 **IDE Jon** : Ouais c'est parti.
- 3 **ESI** : Je pourrais peut-être me présenter.
- 4 **IDE Jon** : Oui, vas-y, vas-y.
- 5 **ESI** : Moi, c'est Laure. Je suis à l'IFSI d'Avignon en 3e année et puis euh... en fait, c'est pour
- 6 mon projet de fin d'études.
- 7 **IDE Jon** : Hé bin, c'est vrai que c'est le projet de fin d'études. Ouais c'est cool ça.
- 8 **ESI** : Oui, c'est sympa. Moi, j'aime bien écrire donc ce n'est pas un problème. Par rapport à
- 9 notre entretien, j'ai donc là... Le côté entretien, je les ai toujours faits avec des personnes que
- 10 je connaissais donc c'était plus facile... Donc j'ai une partie où je m'exprime et après ce sera à
- 11 vous.
- 12 **IDE Jo** : Ça marche.
- 13 **ESI** : Si j'ai demandé à m'entretenir avec vous, en fait, c'est pour m'apporter les réponses
- 14 nécessaires [discours interrompu]
- 15 **IDE Jo** : Tu peux me tutoyer !! J'suis jeune encore.
- 16 **ESI** : Oui ?
- 17 **IDE Jo** : Ouais, ouais.
- 18 **ESI** : C'est moi qui suis vieille !!
- 19 **IDE Jo** : Mais, non... [rires]
- 20 **ESI** : Donc que tu puisses m'apporter les réponses nécessaires à la validation d'hypothèses de
- 21 de mon mémoire de fin d'études centrée, en fait, sur les odeurs dans le soin infirmier. Pendant
- 22 ces 3 années, moi, j'ai été confrontée effectivement à plusieurs reprises à des odeurs dans le
- 23 soin qui ont plus ou moins impacté ma pratique et puis modifié mon comportement
- 24 professionnel. Mon mémoire, en fait, s'intéresse sur la manière dont on travaille avec et dans
- 25 les odeurs. C'est pourquoi j'ai envie de m'intéresser à ton rapport aux odeurs dans le soin.
- 26 Comment tu fais pour travailler avec les odeurs ? Le but de l'entretien, en fait, est que tu me
- 27 racontes une histoire en t'appuyant sur ton vécu, une situation [discours coupé]
- 28 **IDE Jo** : J'en ai quelques-unes !! [rires]

29 **ESI :** Une histoire d'odeur donc. Mais avant cela, j'aimerais savoir si pour toi la question des
30 odeurs est une vraie question dans ta pratique au quotidien ?

31 **IDE Jo :** C'est à moi maintenant ?

32 **ESI :** Ouais !!

33 **IDE Jo :** Alors si c'est une vraie question ? Oui, c'est une vraie question parce que c'est un
34 univers particulier les odeurs. Ne serait-ce que déjà quand tu rentres dans une structure qu'elle
35 soit hospitalière ou autre, déjà, c'est une odeur particulière ne serait-ce que dans les locaux en
36 général. Alors, ça vient de diverses sortes ça peut venir des effluves de certaines chambres qui
37 se mélange avec l'odeur du machin, pour le pavé, de la stérilisation de ce genre de choses, déjà
38 un conditionnement en tant que soignant. Tu as une différence de quand tu es dehors et dedans
39 l'hôpital. T'as déjà ton conditionnement qui est préparé rien que par les odeurs. Alors après tu
40 as l'audition parce ce que t'as tous les bruits et cetera. Mais l'audition... L'odeur, déjà, on a
41 envie de dire que tu es déjà conditionné en tant que soignant ce qu'il paraît bizarre mais c'est
42 vachement important, en fait. Après, oui, c'est important parce qu'il y en a certaines personnes
43 qui ne peuvent pas faire ce métier par rapport à ça. Moi j'ai des collègues qui ont arrêté de faire
44 ce métier parce que les odeurs étaient trop désagréables. Ils n'arrivaient pas à le supporter. C'était
45 trop agressif. C'était trop compliqué. Après est-ce que ça renvoie vers une situation ? Ça, je ne
46 sais pas parce qu'on a une mémoire contrairement à ce que l'on peut penser. On a une mémoire
47 par rapport aux odeurs. Est-ce que ça renvoie à des événements passés de leur grand-mère ? Je
48 ne sais pas du tout mais c'est une possibilité aussi. Et des fois, ils ont du mal à passer le cap
49 rapport à ça. Mais ouais les odeurs c'est super important contrairement à ce qu'on pense. Donc
50 c'est une question qui se relève.

51 **ESI :** Alors est-ce que tu pourrais me donner quelques petites informations te concernant avant
52 de commencer la petite histoire ?

53 **IDE Jo :** C'est Jonathan, 36 ans, je suis infirmier diplômé d'état depuis... ça fait 11 ans
54 maintenant en 2008 il me semble. Moi je suis... j'ai commencé ma formation à l'IFSI d'[nom
55 de l'IFSI]. J'ai après fait un cursus. J'étais au CHU pendant 5 ans. J'ai fait 3 ans de chirurgie
56 digestive et de soins continus chirurgicaux et après j'ai fait 2 ans de réanimation chirurgicale et
57 d'Urgence SAMU. Voilà, parcours un peu hétéroclite !!

58 **ESI :** C'est bien. C'est riche. Maintenant, bah, je vais te demander de me raconter une petite
59 histoire d'odeur.

60 **IDE Jo :** Petite histoire d'odeurs. Alors c'est un mélange d'odeurs et d'autre chose mais il y a
61 surtout des odeurs dedans euh... En fait, on avait un patient qui avait un abcès parce qu'il a eu
62 ce qu'on appelle une opération c'est une AAP, une amputation abdomino-pelvienne, en fait,
63 grosso modo on enlève tout ce qu'il y a derrière. Tout ce qui est rectum, ampoule rectale, tout
64 le sphincter tout ça. On enlève tout et en fait, on te met une poche de stomie. Donc en fait du
65 coup, bah tes 2 fesses grosso modo sont collées après, elles sont suturées. Il n'y a plus d'office
66 là-dedans. En fait, ce monsieur, il avait un abcès quand même un abcès énorme mais vraiment
67 énorme. Mais en fait, il devait partir au bloc opératoire. Au moment de partir au bloc opératoire,
68 il est descendu du lit pour monter sur le brancard, il y a tout qui a lâché. Sauf qu'on ne s'en est
69 pas forcément aperçu parce que quand tu veux prendre ton patient, tu le prends par en haut...

70 **ESI :** Hum.

71 **IDE Jo :** Tu vois. Et en fait, on s'en est aperçu par rapport à l'odeur car le brancardier est parti
72 vomir... **[rires]** parti vomir... **[rires]** L'infirmière a vomi sur place. Elle n'a pas eu le temps
73 de partir. **[fou rire]**

74 **ESI :** Ok.

75 **IDE Jo :** Donc du coup, il y avait une note assez intéressante parce que on ne s'est pas aperçu
76 que le patient avait son abcès s'était carrément drainé tout seul comme un grand. Par contre on
77 s'en est aperçus par rapport à l'odeur. C'est marrant sur le fait mais ça peut faire dire que les
78 odeurs sont importantes aussi parce que sinon euh... comment dire... c'est une composante
79 essentielle d'un soin. Tu peux avoir des drainages qui paraissent d'aspect bien puis finalement
80 quant au niveau l'odeur, tu t'aperçois que ça va pas du tout. Tu peux avoir au niveau des
81 infections urinaires, une patiente qui a une mission qui est correcte mais finalement tu t'aperçois
82 qu'il y a une odeur particulière. Ça peut sentir, on va dire le poisson pourri mais ça c'est surtout
83 pour E. Colli par exemple. Mais il y a d'autres odeurs qui peuvent arriver et tu peux t'en
84 apercevoir parfois que par rapport à l'odeur. Donc ce n'est pas si bête comme ça comme
85 question parce que tu t'aperçois qu'avec les odeurs, on peut faire beaucoup de choses. Et on
86 peut voir qu'un drain va mal, un drain chirurgical ne va pas bien. On peut s'apercevoir beaucoup
87 d'infections par rapport aux odeurs. Une situation rigolote mais qui montre tout son sens. Sans
88 l'odeur, on n'aurait même pas calculé qu'il avait...

89 **ESI :** Je ne comprends pas quand on va au bloc opératoire normalement ils ne font pas là
90 vidange avant ?

91 **IDE Jo :** Mais non mais il y allait pour se faire drainer.

92 **ESI** : Ah... ok.

93 **IDE Jo** : Il allait au bloc pour se faire drainer cet abcès et en fait, on n'a pas eu le temps de le
 94 monter au bloc. Il a fait 3 mouvements et BOUM !!! Moi, je n'ai pas vomi mais j'avais un litre
 95 de pu sur les chaussures quand même...[rires] Après les odeurs, il y en a plein. Moi j'étais en
 96 chirurgie digestive. Alors les odeurs de stomie, et cetera. Tu en as beaucoup. Ce sont des odeurs
 97 qui sont très gênantes alors ce sont des odeurs qui sont agressives par exemple sur les
 98 iléostomies. Ce sont des odeurs qui sont vraiment très, très prenante. Et vraiment c'est
 99 compliqué à gérer. Des fois, j'y rentre avec un masque et de la solution hydroalcoolique parce
 100 que c'est quand même compliqué. Tu évites de le faire parce que ça gêne le patient quand même
 101 peu cher... Oui mais c'est surtout très gênant pour le patient. Donc du coup, même par rapport
 102 à ça, pour te dire que ce n'est pas une mauvaise question, on a inventé carrément des pastilles
 103 d'odeur que tu mets dans les poches d'iléostomie pour que justement l'odeur des selles soit
 104 moins prenante et pour faire baisser l'intensité de l'odeur.

105 **ESI** : Je ne connaissais pas ça.

106 **IDE Jo** : Mouais... si, si, ça se fait sur les iléostomies. Ça se fait beaucoup. Après maintenant,
 107 ils ont développé un peu plus le charbon actif sur les poches de stomie mais malgré ce... le
 108 charbon actif et par son office, il claqué très vite. Donc du coup, il faut quand même des fois
 109 mettre des pastilles spécifiques.

110 **ESI** : OK.

111 **IDE Jo** : Voilà.

112 **ESI** : Hum...

113 **IDE Jo** : Oui !!

114

115 **A 7 minutes et 20 sec du début de l'entretien.**

116 **Entrée d'une des collègues de l'IDE dans l'infirmierie.**

117 **Dialogue à 3 jusqu'à la 8ème minutes et 30 secondes.**

118

119 **ESI** : Euh... En fait, je vais repartir. Je vais poser plusieurs questions par rapport à la situation.
 120 Pour toi, qu'est-ce qu'une mauvaise odeur ? Ou une bonne odeur ?

121 **IDE Jo** : En tant que soignant, je ne pourrais pas te dire s'il y a de bonnes ou de mauvaises
 122 odeurs, clairement. Parce qu'en tant que soignant, tu prends ton patient, tu prends les choses
 123 comme elles viennent. Tu les acceptes, en fait. Tu n'as pas trop le choix de faire autrement.

124 Donc il n'y a pas de bonne ou de mauvaise odeur. On ne va pas dire, lui c'est un bon patient car
125 il sent bon, il sent bon le parfum. Et si tu pars et tu catégorises les odeurs, en fait, cela vaudrait
126 dire qu'il y a un bon et un mauvais patient. Cela va toujours plus loin que ce que l'on pense.
127 Donc tu ne peux pas dire cela. Ne le prends pas mal, il n'y a pas... si tu peux avoir une mauvaise
128 odeur par rapport à une situation donnée, pour le bien-être de ton patient. Ton patient, tu vois
129 qu'il a eu des infections, tu vois que ça va mieux et puis d'un coup, paf !!! Son drainage
130 recommence à donner et qu'il y a une odeur particulière.

131 Là, tu peux dire que c'est une mauvaise odeur mais par rapport à la situation. Ce n'est pas une
132 mauvaise odeur au sens : « ça pue » etc. C'est une mauvaise odeur parce que tu te dis « Cela ne
133 sent pas bon. » pour en fait... Ce n'est pas une bonne nouvelle. C'est plus par rapport à cela.
134 Donc oui, il y a des odeurs de drainage, tu te dis : « oui, c'est une mauvaise odeur ». Les odeurs
135 pour les infections urinaires, ce sont des mauvaises odeurs. Ça ralentit la prise en charge, ça
136 ralentit la convalescence etc...

137 **ESI :** Donc, en fait, tu me dis que les odeurs sont toujours attachées plus ou moins à quelque
138 chose ?

139 **IDE Jo :** Ouais, tout le temps. Tout le temps. Tout le temps. Tout le temps. Après c'est rattaché
140 à tes souvenirs. Des fois dans les maisons de retraite, tu vas sentir des odeurs, tu vas dire : « ça
141 me rappelle ma grand-mère ». Ça paraît bête mais c'est comme ça. Il y a des personnes âgées
142 qui vont avoir le même parfum que des personnes de ta famille ou des personnes avec qui tu as
143 vécu.

144

145 **2^{ème} entrée dans le cabinet de l'infirmière – pas d'arrêt dans la conversation.**

146 **(Elle se lave les mains)**

147

148 **IDE Jo :** Ça peut te rappeler ce genre de souvenirs. Donc oui, c'est toujours rattaché à quelque
149 chose, tout le temps.

150 **ESI :** Est-ce que c'est arrivé, plusieurs fois, dans ton parcours professionnel d'avoir des odeurs
151 qui t'amènent à avoir comme des réminiscences ?

152 **IDE Jo :** Surtout en maisons de retraite. Des réminiscences de personnes que tu as déjà eues,
153 etc. Donc ça, oui. Et des odeurs aussi, des odeurs de nourriture, surtout. C'est le plus. Après les
154 odeurs hospitalières, tu ne les croieras qu'à l'hôpital. **[rires]**

155

156 **L'infirmière récupère ses clés (son très prononcé) et son matériel puis elle sort de la pièce.**
 157 **(porte qui se ferme).**
 158
 159 **IDE Jo :** Si tu les croises ailleurs, c'est qu'il y a un problème. Mais, oui, si les odeurs de gâteaux,
 160 crêpes et tout, cela te rappelle certaines situations ou des souvenirs que tu as eus avec certains
 161 patients, etc. Oui, c'est...
 162 **ESI :** Comme la madeleine de Proust !!
 163 **IDE Jo :** Oui, mais oui, en vrai. Oui, oui, quand dans les maisons de retraite, ils font des
 164 madeleines cela te ramène à ton enfance quand tu en faisais avec ta grand-mère ou ce genre de
 165 choses. Surtout généralement, ils ont à peu près tous les mêmes recettes, quoi.
 166 **ESI :** Est-ce que dans ton parcours de soins, l'angoisse, la mort ou la peur, il t'arrive de les
 167 ressentir ?
 168 **IDE Jo :** Par rapport à quoi ?
 169 **ESI :** Par rapport aux odeurs. Est-ce que parfois, il y a des odeurs qui peuvent te dire : « Bah
 170 tiens... »
 171 **IDE Jo :** Ça sent le sapin... **[rires]** Tu le vois à d'autres choses. Oui !! C'est subtil. Ce n'est pas
 172 objectif comme situation mais oui.... Des fois, on le sent. Ça paraît bizarre. Mais ça m'est arrivé
 173 plusieurs fois d'avoir des patients qui bon... Cela fait partie du métier d'avoir des patients qui
 174 décèdent. Mais des fois, je sais pas, c'est bizarre, rien qu'à l'atmosphère, à la sensation, à la
 175 perception, il y a des trucs qui changent, tu ne sais pas pourquoi. Mais tu te dis : « Puffff, c'est
 176 pour dans pas très longtemps. » Et puis tu t'aperçois, que oui c'était vraiment pas pour
 177 longtemps. Et puis il y a des fois, il y en a où c'est prévu pour dans pas très longtemps et dans
 178 ce cas-là c'est sûr et certain, et ce ne sera pas pour maintenant. Je sais pas pourquoi c'est comme
 179 ça. Mais c'est toute une atmosphère, c'est un peu particulier mais ça se ressent.
 180 **ESI :** Est-ce que tu penses que justement cette mémoire... En fait il y a la mémoire, il y a les
 181 odeurs qui sont liées avec elle. Au quotidien dans ta prise en soin, est-ce que justement ça peut
 182 modifier ta pratique ? Et justement tu te dis : « Bah tiens, voilà, il va y avoir un problème ? »
 183 **IDE Jo :** Ce n'est pas que ça peut mais ça modifie. Ça modifie et ça doit modifier ta pratique.
 184 Parce que tu peux pas prendre... Quand tu prends en charge quelqu'un, tu prends en charge
 185 quelqu'un dans sa globalité. Quand tu fais un soin, tu fais un soin dans sa globalité. Tous les
 186 actes que tu vas effectuer, tu les as réfléchis avant de les faire. Si, donc... ça veut dire que tu as
 187 pris en compte toutes les composantes qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives, tactiles etc.

188 Donc tu as pris toutes les composantes avant de te dire : « Je vais faire comme ça mon soin. »
189 Donc forcément, ça va tout modifier. Tu ne peux pas faire avec que tes yeux et ne pas écouter
190 ton patient. Si tu fais qu'avec tes yeux, tu fais un pansement, tu le fais machinalement et tu le
191 fais, il n'y a pas de souci. Mais tu vas quand même écouter ton patient et son confort. Est-ce
192 qu'il gémit ou pas ? Donc ça va donner des indications de douleur et après ça va te donner des
193 indications... L'odeur va te donner des indications parce que tu as te dire : « Bon, finalement
194 c'est un peu plus infecté que ce que je pensais. » L'exsudat rend telle chose, etc. Donc ça va tout
195 modifier ta perception complète.

196 Tu vas rentrer dans une chambre. Tu y vas pour une aide à la toilette, tu t'aperçois finalement
197 qu'il y a des odeurs parce qu'elle s'est fait dessus. Elle a eu des selles et cetera. Cela va modifier
198 ta prise en charge. Tu vas passer finalement d'une aide à la toilette à la toilette complète. Donc
199 tu vois, rien que ces sensations-là, c'est ça qui va te dicter ce que tu dois faire, en fait. Donc oui
200 ça joue énormément.

201 **ESI** : Ok. Hum... Qu'entends-tu, toi, par le mot ressentir et le mot sentir ? Mince !!!

202

203 **[Téléphone qui sonne]**

204

205 **ESI** : Pardon.

206 **IDE Jo** : La différence, sentir, tu vas être basé sur ton sens olfactif. C'est vraiment quelque
207 chose de concret, sur une odeur. Euh... C'est un truc chimique et cetera. Ressentir, ce n'est pas
208 du tout la même chose. C'est quelque chose, de l'ordre du subjectif. Donc plutôt émotionnel,
209 on va dire. C'est plutôt ça le ressenti. Les deux peuvent être liés, c'est une certitude mais il faut
210 bien sentir les deux différences. Ressentir c'est juste de l'émotionnel par rapport à une situation
211 donnée. Sentir c'est concret.

212 **ESI** : Quels sont tes réactions lorsque tu as des odeurs qui t'affectent vraiment ?

213 **IDE Jo** : Après ça dépend de comment elles m'affectent. Est-ce que c'est juste une odeur très
214 forte qui m'incommoder ? Là, bin écoute, tu prends sur toi parce que tu ne vas pas incommoder
215 ton patient et le faire se sentir plus mal. Parce qu'il faut savoir, si toi, tu sens l'odeur, lui, il l'a
216 senti bien avant toi, encore... **[rires]** Il est déjà en stress à l'idée d'incommoder quelqu'un.
217 Donc tu ne vas pas en rajouter une couche. Après c'est compliqué, tu peux le faire différemment,
218 tu peux le tourner à la dérision et rigoler et cetera. Mais tu peux lui proposer pour qu'il soit
219 moins incommoder des solutions. Après comment tu vas réagir... pufff !!! Après si ce sont des

220 odeurs qui vont te ramener à quelque chose de plus personnel, tu te dois de le garder pour toi.
221 Tu peux en parler avec tes collègues par contre tu te dois le garder pour toi parce que tu...

222

223 **[Toux de l'ESI]**

224

225 **IDE Jo :** Tu ne peux pas rajouter des émotions qui sont déjà fortes à un patient. Tu ne peux pas
226 lui en rajouter une couche même s'il aime bien partager... Il ne faut pas partager ce genre de
227 chose avec lui. C'est un peu compliqué mais tu peux quand même sortir. Ça me rappelle telle
228 ou telle chose et selon comment tu... et après c'est en fonction de la situation, si tu vois qu'il
229 réagit bien donc tu peux en parler avec lui. Si tu vois qu'il réagit mal, change vite de sujet quoi,
230 le but c'est de ne pas l'incommoder.

231 **ESI :** Hum...

232 **IDE Jo :** Mais les réactions, c'est difficile parce que tu ne sais jamais comment tu vas réagir.
233 On est des soignants et des êtres humains avant tout.

234 **ESI :** Quelle a été la pire des réactions que tu as pu avoir ?

235 **IDE Jo :** Pouf... Je n'ai jamais... fin... après... Pouf... La pire des réactions... Pouf... J'ai...
236 J'ai... J'ai pas eu de réactions compliquées, moi, à chaque fois. J'ai toujours pris les choses
237 comme elles venaient donc... J'ai toujours pensé plus au bien-être de mon patient qu'au mien
238 donc euh... Je n'ai jamais eu de réaction où j'ai dit à mon patient que ça puait, que c'était
239 horrible et cetera. Parce que peu cher, il n'a rien demandé. Ce n'est pas sa faute. Et puis on sait
240 que tout ce qui sort du corps humain ça ne sent pas forcément bon hein... Et nous-mêmes quand
241 on va aux toilettes, on va pas se gueuler dessus **[rires]**. Il n'y a pas de raison qu'on aille vers
242 un patient, peu cher !! **[rires]** Après des fois, on peut le dire à la rigolade. Mais après non, je
243 n'ai pas eu d'odeur qui m'ont rappelé des choses particulièrement tragiques ou compliquées
244 donc euh... Rien de particulier pour ça pour l'instant.

245 **ESI :** Au sein des différents services où tu as travaillé, est-ce que tu arrivais à verbaliser
246 justement les difficultés qui sont liées à l'odeur dans le soin ?

247 **IDE Jo :** En chirurgie digestive, c'est un des services les plus compliqués pour les odeurs, le
248 service d'ORL aussi. Dans le service ORL, il y a aussi beaucoup de macérations et cetera. Et
249 puis, les sécrétions pulmonaires contrairement à ce que l'on pense, ça sent pas très bon. Hum...
250 Après on trouve des techniques et puis après, il y a un truc qu'il faut se dire c'est qu'on se forge.
251 **[Souffle]** On me dit que cela sent pas bon et je ne le sens même pas pour te dire. Après j'ai

252 l'impression qu'on se grille un peu les sinus ou alors qu'on se conditionne. Que notre cerveau
253 conditionne, baisse l'intensité parce qu'on y est confronté tout le temps. Mais bon, en digestif
254 par exemple au début, tu es vachement incommodé, tu as du mal. Entre 3 et 6 mois, c'est
255 compliqué. **[souffle]** Après...

256 **ESI :** Est-ce que tu arrivais à en parler au niveau de l'équipe ?

257 **IDE Jo :** Ah oui, ça oui. Ça, on en parle tous après on se prévient même. On en rigole mais on
258 se prévient. On se dit ouais, attention à cette chambre-là, prépare-toi parce que c'est compliqué
259 quoi !!! **[rires]** Ah bon, pourquoi ? Je vais t'expliquer le cas. Oh, putain... Voilà du coup, après
260 on se conditionne un peu avant. Après, il y a des chambres, on sait que quand tu vas y rentrer,
261 cela va être compliqué. Après il y a des personnes, par contre c'est au niveau de l'hygiène. Donc
262 pour ne pas à se prendre la tête, on les lave un petit plus fort ou alors on leur demande d'être un
263 peu plus strict sur leur hygiène. Voilà.

264 **ESI :** Ok. Est-ce que tu as déjà délégué tes soins parce que les odeurs corporelles d'un patient
265 c'était juste impossible ?

266 **[rires]**

267 **IDE Jo :** Ça en chirurgie digestive... **[rires]** c'est un jeu. **[rires]** C'est un jeu que tu mets en
268 place. Tu as toujours un infirmier en soutien, du moins à (nom de l'établissement) c'était comme
269 ça. On avait un infirmier en soutien, peu cher, il passait une sale journée, lui. **[rires]** « Tu
270 pourras me faire le pansement de la 14 **[rires]** monsieur Intel ? **[rires]** Parce que c'est
271 dégueulasse. Car là je n'ai pas envie !!! » Quand c'est ta 4^{ème} ou ta 5^{ème} garde, tu n'as pas
272 forcément envie, quoi... Bon bah... tu te dis : « Si on peut esquiver celui-là ». Donc oui, des
273 fois, tu délègues intentionnellement.

274 **ESI :** C'était pris comment par l'équipe ?

275 **[rires]**

276 **IDE Jo :** Ça dépend de ton équipe. Quand tu as une équipe qui est soudée où l'on se connaît
277 bien et tout ça, ils le prennent à la rigolade et ça passe nickel. Après, il y en a qui râle, hein car
278 ils n'ont pas envie de se coltiner tous les trucs un peu dégueulasses, on va dire. Mais bon c'est
279 le jeu et c'est comme ça. Un coup se sera ta collègue, un coup se sera toi. L'un dans l'autre,
280 cela revient au même.

281 **ESI :** Est-ce que tu as déjà été confronté à une situation où le patient a remarqué ton désarroi
282 par rapport à l'odeur et où il s'est senti très, très mal après ?

283 **IDE Jo :** C'est possible. Car même indirectement, on ne peut pas cacher. Des fois, les odeurs
284 sont vraiment, vraiment très, très, très violentes. [souffle] Des fois, c'est dur à gérer quand
285 même. Donc même que tu le veuilles ou que tu ne le veuilles pas, t'as toujours une grimace, un
286 rictus, rien que la posture de ton corps qui peut-être un peu en retrait, ce genre de chose.
287 Forcément, euh... même si toi tu ne le verbalises pas, ton corps, il va le montrer pour toi donc
288 forcément oui, c'est possible que ce soit déjà arrivé à des patients. Après, est-ce que je l'ai
289 remarqué ? Oui... [souffle] Des fois, cela arrive. Mais c'est rare. Mais oui, cela incommode les
290 patients. Comme je te le disais tout à l'heure, eux sont déjà incommodés par l'odeur. Donc
291 forcément, ils ne veulent pas rajouter parce qu'ils ont l'image des infirmiers qui sont là pour
292 prendre soin d'eux. Donc pour eux, cela les rabaisse un peu car ils ne veulent pas te faire du
293 mal, tu vois. Donc c'est compliqué pour eux à gérer souvent ça et bon même si on ne veut pas
294 leur montrer, des fois, c'est tellement violent que tu n'arrives pas à cacher ta façon d'être. Après,
295 il ne faut pas leur faire sentir mais c'est compliqué quand même.

296 **ESI :** Est-ce que tu aurais autre chose à me dire sur les odeurs, qui pourrait être intéressant ?

297 **IDE Jo :** Bah tu vois, c'est un sujet que j'aurais pas pensé mais c'est un sujet qui est vachement
298 intéressant. Personne n'y pense. Tout le monde pense toujours à ce qu'ils voient, ce qu'ils
299 entendent, à ce qu'ils vont toucher alors qu'on a 5 sens. On n'en a pas que 4, on en a 5. Ce 5^{ème}
300 là, il est toujours mis de côté. Alors qu'il est hyper important parce que l'odeur te permet de
301 faire des diagnostics, ça permet de ressentir, de se rappeler des souvenirs, ça permet plein de
302 bons moments contrairement à ce que l'on pense. Quand tu es dans la nature, que tu te promènes
303 que cela sent bon les fleurs et cetera. Tu te sens bien. Cela peut avoir un effet apaisant. Il y a
304 certaines odeurs c'est pareil, qui ont des effets apaisants comme les huiles essentielles par
305 exemple. Donc on n'y pense pas beaucoup alors qu'on devrait les travailler, quoi. Et par rapport
306 à tes odeurs, il existe l'aromathérapie qui se développe de plus en plus et qui marche plus ou
307 moins bien quand même. Donc comme quoi, ce n'est pas si insignifiant que ça, quoi. Bon sujet
308 d'études, je trouve. Très pertinent.

309 **ESI :** Merci. Bon bah, écoute, je te remercie pour toutes tes informations. C'était très intéressant.

310 **IDE Jo :** C'est normal. Entre infirmiers, il est normal qu'on s'entraide.

311

312 **L'entretien est terminé (21 min et 30 sec) mais le dictaphone est resté allumé (25 min et 13**
313 **sec).**

8.4 Traitements des données recueillies

8.4.1 Entretien 1 – IDE Muriel

THEMES	Lignes	VERBATIM (= discours)
Sémantique de l'odeur	L49, L65, L68	« Inconfortable »
	L49	« très mauvais »
	L51	« nauséabonde »
	L60	« envahissant »
L'expérience	L80	« ça m'affecte pas »
	L81	« ça ne me dérange pas »
	L83	« habitudes »
	L181	« garder le contrôle »
	L182	« il existe des solutions »
La plus mauvaise odeur	L86	« Transpiration »
	L87-88	« L'incurie plus que le vomi ou l'odeur de selles »
Stratégie de gestion des odeurs	L91	Solliciter l'hygiène (douche, change)
	L95-96	Ne pas y penser / gestion des émotions
Communication entre collègues	L100	« sans problème »
Prise en charge du patient	L109	Gestion du risque suicidaire < Odeur
	L147	« Retenue »
	L159	« On doit faire les soins » (Obligation)
	L160-161	« devoir de faire le soin »
Délégation de prise en charge	L117	Enceinte (difficultés à gérer – effet physiologique)
Inconfort du patient en raison du soignant	L131	Ressentir / Ne pas se sentir mal / Mal à l'aise
Ressentir/sentir	L135	« C'est usé de nos sens »
	L136	« Aide dans le soin d'avoir ce sens-là »
Odeur et diagnostic infirmier	L142	« le pyo » dans les escarres

8.4.2 Entretien 2 – AS Kadija

THEMES	Lignes	VERBATIM (= discours)
Sémantique de l'odeur	L39	« odeur d'escarre au stade 4 »
	L42	« odeurs de pourriture entre guillemets »
	L42-L43	« odeur d'escarre [...] bien atypique qu'on reconnaît entre 1000 »
	L44	« odeur de puanteur »
	L47	« l'odeur de propage »
	L47-L48	« Mais c'est quoi cette odeur de merde ? De mort ? »
	L87	« il faut vraiment être accroché »
	L88	« c'était insupportable »
	L179	« C'est de la merde »
Expérience	L195	« L'expérience fait beaucoup »
Stratégie de gestion des odeurs	L45	« J'ai voulu ouvrir les fenêtres mais il faisait froid »
	L46	« J'ai ouvert la porte » de la chambre
	L54	« La solution qu'on a pu apporter, dans l'immédiat, c'étaient les huiles essentielles, c'est bien mais cela ne détruit pas tout. »
	L182	« [...] parfum dans les masques chirurgicaux »
	L200	« Mes mécanismes de défense sont l'humour et la dérision »
Communication	L47-L48	« Et j'ai eu des collègues qui disaient : « Mais c'est quoi cette odeur de merde ? De mort ? » Carrément !!! »
	L204	« il manque des temps de paroles »
	L205	« il faudrait qu'il y ait plus décharges [...] entre les anciens et les nouveaux. »
Prise en charge du patient	L31	« L'odeur fait partie de son histoire pour moi »
	L74	« Je me suis mise à sa place »
	L93-L95	« on est prêt à soigner, on est prêt à s'en occuper mais jusqu'à une certaine limite... Je crois que la ligne rouge c'était de voir l'autre se détériorer à ce point, c'était un être humain... »
	L97	« il vaut mieux mourir »

Délégation de la prise en charge du patient	L191	« Non »
	L192	« [...] toujours voulu continuer jusqu'au bout »
Prise de conscience du patient	L43-45	« Comment fait-elle ? Comment a-elle fait ? Qu'est-ce qu'elle peut bien ressentir ? Parce que dormir avec cette odeur de puanteur, je... je me dis, ce n'est pas possible. »
	L45-50	« Et j'ai eu des collègues qui disaient : « Mais c'est quoi cette odeur de merde ? De mort ? » Carrément !!! Et je me suis dit cette patiente, elle est mutique, elle parle peu mais elle n'est pas sourde. Qu'est-ce qu'elle a bien pu ressentir ? Elle devait se dire : je suis morte mais... ils m'ont déjà enterrée... »
	L55-57	« Cette personne, elle a déjà tout entendu [...] quand on allait s'occuper d'elle, on n'y allait pas de bon cœur ou on mettait un masque. »
	L57-58	« Je pense que notre regard et notre façon aussi de la toucher pouvait.... Elle devait déjà se sentir rejeter. Elle avait déjà un pied de l'autre côté. »
	L77-78	« On n'a jamais pensé à elle. On a toujours parlé à sa place. On ne lui a jamais demandé ce qu'elle ressentait, elle vraiment. »
	L117-119	« Et entendre ce que j'ai entendu même en faisant attention il y a notre corps quelquefois, j'ai l'impression qui nous trahit, notre corps, notre façon de s'occuper de cette patiente. »
Ressentir/sentir	L167	« Sentir, c'est la vie. Ressentir [...] c'est la fragilité de la vie. »
Sémantique de la mort	L126	« C'est la souffrance avant la mort qui me fait peur à moi »
	L127	« C'est souffrir parce que mourir on ne peut pas y échapper »
	L131	« Vu ma religion, je me dis, il est où ce Dieu qui fait autant souffrir »
	L134	« Il n'y a pas de mort sans vie »
Sémantique de la porte de chambre	L145	« J'appréhendais aussi cette ouverture de porte »
	L146	« Ce n'est pas anodin »
	L148	« Je ne l'ai pas ouverte doucement, je sais que je l'ai ouverte en grand »
	L154	« Pourvu qu'elle soit morte »

8.4.3 Entretien 3 – AS Fatima

THEMES	Lignes	VERBATIM (= discours)
Sémantique de l'odeur	L36	« odeur un peu particulière »
	L37	« une odeur un petit peu de froid »
	L39	« J'arriverai pas à déterminer et à dire forcément ce que c'était comme odeur »
	L40	« c'était le froid »
	L42	« une odeur qui nous fouette »
	L43	« assez particulière »
	L46	« le coup de froid »
	L62	« odeur de renfermé »
	L67	« c'était un peu déroutant »
	L73-L74	« un plat cuisiné que vous avez oublié »
	L77	« une odeur qui me rappelle la mort »
	L83	« odeur d'humidité »
	L141	« l'odeur était de plus en plus intense »
Expérience	L173	« je pense avoir développé [...] je ne les crains plus »
	L176	« je ne sais pas si c'est l'expérience »
	L177-L178	« Est-ce que c'est cette odeur qui a développé d'autres sens des odeurs »
La plus mauvaise odeur	L80	« intérieurement [...] j'ai énormément d'émotions »
	L86	« je ne peux pas dire que c'était une peur [...] mais j'appréhendais »
	L87-L88	« j'étais mal à l'aise de ressentir »
	L88-L89	« je la ressens, c'est que je la sens, c'est que je sais que c'est la fin pour cette personne »
	L179	« c'est ce qui m'a amené à partir de la clinique »
Stratégie de gestion des odeurs	L53	« je préférerais déléguer [...] à mes collègues le soin »
	L155-L156	« c'est que j'évitais justement d'aller dans des chambres »
	L179	« c'est ce qui m'a amené à partir de la clinique »
Communication	L33	« mes collègues qui avaient du mal [...] à me croire »
	L34	« ils ne me prenaient pas trop au sérieux »

	L44-L45	« les filles disaient : « Ecoute, on va venir avec toi parce que tu nous fais peur »
	L152	« ils essayaient de comprendre »
	L154-L155	« mais en parler, non parce que je n'arrivais pas à l'exprimer »
	L159	« Je n'arrivais pas à en parler ouvertement avec eux »
Prise en charge du patient	L184-L186	« Admettons, je prends un exemple une odeur d'escarre, d'une escarre ou une odeur de selle liquide où l'on pourrait parler de diarrhée parce que la diarrhée, elle se sent... voilà. Eh bien moi cela ne me dérangeait pas. »
	L155-L156	« c'est que j'évitais justement d'aller dans des chambres où je savais que j'allais certainement re-sentir cette odeur »
Délégation de la prise en charge du patient	L53	« Je préférais déléguer [...] à mes collègues le soin »
	L163	« c'était pour éviter justement de vivre quelque chose de dur » « Elles ne voulaient pas me faire subir cela »
Ressentir/sentir	L47	« C'est un ressenti »
	L51	« peur de ressentir ça » « J'évitais à la fin [...] d'aller dans les chambres »
	L88-L89	« je la ressens, c'est que je la sens, c'est que je sais que c'est la fin pour cette personne »
	L89	« J'avais pas envie de la re-sentir »
	L111	« Sentir, c'était la 1 ^{ère} chose que je faisais » Sentir « c'est spontané » « c'était sur le moment »
	L115	« ressentir encore cette odeur » « Re-sentir c'est sentir de nouveau »
	L132	« ressentir la mort »
Odeur et diagnostic infirmier	L48	« odeur froide que j'inhalais qui faisait que peut-être je l'interprétais comme la fin de vie »
	L145	« gant de toilette qui a été oublié, mouillé, humide, cela sentait l'humidité [...] ça renvoyait à l'odeur corporelle du patient [...] qui menait à la mort »
Mémoire des odeurs	L133	« je ressens encore l'odeur »

8.4.4 Entretien 4 – ESI Anaïs

THEMES	Lignes	VERBATIM (= discours)
Sémantique de l'odeur	L24	« Je ressens rarement ça. »
	L29	« très nauséabonde »
	L47	« une odeur de selle »
	L50	« cela elle était particulière »
	L50	« c'était pas une odeur »
	L51	« c'était vraiment [...] fort »
	L52	« c'est un mélange de tout »
	L90	« Je ne sais pas ».
Réactions du soignant	L24	« Je ressens rarement ça. »
	L25	« J'ai eu des relents »
	L26-27	« Ce n'est pas possible qu'une soignante ne supporte pas une odeur. »
	L27-28	« Ne le cache pas parce que c'est aussi l'irrespect »
	L36	« [...] j'avais honte »
	L46	« je n'ai pas pu me contrôler »
	L46-47	« Ce n'est pas digne d'une soignante de ne pas supporter une odeur
	L62-63	« Pourquoi je ne suis pas capable de supporter quelque chose que je suis censé supporter tous les jours ? »
	L71-72	« j'étais vraiment dégoûtée, hein. »
	L96	« J'avais honte. J'avais vraiment honte. »
La plus mauvaise odeur	L112	« vomi »
Stratégie de gestion des odeurs	L32	« Je suis sortie »
	L33	« Je me suis mise à respirer ailleurs. »
	L34	« Je me suis dit : Respire, respire, respire [...] »
	L38	« des haut-le-cœur [...] presque envie de vomir »
	L43	« j'essayais aussi de me contrôler, de ne pas le faire au maximum »

	L135-137	« c'est une compétence soignante de pouvoir les supporter et de pouvoir gérer intérieurement les odeurs pour pouvoir pratiquer notre soin sans montrer notre dégoût au patient. »
Communication	L96-97	(verbalisation) « Non, pas du tout. Franchement, j'avais honte. »
	L99	« Je ne me voyais pas du tout faire ça. »
Délégation de la prise en charge du patient	L104	« Non, non ».
	L106	« Je suis étudiante donc c'est compliqué pour moi de déléguer un soin. »
	L107-108	« Je ne vais certainement pas déléguer un soin par rapport à mon changement de protection ou de selles, non. »
Prise de conscience du patient	L45-46	« Je me questionne sur le fait [...] que je n'ai pas pu me contrôler »
	L60	« Il va peut-être ne plus avoir confiance en moi. »
Ressentir/sentir	L119	« Sentir [...] c'est olfactif »
	L119	« C'est vraiment par le nez »
	L120	« « ressentir » c'est plus profond que ça. C'est par le biais, ma foi, du cœur. »
	L121	« C'est le cerveau et le cœur qui te fait ressentir, en fait. »
	L125	« Ressentir avec émotions et sentir juste avec un sens »

8.4.5 Entretien 5 – ESI Julie

THEMES	Lignes	VERBATIM (= discours)
Sémantique de l'odeur	L47	« ça m'a impacté »
	L57	« L'odeur... l'odeur de diarrhée »
	L57	« Je ne sais pas »
	L58	« ça prend au nez »
	L58	« c'est fort comme odeur »
	L82	« Cela sentait pas très bon »
	L103	Odeur de décès « Je n'ai pas senti d'odeur »
Réactions du soignant	L16	« j'y porte pas forcément attention »
	L17	« Quand l'odeur est là forcément, je la sens et donc je fais avec »
La plus mauvaise odeur	L99	« c'est plus le vomi »
Stratégie de gestion des odeurs	L48-49	« Je ne voulais pas que la patiente se sente mal à l'aise par rapport à ça. »
	L74	« Je n'ai pas changé le comportement »
	L75	« J'étais peut-être plus dans l'empathie »
	L75-76	« Je ne voulais pas qu'elle voit que cela me gênait l'odeur »
Communication	L112	« J'en ai parlé à personne. C'est la 1 ^{ère} fois que j'en parle »
	L113	« Mais de là, à en parler à quelqu'un, ça m'a pas touché »
Prise de conscience du patient	L62	« Elle était gênée »
Ressentir/sentir	L120	« sentir du coup c'est olfactif... on sent ».
	L121	« on sent une odeur »
	L121	« Ressentir, c'est plus [...] la réaction quoique qui entraîne l'odeur sur nous »
	L123	« Ressentir [...] nos sentiments »
	L129-130	« C'est la réaction que ça provoque au fond de nous l'odeur. Enfin le ressenti du coup. » « la réaction que l'odeur provoque au fond de nous »

8.4.6 Entretien 6 – IDE Jo

THEMES	Lignes	VERBATIM (= discours)
Sémantique de l'odeur	L34	« un univers particulier les odeurs »
	L35	« c'est une odeur particulière »
	L36	« effluves »
	L37	« odeur du machin »
	L37	« stérilisation »
	L45	« agressif »
	L78	« les odeurs sont importantes »
	L81	Odeur des « infections urinaires »
	L82	« ça peut sentir [...] le poisson pourri »
	L96	« odeur de stomie »
	L97	« très gênante »
	L97	« agressives »
	L98	« vraiment très, très prenante »
	L104	« odeur [...] moins prenante »
	L284	« odeurs [...] très violente »
L'expérience	L42-43	« il y a certaines personnes qui ne peuvent pas faire ce métier par rapport à ça. (les odeurs) »
	L43-44	« J'ai des collègues qui ont arrêté de faire ce métier parce que les odeurs étaient trop désagréables. Ils n'arrivaient pas à le supporter. C'était trop agressif. C'était trop compliqué »
	L251-253	« j'ai l'impression qu'on se grille un peu les sinus ou alors qu'on se conditionne. Que notre cerveau conditionne, baisse l'intensité parce qu'on y est confronté tout le temps. »
La plus mauvaise odeur	L121-122	« je ne pourrais pas te dire s'il y a de bonnes ou de mauvaises odeurs »
	L124-126	« il n'y a pas de bonne ou de mauvaise odeur. On ne va pas dire, lui c'est un bon patient car il sent bon, il sent bon le parfum. Et si tu pars et tu catégorises les odeurs, en fait, cela vaudrait dire qu'il y a un bon et un mauvais patient. »

Stratégie de gestion des odeurs	L39	« T'as déjà ton conditionnement qui est préparé rien que par les odeurs »
	L41	« tu es déjà conditionné en tant que soignant »
	L71-72	« le brancardier est parti vomir »
	L72-73	« L'infirmière a vomi sur place. Elle n'a pas eu le temps de partir »
	L94	« je n'ai pas vomi »
	L99	« un masque et de la solution hydroalcoolique »
	L107	« le charbon actif »
	L109	« des pastilles spécifiques »
	L214-215	« tu prends sur toi parce que tu ne vas pas incommoder ton patient et le faire se sentir plus mal. »
	L215-216	« si toi, tu sens l'odeur, lui, il l'a senti bien avant toi »
	L219-220	« si ce sont des odeurs qui vont te ramener à quelque chose de plus personnel, tu te dois de le garder pour toi. »
Communication entre collègues	L306	« l'aromathérapie qui se développe de plus en plus. »
	L221	« Tu peux en parler avec tes collègues par contre tu te dois le garder pour toi »
	L257	« ça oui. Ça, on en parle tous après on se prévient même. »
	L257	« On en rigole mais on se prévient »
Prise en charge du patient	L259	« Je vais t'expliquer le cas. »
	L78-79	« C'est une composante essentiel d'un soin. »
	L85	« tu t'aperçois qu'avec les odeurs, on peut faire beaucoup de choses »
	L86	« on peut voir qu'un drain va mal, un drain chirurgical ne va pas bien. [...] d'infections par rapport aux odeurs »
	L102	« carrément des pastilles d'odeur »
	L122-123	« Parce qu'en tant que soignant, tu prends ton patient, tu prends les choses comme elles viennent. Tu les acceptes, en fait. Tu n'as pas trop le choix de faire autrement. »
	L125-126	si [...] tu catégorises les odeurs, en fait, cela vaudrait dire qu'il y a un bon et un mauvais patient.
	L183	Les odeurs « ça modifie et ça doit modifier ta pratique »

	L184-186	« Quand tu prends en charge quelqu'un, tu prends en charge quelqu'un dans sa globalité. Quand tu fais un soin, tu fais un soin dans sa globalité. Tous les actes que tu vas effectuer, tu les as réfléchis avant de les faire. »
	L186-187	« tu as pris en compte toutes les composantes qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives, tactiles etc. »
	L191	« tu vas quand même écouter ton patient et son confort »
	L195	« modifier ta perception complète »
	L225-227	« Tu ne peux pas rajouter des émotions qui sont déjà fortes à un patient [...] Il ne faut pas partager ce genre de chose avec lui. »
	L237	« J'ai toujours pensé plus au bien-être de mon patient qu'au mien »
Délégation de prise en charge	L267	« C'est un jeu. »
	L269	« On avait un infirmier en soutien [...] il passait une sale journée lui. »
	L273	« tu délègues intentionnellement. »
	L276-280	« : Ça dépend de ton équipe. Quand tu as une équipe qui est soudée où l'on se connaît bien et tout ça, ils le prennent à la rigolade et ça passe nickel. Après, il y en a qui râle, hein car ils n'ont pas envie de se coltiner tous les trucs un peu dégueulasses, on va dire. Mais bon c'est le jeu et c'est comme ça. Un coup se sera ta collègue, un coup se sera toi. L'un dans l'autre, cela revient au même. »
	L289	« Mais oui, cela incommode les patients. [...] eux sont déjà incommodés par l'odeur [...] ils ne veulent pas rajouter parce qu'ils ont l'image des infirmiers qui sont là pour prendre soin d'eux. [...] cela les rabaisse un peu car ils ne veulent pas te faire du mal [...] c'est compliqué pour eux à gérer souvent ça [...] si on ne veut pas leur montrer, des fois, c'est tellement violent que tu n'arrives pas à cacher ta façon d'être. Après, il ne faut pas leur faire sentir mais c'est compliqué quand même. »
Inconfort du patient en raison du soignant	L101	« C'est très gênant pour le patient »
	L285-286	« Donc même que tu le veuilles ou que tu ne le veuilles pas, t'as toujours une grimace, un rictus, rien que la posture de ton corps qui peut-être un peu en retrait, ce genre de chose. »
	L287-286	« même si toi tu ne le verbalises pas, ton corps, il va le montrer pour toi donc forcément oui »

Ressentir/sentir	L206-207	« sentir, tu vas être basé sur ton sens olfactif. C'est vraiment quelque chose de concret, sur une odeur. Euh... C'est un truc chimique et cetera. »
	L207-209	« Ressentir, ce n'est pas du tout la même chose. C'est quelque chose, de l'ordre du subjectif. Donc plutôt émotionnel, on va dire. C'est plutôt ça le ressenti. »
	L209-210	« Les deux peuvent être liés, c'est une certitude mais il faut bien sentir les deux différences. »
	L210-211	« Ressentir c'est juste de l'émotionnel par rapport à une situation donnée. »
	L211	Sentir c'est concret.
Odeur et diagnostic infirmier	L131-133	« c'est une mauvaise odeur mais par rapport à la situation. Ce n'est pas une mauvaise odeur au sens : « ça pue » etc. C'est une mauvaise odeur parce que tu te dis « Cela ne sent pas bon. » pour en fait... Ce n'est pas une bonne nouvelle. »
	L300-302	« l'odeur te permet de faire des diagnostics, ça permet de ressentir, de se rappeler des souvenirs, ça permet plein de bons moments contrairement à ce que l'on pense. »
Mémoire des odeurs	L46	« on a une mémoire contrairement à ce que l'on peut penser »
	L46-47	« On a une mémoire par rapport aux odeurs »
	L139-140	« tout le temps [...] c'est rattaché à tes souvenirs »
	L140-141	« Des fois dans les maisons de retraite, tu vas sentir des odeurs, tu vas dire : « ça me rappelle ma grand-mère ». »
	L141-143	« Il y a des personnes âgées qui vont avoir le même parfum que des personnes de ta famille ou des personnes avec qui tu as vécu. »
	L152	« des réminiscences de personnes »
	L159-161	« les odeurs de gâteaux, de crêpes [...] cela te rappelle certaines situations ou des souvenirs que tu as eus avec certains patients »
La sémantique de la mort	L171	« ça sent le sapin »
	L171	« C'est subtil »
	L172	« Des fois, on le sent. C'est bizarre. »
	L174-175	« c'est bizarre, rien qu'à l'atmosphère, à la sensation, à la perception, il y a des trucs qui changent, tu ne sais pas pourquoi. »
	L179	« Mais c'est toute une atmosphère, c'est un peu particulier mais ça se ressent. »

8.4.7 Bilan des entretiens

	IDE Muriel	IDE Benjamin	AS Kadija	AS Fatima	ESI Anaïs	ESI Julie
Année de diplôme	1990	2008	2010	1998	Promo 2017-2020	Promo 2017-2020
Nombre d'années d'expérience	30 ans	11 ans	10 ans	22 ans	3 ans	3 ans
Historique professionnel	Psychiatrie uniquement	CHU chirurgie digestive et de soins continus chirurgicaux CHU réanimation chirurgicale et d'Urgences SAMU. Libéral	Domicile EHPAD	EHPAD Clinique privée d'oncologie Maison de polyhandicapés	Parcours de stage AS en EHPAD	Parcours de stage AS en EHPAD

Entretiens	Type d'odeur	Interprétations
IDE Muriel	Odeur de selles en lien avec un patient suicidaire	Corps qui lâche, patient attendant la mort Mort de l'âme
IDE Jonathan	Odeur de selles en lien avec l'éclatement d'un abcès	Dysfonctionnement du corps Dégénérescence du corps Obsolescence du corps
AS Kadija	Odeur d'escarre en lien avec une fin de vie	Mort tissulaire Pourrissement Décomposition du corps
AS Fatima	Odeur de mort pour une patiente en fin de vie	Décomposition du corps
ESI Anaïs	Odeur de selles d'un patient ayant eu des selles en abondance et déplacement dans l'institution	Corps qui lâche
ESI Julie	Odeur de selles pour une patiente ayant une diarrhée	Corps qui lâche

Entretiens	Réponse à la question d'entrée			Temps réactionnel
IDE Muriel	OUI	L 11-L13	« Expérience » « On apprend à travailler avec... » « Chose automatique »	Réponse quasi immédiate. (Euh...)
IDE Jonathan	OUI	L34	« univers particulier les odeurs »	Réponse immédiate
		L35	« odeur particulière » = établissement de santé	
		L36	« effluves de certaines chambres »	
		L38	« différence (entre) dehors et dedans l'hôpital »	
		L41	« conditionnement du soignant »	
		L42	« Certaines personnes qui ne peuvent pas faire ce métier par rapport à ça ».	
		L43	« Moi, j'ai des collègues qui ont arrêtés de faire ce métier »	
		L47	« mémoire par rapport aux odeurs »	
		L48	« évènements passés de leur grand-mère »	
AS Kadija	OUI	L13-L14	« fait partie du soin » « utilisation de tous nos sens »	Silence de 8 sec avant de répondre
AS Fatima	OUI	L11-L13	Confrontation permanente aux odeurs « J'ai appris avec le temps à les différencier »	Silence de 8 sec avant de répondre
ESI Anaïs	OUI	L11 L11-L12 L12 L13-L14 L14	« on est confronté suivant où l'on va » « on y est confronté tous les jours à des odeurs » « ça fait partie du soin » « il y a des odeurs qu'on supporte plus que d'autres » « subjectivement »	Réponse immédiate
ESI Julie	OUI	L13-L14	« J'y fais pas attention » « Quand l'odeur est là forcément, je la sens et donc je fais avec »	Silence de 6 sec avant de répondre

Panser, au-delà des odeurs...

Résumé : « Quel sens peut-on donner au sens dans le soin infirmier ? » fut la question de départ de ce travail d'initiation à la recherche. L'odorat est le sens le plus méprisé et le moins considéré que l'homme possède. Pourtant, les odeurs sont omniprésentes dans la relation soignant/soigné. Il est pertinent de les envisager différemment afin de mieux les comprendre, les appréhender et mieux les accepter pour entrevoir toute l'étendue qu'elles ont dans notre quotidien. Il est nécessaire d'aller plus loin dans leurs interprétations car elles sont lourdes de sens et génèrent de multiples émotions. Il semblerait que l'expérience professionnelle permette une aptitude à supporter les odeurs malodorantes et d'y mettre une distanciation intellectuelle coupant l'être humain de ses émotions. La réduction du vocabulaire employé décrivant les odeurs amènerait à penser que celle-ci traduirait un appauvrissement des émotions du soignants. La traduction des odeurs est souvent simplifiée pourtant elle amorce quelque chose de bien plus profond chez le soignant, une angoisse, une peur, une crainte prenant le visage de la mort.

Mots clés : odorat, odeurs, émotions, soignant, sens.

Nombre de mots : 171

Dressing, beyond the smell...

Abstract : "What meaning can one give to senses in nursing care?" was the original question for this research initiation work. Smell is the least appreciated and least regarded sense that humans have. However, odours are ubiquitous in the caregiver-patient relationship. It is relevant to consider them in a different way to better understand, assimilated and accept them to see the widespread influence they have in our daily lives. It is necessary to delve further into their interpretations because they are deeply meaningful and can generate multiple emotions. It appears professional experience creates the ability to endure unpleasant odours triggering an intellectual distance in the caregiver, suppressing the normal human emotions. The restricted vocabulary used to describe odours would imply an impoverishment in caregiver's emotions. Interpreting odours is often simplified yet they initiate something much deeper in the caregiver: anguish, fear, apprehension in the presence of death.

Key words : smell, odours, emotions, caregiver, health care, sense.

Number of words : 145