

L'INFLUENCE DES ODEURS SUR LA QUALITE DES SOINS

Travail de Fin d'Etudes – Diplôme d'Etat d'Infirmier

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de l'élaboration de cette recherche et m'ont permis de mener à bien ce travail de fin d'études, les cadres de santé qui ont bien voulu répondre à ma requête et me faciliter l'introduction dans leur service, et en particulier les infirmières qui ont gentiment accepté de se rendre disponibles sur leur temps de repos afin de répondre à mes questions.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PROBLEMATIQUE	2
QUESTIONS DE RECHERCHE	3
CADRE CONCEPTUEL	4
LA PERCEPTION DE L'ODORAT.....	4
LES ODEURS ET LA MEDECINE : UNE COLLABORATION HISTORIQUE	5
LA TOLERANCE AUX ODEURS	6
ODEUR ET SOUFFRANCE	7
ENQUETE	8
METHODOLOGIE	8
1. <i>Choix de la population</i>	8
2. <i>Choix du lieu</i>	8
3. <i>Choix de l'outil</i>	9
QUESTIONNAIRE ET OBJECTIFS	9
RESULTATS ET ANALYSE.....	10
CONCLUSION	15
BIBLIOGRAPHIE	17
ANNEXE	18

INTRODUCTION

Avant de partir en stage, nous étions préparés à rencontrer divers problèmes (hygiène, douleur, solitude, handicap...). Nous avons été entraînés à la réalisation de certains soins et sensibilisés à l'écoute des patients. Nous avons même eu un cours spécifique sur les escarres, juste avant le début de notre premier stage, nous confrontant à la réalité de plaies pouvant perturber les âmes sensibles.

Lorsque j'arrivais sur mon lieu de stage en chirurgie gériatrique, je me sentais prête à affronter dans la pratique ce que la théorie m'avait préparée à appréhender, et profiter de cette expérience pour découvrir à quoi je pourrais faire face.

Or, je fus confrontée de plein fouet à une chose à laquelle on ne nous avait pas du tout préparés : il s'agit des odeurs. Je ne parle pas des odeurs du milieu hospitalier que tout le monde connaît plus ou moins. Je parle d'odeurs spécifiques à une plaie, ou à une pathologie, odeurs jamais senties jusque-là et pouvant se révéler insupportables.

Pour ma part, j'ai toujours pensé que l'odorat était l'un des mes sens les moins développés et je n'y attachais guère d'attention. Depuis le début de ma formation infirmière, ce sens semble s'être réveillé et m'a confronté à une palette olfactive nouvelle et très diversifiée ; dans la grande majorité des cas, ces nouvelles odeurs sont presque une agression.

PROBLEMATIQUE

Lors de mon premier stage, j'ai subi trois épisodes ayant mis mon odorat à rude épreuve : un changement de pansement d'escarre au talon, l'extraction d'un fécalome, une affection pulmonaire. Dans les trois cas, il est clair que ma vigilance s'en est trouvée affaiblie. Il était difficile de faire abstraction de ces odeurs et pourtant les infirmiers dispensant les soins n'avaient pas l'air perturbés. En discutant avec eux, ils m'expliquèrent qu'ils pouvaient toujours sentir ces odeurs mais qu'ils avaient appris à les tolérer. L'information olfactive n'étant plus nouvelle, l'agression était moins violente. Mais combien de temps a-t-il fallu à chacun pour apprivoiser ces odeurs qu'ils jugent néanmoins toujours répulsives ? Et à quel point cela a-t-il eu une incidence sur la qualité de leurs soins ?

Pendant mon stage en pédiatrie en janvier 2005, une petite fille avec une fente palatine avait développé une très mauvaise haleine laquelle, malgré des soins de bouche quotidiens, devenait de plus en plus forte et dont le personnel soignant s'occupant de l'enfant se plaignait, la qualifiant d'insupportable ; certains disaient ouvertement qu'ils dispensaient les soins le plus rapidement possible afin de ne pas y être trop confrontés. Il se trouve que cette enfant ayant l'habitude de mâchouiller le bout de la tubulure rattachée à son bouton de gastrostomie, l'équipe en entourait chaque fois l'extrémité de sparadrap. Un matin, après une inspection un peu plus approfondie lors du soin de bouche, un infirmier réussit à extraire de la fente de l'enfant un amas de ce sparadrap. Dès lors, la mauvaise haleine disparut comme elle était apparue. Mais cette odeur inhabituelle chez l'enfant n'aurait-elle pas du poser question plus tôt et être traitée en en recherchant la cause entre les différents soignants s'occupant de l'enfant avant d'être uniquement perçue comme une nuisance dans la réalisation des soins ?

Une odeur inexistante auparavant et a fortiori désagréable dans un cadre hospitalier ne doit-elle pas avant tout éveiller la curiosité, voire l'inquiétude devant l'éventuelle apparition de nouveaux symptômes ?

Les odeurs particulièrement fortes pourraient donc agir comme un écran dans la relation avec le patient. Après tout, si tout un chacun ne supporte plus la moindre odeur dite nauséabonde, comment le personnel hospitalier gère-t-il au quotidien la confrontation directe à des effluves chimiques, biologiques, incluant sang, urines, selles, pus, ou même l'odeur de la mort. A quel point le soignant se protège-t-il contre des réactions primaires et compréhensibles de dégoût ? Et quelle image distingue-t-il encore de la personne en tant qu'humain derrière des odeurs de décomposition dans le cadre de pathologies avancées telles les cancers généralisés ?

Ainsi, les odeurs dans le monde hospitalier auraient une influence sur la qualité et la réalisation des soins infirmiers. Mais cette influence apparemment néfaste pourrait au contraire mettre en relief la capacité de l'infirmier à analyser un problème en fonction d'un recueil de données précis incluant les odeurs particulières inhérentes à la pathologie d'un patient. Certaines odeurs, même nauséabondes, peuvent jouer un rôle déterminant dans la prise en charge infirmier. L'agression que l'on ressent au premier abord peut faire place à une investigation professionnelle. Chaque nouvelle odeur doit interpeller. Elle peut s'avérer source d'informations pouvant compléter les compétences d'un soignant sachant utiliser toutes les données d'une pathologie afin de privilégier la bonne prise en charge des patients.

Pendant nos études, on nous parle beaucoup de la relation d'aide au patient à travers l'écoute et l'observation visuelle. Il me semble que l'observation olfactive peut ainsi être déterminante dans les soins prodigués. Reste à savoir dans quelle mesure le personnel soignant gère sa sensibilité aux odeurs et quel impact ont ces odeurs dans la qualité des soins dispensés.

QUESTIONS DE RECHERCHE

Il ressort de cette problématique deux questions :

1. les mauvaises odeurs peuvent-elles être préjudiciables à la relation d'aide ?
2. les mauvaises odeurs peuvent-elles se révéler un atout dans la prise en charge infirmière ?

Afin de pouvoir répondre à ces deux questions, j'é mets l'hypothèse de recherche suivante :

Les odeurs peuvent permettre un meilleur suivi lorsqu'elles sont suffisamment bien appréhendées et intégrées dans le quotidien des soins infirmiers.

J'étudierai dans une première partie les différentes perceptions de l'odorat, son rôle dans la médecine, la tolérance qu'on lui accorde, ainsi que la souffrance dont les mauvaises odeurs peuvent être cause.

Dans une deuxième partie, j'exposerai l'enquête réalisée au moyen d'entretiens auprès des soignants, et qui m'ont permis d'apporter des éléments concrets à ma réflexion afin de pouvoir répondre aux deux objectifs de ma recherche.

CADRE CONCEPTUEL

LA PERCEPTION DE L'ODORAT

Le système olfactif est notre sens le plus primitif mais il est devenu le moins développé. Notre société tend de plus en plus à nous faire oublier les mauvaises odeurs, à créer des odeurs artificielles que nous diffusons autour de nous par des parfums en tout genre afin de masquer ce que nous percevons comme désagréable. Dans le milieu hospitalier, il n'est pas question de masquer les odeurs. Au contraire, il nous rappelle vivement l'existence d'un sens que l'on relègue souvent au dernier rang ; d'ailleurs, lorsqu'en général sont évoquées les difficultés à suivre une voie médicale, le problème soulevé en priorité est celui de pouvoir ou non soutenir la vue du sang, ou d'organes, ou de plaies. Il est parfois difficile d'évoquer certains actes médicaux avec son entourage sans que celui-ci grimace d'horreur à la vision que son imaginaire lui renvoie devant notre description. La plupart des gens disent qu'ils seraient trop perturbés face à certains actes médicaux, qu'ils ne pourraient être spectateurs d'une opération, que la vue du sang les révolte, qu'ils ont en horreur la moindre image de chairs traumatisées. Le sens mis en avant dans toutes ces descriptions et représentations du milieu médical est uniquement la vue, or, au cours de mes différents stages, un seul critère semble faire l'unanimité chez les professionnels de santé et en l'occurrence les infirmiers : chacun a un jour fait face à une odeur mettant à mal leur capacité à résister devant les plus terribles maux.

Il est difficile de décrire une odeur, plus encore lorsqu'elle est nauséabonde. Une odeur ne se représente pas. Il est impossible de l'imaginer. Le vocabulaire lui-même peine à retranscrire une odeur. Elle fait appel à la sensibilité de chacun, à sa culture, à son expérience, son vécu. Il est ainsi intéressant de noter comme le fait Pierre Laszlo, professeur à l'école polytechnique et à l'université de Liège, dans « Les odeurs nous parlent-elles ? », que selon nos goûts, notre éducation, notre culture, nous ne réagissons pas tous de la même manière aux odeurs. Ainsi, le fumet des tripes ne déclenche pas nécessairement les mêmes attitudes chez deux personnes différentes : tandis que l'une se lèche les babines à l'avance, l'autre tournera la tête de dégoût. Si l'on déplace ce type d'exemple chez les infirmiers, ne peut-on pas supposer que chaque individu de la profession peut s'accommoder de certaines odeurs que d'autres continueront de trouver insupportables ? Les mauvaises odeurs sont-elles universelles ? Peut-être, mais la sensibilité de chacun est elle différente. On sait, par exemple, que l'enfant à la naissance n'éprouve pas de dégoût olfactif. Sa sensibilité aux odeurs s'est façonnée grâce à une histoire personnelle construite également autour d'une mémoire olfactive remplie de souvenirs agréables ou désagréables, conscients ou refoulés, révélateurs de rejets ou attirances parfois inexpliqués. Mais cette éducation des sens ne vaut que si elle est vécue en société ; ainsi Victor de l'Aveyron, enfant sauvage récupéré et étudié par Jean Itard, médecin et pédagogue au 19^e siècle, avait « *l'odorat si peu cultivé qu'il recevait avec la même indifférence l'odeur des parfums et l'exhalaison fétide des ordures dont sa couche était pleine* ». ¹ Alors même que cet enfant reniflait tout ce qui l'entourait, sa sensibilité non éduquée par un environnement social était devenue nulle : il était capable de tout sentir mais les odeurs le laissait indifférent.

¹ MALSON L., 1964, p.134

LES ODEURS ET LA MEDECINE : UNE COLLABORATION HISTORIQUE

Les odeurs font aussi fonction d'alarme ; elles nous transmettent des messages nous informant sur notre environnement. Elles deviennent donc essentielles dans le milieu médical.

« Les médecins ont vite compris que l'odeur pouvait être un élément de diagnostic surtout aux temps où l'on avait peu de moyens techniques. Un guérisseur paraguayen diagnostiquait les maladies à distance à l'aide d'un vêtement imprégné par l'odeur du patient. La sueur, le sébum, le mucus des voies nasales, de la gorge et des poumons, les urines, les fèces, les sécrétions vaginales, le suintement des plaies et les tissus en décomposition, sont tous des éléments odorants qui peuvent donner des signes aux soignants. Le malade atteint de fièvre jaune sent l'étal de boucher ; le scorbut, la variole font penser à l'odeur de pourriture ; la fièvre typhoïde rappelle l'odeur de pain frais ; la diphtérie, une odeur douceâtre et écœurante ; les pestiférés sentent la pomme ; les rougeoleux, la plume fraîchement arrachée ; les eczémateux, le moisi. Mais on relève aussi l'odeur bien connue d'acétone dans l'haleine d'un patient en coma diabétique, celle de l'ammoniac dans les problèmes rénaux, celle d'excréments chez les porteurs d'occlusion et l'odeur de crasse chez le malade mental, la personne sénile ou dans le dénuement. Je n'insiste pas sur l'haleine « souvent chargée » dans les troubles hépatiques : le « foetor hepaticus » ; le « foetor ex ore » du patient souffrant de troubles intestinaux. Et tout simplement les odeurs liées aux dents abîmées, aux gencives malades. Le problème des haleines fétides est très souvent une barrière à la communication. Une discussion avec une personne porteuse d'une haleine désagréable peut être très perturbée. »²

Depuis l'antiquité et ce jusqu'au 19^{ème} siècle, les odeurs ont joué un rôle primordial autant dans le diagnostic de certaines maladies que dans leur thérapeutique. La médecine attribuait aux odeurs des pouvoirs de transmission des germes, mais également des pouvoirs curatifs. L'épidémie qui servit le plus à la propagation de ces allégations fut la peste. La croyance populaire ET scientifique était persuadée que la peste se transmettait par les odeurs qu'elle véhiculait, ou plutôt par les puanteurs qui se dégageaient des personnes atteintes ; d'ailleurs cette puanteur venait renforcer telle une affirmation les hypothèses scientifiques. La puanteur ne pouvait qu'être nocive dans l'environnement de personnes saines. L'origine du terme pestilentiel vient donc de ces croyances : une odeur était dite pestilentielle car elle était chargée des miasmes de la peste et servait à sa propagation. D'un autre côté, si l'épidémie se contractait par les mauvaises odeurs elle était en contrepartie traitée par les bonnes senteurs, comme les épices, herbes aromatiques, parfums, encens qui plus tard furent remplacés par des matières dégageant des odeurs fortes et puissantes telles le soufre...L'idée qui prévalait au cours de ces siècles fut de battre les odeurs porteuses de nuisances par des odeurs porteuses de réconfort ou des odeurs assez violentes pour terrasser le mal environnant.

De nos jours, les avancées scientifiques et l'éducation permettent de savoir que les odeurs en aucun cas ne jouent un rôle dans la contagion. Elles gardent néanmoins un pouvoir sur notre bien-être. Les bonnes odeurs nous donnent un sentiment de confort tandis que les mauvaises développent notre mal-être. Ce mal-être peut d'ailleurs se traduire par un simple malaise psychologique voire par des symptômes physiques telles nausées, sueurs, bouffées de

² DUPERRET DOLANGE H., 1995, <http://membres.lycos.fr/papidoc/542nezdusoignant.html>

chaleur....Si ces odeurs sont dégagées par une personne, ce malaise aura une répercussion directe sur la relation.

LA TOLERANCE AUX ODEURS

Notre odorat permet de nous apporter des informations sur notre environnement mais participe également à faire varier notre comportement en fonction des odeurs transmises. La difficulté de faire face à une odeur que l'on percevra comme violente peut avoir des conséquences sur notre relation envers notre entourage. De même, cela peut avoir des conséquences sur notre concentration et notre jugement. Ainsi, j'ai pu voir sur des fiches d'activité professionnelle que les odeurs étaient notées comme contraintes et nuisances sensorielles dans les professions liées au médical. Il est clair que de tous nos sens, l'odorat est le plus « subi ». Confronté à une vision insoutenable on pourra détourner le regard ou fermer les yeux. Pour échapper au bruit on peut utiliser des boules Quiès. On peut toujours éviter de manger ce que l'on n'aime pas, ou bien faire disparaître un mauvais goût avec un bonbon à la menthe. Quant au toucher, le port de gants se révèle très efficace pour éviter les contacts. L'odorat passant par les voies respiratoires, il n'existe guère d'échappatoire en dehors d'un recours à une apnée salutaire de quelques secondes et les masques restent très insuffisants pour étouffer une odeur persistante.

Les odeurs dans le métier d'infirmier peuvent pourtant s'avérer un atout de taille ; le sens olfactif peut se développer avec l'apprentissage de la reconnaissance de certaines pathologies ou problèmes d'ordre physiologique ou psychiatrique. Ainsi, quand un patient commence à dégager des odeurs de malpropreté, on peut se demander si son état psychique ne se détériore pas, l'incurie étant un des signes récurrents chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cela peut aussi être révélateur de problèmes sociaux chez des personnes ne bénéficiant plus d'un environnement leur garantissant la possibilité de soins d'hygiène.

Quelque soit l'odeur dégagée par ces personnes une seule attitude semble attendue de la part du soignant : un regard sans jugement et une rigueur professionnelle au même titre qu'avec tout autre patient, tel que stipulé dans l'art.25 du chapitre II du décret 93-221 du 16 février 1993, « *l'infirmier ou infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard* ». Mais avant tout, ces odeurs doivent soulever un questionnement chez les soignants dès que la situation semble hors norme.

Une psychologue du Réseau Souffrance et Précarité nous racontait, lors de son intervention dans le cadre du module optionnel « Exclusion et Précarité », une situation qui l'avait mise particulièrement mal à l'aise. Un « sans-abri » s'était présenté pour un entretien dans son bureau, mais très vite l'odeur qu'il dégagait était tellement insupportable qu'elle ne put plus se concentrer sur ce que lui disait l'homme en face d'elle. Elle eut recours à quelques astuces, telles placer négligemment son foulard devant le nez, sortir son mouchoir et faire mine de se moucher, changer de position le plus possible, mais rien n'y fit. A cours de solution et n'y tenant plus, mais surtout devant son incapacité à se concentrer sur les propos et la demande d'aide de l'homme, elle décida de lui dire la vérité ; confuse, elle s'excusa, mais lui expliqua qu'elle ne pouvait pas travailler avec lui dans ces conditions. L'homme resta interdit quelques instants, puis tranquillement se leva et sortit du bureau. Une heure après, il se présentait à

nouveau devant elle, douché, rasé, avec des vêtements propres et lui demanda simplement si maintenant elle était prête à le recevoir....

Cette anecdote montre bien les limites de nos tolérances olfactives dans certains cas ; sûrement même, ne sommes nous pas égaux dans cette capacité à gérer nos émotions en fonction des odeurs dégagées. Est-ce que la réaction de cette psychologue fait d'elle une mauvaise professionnelle ? On peut au contraire se demander si sa réaction n'a pas été plutôt bénéfique dans la relation qui a pu s'installer ensuite avec ce « sans-abri ». En aucun cas elle ne s'est montrée méprisante, bien au contraire, elle a souligné sa gêne et son embarras de devoir dire à cet homme qu'elle ne pouvait supporter son odeur ; il aurait été certainement moins professionnel de prétendre qu'il ne se passait rien et être incapable de se concentrer sur le travail d'écoute et de relation d'aide.

Cela prouve aussi que l'odeur reste un sujet tabou. On n'hésite jamais à souligner les bonnes odeurs, cuisine, parfums, fleurs, propreté....Mais tout ce qui concerne le malodorant se chuchote, ou se transcrit en mimique de dégoût, pour être finalement rejeté purement et simplement. Devant les mauvaises odeurs, notre esprit se ferme ainsi que notre tolérance. Parler à quelqu'un de son odeur lorsque celle-ci est gênante doit se faire avec beaucoup de tact et d'humanité, or, pour beaucoup, une mauvaise odeur est synonyme de laisser aller. Après tout, pour obtenir son entretien ce « sans-abri » a bien été capable de prendre une douche et se changer... Mais ne faut-il pas surtout se poser la question de savoir à quel point l'odeur malodorante qui l'entoure ne lui sert pas non plus de protection et d'écran face à une société dont il se sent exclu ? Les odeurs, parfois, peuvent aider à se poser des questions et nous permettre de casser nos préjugés.

Comme le souligne encore Pierre Laszlo, « *une odeur insupportable devient emblématique d'un rejet psychologique* ». ³ C'est donc bien là que tout le travail de notre capacité à la tolérance prend son importance, et ce spécifiquement dans la profession infirmière. Le problème réel n'est pas de ne pouvoir tolérer une odeur mais plutôt de ne pas tolérer que quelqu'un puisse dégager cette odeur.

ODEUR ET SOUFFRANCE

Si le milieu hospitalier doit être particulièrement rigoureux en matière d'hygiène et d'asepsie, il serait par contre insensé de camoufler les odeurs multiples circulant dans les différents services. Il s'agit donc pour le personnel soignant de se montrer vigilant face aux odeurs auxquelles il est confronté. Développer un nez professionnel peut faire partie de la valorisation des compétences d'un soignant et de sa capacité à analyser certaines situations. Mais derrière ces compétences, il s'agit de ne pas oublier que le premier sujet reste le patient. Le nez professionnel doit donc également s'accompagner d'une attitude en accord avec le respect des personnes soignées. Ainsi devant des odeurs insupportables, il s'agit de s'interroger également sur la perception que peuvent en avoir les personnes concernées, c'est-à-dire les patients.

On a souvent tendance à considérer que les personnes dégageant des odeurs agréables ou nauséabondes y sont tellement habituées qu'elles ne sentent plus rien, tel le parfum que l'on

³ LASZLO P., 2003, p.23

ne sent plus sur soi en cours de journée mais que l'entourage perçoit encore. Or, dans le cas de certaines pathologies ou infection, l'odeur se fait tellement omniprésente qu'elle devient également insupportable au malade qui, lui, doit la subir constamment. *« L'odeur est, elle, un élément extrêmement concret, factuel, d'une évidence incontournable. Il convient bien sûr de distinguer l'odeur du pansement lors de son renouvellement, notamment pour les hydrocolloïdes, qui peut s'expliquer, se justifier, être acceptée car elle est limitée dans le temps, et l'odeur permanente dégagée par une plaie, même couverte. Cette odeur s'impose à tous : patient, soignants, visiteurs. Les odeurs peuvent gêner le soignant et abîmer sa relation avec le patient, même si, en règle générale, chacun essaye de faire de son mieux pour ne pas le montrer et le faire ressentir au malade. Pour le patient, l'odeur est un symptôme dont il souffre. D'ailleurs, odeur et douleur sont les principaux symptômes dont il se plaint : souvent il ne voit pas son escarre, selon la localisation, ou seulement épisodiquement au renouvellement du pansement. Pour lui cette odeur est un " mauvais signe ", parfois même symboliquement insupportable. »⁴.*

Les patients sont souvent désemparés face à l'apparition d'odeurs inconnues et nauséabondes qu'ils vont vite assimiler à une détérioration de leur état. Dans ce contexte, les seuls interlocuteurs pouvant leur apporter réconfort et apaisement seront les soignants qu'ils jugeront les plus aptes à répondre à leur angoisse et questionnement, à savoir les infirmiers qu'ils côtoient quotidiennement et qui leur dispensent les soins en relation aux troubles qu'ils subissent. Mais ce personnel soignant est pourtant mal armé pour faire face aux difficultés de communication et d'échanges sur un sujet qu'ils auront du mal à aborder sans laisser apparaître leur propre malaise.

ENQUETE

METHODOLOGIE

1. Choix de la population

Ainsi que je l'ai déjà exprimé, cette recherche cible les soignants infirmiers. Cependant, la participation de deux catégories d'infirmiers, à savoir un jeune diplômé et un ancien diplômé, me semble indispensable pour établir s'il existe une différence d'adaptation en fonction de l'ancienneté dans les capacités à appréhender les odeurs.

2. Choix du lieu

J'ai décidé d'effectuer des entretiens auprès d'infirmiers travaillant dans les services suivants :

- service de long séjour pour personnes âgées
- service de chirurgie digestive et vasculaire
- service de cancérologie O.R.L.

⁴ FROMANTIN I., infirmière à l'Institut Curie, <http://www.escarre.fr/interviews/interview8.htm>

J'ai déjà pu constater, en effet, au cours de mes différents stages en gériatrie que les odeurs y étaient particulièrement dominantes, en particulier les odeurs de selles et urines dues aux incontinences, mais également les odeurs de plaies d'escarres, malheureusement fréquentes. Je n'ai pas effectué de stage en digestif et O.R.L., mais des intervenants nous ayant fait cours sur les stomies digestives et trachéales ont également mis l'accent sur les odeurs spécifiques de ces services de soins.

3. Choix de l'outil

Le choix d'un entretien me semble le plus adapté dans le cas d'une recherche s'appuyant sur des acquis et expériences pouvant se révéler très diversifiés en rapport à la capacité de chacun à faire face à certaines odeurs. En effet, les infirmiers directement concernés travaillant dans des services où les odeurs sont parfois caractéristiques seront à même d'apporter les éléments permettant d'élaborer une base constructive à l'élaboration de ma recherche.

QUESTIONNAIRE ET OBJECTIFS

La grille d'entretien comporte un ensemble de questions directives et semi-directives, réparties en deux groupes.

En rapport à l'objectif de recherche : les mauvaises odeurs peuvent-elles être préjudiciables à la relation d'aide ?

- 1) Avez-vous déjà été indisposé par des odeurs nauséabondes au point que ça en affecte votre travail auprès du patient ?
- 2) Si oui, avez-vous déjà refusé, délégué, ou réalisé « vite fait » un soin à cause d'une odeur que vous ne supportiez pas ?
- 3) Avez-vous vu ou mis en place des stratégies afin de pallier aux mauvaises odeurs ?
- 4) Un dialogue avec le patient peut-il avoir lieu sur les odeurs liées à sa pathologie ?
- 5) Si oui, la relation et le soin en sont-ils améliorés ?

Ces questions permettront d'établir dans quelle mesure les mauvaises odeurs sont gérées par le personnel soignant et infirmer ou non l'hypothèse que la relation d'aide de l'infirmier envers le patient pâtit de l'influence directe de ces odeurs ; elles permettront également de mettre en relief les moyens élaborés ou non afin de pallier aux difficultés de relation qu'entraînent potentiellement ces odeurs. L'intérêt sera de constater si, malgré une compréhensible attitude de rejet face à une odeur insupportable, la relation peut être permise et améliorée après réflexion sur le sujet. Enfin, il s'agira de savoir si le patient, également directement concerné, peut ou non participer à cette réflexion et s'il est donc possible de lever le tabou d'une discussion ouverte sur les mauvaises odeurs afin d'améliorer les soins.

En rapport au 2^{ème} objectif : les mauvaises odeurs peuvent-elles se révéler un atout dans la prise en charge infirmier ?

- 6) Avez-vous déjà utilisé les odeurs dans le suivi de l'évolution d'une pathologie ?

- 7) Connaissez-vous des odeurs spécifiques à une pathologie ?
 8) Pensez-vous que les odeurs puissent être intégrées dans la surveillance infirmière ?

Cette deuxième partie d'entretien permettra de déterminer si les odeurs, même mauvaises, peuvent servir de support à une analyse de situation médicale, voire de diagnostic infirmier. Elles permettront d'infirmier ou non l'hypothèse que les odeurs peuvent permettre un meilleur suivi lorsqu'elles sont suffisamment bien appréhendées et intégrées dans le quotidien des soins.

Après une prise de contact par courrier et téléphone auprès des différents services, j'ai pu réaliser la totalité de mes entretiens en une même semaine. Je n'ai rencontré aucune difficulté particulière, et toutes les infirmières sollicitées pour ces entretiens se sont montrées très ouvertes et intéressées par le sujet.

RESULTATS ET ANALYSE

Les personnes concernées par les entretiens se répartissaient comme suit :

Entretien	n°1	n°2	n°3	n°4	n°5	n°6
Service	Chirurgie digestive et vasculaire	Chirurgie digestive et vasculaire	Long séjour pour personnes âgées	Long séjour pour personnes âgées	Cancérologie ORL	Cancérologie ORL
Ancienneté du diplôme	Mars 2005	Décembre 1996	Avril 2005	Juillet 1989	Novembre 2004	1980

A la première question, toutes ont répondu effectivement avoir déjà été indisposées par des odeurs nauséabondes, mais une seule a rapporté un épisode pendant lequel une odeur de vomi lui fut tellement insupportable qu'elle fut obligée d'ouvrir la fenêtre en plein hiver et en présence du patient. Sinon, en majorité, les infirmières interrogées considèrent que les odeurs, même très nauséabondes, n'affectent pas leur travail.

A la deuxième question concernant le refus, la délégation ou le soin « vite fait » à cause d'une odeur insupportable, seule l'infirmière la plus anciennement diplômée a répondu par l'affirmative en précisant que les soins dans ces cas-là étaient certes réalisés « vite fait » mais réalisés par elle ; parfois, il lui arrive de demander l'aide d'une aide-soignante afin de réaliser le soin dans de meilleures conditions, à savoir moins précipitamment, mais également pour un soutien psychologique face à une odeur particulièrement désagréable.

Ainsi, on peut déduire que, malgré la gêne éprouvée à l'unanimité par l'ensemble des infirmières, aucune ne se permettra de refuser de réaliser un soin, même dans le cas où l'équipe étant en nombre suffisant le soin pourrait être délégué à un collègue moins gêné. Le soin pourra être réalisé « vite fait » mais « sera fait dans tous les cas par moi ». Il est pourtant

intéressant de souligner que dans certains cas, des infirmiers n'hésitent pas à demander à leur collègues de prendre en charge un patient en particulier, voire changer de secteur, afin de les décharger du malaise que peut leur procurer la réalisation d'un soin auprès dudit patient. Il peut arguer d'une difficulté d'ordre relationnel ou affectif, ou bien de la personne qui nécessite une patience dont le soignant sera incapable ce jour-là, ou encore du respect de la pudeur : « lorsqu'il "sent que la présence d'un homme n'est pas souhaitable auprès d'une femme, il " passe la main à une infirmière". Ce qui signifie que, s'il ne sent plus d'espace thérapeutique pour travailler, il se retire, et passe le relai à une collègue qu'il considère plus professionnelle que lui à ce moment là, puisque ce qui la définit, n'est pas son genre, mais sa fonction. ». ⁵ Dans tous les cas, l'infirmier est conscient que dans ces conditions le soin ne pourrait plus être profitable au patient. On peut donc se demander si le refus ou délégation de soin auprès d'un patient à cause d'une odeur n'est pas plutôt perçu comme un jugement de valeur ; ainsi avouer son malaise à exécuter un soin dans ces conditions donnerait une image négative du soignant et des valeurs qu'il représente.

A la troisième question concernant les stratégies mises en place pour pallier aux odeurs les réponses se diversifient et se rejoignent. Les trois principales stratégies consistent en l'ouverture de la fenêtre de la chambre, les bombes désodorisantes et le port du masque souvent agrémenté de parfum de lavande ou d'alcool de menthe. Dans les autres stratégies on trouve : le lit lavé à la lavande, sucer un bonbon à la menthe pendant le soin, le lait froid dans des coupelles pour absorber les odeurs, le charbon dans les pansements. Mais toutes ces stratégies ne sont pas toujours expliquées au patient, ou parfois, l'explication de leur utilisation sera détournée par un faux prétexte : on aère parce qu'il fait trop chaud, on désodorise car ça sent le renfermé, on porte un masque parce qu'on est enrhumé....

A la quatrième question concernant la possibilité d'un dialogue avec le patient sur les odeurs, les réponses sont très nuancées, excepté pour deux infirmières dont la réponse sera plus catégorique mais négative pour l'une qui souligne que le sujet est tabou, et affirmative pour l'autre qui considère que le dialogue peut être bénéfique pour le patient. En effet, cela peut lui apporter des éléments de compréhension s'il se sent rejeté par son entourage sans avoir compris que ce pouvait être en lien avec une odeur à laquelle il s'était habitué et qu'il ne sentait plus. Les autres infirmières se disent assez mal à l'aise d'aborder le sujet avec les patients, « C'est comme ça, ça sent mauvais, il le sait, je le sais », et soulignent que l'initiative vient plutôt d'eux car eux-mêmes sont embarrassés par l'odeur qu'ils véhiculent et s'en excusent pendant les soins. Ainsi, en chirurgie digestive, lors d'un change de poche de colostomie la patiente était gênée que l'infirmière puisse être incommodée par l'odeur « Ma pauvre, ça sent mauvais... », ce à quoi l'infirmière a répondu que ce n'était pas grave et qu'elle avait l'habitude. Même attitude pour une infirmière auprès des personnes âgées qui devant la gêne d'une patiente lors d'un change lui explique qu'« il s'agit de mon travail, et qu'il n'y a pas de soucis ». En cancérologie ORL, une infirmière dit que les patients trachéostomisés n'ont plus d'odorat et par conséquent ne sont pas conscients de l'odeur qu'ils émettent « dans ce cas, on en parle pas » ; quant aux autres patients, l'initiative vient d'eux et ils demandent que leurs pansements soient refaits quand l'odeur leur devient insupportable.

Il peut sembler paradoxal d'éviter tout dialogue concernant le problème des odeurs avec les patients et, en parallèle, développer malgré tout des stratégies d'adaptation à leurs dépens.

⁵ http://www.serpsy.org/piste_recherche/mediations/corps.html#6

D'autant que l'idée majeure ressortant de cet entretien est que les patients prennent l'initiative d'en parler, étant eux-mêmes directement et constamment confrontés à des odeurs inconnues mais surtout indisposantes se dégageant de leur corps et par conséquent entraînant de nombreuses questions touchant un sujet délicat les rendant plus vulnérables. Le mot tabou clairement énoncé par une des infirmières prend ici tout son sens : parler des odeurs dégagées par une personne quand elles sont perçues comme nauséabondes pose problème. Même lorsque les patients abordent le sujet, les soignants tendent à minimiser le problème et ainsi écarter un sujet qui les met mal à l'aise.

A la question concernant l'amélioration de la relation et du soin suite au dialogue, quatre infirmières ont répondu par l'affirmative. Une infirmière a pu rassurer une patiente concernée par l'anormalement forte odeur dégagée par ses selles en lui expliquant que le traitement qu'elle prenait causait souvent cet effet secondaire ; le dialogue qui en suivit a permis de diminuer la gêne de la patiente en présence des infirmières. Pour les autres, le dialogue permet d'installer une relation de confiance, la situation est dédramatisée, d'ailleurs tout peut se dire et être compris « *si on sait trouver les mots justes et la manière d'en parler, ne pas être brutal ; il faut toujours tout expliquer du moment qu'on le fait dans les formes* ». Quand le patient comprend ce qui se passe par rapport à sa pathologie, il se sent rassuré : « *le développement d'odeur sous les pansements est normal, il doit le savoir pour ne pas s'en inquiéter ; de même si l'odeur diminue cela révèle une bonne évolution* ».

Donc malgré la gêne des infirmières à parler ouvertement des odeurs avec les patients, lorsque l'occasion se présente et qu'un dialogue peut avoir lieu, il apparaît que loin de creuser le fossé de la relation avec le soignant celle-ci gagne en confiance. Tenir le patient informé du développement normal de certaines odeurs en lien à sa pathologie lui permet de devenir acteur de sa prise en charge. Mettre des mots sur la gêne physique et morale ressentie face à des odeurs nauséabondes permet de lever le voile sur certaines ambiguïtés pouvant se révéler néfastes dans les rapports humains, sans oublier l'entourage immédiat du patient également concerné. Ainsi, une infirmière m'informait de l'importance d'expliquer au patient et à la famille que l'odeur persistante d'urine chez les insuffisants rénaux dialysés était normale et physiologique et ne traduisait pas un manque de soin d'hygiène de la part de l'équipe soignante.

A la question concernant l'utilisation des odeurs dans le suivi d'une pathologie une seule infirmière dit ne s'en être jamais servie. Pour les autres, l'évolution de pathologie la plus citée concerne les plaies, « *moins elles sentent, mieux elles vont* ». Parmi les autres descriptions de pathologies on trouve : les ulcères de peau dont l'odeur sera différente selon le stade ; certaines odeurs de sécrétions pulmonaires qui permettent de détecter le début d'une infection ; l'efficacité du traitement antibiotique au Flagyl® qui réduit l'odeur dans le cas d'infection laryngée ; la reconnaissance d'un melaena sur des selles sous traitement au fer – l'aspect et la couleur étant similaire, c'est l'odeur très forte et particulière du melaena qui permettra le diagnostic différentiel.

A la question concernant la connaissance d'odeurs spécifiques à une pathologie, toutes répondent par l'affirmative et donnent plusieurs réponses. L'odeur spécifique récurrente est le melaena, cité par chacune « *typique et reconnaissable par tous ceux qui l'ont déjà senti* » ; puis viennent les infections liées au pyocyanique ; les urines infectées ; les haleines d'infection dentaire, celles de diabétiques en acidocétose ; les différenciations d'odeurs entre

différentes plaies ; mais aussi les hématomés liées aux ruptures de varices œsophagiennes, les grands brûlés, les greffes de moelle. Sont également citées des odeurs liées à des techniques de soin comme le Mickulitz dans le cadre d'amputation rectale « *odeur spécifique reconnaissable dans tout le service* » ; ou encore les insuffisants rénaux dialysés dont la sueur sent l'urée.

Indéniablement les odeurs font partie de l'environnement des infirmières ; chacune au cours de l'entretien a pu citer au moins deux exemples d'odeur spécifique. Néanmoins, si elles sont capables de donner plusieurs causes de pathologies entraînant des odeurs bien souvent nauséabondes, elles ont plus de mal à utiliser un vocabulaire spécifique capable de décrire ces effluves à un novice : l'odeur sera « *caractéristique* », « *reconnaissable si déjà sentie* », « *typique* », ...L'odeur est qualifiée par l'affection dont elle découle : une odeur de melaena, de pyocyanique, de sécrétions pulmonaires, d'infection urinaire...L'intensité sera traduite par les termes « *forte* », « *légère* », « *insupportable* ». De tous nos sens, l'olfaction est le seul à appartenir au système limbique du cerveau qui contrôle les émotions et l'affect, tandis que les mots et les idées appartiennent au néo-cortex, « *raison pour laquelle si l'on peut décrire une vision, imiter un son, on ne peut décrire une odeur, les mots étant impuissants* ». ⁶

A la question concernant l'intégration des odeurs dans la surveillance infirmière, j'obtiens une seule réponse négative venant d'ailleurs de la même infirmière ayant dit ne s'être jamais servie des odeurs dans le suivi d'une pathologie. Elle utilise surtout la vue et le toucher et concluait par le fait qu'elle se protégeait plutôt des odeurs et s'empêchait de développer son odorat sur son lieu de travail, considérant qu'il était déjà assez mis à mal en dehors au quotidien. Quant aux autres infirmières, elles donnent plusieurs exemples de surveillance tels que : la négligence de certaines réfections de pansements entraînant une odeur particulière et anormale, les hémorragies dont l'odeur de sang frais peut-être repérée avant l'apparition de tâches sur les bandages, à nouveau le melaena qui permettra également de détecter les hémorragies digestives ou dont la disparition d'odeur permettra de déterminer la guérison, les infections urinaires dont l'odeur motivera l'infirmière à utiliser une bandelette urinaire afin de confirmer le diagnostic, la détection d'odeur d'alcool chez des patients supposés rester sobres (surtout en pré et post opératoire) et qui entraînera une vigilance accrue jusqu'à la surveillance des niveau des hydro-alcoolique dans les chambres, les cas de reconstitution par lambeaux dont l'odeur sera le seul moyen de se rendre compte du rétablissement de la vascularisation car autrement la nécrose entraîne une odeur malodorante et anormale. Dans le service de cancérologie ORL la surveillance des odeurs est d'ailleurs incluse dans des grilles de critères d'évolution utilisées pour les transmissions écrites ⁷. En gériatrie, la transmission des odeurs sera également notée et exposée oralement mais on ne signalera que leur présence, pas leur disparition. Selon une des infirmière travaillant dans ce service : « *Il y a un conditionnement de l'odorat : l'urine doit sentir l'urine, les selles doivent sentir les selles, etc...Même une mauvaise odeur ne doit pas sortir de ses caractéristiques de mauvaise odeur* ».

On peut donc rendre compte de l'importance du rôle des odeurs dans la profession d'infirmier et dans la prise en charge des patients. La surveillance infirmière n'implique pas seulement le fait de relever l'existence d'une odeur mais de prendre l'initiative d'adapter un geste, un soin, afin de déterminer si cette odeur jugée anormale peut se révéler un risque potentiel pour le

⁶ Dr MASLO P., 1994, p.28

⁷ Annexe I

patient et surtout, enfin, en transmettre les données à l'équipe médicale pour réévaluer la prise en charge si nécessaire.

Ainsi, en reprenant les objectifs de recherche posés dans cette étude, on peut dans les deux cas y répondre par l'affirmative. Néanmoins, si pour ma part je considère qu'en effet les mauvaises odeurs peuvent être préjudiciables à la relation d'aide, il apparaît que les infirmières interrogées n'en sont pas réellement conscientes. En effet, au regard de leurs réponses, on peut dire que tant que le sujet n'est pas abordé le problème n'existe pas ; elles vont donc subir l'odeur mais dans tous les cas pratiquer le soin qui relève de leur devoir de professionnelle. Or une gêne, quelle qu'elle soit, non exprimée, ne peut pas permettre d'entrer en relation à proprement parler, et d'être en accord avec les attentes et besoins. La relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, donc être en relation suppose une implication, un engagement physique et psychique. On peut rappeler l'exemple de cette psychologue du Réseau Souffrance et Précarité qui se retrouva incapable de se concentrer sur les problèmes du « sans-abri » qu'elle recevait à cause de l'odeur qu'il dégageait ; c'est en se permettant d'aborder le sujet que le problème fut résolu. Evidemment, à l'hôpital, toutes les odeurs ne disparaîtront pas sous une douche. Par contre, on sait que l'information et le dialogue tendent à diminuer sensiblement les angoisses des patients ; or les odeurs liées à certaines pathologies leur étant souvent inconnues, leur apparition ne fera qu'amplifier leur vulnérabilité et leur mal-être au cours d'une hospitalisation. C'est à ce stade que le rôle de l'infirmière devient primordial afin d'anticiper sur l'installation de ce malaise et informer le patient quand les risques d'apparition d'odeurs sont inévitables. On se rend compte d'ailleurs, à travers les entretiens, que lorsque le sujet est abordé, majoritairement à la demande des patients, certaines infirmières reconnaissent l'installation d'une relation de confiance permettant l'amélioration des rapports. Il est clair que l'infirmière n'échappe pas à la représentation sociale négative que les mauvaises odeurs véhiculent lorsqu'elles proviennent du corps et que par conséquent il leur est difficile d'établir un dialogue, voir d'aborder le sujet lorsqu'elles y sont confrontées, la première idée étant qu'elles risquent de froisser le patient ; après tout à quel point est-on prêt à entendre que nous ne sentons pas très bon ? C'est bien là que la relation d'aide prend toute sa dimension ; en effet, quand le patient aborde le sujet, il ne s'agit plus d'éviter le dialogue mais de l'approfondir et d'y apporter un vrai soutien psychologique par une écoute attentive afin de répondre aux attentes de réconfort du patient dans un moment particulièrement difficile à vivre.

Or, malgré les difficultés d'adaptation à certaines odeurs et la pénibilité d'y être confronté au quotidien, on se rend également compte que ces effluves désagréables sont indissociables du travail infirmier et se révèlent un atout majeur dans la prise en charge. La majorité des soignants apprennent à les reconnaître, les différencier, les intégrer dans leur surveillance, dans leurs transmissions ; ils deviennent capables d'informer le médecin si l'évolution est favorable ou non en fonction de certaines odeurs, de détecter les anomalies. L'infirmier est au plus près du malade ; il sera le premier à percevoir le problème, repérer ce qui ne va pas, ce qui sort de l'ordinaire ; cette aptitude devient d'autant plus importante dans les cas où le patient n'est pas toujours capable de communiquer.

Il est également intéressant de noter que l'expérience et l'ancienneté du diplôme n'a guère de répercussion sur la capacité à appréhender les odeurs. D'ailleurs, d'après l'infirmière la plus anciennement diplômée : « *On ne s'habitue pas aux odeurs, on fait avec ! Il est même inquiétant de s'habituer aux odeurs, c'est qu'on les intègre trop et qu'on ne fait plus de*

différence. ». Au début de ma recherche, je pensais qu'on pouvait s'habituer aux odeurs et que cela facilitait notre tolérance ; à présent, je pense également comme le dit cette infirmière qu'on fait avec mais que notre perception évolue et se professionnalise naturellement.

Les mauvaises odeurs ne devraient donc plus être vécues comme une nuisance mais comme un outil à part entière de la profession, voire une valorisation de la capacité infirmière à interpréter des informations olfactives, rôle que les médecins ont tenu pendant des siècles et qu'ils ont implicitement relégué aux infirmiers en prenant de la distance dans leur contact avec les patients. La difficulté reste dans l'image négative véhiculée par les mauvaises odeurs et la fonction péjorative qui peut être attribuée à l'infirmier capable de développer un nez professionnel des mauvaises odeurs à l'instar du parfumeur ; or ce dernier se consacrant aux parfums recherchés par une société obsédée par l'idée de sentir bon - ou hantée à l'idée de sentir mauvais – le prestige et la reconnaissance lui seront plus facilement accordés.

CONCLUSION

Au cours de ma recherche, j'ai pu me rendre compte que si les odeurs font partie du quotidien des soignants elles demeurent néanmoins un sujet peu abordé bien que l'olfaction soit sollicitée régulièrement en milieu hospitalier : « *Elles surprennent les visiteurs. Elles sont souvent puissantes, parfois associées à des souvenirs ou sensations désagréables. On s'y accoutume, on les transporte et l'entourage le signale. Le comportement de l'homme face aux odeurs et ses moyens de défense sont encore peu étudiés.* ».⁸

On peut se poser la question d'une telle absence de curiosité dans le milieu médical alors que le sujet touche toutes les personnes à tous les niveaux, quelque soit le service ou son grade professionnel, patient ou soignant, famille ou ami. En tant que future professionnelle voilà bien la question qui m'interpelle le plus : comment intégrer un dialogue sur les odeurs au sein des équipes soignantes afin de pallier à la difficulté de communication avec les patients dans ce domaine ? Il s'agira, je pense, d'une part de mettre l'accent sur les paradoxes existants, comme adopter des stratégies à l'insu du patient au risque d'en faire pâtir la relation de confiance établie avec lui s'il se rend compte du stratagème, et d'autre part souligner tous les épisodes (même rares) ayant abouti à un dialogue ouvert sur le sujet et ayant surtout permis de soulager le malaise du patient. Il me semble qu'il pourrait également être intéressant de valoriser un peu plus, au sein des équipes, les capacités des soignants à utiliser leur odorat, surtout dans les cas de détection d'anomalie. Peut-être, à force d'en parler et de souligner les améliorations découlant d'une surveillance olfactive, les infirmiers prendront-ils conscience de la valeur d'un tel outil à leur disposition.

Pendant notre formation infirmière, on parle beaucoup de sujets particulièrement sensibles tels que la mort, la souffrance, l'abandon, la douleur, la maltraitance....Ce sont des sujets difficiles mais qui nous accompagnent pendant tout notre parcours d'études avec le soutien de professeurs, comptes rendus de stages en groupe, analyses de textes, débats, jeux de rôle. Il me semble que le meilleur moyen d'évoluer sur un sujet pouvant mettre mal à l'aise est de pouvoir échanger sur des expériences et réflexions en groupe où chacun peut faire partager ses difficultés ou facilités à appréhender le problème. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'apporter

⁸ http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/med_travail/cours/affections_personnel_sante.html

des solutions mais plutôt de permettre une première approche et une réflexion à long terme sur un sujet demandant une certaine maturation afin de casser nombre d'idées reçues.

On peut effectivement mettre en avant les droits du patient et devoirs de l'infirmier, mais dans une société où les odeurs perçues comme nauséabondes reflètent souvent dans l'esprit collectif une anormalité voire une déchéance, il s'agirait avant tout d'essayer d'introduire la discussion pendant la formation infirmière afin de pouvoir travailler et discuter sur un tabou qui nous concerne tous.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

FAIVRE Hélène – **Odorat et humanité en crise à l'heure du déodorant parfumé** – Editions L'Harmattan, 2001. 242 pages

LASZLO Pierre – **Les odeurs nous parlent-elles ?** – Editions Le Pommier, 2003. 64pages

LE GUERER Annick – **Les pouvoirs de l'odeur** – Editions Odile Jacob, 1998. 324 pages

MALSON Lucien – **Les enfants sauvages** – Editions Union Générale d'Editions, collection 10/18, 1964.256 pages.

Dr MASLO Philippe – **Le pouvoir des odeurs** – Editions Albin Michel, 1994. 194 pages

VIGNAUD Jacques – **Sentir** – Editions Universitaires, 1982. 188 pages

LIENS INTERNET

DUPERRET DOLANGE Hélène, "Le « nez » du soignant", in L'INTERdit, n°30/31

<http://membres.lycos.fr/papidoc/542nezdusoignant.html>

FROMANTIN Isabelle, infirmière à l'Institut Curie

<http://www.escarre.fr/interviews/interview8.htm>

RAJABLAT Marie, « La toilette : un savoir faire et un savoir être »

http://www.serpsy.org/piste_recherche/mediations/corps.html#6

Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes

http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/med_travail/cours/affections_personnel_sante.html

ANNEXE

Diagramme d'activité des soins d'un service ORL

QUATRIEME DE COUVERTURE

Au cours des différents stages de notre formation infirmière, nous sommes amenés à être régulièrement interpellés par des situations secouant notre réalité quotidienne, nous invitant souvent à une réflexion sur le travail infirmier et les répercussions de ce travail sur les patients.

Pour aborder le travail de fin d'études, je me suis laissée guidée par ce qui avait pu me perturber ou me heurter pendant ces années de formations théorique et pratique. Presque instantanément mon odorat s'est rappelé à mon souvenir et j'ai aussitôt re-senti toutes les odeurs de l'hôpital, toutes ses « mauvaises » odeurs.

Dès mon premier stage, cet odorat que je considérais jusque là comme peu développé avait été sérieusement mis à mal. Or je notais au cours des stages suivants que ces odeurs, pourtant récurrentes, n'étaient que très peu, voire jamais, prises en compte dans la prise en charge du patient.

Je me suis alors questionnée : comment un soignant peut-il dépasser son dégoût face à une mauvaise odeur ? Comment peut-on parler de relation d'aide si un soignant supporte avec difficulté l'odeur du patient ?

Mais ces odeurs, aussi nauséabondes soient-elles peuvent aussi être un outil pour le soignant : elles peuvent alerter par leur caractère inhabituel, interpeller, être reconnues et utilisées pour certains diagnostics.

Les mauvaises odeurs sont-elles un obstacle à la relation d'aide ou bien un atout dans la prise en charge du patient ?

Finalement, quels liens existeraient entre mauvaises odeurs et qualité des soins ?

Au terme de cette réflexion une question reste en suspens : comment lever le voile sur un tabou qui nous concerne tous ?