

UNIVERSITE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

UFR Sciences Humaines – Ecole Doctorale LECLA (Lettres, Communication, Langues, Arts)

Laboratoire CIMEOS (E.A. 4177)

THÈSE

Pour obtenir le grade de

Docteur de l'Université de Bourgogne

Sciences de l'Information et de la Communication

par

Laurence LAGARDE-PIRON

le 7 décembre 2016

La première rencontre du corps malade en contexte de
soins infirmiers

La relation de soin : une expérience ultime, du sensible au social

Directeur de thèse

Professeur Pascal LARDELLIER

ALBERTINI Françoise, Professeure, Université de Corse Pasquale Paoli, rapporteure

BERNARD Françoise, Professeure, Aix-Marseille Université

LARDELLIER Pascal, Professeur, Université de Bourgogne-Franche Comté

PARIZOT Anne, Maître de Conférences HDR, Université Reims Champagne Ardenne,
rapporteure

PARRINI-ALEMANNO Sylvie, Professeure, CNAM, Paris

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements s'adressent à mon directeur de thèse, le Professeur Pascal Lardellier, pour la confiance et la liberté qu'il m'a accordées durant toutes ces années, encadrant mes recherches depuis le master et orientant avec bienveillance mes premiers pas de chercheuse. Son incomparable érudition et ses remarques toujours à propos m'ont accompagnée dans les différentes étapes de ma thèse. Il a toujours su trouver le mot juste et réconfortant pour me recentrer lorsque je me suis égarée et me réassurer dans les moments de doute.

Je remercie les membres du jury qui me font l'honneur d'examiner mon travail, Mesdames Françoise Bernard et Sylvie Parrini-Alemanno, Françoise Albertini et Anne Parizot d'en être les rapporteurs, Frédéric Mouchon d'avoir bien voulu en être le témoin professionnel.

Ce travail est le résultat de plusieurs années de lectures mais aussi de rencontres ayant toutes participé, d'une manière ou d'une autre, à lui donner forme. Mes remerciements s'adressent :

À l'ensemble des étudiants en soins infirmiers qui ont accepté de témoigner. Je leur suis tout particulièrement reconnaissante pour leur franchise et leur implication,

À tous les soignants et collègues de travail qui ont contribué à alimenter bon nombre de pensées développées dans ce travail,

À ma famille et mes amies qui ont su m'encourager et ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à la concrétisation de cette entreprise,

À mon « frère de thèse », Jocelyn, pour avoir partagé cette belle aventure intellectuelle,

Un grand merci enfin à Dominique, mon mari, pour sa patience et son investissement dans l'ombre, à Pierre-Marie et Anne-Claire, mes enfants pour leurs encouragements. Ils ont su comprendre à quel point ce travail me tenait à cœur.

RESUME

Notre étude porte sur les soins infirmiers avec une entrée par le corps et les émotions dans le contexte de formation et dans l'espace sensible de l'hôpital. L'étudiant est placé au centre de notre recherche, il vit à travers son corps une expérience sensorielle et relationnelle inédite et singulière dans un cadre social chargé de symboles. Il perçoit le monde des soins à travers ses sens qui l'informent, l'orientent et le déstabilisent. L'inscription de notre recherche en SIC se fait par la problématisation sensible, sensorielle et symbolique ; par la conceptualisation à travers plusieurs disciplines et différentes approches théoriques, l'interactionnisme symbolique et la phénoménologie. L'enquête a permis de recueillir un corpus de données qui, croisées avec nos archives personnelles, ont permis d'explorer l'expérience de l'étudiant dans ses dimensions perceptive et émotionnelle, cognitive et imaginaire, sans la désincarner. Dans une démarche compréhensive, nous cherchons à saisir les processus à l'œuvre dans l'émergence de l'émotion, ses manifestations et sa gestion lorsque l'étudiant se donne pour la première fois en représentation en réalisant ses premiers soins au corps. Les soins d'hygiène se déroulent dans une mise en scène où chacun, soignant et soigné, protège son image et son espace. Ils se prêtent à des mises en scène très variées et des jeux de rôle d'une grande richesse, se révélant sans nul doute comme les plus riches en significations. Ils mobilisent tous les sens et entraînent de nombreuses sensations intimes et secrètes faisant émerger de multiples ressentis qui s'exposent, se partagent et se montrent ou bien s'imposent et indisposent. Ils font résonner l'histoire des soins, les codes et les normes sociales, l'identité du rôle propre de l'infirmière.

Mots clés : soins infirmiers, corps, émotions, sensible, sensoriel, symbolique, relation soignant-soigné.

ABSTRACT

Our study focuses on nursing care with a first approach based on human body and emotions through the teaching context in the sensitive hospital environment. The nursing student is a central point of our research as he lives a unique sensitive and interpersonal experience within his own body in a social setting imbued with symbolism.

He perceives health care community through his five senses which inform and direct him, but also may destabilize him. We decided to base our study on the information and communication sciences thanks to a sensitive, sensorial and symbolic problematisation and through a multidisciplinary conceptualization based on different theoretical approaches, symbolic interactionism and phenomenology.

The survey enabled us to collect a data set which was crossed with the researcher's personal archives. This has enabled us to explore the student's experience in its perceptual and emotional as well cognitive and imaginary dimensions, without disembodimenting it.

Within a comprehensive approach, we tried to understand the process involved in the emergence of emotions, its expressions and management when the student performs and handles for the first time body cares.

Personal hygiene tasks unfold in a staging where each of the characters, caregiver and care-receiver, protect both his own image and living space. They show various performances and a high degree of role playing which are doubtlessly the most meaningful.

Every sense is mustered, drawing numerous intimate and secretive feelings which lead to the emergence of many perceptions. These perceptions are exhibited and shared, or are imposed on and therefore indispose. They are a true part of nurse care History, social codes and standards, and the identity of the nurse's role.

Keywords : Nursing care, human body, emotions, sensitive, sensorial, symbolic, caregiver and care-receiver relationship.

TABLE DES MATIERES

Résumé	5
Abstract	6
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES SIGLES	13
PREAMBULE	15
INTRODUCTION GENERALE	21
Du questionnement initial à l'objet de recherche	27
1. La problématisation sensible, sensorielle et symbolique.....	29
1.1. Questionner l'expérience sensorielle et sensible.....	30
1.2. La dimension sociale de l'expérience.....	31
1.3. La nature symbolique de l'expérience.....	31
2. L'inscription de la recherche en SIC.....	32
2.1 Une problématique communicationnelle et sensible.....	33
2.2. L'ancrage théorique en SIC.....	34
2.3. Le positionnement épistémologique.....	36
3. La posture du chercheur.....	37
3.1. Entre implication et distanciation.....	37
3.2. Une vigilance épistémologique.....	38
3.3. L'attitude du « chercheur de l'intérieur ».....	40
4. L'enquête qualitative dans une démarche compréhensive.....	41
4.1. La proximité du terrain.....	42
4.2. La population visée.....	42
4.3. L'échantillon.....	43
4.4. Le cadre contractuel de la communication.....	44
4.5. De l'entretien semi-directif à l'entretien compréhensif.....	45
4.5.1. Une posture compréhensive et une attitude empathique.....	47
4.5.2. Entretien d'explicitation.....	48
4.5.3. Parler du corps avec son corps.....	48
4.5.4. Comment terminer l'entretien ?.....	49
4.5.5. Les biais déclaratifs.....	50
4.6. Les traces écrites au retour de stage.....	50
4.7. L'observation.....	51
4.8. La netnographie.....	52
4.9. Les données informelles.....	53
4.10. Un corpus hétérogène de données.....	53
5. L'analyse.....	54
5.1. L'analyse de contenu.....	54
5.2. Une analyse artisanale des données.....	55
5.3. La phase de pré-analyse.....	56
5.4. Articulation entre recueil de données et travail d'analyse.....	57
6. Présentation de la recherche.....	58
6.1. Les objectifs de la recherche.....	58

6.2. Les contours de la recherche.....	58
6.2.1. Les bornes.....	59
6.2.2. Les limites dans l'approche théorique.....	59
6.3. Le choix de la forme pronominal « nous ».....	60
6.4. Une écriture polyphonique.....	60
7. Le plan de la recherche.....	61

PREMIERE PARTIE

Le soin, les soins infirmiers et la formation.....	67
1. A l'origine des pratiques soignantes.....	67
1.1. Les femmes soignantes et la place du corps dans leurs pratiques.....	69
1.1.1. Identification de la pratique des soins à la femme.....	69
1.1.2. Les soins réservés à la femme consacrée.....	71
1.1.3. La soignante auxiliaire du médecin.....	74
1.2. Vers la professionnalisation infirmière.....	74
1.2.1. Evolution du profil de l'infirmière.....	76
1.2.2. A la rencontre des pionnières de la profession.....	78
2. Entre rôle social et rôle individuel.....	82
2.1. La nature féminine du soin.....	84
2.2. L'infirmière au masculin.....	87
2.3. Dimension sociale du soin et relation de service.....	88
2.4. La vocation désacralisée.....	88
3. La relation : pivot de la pratique soignante.....	90
3.1. Entre disposition bienveillante et pratique concrète : le <i>care</i>	91
3.2. <i>Care</i> et soins infirmiers.....	93
3.3. Le lien <i>care</i> et femme.....	94
3.4. L'indissociable lien du <i>care</i> et du <i>cure</i>	95
4. Le cadre de la formation en soins infirmiers.....	95
4.1. Des écoles d'infirmières aux instituts de formation.....	96
4.1.1. Le premier diplôme de l'Etat français.....	96
4.1.2. Le diplôme d'Etat infirmier.....	96
4.1.3. Vers le rôle propre.....	97
4.1.4. Une approche globale de l'humain.....	98
4.2. Le programme de 2009 : une approche par compétence.....	99
4.2.1. Les référentiels, guides de la formation.....	100
4.2.2. Le stage ou l'immersion dans le monde soignant.....	101
4.2.3. L' <i>illusio</i> ou l'évidence du soin.....	101
4.3. La socialisation professionnelle : l'initiation à la culture soignante.....	102
4.3.1. Entre idéalisation de la profession et découverte de la réalité.....	104
4.3.2. La fragilité de l'édifice.....	107
4.3.3. Portrait imaginaire de l'infirmière.....	108

DEUXIEME PARTIE

Perception du monde soignant et désordre des sens.....	111
Les cinq sens, une hiérarchie fluctuante.....	112
... et une sensibilité culturelle.....	114
1. Le kaléidoscope sensoriel soignant.....	115
1.1. L'odorat.....	116
1.1.1. L'éducation de l'odorat dans le silence olfactif.....	117

1.1.2. L'odeur tissée d'imaginaire.....	119
1.1.3. L'odeur comme stigmat.....	120
1.1.4. L'atmosphère olfactive de l'hôpital.....	121
1.1.5. Les mots de l'odeur.....	122
1.1.6. La mémoire olfactive, une trace d'émotion ravivée par les circonstances.....	123
1.1.7. La nature invasive de l'odeur.....	124
1.1.8. Un tatouage olfactif.....	126
1.1.9. Quand les odeurs ne sont pas à leur place.....	126
1.1.10. L'odeur comme élément diagnostique.....	127
1.1.11. Apprentissage de l'univers odoriférant.....	128
1.1.12. Odeur et communication.....	129
1.2. Le toucher.....	130
1.2.1. Entre la permission et l'interdit, toucher le corps d'autrui.....	131
1.2.2. La proxémie et la confusion des espaces intime et personnel.....	132
1.2.3. La main, instrument et symbole de communication.....	134
1.2.4. Les différents touchers des soins infirmiers.....	136
1.2.5. Le sens le plus engageant.....	136
1.2.6. Ambiguïté des gestes et toucher érotisé.....	138
1.2.7. Quand les touchés sont les toucheurs.....	139
1.3. La vue.....	140
1.3.1. De la vision au monde visuel.....	140
1.3.2. Du monde visuel aux regards du novice.....	141
1.3.3. Le regard clinique.....	143
1.3.4. La compétence sociale du regard.....	143
1.4. L'ouïe.....	145
1.4.1. L'acoustique hospitalière.....	146
1.4.2. Le bruit vecteur de communication.....	147
1.4.3. L'ouïe est immersion à l'image de l'odorat.....	148
1.5. Le dégoût et les cinq sens.....	149
1.5.1. Sa fonction d'adaptation.....	149
1.5.2. Les imaginaires du dégoût.....	150
1.5.3. La socialisation du dégoût.....	151
1.5.4. Un certain ordre social.....	152
1.5.5. Le dégoût, tabou de la pratique soignante.....	153
1.5.6. Une proxémie dégoûtante.....	154
1.5.7. La dimension morale du dégoût.....	155
1.6. Une lecture sensible du corps malade.....	155
Le corps, médiateur des émotions.....	157
2. Epistémologie des émotions.....	158
2.1. De la passion à l'émotion : un rapide coup d'œil sur l'Histoire.....	158
2.2. Une notion polysémique.....	159
2.3. Les différents états affectifs.....	161
2.3.1. Les sentiments.....	162
2.3.2. Les humeurs.....	162
2.3.3. Les affects.....	162
2.4. La double face de l'émotion : entre corps et esprit.....	163
2.5. L'émotion comme dimension intime de l'adaptation.....	165
3. L'universalité des émotions.....	165
3.1. La dimension sociale de l'émotion.....	166

3.2. Les différentes manifestations de l'émotion.....	167
3.3. La composante expressive de l'émotion.....	167
4. L'émotion, désordre de la conduite.....	168
Le corps, support de notre présence au monde.....	170
5. Le corps, premier espace éducatif.....	170
5.1. Le corps et ses <i>habitus</i>	171
5.2. Entre corps effacé et corps exposé.....	173
5.3. Le corps symboliquement dangereux.....	174
5.4. Le corps stigmatisé.....	176
6. Le corps de la maladie et de la vieillesse.....	177
6.1. Le corps fragmenté de la médecine moderne.....	177
6.2. La maladie, un désordre du corps.....	178
6.3. Les trois dimensions de la maladie.....	179
6.4. Le corps caché de la vieillesse.....	180
6.5. Le corps mourant, forme extrême du corps malade.....	181
7. Mémoire sociale du propre et du sale.....	183
7.1. La propreté-représentation.....	184
7.2. L'hygiène comme ordre social et moral.....	185
7.3. Propreté et bien être.....	185
8. Le corps et les soins infirmiers.....	186
9. Mise en scène du rôle à travers la toilette.....	187
9.1. La toilette : soin emblématique de la formation.....	188
9.2. Un soin sans risque ?.....	189
9.3. La face sombre de la relation de soin.....	191
9.4. Une relation privilégiée.....	192
9.5. Un soin souvent dévalorisé.....	192
...mais d'une grande complexité.....	193
10. Les soins de propreté.....	195
10.1. Evolution des sentiments de pudeur, de honte et d'intimité.....	196
10.2. Sentiment intime, sentiment de l'intime.....	196
10.2.1. Les secrets de l'intime.....	197
10.2.2. L'intimité de l'espace.....	197
10.3. L'intimité corporelle et la pudeur.....	198
10.3.1. Dévoilement de l'intime.....	198
10.3.2. L'élimination.....	199
10.3.3. Le sentiment moral de honte.....	200
11. Une cartographie sensible des parties du corps à laver.....	200

TROISIÈME PARTIE

L'expérience émotionnelle et sociale.....	205
1. Une rencontre sensible formalisée dans un cadre.....	206
1.1. L'hôpital, cadre de l'expérience.....	206
1.2. Des rôles au rôle soignant.....	207
1.3. Une dramatisation du rôle : la blouse.....	209
1.3.1. Etre le même dans sa différence.....	209
1.3.2. Une mise en scène de soi.....	210
1.3.3. Le vêtement marque les frontières.....	211
1.3.4. Le vêtement protecteur.....	212
1.4. La chambre : théâtre des opérations.....	212

1.4.1. Apprivoiser les lieux et trouver sa place	213
1.4.2. Prise de contact : l'entrée dans la chambre.....	213
2. Quand la rupture de cadre est propice aux émotions.....	214
2.1. L'impréparation de l'étudiant.....	214
2.2. Le dégoût et les cinq sens.....	216
2.2.1. L'odeur corporelle.....	217
2.2.2. L'association des odeurs.....	218
2.2.3. Quand l'odeur de l'hôpital est aimable.....	219
2.3. L'appréhension d'un dérapage dans la relation de soin.....	219
2.3.1. L'érotisation.....	221
2.4. La culpabilité.....	221
2.5. Les différents visages de la peur et de l'angoisse.....	222
2.5.1. L'effet miroir suscite l'inquiétude.....	223
2.5.2. La transposition et le mimétisme.....	224
2.5.3. La contamination symbolique.....	225
2.6. De la tristesse au débordement émotionnel.....	226
2.7. Fierté et satisfaction.....	226
2.8. L'ambivalence de l'émotion.....	227
2.9. L'émotion comme moteur.....	228
3. Entre régulation, contrôle et travail émotionnel.....	228
3.1. Le travail de figuration.....	228
3.1.1. Sauver la face, se protéger soi et le patient.....	229
3.1.2. La réciprocité du sentiment de gêne et d'embarras.....	230
3.1.3. La distance au rôle.....	231
3.2. Le travail émotionnel.....	233
3.2.1. La parole, objet et instrument de régulation.....	235
3.2.2. Reconstruction et déplacement des frontières symboliques.....	236
3.2.3. Le monde juste.....	237
3.2.4. La ritualisation du soin.....	238
3.2.5. La réification du corps.....	239
3.2.6. Le vocabulaire du corps.....	240
3.3. Les techniques du travail émotionnel.....	241
3.3.1. Les stratégies de désengagement.....	242
3.3.2. L'humour, un mécanisme de défense efficace.....	244
3.3.3. Les espaces de régulation pour partager les émotions.....	246
3.3.4. Les coulisses du travail.....	247
3.3.5. On ne s'habitue pas.....	248
3.4. Parler de son travail aux autres.....	249
3.5. Double peine et risque de <i>burn out</i>	250
3.6. Du travail sur soi au travail sur autrui : la compétence émotionnelle.....	251
3.6.1. Laisser sa vie au vestiaire.....	251
3.6.2. L'intelligence de nos émotions.....	252
3.7. Une injonction paradoxale.....	252
CONCLUSION	255
BIBLIOGRAPHIE	265
GLOSSAIRE	281
ANNEXE I : Présentation du groupe professionnel	287
ANNEXE II : <i>Verbatim</i>	289

LISTES DES SIGLES

AMP : Aide médico-psychologique

ASH : Agent de service hospitalier

AVP : Accident de la voie publique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

ECTS : *European Credits Transfer System*

EHPAD : Etablissement d’Hospitalisation pour Personnes Âgées Dépendantes

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d’Etat

IDE : Infirmier Diplômé d’Etat

IFPS : Institut de Formation des Professions de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPDE : Infirmière Puéricultrice Diplômée d’Etat

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SDF : Sans domicile fixe

SIC : Sciences de l’Information et de la Communication

UE : Unité d’Enseignement

PREAMBULE

« Corps déstructurés comme de grands pantins désarticulés, corps aux membres, au pénis, aux seins amputés, corps taraudés, troués par les tumeurs, corps blessés par les coups, les brûlures, les armes. [Corps insupportables] à cause de leur couleur cireuse, grise, bleuâtre, verdâtre jaune, rouge... [...] par ce qui en sort : vomissements incoercibles, hémorragies cataclysmiques ou en nappe, diarrhées profuses, polyuries effarantes, crachements sanguinolents. Tous ces liquides qui sortent des corps qui se vident, des corps qui perdent leur substance, des corps qui perdent leur consistance, des corps qui se liquéfient devant nous, fondent comme s'ils allaient disparaître.[...] Il ne nous est pas facile de toucher un corps trop chaud, trop froid, trop sec, trop humide, graisseux, un corps trop dur, osseux, ou trop flasque et mou plein d'œdèmes, un corps sale. Il ne nous est pas plus facile de sentir l'odeur des corps des malades, l'odeur fade, acide, âcre, aux relents de gâteau sec humide, aux relents d'urine, de matières fécales, de pus, de décomposition, d'alcool, d'acétone. Il ne nous est pas confortable d'entendre le corps des malades : le cliquetis des appareils qui enregistrent ou matérialisent les mouvements de leur cœur, les râles, les pauses respiratoires, le silence »¹.

Bienvenue dans le monde des soins infirmiers, monde extraordinaire au sens propre du terme car en dehors et au-delà de l'ordinaire. Ce décor aurait pu être brossé par un étudiant en soins infirmiers de retour de stage. J'ai préféré extraire ces quelques lignes d'une revue professionnelle car elles rassemblent à elles seules les propos retrouvés dans les interviews réalisées pour mon enquête, propos recueillis auprès d'étudiants me racontant leur première rencontre avec le corps malade. Cette rencontre interpelle par sa force et son caractère inédit car elle ne correspond à aucune autre expérience vécue.

¹ LANRIEC, Thérèse. « Concevoir l'infirmier ». *Objectifs Soins* n° 14, 06/1993, p.33-37.

Ce témoignage va permettre aux lecteurs n'ayant pas vécu une telle expérience de se la représenter et de s'y appuyer pour me suivre dans la construction de mon objet de recherche.

Cette expérience, je l'ai connue il y a plus de trente ans. Elève² infirmière de 1^{ère} année, j'ai effectué mon premier stage dans une unité de géro-psycho-geriatrie d'un hôpital jurassien. Je me souviens encore aujourd'hui de l'odeur de la salle commune, de la vue des corps déformés et usés, du mélange d'odeurs de javel et d'ammoniaque qui agressaient les narines. J'entends encore les lamentations des malades, les râles des mourants. J'avais 17 ans et je n'avais encore jamais mis les pieds dans un hôpital.

J'ai été confrontée à cette réalité qui révèle brutalement ce qui doit être caché, et l'a toujours été, jusqu'au jour où il a bien fallu que j'ose regarder et enfreindre les règles sociales pour voir et toucher les corps. J'ai vécu cette expérience dans un silence relatif, et pourtant j'ai été bouleversée, submergée par l'émotion. J'ai ressenti de la peur, du dégoût et de la tristesse, mais aussi de la joie et de la fierté lorsque j'ai croisé leur regard reconnaissant d'avoir pris le temps de m'occuper d'eux. Toutes sortes d'émotions contradictoires m'ont envahie, et certaines m'ont fait douter de mes capacités à être soignant. Ces émotions, perçues comme un manque de professionnalisme, je les ai très peu partagées, j'ai appris à les taire et à les gérer. A cette époque, les émotions étaient présentées comme incompatibles avec le métier de soignant. Les propos de mon premier chef de service résonnent encore à mes oreilles « *on ne fait pas de médecine avec des sentiments !* » En est-il autrement aujourd'hui ?

J'ose dire que j'ai appris mon métier « sur le tas », et cette expression triviale n'est pas un abus de langage. Les monitrices de mon école, sous la direction d'une religieuse, ne venaient jamais nous rendre visite en stage. Beaucoup plus occupées à assister les médecins chargés de nous enseigner la médecine et à veiller au respect de la moralité, elles ne se préoccupaient pas de ce que nous vivions sur le terrain.

Depuis, j'ai traversé de nombreux services de soins, adultes et pédiatriques. J'ai appris les allants de soi, j'ai incorporé par expériences successives les dispositions soignantes, tous les codes et les manières d'être et de faire, les gestes et attitudes qui ont fait de moi une

² A cette époque, le terme élève était utilisé. Depuis les élèves sont devenus étudiants et les écoles d'infirmières se sont transformées en Institut de Formation en Soins Infirmiers. (Décret n° 92-264 du 23 mars 1992, modifiant le décret n°81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier).

infirmière. J'ai appris à me « débrouiller » avec les corps des patients, bousculant tous les repères clés de mon existence, cherchant à trouver la juste distance pour me protéger. J'ai appris le rôle.

Mon itinéraire de soignante est fait de plusieurs périodes, de nombreux changements mais une constante : l'hôpital public. Un début de carrière d'infirmière dans différents services de réanimation pour adultes et une première étape à l'université avec l'obtention d'un Diplôme Universitaire d'Infirmier en Réanimation, Soins Intensifs et Urgence. Durant toutes ces années de soins, j'ai croisé à plusieurs reprises des enfants de tous âges, perdus au milieu des adultes et déstabilisant les équipes soignantes tant leur prise en soin est spécifique. Je me suis alors spécialisée pour devenir puéricultrice³ et j'ai poursuivi ma carrière soignante à l'hôpital des enfants.

Après plusieurs années passées dans le secteur pédiatrique, j'ai souhaité prendre d'autres responsabilités et occuper une fonction d'encadrement en suivant la formation de Cadre de Santé⁴. Devenir cadre modifie le point de vue. Participer indirectement aux soins de toute une équipe soignante, c'est être à côté sans être directement impliquée dans leurs réalisations. Cette proximité offre l'énorme avantage de démultiplier les occasions d'observer les soins et de les questionner. J'ai exercé ces fonctions d'encadrement dans l'unité de soins de réanimation néonatale d'un CHU. Cette période reste le souvenir le plus intense et le plus engagé de ma carrière. Elle est à l'origine de mon envie de réaliser une recherche, de questionner le sens donné à cette expérience de soin si singulière, celle des soins aux enfants nés trop tôt.

J'ai alors repris le chemin de l'université et suivi un Master, ma recherche⁵ portait sur la relation de soin avec l'enfant né prématurément. L'inscription de ce travail de recherche s'est faite dans le champ disciplinaire des Sciences de l'Information et de la Communication, et c'est tout naturellement qu'il se poursuit aujourd'hui.

³ La formation puéricultrice dure 12 mois, elle est l'une des spécialités infirmières. Les autres spécialités possibles sont IADE et IBODE.

⁴ La formation Cadre de Santé dure 10 mois.

⁵ Mémoire Master Recherche option « Média médiations », sous la direction de Pascal LARDELLIER, soutenu le 19 octobre 2011. Titre et sous-titre : « La relation de soins au cœur de la prématurité, entre protocoles et ritualité. Une expérience sensible en espace hospitalier ».

Enfin, l'enseignement est l'étape suivante de mon parcours professionnel. Formatrice⁶ dans un IFPS⁷, rattachée plus spécifiquement à l'école formant au métier de puéricultrice, j'accompagne les soignants de demain dans leurs parcours de professionnalisation. C'est dans ce contexte de formation que s'inscrit mon travail de thèse.

« Il y a des moments dans la vie où la question de savoir
si on peut penser autrement qu'on pense
et percevoir autrement qu'on ne voit
est indispensable pour continuer à regarder et à réfléchir ».

Michel Foucault⁸

⁶ La formation Cadre de Santé prépare aux fonctions d'encadrement et de pédagogie.

⁷ IFPS : Institut de Formation des Professions de Santé qui regroupent sept centres de formation dont quatre instituts : l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), l'IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignantes), l'IFA (Institut de Formation des Ambulanciers), l'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) ; et trois écoles : l'école d'IADE, l'école de puéricultrices et l'école de sages-femmes.

⁸ Michel Foucault, Préface à *L'Usage des plaisirs*, 1984.

INTRODUCTION GENERALE

Fondamentalement, le métier d'infirmier⁹ est un métier de relation, et il consiste à soigner le corps d'Autrui vulnérabilisé par la maladie ou le handicap.

Les soins au corps sont au cœur de l'identité soignante et font partie historiquement de la discipline infirmière. Soigner, toucher, panser, rassurer, tous les actes soignants s'expriment par le corps, avec ou malgré lui, et participent d'un corps à corps fait de proximité et de distance. Des corps meurtris, vieillissants, souffrants, malades, laids ou beaux, jeunes ou vieux ; des regards, des odeurs, des plaies, des cicatrices, autant de face à face, autant de corps que de personnes qui se donnent à voir, à sentir et à toucher.

Le soin est une expérience de communication singulière, la relation soignant-soigné est une relation particulière où les corps du soignant et du soigné sont en interaction permanente. La réalisation d'un soin, quelle que soit sa nature, nécessite d'entrer en contact avec le corps d'Autrui, de transgresser les codes de conduites qui participent au maintien de l'ordre social, redéfinissant alors complètement la forme et l'esthétique de la relation.

Tous les soins infirmiers invitent le corps en médiation et amènent le soignant à faire voler en éclat les règles proxémiques¹⁰ en franchissant dans un même mouvement les distances publique, sociale et personnelle pour s'approcher du corps malade en attente de soins. Le travail du soignant s'exerce avec le corps qui devient son outil de travail. Une partie de ses activités est de suppléer aux déficiences du patient, faire ce qu'il est empêché de faire parce qu'il est malade, handicapé ou en fin de vie.

Cette suppléance s'inscrit dans le registre du corps fonctionnel et de ses besoins fondamentaux avec au centre l'élimination, l'alimentation, et l'hygiène corporelle. Toutes ces activités élémentaires forment un ensemble désigné par le terme « actes de la vie quotidienne ». Ce travail d'assistance oblige à approcher le corps au-delà des limites sociales habituelles que nous respectons.

L'accès au corps amène le soignant à transgresser l'espace privé du patient et les secrets de l'intime. Le soin comporte d'emblée un caractère transgressif, car pour réaliser un soin

⁹ La profession infirmière étant majoritairement composée de femmes, nous utiliserons tout au long de ce travail indifféremment les termes « infirmier et infirmière » et « étudiant et étudiante ». Il ne s'agit pas de déroger aux règles de la langue française mais simplement de faciliter la rédaction et la lecture.

¹⁰ HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1978.

d'hygiène par exemple, l'infirmier va découvrir le patient, le déshabiller, le voir nu, le toucher, explorer son intérieur, connaître ses habitudes les plus intimes concernant la digestion et l'élimination, il va devoir s'intéresser à ses excréments et gérer ses salissures.

Le soignant peut également recevoir les confidences du patient, être celui à qui on confie sa souffrance, ses préoccupations, ses angoisses, ses faiblesses et ses peurs. Les échanges rituels sont d'une autre nature, la conversation peut s'engager sur des sujets aussi surprenant que la digestion, l'élimination, et tous les tracas de la vie quotidienne rarement partagés, tout ce qui est caché et que les autres ignorent.

Tous ces comportements peuvent sembler déplacés et considérés comme intrusifs, voire abusifs, tant ils sont contraires aux règles sociales de l'interaction quotidienne et aux rituels de *face à face*¹¹ décrits par Erving Goffman. A l'hôpital, ils ne sont pas seulement acceptés et attendus, mais ils sont considérés comme des allants de soi.

L'observation d'une infirmière expérimentée dans la réalisation d'un soin la montre concentrée sur ce qu'elle fait, ne laissant rien paraître, aucune émotion. Le soin au corps semble aller de soi, comme une évidence. Cependant, « l'évidence est souvent le plus court chemin du mystère »¹² écrit David Le Breton tout en relayant la belle formule d'Edmond Jabès, « au cœur de l'évidence, il y a le vide » c'est-à-dire « le creuset du sens que chaque société forge à sa manière, avec des évidences qui ne sont telles que pour le regard familial qu'elle suscite »¹³. L'évidence de l'une, l'experte en soins, est l'évènement de l'autre, l'étudiant infirmier en début de formation. Entre l'experte et le novice, il y a un long chemin à parcourir. Le temps de la formation en est la première étape.

Le choix de devenir infirmier repose le plus souvent sur des représentations idéalisées de la profession basées sur des motivations altruistes : « *l'envie d'aider son prochain* », « *prendre soin d'autrui* », « *être à l'écoute des besoins des autres* ». L'altruisme et l'empathie sont le socle des valeurs humanistes annoncées lors des épreuves de sélection du concours d'entrée IFSI. La formation en soins infirmiers se déroule en alternance, entre l'institut où les étudiants vont apprendre une théorie sur les pratiques, et l'hôpital où ils vont mettre en pratique ces connaissances théoriques. Le premier stage a lieu quelques

¹¹ Les notions propres à Erving Goffman seront largement mobilisées tout au long de ce travail de thèse.

¹² LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Essais débats, 5^{ème} éd, Paris : PUF, 2008, p. 11.

¹³ *Ibid.*, p. 11.

semaines seulement après l'entrée en formation et donne une coloration véritablement soignante et concrète du métier d'infirmier. Les étudiants parlent de « *choc des réalités* », de « *bouleversement* », pour qualifier cette première confrontation avec le monde hospitalier qui dépasse tout ce qu'ils avaient pu imaginer. Souvent révélateur des motivations et des aptitudes à devenir soignant, ce n'est qu'à partir des premières expériences de terrain que l'engagement va se confirmer ou non. Certains abandonneront après le premier stage¹⁴, ils quitteront la formation faute d'avoir pu gérer les écarts entre leurs représentations et la réalité.

Bien que le corps soit omniprésent dans la pratique soignante, la formation en soins infirmiers en parle peu ou bien l'aborde sous ses aspects anatomo-physiologique, hygiéniste, ou ergonomique. Dans les manuels scolaires, le corps est abordé sous un angle mécanique, découpé selon ses grandes fonctions. La question de la gestion de ses excréments est implicite, seuls ses aspects mesurables et quantifiables sont abordés. Le vocabulaire utilisé est policé, on ne parle pas de ces choses-là. Cette perspective fonctionnaliste du corps-objet laisse peu de place au corps-sujet voire au corps-sensible. Un relatif silence entoure la question du vécu du corps, elle est évincée comme si il n'y avait rien à en dire, faisant partie du domaine du tabou.

Les étudiants sont peu préparés à la rencontre avec le corps malade, à franchir le seuil d'intimité, à se retrouver dans cette proximité où les limites sociales sont évanescences. Les soins d'hygiène sont abordés lors des travaux pratiques. L'apprentissage de la toilette se fait sur un mannequin, sous une forme très technique, une suite de gestes à réaliser dans un ordre bien établi. Les différentes étapes¹⁵ à respecter sont décrites dans une procédure de soin. Les étudiants vont se construire sur ces discours mécanistes qui n'intègrent pas la dimension sensible du corps malade, qui éludent toutes les perceptions sensorielles liées aux différents aspects existentiels du corps, tels que ses déchets et ses odeurs, auxquels les infirmières sont confrontées quotidiennement. La formation ne prépare pas aux

¹⁴ L'abandon en cours d'études est relativement important pour cette formation. On observe une forte déperdition entre les quotas initiaux et le nombre de diplômés après trois ans de formation, même si cet écart semble se réduire progressivement au cours des dernières années : écart de 16 % entre 2012 et 2014, contre 26 % en moyenne sur la période 2005-2011. Chiffres donnés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) à l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016.

¹⁵ Marie-Annick Delomel met en évidence dans ses recherches pas moins de 28 étapes différentes énoncées dans la fiche toilette. DELOMEL, Marie-Annick. *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspective soignante*. Paris : Seli Arslan, 2014.

conséquences de la mise en œuvre de ces techniques et à la façon de les gérer socialement. Les étudiants n'apprennent pas à gérer la gêne et l'embarras qu'ils ressentiront lors de la réalisation de leur première toilette sur un vrai corps. Ils n'apprennent pas à dépasser la peur qu'ils perçoivent sous ses différentes formes, peur de leurs propres réactions devant le corps nu, mais aussi peur de mal faire ce qu'on leur demande de faire ou peur de faire mal, peur de cette souffrance agissant en miroir.

Avant d'entrer en formation, certains étudiants auront eu l'occasion de s'occuper d'un membre malade de leur famille, un grand-parent la plupart du temps ; ou bien ils auront eux-mêmes été hospitalisés. Toutefois, pour la majorité d'entre eux, c'est une grande première, le monde hospitalier leur est complètement inconnu.

En franchissant les murs de l'hôpital, ils vont découvrir la face sombre du corps vieilli et mourant, mis à l'écart dans nos sociétés occidentales. Tous ces corps abimés sont loin des corps lisses, musclés et propres, mis en avant dans les médias ; tout aussi loin des valeurs cardinales de la modernité qui sont celles de la jeunesse, de la séduction et de l'hygiène, bref celles d'une bonne santé. La vieillesse traduit un moment où le refoulement du corps n'est plus possible, il s'expose au regard sous un jour défavorable, témoin du caractère inexorable de la dégénérescence du corps. Ce corps défaillant bouscule dans son apparence et rappelle la précarité et la fragilité de notre condition humaine.

Le premier stage est souvent réalisé en gériatrie, et c'est une personne âgée que l'étudiant rencontre lors de ses premiers soins. Le plus souvent grabataire, passive et résignée, elle est immobile dans son lit et dans l'attente de soins. Elle a besoin de l'aide du soignant pour la satisfaction de ses besoins les plus élémentaires.

Les patients peuvent être aussi plus jeunes si le stage a lieu dans une unité de soins médicaux ou chirurgicaux. Le corps, sorti du *silence des organes*¹⁶, apparaît alors dans une réalité dépassant souvent l'imaginable. Le corps malade peut être effrayant par son aspect, ses stigmates, sa couleur, les liquides qu'il expulse, les odeurs qu'il dégage et les sons qu'il produit. Comment entrer alors en relation avec cet Autre si différent ?

En début de formation, l'étudiant a pour seul bagage les convenances, les bonnes manières inculquées par l'éducation pour une vie en société adéquate. Toucher quelqu'un de non familier se limite à lui serrer la main, le dévêtir se borne à l'aider à se débarrasser de son

¹⁶ Expression empruntée à René Leriche.

manteau. En choisissant le métier d'infirmier, il va se retrouver dans un *monde social* qu'il ne connaît pas, où des actes habituellement interdits deviennent quotidiens. Il va être confronté à des pratiques et des discours sur le corps très éloignés de ce qu'il connaît, où il lui est demandé de transgresser les codes habituels de l'interaction.

Les situations de soins sont le théâtre de multiples relations interindividuelles avec de nombreux corps à corps qui se jouent entre soignants et soignés. L'étudiant va s'éprouver dans cette relation qui l'engage, où le corps n'est plus effacé par le rituel et se montre. Tout ce qu'il ne faut pas voir et savoir est mis en lumière. Les corps se montrent, s'expriment et se sentent. C'est un vrai dépaysement des sens qui s'opère, l'expérience sensorielle est troublante, elle sollicite les cinq sens, faisant naître des perceptions et des sensations inédites. Cette irruption du non-familier déstabilise l'étudiant car il menace l'ordre établi et vient bousculer les repères clés de son existence constitués par l'éducation. L'étrangeté sensorielle ravive les fantasmes liés à tout ce qui touche à la saleté, à la pudeur, aux interdits, aux traces incorporées durant la socialisation primaire.

Dans le déroulement du soin, l'étudiant n'a pas conscience de son propre corps. Les expressions corporelles sont passées sous silence, sauf dans les situations où le corps aura fait défaut, lorsqu'il y a *une fuite de sens* selon l'expression de David Le Breton, se manifestant par des signes révélateurs d'une émotion qui s'impose et qui va à l'encontre de la volonté. Les corps ressentent et transmettent un message sensoriel bien difficile à décoder en début de formation. Lorsque la mise en mots est possible pour le partage de ces ressentis, c'est la censure qui opère ou bien l'absence d'interlocuteur. Comment et à qui parler de ces choses en toute impunité et sans jugement ?

Bien peu de possibilités sont offertes au novice pour lui permettre d'exprimer ses ressentis. Un espace va lui être offert par un formateur qui porte un intérêt tout particulier à son vécu car il en fait l'objet de sa recherche.

Notre objet de recherche est né d'un questionnement professionnel pour se transformer en problématique de recherche.

DU QUESTIONNEMENT INITIAL A L'OBJET DE RECHERCHE

Notre questionnement s'origine dans un étonnement renouvelé avant chaque départ des étudiants de 1^{ère} année pour leur premier stage.

Des temps appelés « préparation de stage » sont rituellement prévus et animés par les formateurs dans les jours précédant le début du stage. Ils ont pour vocation de donner des informations pratiques sur les unités de soins accueillant les stagiaires, d'énoncer les attentes pédagogiques en termes de compétences¹⁷ à valider, d'actes et activités¹⁸ à réaliser. Il nous semble que ces temps dits « préparatoires » préparent en fait bien peu les étudiants aux réalités du monde hospitalier et à ce qui les attend concrètement. Dans l'espace de soin va se jouer une double rencontre, celle de l'étudiant avec sa nouvelle fonction de soignant, et celle d'un jeune homme ou d'une jeune femme avec un individu malade.

Notre intuition de départ est que le premier stage est éprouvant pour les étudiants. Nous nous demandons comment ils perçoivent le monde des soins, comment ils vivent cette relation inhabituelle de proximité corporelle. Que ressentent-ils ? En parlent-ils et à qui ? Comment font-ils pour dépasser ce premier niveau de réalité et s'engager dans le soin ? Quelles sont les stratégies utilisées pour contrôler, neutraliser, ou atténuer les sensations et les expressions du corps ? Quelle place est accordée au patient dans cette interaction sensible ? Toutes ces questions sont le point de départ de notre recherche.

¹⁷ Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition de 10 compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

¹⁸ La réalisation des actes, des activités ou des techniques de soins est notifiée dans le portfolio. Le portfolio de l'étudiant est un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

La phase exploratoire s'est avérée déterminante pour clarifier l'objet de la recherche. Au retour de stage, nous avons demandé aux étudiants que nous avons en suivi pédagogique¹⁹ de raconter une situation de soin au corps dans leur écrit d'analyse de pratique²⁰. Les récits ont porté *quasi* systématiquement sur la réalisation d'un soin d'hygiène, ce qui n'a rien de surprenant car très souvent, le premier contact avec le corps se fait par l'intermédiaire de la toilette, soin emblématique de la première année de formation. Ils témoignent du trouble ressenti et lié à la nature invasive et transgressive du soin, ils se posent beaucoup de questions sur les notions d'intimité et de pudeur, d'interdit et de transgression.

Parallèlement, nous avons mené plusieurs entretiens exploratoires sous forme de discussion où nous avons abordé le vécu de leur première expérience de soin. Ils racontent combien la découverte des corps nus des personnes âgées est bouleversante. Dans leurs témoignages, des sentiments de gêne, de honte et de malaise sont perceptibles, ils se mêlent au sentiment de gratification ressenti lorsque le patient les remercie et leur exprime sa reconnaissance. Ils ressentent également de la peur, du dégoût, de la tristesse, de la culpabilité, se sentant responsable de la douleur du patient. L'émotion ou le sentiment ne sont pas d'une seule teinte, ils se mêlent et sont marqués par l'ambivalence.

Ce colloque singulier catalyse les doutes existentiels, le patient devenant le miroir déformant où il est possible d'entrevoir sa propre finitude. L'étudiant s'identifie au patient dans cette relation où l'investissement affectif est décuplé, où le risque est grand d'en venir à souffrir avec lui.

La réalisation des premiers soins est une gageure, mais le novice ne renonce pas et s'engage en faisant le pari d'une interaction sans incident. Il va prendre la *distance au rôle*, faire bonne figure et être souriant devant le patient alors qu'il est effrayé ou écœuré. Il use alors de stratégies pour tenter de cacher son ressenti, pour se protéger d'une émotion trop envahissante, et protéger en retour le patient. Il raconte comment il fait pour entrer en contact avec le corps et éviter tout malentendu lié à une maladresse éventuelle, comment

¹⁹ Chaque formateur suit un groupe d'étudiants de différents niveaux tout au long de la formation. Un lien se crée résultant des multiples rencontres qui ponctuent les temps forts de la formation, validation des stages, acquisition des ECTS, échanges sur les soins infirmiers et le métier. Ces interactions régulières permettent d'établir ce lien de confiance qui encourage l'étudiant à se confier plus facilement qu'il ne le fait avec les autres formateurs.

²⁰ Le référentiel de formation prescrit l'écriture d'une analyse de pratique par stage dont le thème est au libre choix de l'étudiant. Il doit porter sur une situation qui les a interpellés.

le patient va souvent venir à son secours en ritualisant la situation pour éviter la gêne et l'embarras.

Nous sommes interpellée par la capacité retrouvée chez certains à banaliser et à s'habituer à ce qui semble par définition impossible, « *il faut bien le faire, on s'habitue, on n'a pas le choix* », alors que d'autres vont culpabiliser de ressentir des émotions incompatibles selon eux avec le métier de soignant. Entre banalisation et culpabilité, il y a de nombreuses manières d'appréhender ce premier contact corporel, de gérer cette situation inhabituelle. L'expérience est avant tout corporelle. L'étudiant est éprouvé par de multiples stimulations sensorielles qui résonnent en lui et communiquent quelque chose d'aussi surprenant qu'inattendu. L'émotion est la traduction sensible de la perception sensorielle, d'une réalité inaccessible autrement que par le corps.

1. La problématisation sensible, sensorielle et symbolique

Tout en nous appuyant sur les premières données exploratoires, croisées avec nos *archives intérieures*²¹, nous partons du postulat que les premiers soins au corps font événement dans la formation du soignant. Notre travail de thèse se centre sur les premières interactions soignantes considérées comme des *processus communicationnels complexes*²², dans un espace-temps particulier du parcours de formation, les prémices d'un devenir soignant.

Notre objectif sera de mettre en lumière toute la dimension sensible de l'expérience première du soin, vécue dans un contexte social particulier : l'hôpital, lieu de rassemblement des corps malades et stigmatisés, univers symboliquement dangereux. Nous essayerons de comprendre comment l'expérience permet d'accéder à une forme de co-naissance et participe à la transformation de l'étudiant.

La question très générale qui fait l'objet de notre étude porte sur l'expérience première du soin et se décline de différentes natures. Elle est expérience *sensible* dans le corps à corps du soin, elle est expérience *sociale* dans la rencontre entre deux acteurs, l'un est soignant et l'autre soigné, entre deux cultures, l'une est médicale et l'autre profane. L'expérience

²¹ Formule empruntée à Alain Corbin.

²² Référence à Yves Winkin et deux ouvrages majeurs *Anthropologie de la communication* (2001) et *La Nouvelle Communication* (2000).

prend appui sur la mise en pratique d'un soin se scindant en deux composantes, l'une est active et l'autre passive.

En situation d'apprentissage, l'expérience est souvent réduite à la partie active du soin. De nature objective, elle est davantage visible et vient masquer la composante passive, la trace laissée par l'action sur la personne. L'apprentissage passe par le corps, l'expérience est corporelle, et c'est cette expérience-là qui nous intéresse, dans toute sa subjectivité.

C'est toute cette dimension incarnée de l'action, la composante sensible, qui retient notre attention et que nous tenterons d'approcher à partir de différents niveaux de questionnement.

1.1. Questionner l'expérience sensorielle et sensible

Dans la rencontre soignante, le corps est média de l'interaction. Le corps est le vecteur sémantique par lequel s'expriment les émotions, les gestuelles, les mimiques, les mises en scène de l'apparence, les techniques du corps pour le soignant, les signes de la maladie et de la souffrance pour le patient.

Tous les sens sont engagés. Les corps malades et souffrants, défigurés ou négligés, se donnent à voir, à sentir, à entendre et à toucher, pour tous les soins qu'ils réclament. Des visages, des regards, des peaux, des plaies, des odeurs, des bruits, impossible de faire abstraction de toutes ces stimulations sensorielles. En pénétrant dans les murs de l'hôpital, le profane s'ouvre à une autre culture sensorielle, à une autre manière de sentir le monde. C'est un vrai dépaysement des sens qui s'opère, il se retrouve confronté à des odeurs inattendues, des sons, des usages du regard et du toucher qui bousculent tous les repères et obligent à sentir autrement, à toucher et regarder autrement.

Les perceptions ne se résument pas à un simple phénomène sensoriel, elles communiquent quelque chose d'une réalité qu'il va falloir traduire pour la comprendre et la redéfinir. Nous cherchons à saisir comment le novice interprète ces nouvelles perceptions et comment il passe du sensible à l'intelligible. Nous questionnons les processus à l'œuvre dans l'émergence des émotions, ses manifestations, sa nature, son mode de désignation et son interprétation. Nous cherchons à savoir comment l'étudiant gère ses émotions, dans le cours de l'action et à distance de l'évènement, et quelles sont les composantes du travail émotionnel.

L'étudiant va tout faire pour contenir cette émotion et ne rien laisser paraître. Mais il est difficile de taire cette émotion qui n'est pas figée à l'intérieur du novice et qui, dans un même mouvement, va transmettre quelque chose au patient et venir perturber le cours de l'action. L'expérience émotionnelle est située au carrefour de l'individuel et du collectif, elle se déploie dans son rapport aux autres et renvoie à l'altérité sans laquelle le sujet ne peut ni se construire ni exister. L'équipe soignante et le patient vont être ressource et nous questionnons le rôle de chacun, l'individuel dans le collectif de travail.

L'étudiant va percevoir le monde hospitalier tel qu'il est disposé à le comprendre. Il l'interprète selon les clés de lecture dont il dispose et qui lui ont été transmises par son éducation et les différentes socialisations. Nous élargissons le cadre d'analyse à la dimension sociale.

1.2. La dimension sociale de l'expérience

L'étudiant n'arrive pas en formation comme une page blanche ne demandant qu'à se remplir, il est comme tout individu, pétri de social. Son corps est façonné par le contexte social et culturel dans lequel il baigne habituellement. Durant les différentes socialisations qui ont précédé son entrée en formation, il a intégré les codes sociaux régissant la vie en collectivité, intériorisé les bonnes manières pour se comporter dans les interactions, incorporé les façons de faire, de penser et de ressentir.

Dans son environnement habituel, les perceptions font sens, « elles viennent se ranger dans des catégories de pensées propres à la manière dont l'individu singulier s'arrange de ce qu'il a appris de ses pairs »²³. En contexte hospitalier, l'étudiant se retrouve dans une position d'incertitude, tous ses repères sont brouillés, il y a rupture de continuité et le travail d'interprétation est complexe. Il l'est d'autant plus lorsque l'émotion ressentie semble inappropriée, comme c'est le cas du dégoût, expérience olfactive passée sous silence car considérée comme tabou.

Dans un même mouvement, nous interrogeons les produits des différentes socialisations, les *dispositions individuelles* intériorisées durant les socialisations précédant l'entrée en formation et qui se croisent avec les *dispositions soignantes*.

²³ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Une anthropologie des sens*. Paris : Métailié, 2006, p. 29.

1.3. La nature symbolique de l'expérience

Le corps s'éprouve et les émotions s'expriment dans le contexte hospitalier à forte résonance symbolique, elles se renforcent des dispositifs rituels participant au processus de transformation de l'étudiant. Pour une compréhension plus globale du processus à l'œuvre, nous nous intéresserons aux symboles et dispositifs symboliques qui performent le sens. Nous porterons une attention particulière à l'habit professionnel, porteur de sens et de signification.

Nous questionnerons la blouse blanche, symbole fort de l'infirmière et qui lui sert de protection symbolique et autorise la transgression de certains interdits.

Enfin, cette première expérience de soin au corps est vécue comme une véritable épreuve critique et initiatique. L'épreuve est entendue au sens général d'*éprouver* quelque chose et transporte l'idée de nouveauté et d'inattendu mais également d'épreuve physique et morale venant rompre avec les repères habituels de sens. Il est question de rupture, entre un avant et un après dans la vie de l'étudiant, un entre-deux qui le transforme et participe à son devenir soignant.

Nous interrogeons toute la dramaturgie des soins et son effet performatif en nous focalisant sur la toilette, soin emblématique du premier stage.

Ainsi, notre réflexion s'appuie sur ces différents niveaux de questionnements. Il s'agit maintenant de présenter les contours épistémologique, théorique et conceptuel de la recherche.

2. L'inscription de la recherche en SIC

Les soins infirmiers et le travail des infirmières ont fait l'objet de nombreuses recherches portant sur différents aspects du métier, de la formation et des soins. Les débats qui animent la profession infirmière restent vifs et fondamentaux et intéressent principalement les Sciences Humaines et Sociales. Les problématiques, aux multiples facettes, s'inscrivent dans différents champs disciplinaires qui apportent leur point de vue sur la réalité. La psychologie et la philosophie s'intéressent à la relation de soin et au *care*, la sociologie à la reconnaissance sociale, la médecine et la biologie au *cure*. Quant aux sciences de l'éducation et la didactique professionnelle, leurs recherches concernent l'évaluation, les apprentissages et le travail en lui-même.

Dans une approche compréhensive, nous proposons d'aborder l'apprentissage des soins infirmiers dans ses rapports au corps et aux émotions. L'état des lieux des recherches francophones montre que ce domaine-là a été très peu exploré. Il semble être l'une de ces « terres en friche » évoquée par Marcel Mauss lorsqu'il écrit : « c'est généralement de ces domaines mal partagés que gisent les problèmes urgents [...]. C'est là qu'il faut pénétrer. On est sûr que c'est là qu'il y a des vérités à trouver : d'abord parce qu'on sait qu'on ne sait pas, et parce qu'on a le sens vif de la quantité de faits »²⁴.

L'originalité de notre recherche se trouve dans son angle d'approche par le corps et les émotions mais également dans son ancrage dans les Sciences de l'Information et de la Communication²⁵. Mais notre objet a-t-il bien sa place dans les SIC et en quoi notre recherche intéresse-t-elle les SIC ?

Pascal Lardellier nous a appris qu'il n'y a pas d'objets plus communicationnels que d'autres, l'essentiel est dans le mode de traitement de l'objet et dans ses approches conceptuelles et méthodologiques qui doivent être communicationnelles. L'ancrage de notre recherche dans les SIC va nous permettre de penser différemment et percevoir autrement cet espace-temps. Son inscription se fait par la problématique posée en termes propres aux SIC, par le terrain de nature sensible, par son ancrage théorique et ses différents modes d'approches, épistémologiques et méthodologiques.

2.1. Une problématique communicationnelle et sensible

Notre étude porte sur les soins infirmiers avec une entrée par le corps et les émotions dans le contexte de formation et dans l'espace sensible de l'hôpital. L'étudiant est placé au centre de notre recherche, il vit à travers son corps une expérience sensorielle et relationnelle inédite et singulière dans un cadre social chargé de symboles. Le face à face de la rencontre se ritualise à travers des échanges de significations, parfois au plus intime, et de négociations permanentes entre soignants et soignés.

Notre recherche interroge la première expérience de soin dans toute sa complexité et sa singularité, nous cherchons à en comprendre le sens. Daniel Bournoux nous rappelle que le mot *sens* renvoie à plusieurs dimensions : « La *sensation* d'abord, tout le domaine de la

²⁴ MAUSS, Marcel. *Les techniques du corps*. 1936, p.365.

²⁵ Lire SIC dans la suite de la thèse.

sensibilité, du sensuel et de l'émotionnel, mais aussi la *direction*, le bien fondé d'un cheminement et l'ouverture ou la saisie d'une perspective, la *signification* enfin, de nouvelles voies pour l'intelligence des choses, une capacité à éclairer le présent par les représentations du passé, et d'un certain avenir »²⁶.

Chacune de ces dimensions fait écho avec notre objet de recherche, le sens comme signification donnée à cette expérience, le sens au niveau sensoriel et sensible, et le sens comme direction et orientation axiologique.

L'objet de notre recherche est le vécu de cette expérience sensible avec une attention toute particulière sur le moment critique où l'étudiant entre en contact pour la première fois avec un corps malade. Notre problématique générale questionne, au sein du processus d'interaction de soin, **en quoi l'expérience sensible et sociale de la première rencontre avec le corps malade est signifiante pour l'étudiant en soins infirmiers.**

2.2. L'ancrage théorique en SIC

Trois concepts clés constituent les bases théoriques sur lesquelles va s'appuyer notre réflexion : le corps, les émotions et la communication. Ces concepts animent une large partie des réflexions en SIC et se trouvent à l'intersection de nombreuses disciplines issues des Sciences Humaines et Sociales ayant un bagage commun de concepts fondamentaux.

Les SIC sont une discipline qui a une place privilégiée pour associer et entrelacer, et non juxtaposer, les différentes approches nécessaires à l'exploration et à la compréhension de notre objet d'étude. Les SIC revendiquent l'interdisciplinarité et une complète autonomie et « si les SIC empruntent à d'autres disciplines questionnements et approches, c'est pour les reformuler, les inscrire dans leurs propres perspectives et les adapter à leur objet »²⁷.

Patrick Charaudeau définit l'interdisciplinarité comme étant « l'effort d'articuler entre eux les concepts, les outils et les résultats d'analyse de différentes disciplines »²⁸, et précise les conditions de sa réalisation en recourant à la notion d'interdisciplinarité focalisée comme

²⁶ BOUGNOUX, Daniel. *La crise de la représentation*. Coll. La Découverte, Paris : 2006, p. 88.

²⁷ BOURE, Robert. « L'histoire des sciences de l'information et de la communication (2). Le cas des origines littéraires des SIC », in *Questions de communication*, 11/2007.

²⁸ CHARAUDEAU, Patrick, cité par FLEURY, Béatrice, WALTER, Jacques. « Interdisciplinarité, interdisciplinarités », in *Questions de communication*, 12/ 2010.

« état d'esprit engendrant une démarche qui cherche à tenir à la fois la multi-appartenance disciplinaire des phénomènes sociaux et la rigueur d'une discipline ». Roselyne Koren renchérit et considère l'interdisciplinarité focalisée comme « une ouverture au sein de l'orthodoxie disciplinaire »²⁹.

Toute la difficulté va résider dans la façon d'interroger les concepts sans les déformer et d'expliquer à quelles fins ils seront empruntés et intégrés dans notre analyse. Certains concepts ont des portées sémantiques très larges et peuvent prêter à confusion ou donner lieu à plusieurs définitions. Dans un souci de clarification, nous préciserons l'acception retenue et le sens donné aux termes utilisés, et nous dirons comment nous les appliquons dans une perspective communicationnelle.

Notre approche est multiple, nous naviguons d'une perspective microsociologique à une phénoménologie plus macro. Notre recherche n'a pas pour objectif une quelconque orthodoxie théorique, elle propose au contraire la mise en lien entre les questions qui émergent du terrain et les concepts qui s'avèrent les plus adéquats. Mais comment affirmer que les concepts sont adéquats, et peut-il y avoir production scientifique avec des concepts qui « s'appliquent à peu près », pour reprendre l'expression de Howard S. Becker ?

L'auteur nous éclaire en tenant le propos suivant : « Bien que nous réfléchissions à leur sujet, que nous spéculions à leur sujet et que nous les définissions, les concepts ne sont pas simplement des idées, ou des spéculations, ou des problèmes de définition. En fait, les concepts sont des généralisations empiriques qui doivent être mises à l'épreuve et affinées sur la base des résultats de recherche empirique, c'est-à-dire sur la base d'une connaissance du monde. Nous avons souvent du mal à appliquer des concepts aux phénomènes sociaux réels : ils s'appliquent à peu près, mais pas tout à fait. C'est parce que nous définissons rarement les phénomènes par un seul critère clair et sans ambiguïté »³⁰.

Notre recherche emprunte le chemin de la diversité conceptuelle considérant qu'une perspective théorique unique n'est pas pertinente pour analyser les situations vécues.

²⁹ KOREN, Roselyne, cité par FLEURY, Béatrice, WALTER, Jacques. *Ibid.*

³⁰ BECKER, Howard S. *Les ficelles du métier. Comment construire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte, 2002, pp. 205-206.

L'inscription de notre recherche en SIC va se faire ainsi par la conceptualisation à travers plusieurs disciplines mais aussi à travers différentes approches théoriques, l'interactionnisme symbolique, le sensible et la phénoménologie.

2.3. Le positionnement épistémologique

L'ouvrage de David Le Breton *L'interactionnisme symbolique* nous a servi de repère méthodologique. Dans son introduction il écrit : « La sociologie est foisonnante d'approches des hommes ou des sociétés, elle multiplie les angles de regard et les méthodes pour donner sens à l'action ou expliquer les mouvements incessants du social. »³¹ L'interactionnisme symbolique établit son domaine de recherche sur la concrétude des relations interindividuelles, il accorde une place centrale à l'interaction sur fond d'interprétation. C'est le cadre épistémologique que nous avons choisi pour aborder la complexité de l'interaction de soin, comme le sont toutes les interactions sociales.

Notre intérêt ne se tourne pas uniquement sur les rapports de tension entre les normes soignantes et les normes sociales et ses principes d'ajustement. Il porte également sur ce qui se joue entre les acteurs dans la détermination de leurs comportements, dans la construction du sens, dans le moment de l'interaction, dans la capacité de renégocier le rapport au monde. L'interactionnisme permet d'identifier « les processus à l'œuvre dans une société en train de se faire »³², elle nous permet d'identifier les processus à l'œuvre dans l'interaction de l'étudiant en train de devenir soignant. « Le processus d'interaction est symbolique, c'est à dire qu'il est un échange de signification. »³³

Ce courant de pensée rassemble tout un réseau de chercheurs ayant une sensibilité commune et partageant un intérêt pour le « monde naturel de la vie quotidienne »³⁴. Ils proposent un cadre théorique de *concepts sensibles* pour notre analyse. La dimension microsociale du soin appelle à prendre en compte le contexte de l'interaction, *le cadre de l'expérience*, les relations de *face à face* et le caractère négocié de l'échange.

L'étude ne se limite pas au microsocial. L'intérêt de ce qui se passe *in situ* doit s'enrichir de l'extra-situationnel, de l'environnement signifiant dans lequel les acteurs évoluent et

³¹ LE BRETON, David. *L'interactionnisme symbolique*. Paris : PUF, 2008, p. 1.

³² *Ibid.*, p. 6.

³³ *Ibid.*, p. 7.

³⁴ Expression d'Howard Becker.

qui se compose du contexte hospitalier où se déroule l'interaction, des contextes social, culturel et scolaire. Chacun des contextes leur sert de filtre cognitif et représentationnel.

Le corps que nous abordons dans notre recherche est le corps sensible, au sens du corps comme « caisse de résonance » de cette expérience à la fois sensorielle, affective, perceptive, cognitive et imaginaire. L'expérience est un concept fortement lié à la phénoménologie. Les émotions sont abordées dans une perspective phénoménologique et questionnées dans le cadre de la formation et des soins infirmiers.

L'inscription de la recherche en SIC se fait par le terrain de nature sensible et l'utilisation de méthode et d'outils d'enquête adaptés. Les SIC disposent d'outils et de techniques de recueil de données au service de la méthode qualitative, méthode la plus appropriée pour notre recherche. Le dispositif d'enquête et le terrain sont présentés plus loin.

3. La posture du chercheur

En préalable, nous souhaitons nous arrêter sur cette question : peut-on être soignant et étudier le travail infirmier ? Cette question centrale en appelle d'autres. Peut-on avoir occupé une place au cœur même de cette réalité à étudier et parvenir à la regarder avec suffisamment de recul ? Comment mettre de côté toutes nos projections, difficilement évitables, et gérer notre subjectivité dont nous n'avons pas forcément conscience ? Comment ne pas influencer le discours par les questions posées, et jusqu'où pousser l'interprétation des processus à l'œuvre tout en restant fidèle au récit de l'expérience du soignant ? Notre appartenance au terrain de la recherche nous oblige à expliciter clairement notre posture afin de lever toute ambiguïté liée à notre implication dans l'objet à l'étude. Notre double posture de soignant et de chercheur, engagée à la fois dans une pratique professionnelle de terrain *et* dans une pratique de recherche ayant pour objet notre propre pratique sur notre propre terrain, questionne tout à la fois la posture et l'attitude, l'implication et la distanciation à chacune des étapes de l'enquête, elle nous amène à dépasser les allants-de-soi et questionner les outils méthodologiques mis en œuvre pour contourner les difficultés. Cette posture présente des avantages pour l'approche du terrain, mais en contrepartie, cette proximité peut représenter un certain désavantage et nous invite à la vigilance tout au long de la construction de l'objet de recherche.

3.1. Entre implication et distanciation

La prescription scientifique de distanciation avec l'objet d'étude encadre toute recherche qualitative, car une trop grande implication du chercheur risque de menacer la qualité de la recherche. Aucun chercheur ne peut prétendre être neutre à l'égard de son objet de recherche.

Nous sommes à la fois soignante et chercheuse, impliquée dans une recherche et distanciée de sa pratique pour pouvoir mieux l'observer. Nous ne sommes pas à moitié l'une et à moitié l'autre, nous sommes les deux à la fois et « Cette distance entre le même et l'autre n'est pas de l'ordre de la chronologie, de l'avant et de l'après, ne se prend pas dans l'horizontalité, la rupture – le praticien d'un côté et le chercheur de l'autre –, mais dans la verticalité, le redoublement, le survol de soi-même par soi-même »³⁵.

C'est dans ce mélange des places que se trouvent justement l'originalité et la ressource de la recherche qui va en naître. Notre implication va se traduire par la prise en compte de tous nos savoirs expérientiels et connaissances accumulés au fil de notre parcours professionnel et qui vont nourrir la recherche. La distanciation sera possible par la mise à distance de nos *a priori*, la question qui se pose ici sera celle du *comment*.

3.2. Une vigilance épistémologique

Le premier travail dans la recherche consiste à rompre avec les préjugés et les évidences, apprendre à repérer ses projections et ses représentations, tous ses *a priori* qui peuvent s'infiltrer tout au long de la recherche et venir faire obstacle à sa dynamique.

Les travaux de Gaston Bachelard nous invitent à réfléchir à ces obstacles, qu'ils soient d'ordre épistémologique, empirique, ontologique, heuristique ou conceptuel, et qui risquent d'entraver la construction de toute recherche. Le premier obstacle à surmonter est lié au caractère illusoire de l'expérience première. Bachelard introduit le concept d'obstacle épistémologique : « La première expérience ou, pour parler plus exactement, l'observation première est toujours un premier obstacle pour la culture scientifique [...] l'esprit scientifique doit se former contre la Nature, contre ce qui est, en nous et hors de nous, l'impulsion et l'instruction de la nature, contre l'entraînement naturel, contre le fait

³⁵ PAILLE, Pierre. « Les conditions de l'analyse qualitative », *SociologieS* [En ligne], La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 06 juillet 2011, URL : <http://sociologies.revues.org/3557> (consulté le 22 février 2015).

coloré et divers »³⁶. Nous devons déloger nos fausses évidences et certitudes qui sont en nous comme des passagers clandestins et poser comme préalable à notre enquête la *vigilance épistémologique* qui participe d'une philosophie de la découverte. Bachelard nous invite à cette vigilance pour se prévenir des pièges de l'illusion et des interprétations hâtives.

Il est question de vigilance mais pas de rupture épistémologique. Notre posture distanciée n'est pas rupture avec le savoir commun, « le savoir commun n'est pas un non savoir, il recèle au contraire des savoirs »³⁷, mais il oblige à quelques aménagements afin de tenir compte de notre situation « intérieure » et antérieure.

Le moyen le plus fort et le plus efficace pour mener à bien ce processus de distanciation est son inscription dans un champ disciplinaire nouveau pour les soins infirmiers : les SIC.

La problématisation et la conceptualisation en SIC vont permettre d'ouvrir à un questionnement plus large, de poser un regard différent sur l'objet d'étude et de regarder autrement une pratique familière comme s'il s'agissait d'un nouvel environnement.

Norbert Elias considère que le facteur décisif de la prise de distance avec le savoir spontané est « dans la manière de poser les problèmes et de construire les théories [...] la technique seule ne permet pas de construire la distance à l'objectivation. C'est la théorie qui lui donne du volume »³⁸. Notre recherche s'inscrit dans le champ disciplinaire des SIC qui permet cette mise en perspective des idées, cette organisation de la pensée, cette harmonisation des concepts pour théoriser ailleurs et autrement les éléments soumis à l'analyse. Avec la difficulté toutefois de se perdre dans une telle étendue de connaissances, « qui trop embrasse mal étreint ». Jean-Claude Kaufmann nous met en garde, « le premier danger de la recherche est de partir dans tous les sens, de se perdre dans les sables et de rendre ainsi impossible toute construction d'objet »³⁹. L'architecture conceptuelle va venir structurer l'objet en construction, « c'est elle qui tient l'ensemble et évite les dérives et les éclatements »⁴⁰.

³⁶ BACHELARD, Gaston. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : librairie Philosophique J. Vrin, 5^e éd., 1967, p. 23.

³⁷ KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Coll. l'enquête et ses méthodes, 2^e éd., Paris : Armand Colin, 2008, p. 24.

³⁸ ELIAS, Norbert, cité par KAUFMANN, Jean-Claude. *Ibid.*, p.22.

³⁹ KAUFMANN, Jean-Claude. *Op. Cit.*, p. 34.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 34.

3.3. L'attitude du « chercheur de l'intérieur »

La posture renvoie à *qui je suis* au moment de démarrer l'enquête, à l'état de nos connaissances, empiriques et théoriques, et à notre point de vue sur le sujet. L'attitude va révéler le *comment je suis* au moment de l'enquête, comment accueillir l'inattendu, relativiser nos propres jugements, et nous laisser surprendre par d'autres *schèmes d'interprétation*⁴¹. « [...] L'attitude est en lien avec le présent, avec ce qui se présente devant soi, alors que la posture est un héritage du passé. En fait, la posture ne peut évoluer que si l'attitude est correcte, c'est-à-dire si elle est faite d'ouverture, d'écoute, de respect, si donc elle rend possible une remise en question de l'acquis »⁴².

Nous postulons qu'une certaine forme de familiarité s'avère nécessaire pour rapprocher, mais sans les confondre, le monde de la recherche et celui des soins. Notre connaissance du terrain, construite au fil de nos années d'exercice, favorise le repérage intuitif du chemin à prendre et nous aide à nous diriger. Nous savons où regarder tout en étant consciente que notre champ de vision est forcément limité et ne demande qu'à s'élargir. Il est également avantageux d'avancer sur un terrain connu car il n'est pas nécessaire de s'approprier la culture, le langage, les codes et les conventions sociales du milieu étudié.

Cette situation de « chercheur de l'intérieur » est privilégiée et permet de dépasser l'idéal empathique recherché par tout chercheur, d'arriver à comprendre l'autre comme si l'on était à sa place, être et penser comme lui. Cette position de chercheur « indigène » est avantageuse car elle permet d'entendre l'impensable, d'encourager à l'explicitation de l'indicible, et d'aller « chercher » plus loin dans le descriptif de certaines scènes. Il peut y avoir une certaine réserve de la part de l'étudiant à décrire des réalités plus sensibles que d'autres ou à forte charge émotionnelle. Sachant qu'il a en face de lui un chercheur ayant vécu des situations similaires, il va lui parler sans retenu car il le sait capable d'entendre cet insoutenable. Lors de certains entretiens, nous avons été amenée à pousser l'étudiant dans ses retranchements, à explorer certaines zones d'ombre, l'encourageant à approfondir

⁴¹ Expression empruntée à Jean-Claude PASSERON, 1970.

⁴² PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Colin, 2^e éd., 2008, pp. 83-84.

sa réflexion, amenant à sa conscience « ces choses enfouies en ceux qui les vivent, qui à la fois ne les savent pas et, en un autre sens, les savent mieux que quiconque »⁴³.

Rencontrer la recherche, c'est se confronter à l'apprentissage de la rigueur de la démarche scientifique et à l'exigence de l'écriture. Rester soignant, c'est passer d'un ensemble de certitudes nourries par des années d'exercice professionnel à un questionnement qui, pour être pertinent, nécessite de se distancier de sa pratique.

La recherche est posture mais également méthode à appliquer pour répondre aux objectifs posés pour la recherche.

Il s'agit à présent de présenter nos choix en termes de *techniques* de recherche, population à l'étude, échantillonnage, outils de recueil des données et analyse. Nous empruntons le vocable *technique* à Madeleine Grawitz pour qui les techniques de recherche regroupent tous les « procédés opératoires » déterminant les « étapes pratiques » et « intellectuelles » de la recherche.

4. L'enquête qualitative dans une démarche compréhensive

L'approche sensible que nous revendiquons est au cœur de la démarche qualitative. La découverte et la compréhension sont également des éléments de la recherche qualitative, et nous nous inscrivons dans cette démarche compréhensive.

Comme toute recherche scientifique, la recherche en SIC est inséparable d'une méthode. La méthode qualitative est la plus utilisée. Elle est communément rattachée à plusieurs outils d'enquête : le questionnaire, l'entretien, le récit de vie, l'observation, ou bien encore la recherche documentaire.

Au cours de cette recherche, les sources d'information ont été diverses. Nous avons fait le choix de croiser plusieurs outils et avons varié les modes d'entrée sur le terrain. Nous avons mené des entretiens, procédé à des observations et effectué des collectes de nature différente, documents écrits et données du web. L'enquête « passive » internet a permis de compléter les enquêtes de face à face. La nature même de l'objet à l'étude offre cette possibilité de travailler à partir de plusieurs matériaux, de les croiser et de les mettre en dialogue afin d'obtenir une analyse plus riche.

⁴³ BOURDIEU, Pierre, cité par MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Seli Arslan, 2002, p. 13.

Notre recherche n'a pas été conduite de façon linéaire. Nous nous sommes inspirée de la logique inductive de Becker qui prône une démarche interactive entre le terrain, la collecte de données et leur analyse, « étudier la société, c'est faire des allers-retours incessants : observer le monde, penser à ce que l'on a vu, et retourner observer le monde »⁴⁴.

4.1. La proximité du terrain

Pierre Paille a identifié une caractéristique que le travail de terrain partage avec d'autres recherches qualitatives, un fil conducteur qui les rassemble : *une méthodologie de la proximité*. L'analyse qualitative s'insère à l'intérieur d'une logique de proximité. L'auteur entend par là « qu'elle s'exerce au plus près des phénomènes qu'elle souhaite mettre en lumière, des acteurs qui les incarnent, des contextes qui les portent, mais aussi du chercheur qui les examine avec toute sa sensibilité théorique et expérientielle »⁴⁵.

Le terrain est notre lieu de travail au sens large, un IFSI rattaché à un CHU. Avoir son terrain sous la main facilite l'organisation des entretiens et permet de gagner du temps. Il est également très avantageux d'avancer sur un terrain connu car il n'est pas nécessaire de s'approprier la culture, le langage, les codes, les outils et les pratiques. Sans ordre d'importance, le recueil des données s'est fait aussi bien dans les locaux de l'institut que sur les « terrains de stage », partout où se trouvent les étudiants, population qui concerne notre étude.

4.2. La population visée

Nous avons interviewé les étudiants de 1^{ère} année en excluant ceux qui occupaient un emploi d'aide-soignant l'année précédant leur entrée en formation. L'effectif est de 160 étudiants, le pourcentage d'apprenants ayant déjà travaillé est légèrement inférieur à la moyenne nationale⁴⁶, il est proche des 22% sur les deux années où nous avons mené l'enquête. Les critères d'inclusion sont exclusivement qualitatifs et ne répondent à aucune règle de représentativité. D'ailleurs, le nombre de garçons interviewés est *quasi* le même que celui des filles, non représentatif de la population générale. A noter que les analyses

⁴⁴ BECKER, Howard. *Op. Cit.*, p. 234.

⁴⁵ PAILLE, Pierre, *Op. Cit.*, pp. 83-84.

⁴⁶ Selon l'enquête DREES, en 2013, 27 % des étudiants en soins infirmiers de 1^{ère} année occupaient un emploi l'année précédant leur entrée en formation, DREES, « *La démographie des professions de santé* », Données statistiques, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (consulté le 16/02/16).

de pratique, choisies selon leur pertinence, sont le plus souvent rédigées par les filles. Les témoignages ont été recueillis dès le retour du premier stage. Débutés à l'automne 2012, les entretiens se sont déroulés sur deux années⁴⁷ au rythme des temps de stage et de nos disponibilités. Au total, nous avons réalisé trente-six entretiens formels.

Le recrutement des participants s'est fait au départ sur la base de l'échantillonnage intentionnel et du volontariat. Les premiers entretiens ont été menés après une annonce faite lors d'un temps de travail dirigé, les étudiants portant un certain intérêt à notre enquête sont venus spontanément se porter volontaires, suivis par d'autres par effet « boule de neige ». Certains collègues formateurs nous ont indiqué les étudiants plus « bavards » sur la question. Nous avons aussi appris à repérer les personnes susceptibles de fournir non seulement des éléments utiles à la compréhension du phénomène à l'étude, mais également d'apporter de nouvelles données permettant d'ouvrir et de nourrir d'autres pistes de recherche.

Les situations racontées ainsi que les lieux de stage sont diversifiés mais ne sont pas dispersés, les mêmes caractéristiques sont conservées chez les différents interviewés. Cette diversification permet de maximiser les chances d'apparition « d'au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir »⁴⁸.

4.3. L'échantillon

La notion d'échantillon *représentatif* n'a pas de sens dans le cadre d'une enquête de terrain qualitative. Le principe central est de répondre à la variété des positions et des points de vue des acteurs décrivant des réalités qui leur sont propres à propos d'un *phénomène* commun. En effet, « aucune catégorie d'acteurs ne détient à elle seule toute la connaissance objective, mais [la vision de chacun] contient sa part de vérité »⁴⁹. La seule condition inclusive a consisté à sélectionner des étudiants ayant peu ou pas d'expérience dans les soins. Les critères d'inclusion sont exclusivement qualitatifs et ne répondent à aucune règle de représentativité. D'ailleurs, le nombre de garçons interviewés n'est pas

⁴⁷ J'ai quitté l'IFSI à l'automne 2013 pour occuper le poste de responsable pédagogique d'une Ecole Régionale d'Infirmières Puéricultrices. L'école se situant à proximité de l'IFSI, j'ai continué à mener des entretiens auprès des primo-étudiants jusqu'au printemps 2014, fin du premier semestre de leur formation.

⁴⁸ BECKER, Howard. *Op. Cit.*, p. 31.

⁴⁹ BERTAUX, Daniel. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. 3^{ème} éd., Coll.123, Paris : Armand Colin, 2010, p. 28.

représentatif de la population générale, les garçons se sont retrouvés plus nombreux à se présenter spontanément au début de l'enquête. Par contre, les écrits retenus pour la pertinence de leur analyse ont *quasi* exclusivement été rédigés par des filles. Ces variables seraient certes intéressantes à investiguer mais ne seront pas prises en compte dans notre analyse.

Nous sommes dans une « construction progressive de l'échantillon »⁵⁰ qui ne prend fin qu'après avoir jugé atteint le point de *saturation*⁵¹, et que la possibilité d'accéder à des cas différents semble s'épuiser. La taille de notre échantillon a été déterminée à partir des données nécessaires à l'atteinte de la saturation, jusqu'à ce que de nouvelles données n'ajoutent aucune information nouvelle au phénomène à l'étude. Il est bien sûr impossible de déterminer avec certitude l'atteinte de la saturation qui est empirique. Il ne faut pas demander au principe de saturation ce à quoi aucune étude ne peut prétendre : rendre compte du réel dans sa totalité.

4.4. Le cadre contractuel de la communication

Les entretiens se sont majoritairement déroulés à l'IFSI, dans notre bureau ou bien dans une salle de soins lorsqu'ils avaient lieu lors d'encadrement clinique. Ils ont tous fait l'objet d'un enregistrement sur dictaphone après avoir énoncé les motifs et l'objet de la demande d'entretien, énuméré les règles éthiques de confidentialité et de respect de l'anonymat. Nous avons essayé de rendre cette présentation la plus claire possible car elle participe au climat de confiance et favorise la production du discours.

La durée des entretiens a varié de trente minutes à une heure. La retranscription a été réalisée rapidement après chaque entretien. Nous nous sommes retrouvée quelque fois dans ce choix déontologique difficile de retranscrire l'intégralité du message oral, ponctué de « *eah* » ou autres tics verbaux, au risque de rendre difficile la lisibilité du message écrit. Nous assumons le choix d'une retranscription des entretiens en signifiant seulement les hésitations significatives, en conservant les rires ou autres manifestations sensibles qui apparaissent entre parenthèses dans le texte. Nous avons également réalisé quelques

⁵⁰ Le terme original, *theoretical sampling*, est emprunté à Glaser & Strauss (1967), repris et traduit par Daniel Bertaux dans son ouvrage *Le récit de vie*, *Ibid.*, p. 26.

⁵¹ BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'entretien. L'enquête et ses méthodes*. 2^{ème} éd. Coll. 128, Paris : Armand Colin, 2012.

« retouches » de syntaxe comme par exemple l'ajout du *ne* qui disparaît très souvent de l'oral, corrections qui n'enlèvent rien à la valeur du message et rend sa lecture plus aisée.

4.5. De l'entretien semi-directif à l'entretien compréhensif

Les premiers entretiens ont été menés dans une posture semi-directive. Après le temps de présentation, l'entretien démarrait par une phrase introductive puis, prenant appui sur une grille qui nous servait de guide et reprenait les thèmes que nous souhaitions aborder, les phrases de relances ont été utilisées pour susciter la parole ou recentrer les propos des enquêtés si ils prenaient une direction qui nous semblait inopportune.

Cette semi-directivité a été rassurante dans les premiers temps, véritable compromis entre le « laisser aller » de l'entretien non-directif et le dirigisme de l'entretien directif. Il a cependant, au fil du temps, montré certaines limites. En nous bornant aux seules questions de relances prévues dans notre grille d'entretien, nous prenions le risque de déclencher cette attitude de retenue dénoncée par Kaufmann : « la personne interrogée évite de trop s'engager : à la non-personnalisation des questions fait écho la non personnalisation des réponses »⁵². Les premiers entretiens semi-directifs ont permis de dépasser la crainte du début de recherche de ne pas savoir gérer la distance, ils ont permis de réduire nos propres interprétations, de tendre vers une présence la plus faible possible en tant que soignant ayant ses idées sur la question.

Cette limite heuristique est pointée également par Anne Gotman qui avance que « pour gagner en extension, en standardisant les entretiens afin de réduire au minimum les variations, on se condamne à perdre en relief »⁵³.

Dans la conduite de l'entretien compréhensif, la posture est autre, « L'enquêteur s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté »⁵⁴. Cette posture s'est imposée tout naturellement au fil des entretiens où nous nous sommes éloignée un peu plus de la grille et de ses thèmes préétablis, rebondissant sur les paroles des enquêtés et cherchant à nourrir la recherche d'autres hypothèses, « la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être

⁵² KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Coll. l'enquête et ses méthodes, 2e éd., Paris : Armand Colin, 2008, p. 19.

⁵³ GOTMAN, Anne, citée par KAUFMANN, Jean-Claude. *Ibid.*, p.19.

⁵⁴ KAUFMANN, *Op. Cit.*, p. 15.

dit »⁵⁵. La question inaugurale a été conservée, énoncée lentement en ces termes : « *Racontez-moi comment s'est passé votre stage, la première fois où vous avez dû vous occuper de quelqu'un, qu'avez-vous ressenti ?* ». Cette phrase a été rituellement formulée à chaque début d'entretien, nous avons suivi la *ficelle* de Becker proposant de privilégier le *comment* du *pourquoi*. La phrase présente le thème et donne le ton.

Nous avons également tenu compte des recommandations d'Alain Blanchet et Anne Gotman pour qui le recueil de traces verbales signifiantes et singulières demande « une certaine souplesse »⁵⁶. L'entretien est *rencontre* et comporte un certain nombre d'inconnues et de risques. C'est « l'interaction interviewé-intervieweur qui va décider du déroulement de l'entretien »⁵⁷ et permet à l'enquêté de se sentir en confiance et sujet à part entière de ses propos. Les auteurs conseillent d'accepter de « soumettre le questionnement à la rencontre »⁵⁸ et de ne pas anticiper la réponse apportée par l'interviewé. Cet exercice, qui demande à l'enquêteur de « se placer mentalement dans un contexte de découverte »⁵⁹, n'a pas toujours été simple, il faut bien l'avouer.

La conduite des entretiens a souvent pris la forme d'une conversation balisée par un ensemble de pistes annoncées dans la phrase introductive, et non par une liste de questions formatées et enfermantes. Lorsque ce style conversationnel prenait réellement corps, les propos ont semblé plus authentiques. L'étudiant a pu lâcher prise pour se laisser aller à des révélations riches de sens ou à des anecdotes significatives, témoignant de son engagement.

L'entretien compréhensif permet l'implication de chacun, l'engagement de l'enquêteur provoque l'engagement de l'enquêté. Cet engagement, timide dans un premier temps, a été possible et recherché dans un second temps en adoptant une posture compréhensive et une attitude empathique décrites par Jean-Claude Kaufmann.

⁵⁵ KAUFMANN, Jean-Claude. *Op. Cit.*, p. 15.

⁵⁶ BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'entretien. L'enquête et ses méthodes*. 2^{ème} éd. coll. 128, Paris : Armand Colin, 2012, p. 11.

⁵⁷ *Ibid.*, p.18.

⁵⁸ *Ibid.*, p.18.

⁵⁹ *Ibid.*, p.18.

4.5.1. Une posture compréhensive et une attitude empathique

Durant cette phase où « il est essentiel d'être ouvert à ce qui va se présenter, d'avoir un esprit et une approche ouverte, disponible à l'accueil de l'imprévu »⁶⁰, la difficulté s'est logée dans la posture à prendre pour mener les entretiens. Nous avons essayé de tendre vers un état de disponibilité réceptive pour découvrir de nouvelles choses, accepter les inévitables décalages entre ce à quoi on peut s'attendre, et ce que l'on découvre au fil de l'enquête.

Nous avons veillé à établir une communication adaptée en nous synchronisant avec l'étudiant, en nous ajustant à son rythme de paroles, à son comportement, au vocabulaire utilisé pour ne pas le bloquer. Nous avons utilisé des termes similaires, évité un vocabulaire trop conceptuel qu'il ne comprendrait peut-être pas ou des termes trop crus risquant de provoquer la gêne. Nous avons porté également attention à la posture et à la gestualité. Certains gestes sont significatifs et sources de données à exploiter, mais également à observer pour les imiter et encourager l'explicitation.

« L'empathie permet d'entrer dans le monde de l'informateur »⁶¹ nous dit Kaufmann. Pour parvenir à nous immiscer dans l'intimité affective de notre interlocuteur, nous devons suspendre nos propres opinions et catégories de pensée et ne penser qu'à une chose : il y a un monde à découvrir, plein de richesses inconnues. « Toute attitude de refus ou d'hostilité doit être évitée, quels que soient les idées et comportements de celui qui parle : il faut simplement chercher à comprendre, avec amour et considération, avec aussi une intense soif de savoir [...] S'il veut vraiment comprendre, l'enquêteur doit parvenir à se dépouiller de toute morale ; il reprendra ses idées une fois l'entretien terminé »⁶². Il nous a été quelques fois difficile de rester à l'écoute et de ne pas interrompre l'étudiant lorsque ses propos nous ont surpris, et que nous étions tentée de lui proposer un autre point de vue que le sien.

L'attitude empathique a permis d'aborder certaines situations plus embarrassantes, questionner les domaines plus sensibles autour de la sexualité et de l'érotisme par

⁶⁰ VAN DER MAREN, Jean-Marie. « Écrire en recherche qualitative et le conflit des paradigmes », Actes du colloque de l'Association pour la Recherche Qualitative, 10/09. Université du Québec à Trois-Rivières, p. 10.

⁶¹ KAUFMANN, Jean-Claude. *Op. Cit.*, p.54.

⁶² *Ibid.*, pp. 51-52.

exemple. Mais dans ces situations plus sensibles, l'enquêté ne livre pas toujours totalement son ressenti, il cherche de nouveau à contrôler ses émotions lorsqu'il prend la mesure de certains phénomènes. Il cherche une cohérence dans son discours et en modifie le contenu.

4.5.2. Entretien d'explicitation

Pour permettre une description plus fine de certaines situations vécues, avoir accès à des données plus intimes et pour emmener les enquêtés dans la verbalisation de leur vécu sensoriel, nous avons eu recours à l'entretien d'explicitation⁶³.

Formée à cette technique au cours de notre formation de Cadre de Santé, nous avons mobilisé les habiletés acquises par l'expérience, pour accompagner les interviewés dans l'émergence à la conscience de leur vécu des situations évoquées. Cette technique permet d'accéder à des informations nouvelles, concernant la partie émergée de l'expérience, en se remémorant la situation. L'entretien permet la prise de conscience et la verbalisation à la première personne de ce qu'il a perçu, ressenti, fait, dit, comme s'il était à nouveau dans la situation.

Ainsi, l'expression de la mémoire concrète de l'étudiant et la verbalisation du vécu sensoriel ont été encouragées en posant des questions le mettant dans une posture d'introspection, « *Qu'est-ce que vous voyez ? Qu'est-ce que vous entendez ? Qu'est-ce que vous vous dites ?* ». L'interviewé retourne sur la scène qu'il décrit avec le plus de précisions possibles, il visualise « son film intérieur » pour en restituer le contenu en position « incarnée ».

4.5.3. Parler du corps avec son corps

Le corps est au centre de notre recherche, il est aussi média de la relation entre l'interviewé et le chercheur dans l'interaction de l'entretien. Le rapport au corps désigne tout à la fois le thème de notre étude mais aussi ce par quoi il est abordé. Tout en portant un intérêt au discours, la mise en mots de ce rapport au corps malade, le chercheur observe les traces laissées sur le corps de l'enquêté en train de se raconter.

⁶³ Pierre Vermersch écrit que l'entretien d'explicitation est en partie fondé dans la phénoménologie, notamment sur le concept de *monde vécu*. Ce concept renvoie à la perspective selon laquelle les faits et leur interprétation sont liés inextricablement. Au cours de l'entretien, la personne donne accès au phénomène qu'elle vit simplement en décrivant la conscience qu'elle en a. Vermersch parle de *mémoire concrète* dans le sens de la reconstruction de l'évènement vécu à partir des traces sensibles présents dans le cerveau.

Lors des premiers entretiens, ces signes corporels n'ont pas retenu notre attention, laissant une vague impression, tant nous étions concentrée sur le verbal. En prenant une certaine assurance, nous avons pu repérer le langage non-verbal, les gestes et autres manifestations corporelles, l'augmentation du volume de la voix ou encore le regard plus fuyant ou larmoyant venant trahir le trouble.

Certains étudiants ont imposé leur corps dans le cours de l'entretien, mimant le soin, revivant de façon incarnée la situation qu'il relatait, « *j'en ai encore la chair de poule* », montrant ses poils hérissés sur ses avant-bras ou bien : « *j'en ai encore les larmes aux yeux* ». Tous ces éléments significatifs sont consignés et vont constituer des éléments inclus dans l'analyse. Ces « petites choses » comme les nomment Alfred Shultz qui constituent un moyen d'accès à la compréhension.

4.5.4. Comment terminer l'entretien ?

Kaufmann nous met en garde de ne pas éteindre trop tôt l'enregistreur car il n'est pas rare que ce geste, appuyer sur le bouton d'arrêt de l'enregistrement, déclenche une nouvelle envie de parler, « [...] parce qu'il se sent libre, et parce qu'il regrette de ne pas être parvenu à exprimer tout ce qu'il aurait pu dire »⁶⁴. L'étudiant garde la main sur la porte, après s'être assuré que c'était bien fini : « *vous avez ce qu'il vous faut ?* », ou bien : « *ça vous a servi ?* » ; l'enquête livrant son avis sur l'intérêt porté à notre enquête et amenant une dernière donnée d'un grand intérêt.

Il nous est arrivé également de croiser un étudiant dans les couloirs de l'ISFI et qu'il poursuive l'entretien ou apporte une donnée supplémentaire revenu à sa conscience après l'entretien. Très régulièrement, les étudiants interviewés ont demandé où en était l'enquête et ont donné le nom d'autres étudiants intéressés par le sujet et « *qui ont des choses à vous dire pour votre sujet* ».

L'environnement joue un rôle important dans le bon déroulé des entretiens. Le bureau de formateur n'est pas neutre, les entretiens auraient pu être menés dans un autre IFSI, mais nous avons fait le choix de conserver le terrain où nous exerçons, choix qui nous a fait gagner énormément de temps. Habitué à nous voir comme faisant partie de l'équipe pédagogique, il a fallu redéfinir aux étudiants la posture et l'objectif de l'entretien pour limiter les biais déclaratifs.

⁶⁴ KAUFMANN, Jean-Claude. *Op.Cit.*, p. 51.

4.5.5. Les biais déclaratifs

Il nous est arrivé d'entendre certains étudiants déclarer n'avoir aucun problème avec le corps malade, confessant toutefois quelques difficultés à faire face à certaines situations plus « délicates », souvent en lien avec les excréments, mais en les minimisant et en ajoutant que c'était seulement en tout début de stage. L'enquêté joue le rôle d'élève modèle et s'applique à bien répondre aux questions de relance lorsqu'elles sont utilisées. Il est soucieux d'avoir un discours convenu et conventionnel, au plus près des attentes institutionnelles, du comportement et des attitudes soignantes attendues d'un professionnel.

La technique de l'entretien comporte ses limites. Certains étudiants ne semblent pas s'être autorisés à exprimer leurs difficultés et ont probablement enjolivé certaines scènes. Nous sommes consciente que le discours de l'étudiant est parfois le reflet d'un désir de mise en conformité avec ce qu'il suppose être des réponses acceptables.

Ce biais a certes été induit par notre posture de formatrice et peut se rapprocher des biais déclaratifs liés au phénomène de *désirabilité sociale*. Les chercheurs en psychologie sociale ont étudié ce biais où l'enquêté a tendance à ne déclarer que ce qui est socialement acceptable, il cherche à être en conformité avec les attentes sociales et à donner la meilleure image de lui-même. Il se présente sous un jour favorable pour plaire ou ne pas déplaire à l'enquêteur.

Afin de minimiser ce biais, j'ai cherché à gagner la confiance de l'interviewé en me présentant comme soignante ayant été également étudiante, afin de gommer le grade et tendre vers une homologation de position qui autorise « une relation de familiarité et de franchise sociale ». Cette nouvelle posture a présenté un autre biais, les réponses sont vidées d'une partie de leur contenu, les choses ne sont pas dites car elles vont de soi. Nous avons dû faire attention aux phrases telles que « *vous voyez bien ce que je veux dire* », « *vous voyez de quoi je parle, vous connaissez le service* » et reformuler pour encourager l'étudiant à développer et à raconter sa situation.

4.6. Les traces écrites au retour du stage

Les analyses de pratique, réalisées au retour de stage des étudiants, représentent une base de données précieuse pour l'enquête. Chaque étudiant doit produire un texte portant sur le récit d'une expérience vécue en stage. La production narrative représente entre une et

quatre pages, et les situations relatées portent le plus souvent sur un premier soin, sur leurs premiers contacts corporels. Ils décrivent la rencontre, la réalisation du soin, comment ils s'y sont pris, quelles ont été les difficultés rencontrées. Chaque étudiant est soit acteur de la situation racontée ou bien observateur, il est seul auteur de la traduction en mots qu'il en fait. L'étudiant doit mobiliser les concepts des sciences humaines abordés dans les premières semaines de formation pour théoriser sa pratique. Les données retrouvées dans ces écrits sont généralement conformes à ce que l'on attend d'un soignant, exprimées au regard des valeurs soignantes auxquelles il souhaite adhérer.

Derrière cette conformité d'apparence se cache des « perles », certains passages nous rappellent Giono décrivant les corps en décomposition des pestiférés ou bien les textes de Zola dont le génie des descriptifs olfactifs n'a pas d'égal à nos yeux. La dimension sensible reste implicite mais les descriptifs des situations sont explicites. Le vocabulaire utilisé est encore profane, issu du « dictionnaire personnel », l'étudiant n'ayant pas encore intégré les termes professionnels. Nous avons retenu pour l'analyse les unités de texte qui nous paraissaient les plus pertinentes.

L'observation est complémentaire de l'entretien, elle permet de recueillir un troisième niveau de données, celles relatives à l'expression de l'émotion, aux postures et attitudes révélatrices de malaise.

4.7. L'observation

L'observation est une attitude qui rappelle l'attention flottante prescrite par Freud aux psychanalystes : observer sans présupposés et rester dans un état de disponibilité réceptive.

Nous avons profité des temps d'encadrement clinique pour observer les étudiants en activité. Nous accompagnions l'étudiant dans la chambre des patients, dans une posture de formateur venant encadrer un apprenant dans la réalisation d'un soin, et non pas d'un chercheur. L'étudiant se savait observé, notre seule présence étant source de perturbations, mais ignorait ce que nous observions vraiment. Notre attention portait sur les paroles échangées, les gestes et attitudes, tous les comportements révélateurs d'une émotion dans l'instant du corps à corps et non pas sur la concrétude de la réalisation du soin.

Munie d'un carnet, toutes les informations utiles à la recherche ont été consignées sous forme de mot clés ou de courtes phrases reprenant le contexte et la description brève de ce qui nous était donné à voir.

4.8. La netnographie

C'est au hasard de nos lectures sur internet que nous avons croisé la page d'une étudiante en soins infirmiers qui s'exprimait sur un forum. La lecture de son témoignage, écrit dans une logique d'écriture-confession, a été révélatrice d'une possible source de données car elle était riche en données factuelles et émotionnelles. C'est ainsi que nous avons découvert la netnographie, méthode d'enquête qualitative récente, utilisée par certains chercheurs en sciences humaines et qui exploite le canal Internet. Un seul forum a été visité pour ne pas multiplier les données, sur le site *infirmier.com*, référent de la population de notre recherche.

Selon Yohan Bernard, « elle se rapproche de l'ethnographie dont elle adapte les techniques de collecte des données au contexte d'Internet »⁶⁵. L'auteur explique l'intérêt de cette méthode par l'anonymat des participants et permet aux plus timides de s'exprimer. L'écriture de soi est plus décomplexée et moins engageante que l'entretien en face à face. Le média électronique désinhibe l'utilisateur et les données peuvent sembler plus authentiques.

Cet anonymat pose des questions d'ordre déontologique quant à la véracité des propos et à leur authenticité. Quoiqu'il en soit, les contenus des messages sont cohérents et ne semblent pas désadaptés, ils sont représentatifs d'un grand nombre d'étudiants et sont dans la même veine que ceux des étudiants de l'IFSI. Ils ne font que renforcer les choses.

Les données extraites des commentaires des blogueurs ont été ajoutées à celles des discours des interviewés et soumises au même traitement d'analyse. Après avoir repéré le sens global du message posté, les réponses et réactions au message initial, nous avons cherché à mettre en évidence les convergences et les divergences entre les différents éléments. Limitant notre intérêt aux seules données spontanément postées en ligne, nous n'avons jamais pris part à la discussion ni cherché à envoyer un message privé à un internaute.

⁶⁵ BERNARD, Yohan. « La netnographie : une nouvelle méthode d'enquête qualitative basée sur les communautés virtuelles de consommation », *Décisions Marketing*, n°36, 2004/10-12, pp. 49-62.

4.9. Les données informelles

Outre le dispositif « officiel », la recherche a été enrichie par des rencontres informelles, en des lieux et à des moments où nous n'étions pas identifiée comme enquêteur. Enquêter *sur* et *dans* son milieu professionnel entraîne de nombreux avantages. Durant toutes ces années⁶⁶, nous avons su saisir toutes les opportunités d'échanger avec les étudiants, improviser des entretiens, capter tous les moments propices aux échanges et aux confidences, en dehors des chemins balisés de la recherche. Nous avons recueilli ainsi de nombreuses données consignées à la volée dans un carnet de recherche, fragments de discours recueillis au cours des temps pédagogiques avec les étudiants, que ce soit lors des travaux pratiques ou travaux dirigés, lors des encadrements cliniques dans les unités de soins. En immersion complète sur le terrain, les occasions d'aborder le problème du corps malade ont été nombreuses.

Nous nous sommes demandée quelle place accorder à tous ces échanges et observations informels, à tout ce matériau non officiel et non enregistré ? Faut-il en faire fi ou, au contraire, les considérer comme pouvant également alimenter l'analyse ? Nous les avons retenus et considérés au même titre que ceux recueillis au cours des entretiens formels.

4.10. Un corpus hétérogène de données

Le corpus de données est composé des retranscriptions des entretiens, des notes de terrain issues des observations et des données collectées sur le site *infirmier.com*. Nous n'établissons aucune hiérarchie de valeur entre les différentes sources de données, elles sont traitées comme telles dans leur exploitation.

Sans revendiquer une quelconque forme d'auto-anthropologie comme le fit Murphy dans son analyse de l'expérience de tétraplégie, nos données personnelles issues de notre expérience de soignante, dans ses différents lieux et formes d'exercice, font parties du corpus.

Il s'agit désormais de faire parler les données de la manière la plus rigoureuse possible.

L'analyse est l'étape suivante que nous présentons maintenant.

⁶⁶ Le recueil des données informelles a été transversal aux quatre années de recherche, les étudiantes puéricultrices venant pour la plupart de terminer leurs formations en soins infirmiers, leurs souvenirs ne sont pas encore déformés par le temps.

5. L'analyse

Pierre Paillé⁶⁷ déclare que l'analyse qualitative est une activité fascinante, nous pensons que c'est également une activité complexe et exigeante. Elle vise à être la plus intelligible possible dans l'exploitation des données tout en apportant une inévitable part d'interprétation. L'analyse ne peut être exhaustive et reste partielle, il est utopique de vouloir traiter l'intégralité du corpus car « l'analyse est toujours une réduction de la complexité du réel »⁶⁸.

La fonction première de notre analyse est heuristique, nous cherchons à produire du sens à partir des données récoltées. C'est l'analyse « pour voir »⁶⁹ et pour comprendre quel sens les étudiants donnent à ce qu'ils sont en train de faire et de décrire dans leur discours. Nous ne sommes pas dans une analyse « pour prouver » correspondant à la seconde fonction de l'analyse de contenu décrite par Laurence Bardin, « la fonction d'administration de preuve »⁷⁰ où le chercheur cherche à vérifier, confirmer ou infirmer des hypothèses. Nous préférons d'ailleurs l'expression « analyse de contenu » à celle de « traitement des données », qui a une connotation plus mécaniste.

5.1. L'analyse de contenu

L'analyse de contenu est une méthode empirique pour laquelle « il n'y a pas de prêt-à-porter [...] simplement quelques patrons de bas, parfois difficilement transposables »⁷¹. Les données soumises à l'analyse sont issues des entretiens, données verbales, et des analyses de pratique des étudiants, données écrites. Pour Paul Henry et Serge Moscovici, « tout ce qui est dit ou écrit est susceptible d'être soumis à une analyse de contenu »⁷². Notre corpus de données est composé de deux types de communication, les codes et supports des messages diffèrent. Nous recherchons plusieurs sortes d'informations. Les données sont de nature différente, elles se complètent et offrent des informations sur la nature sensible, sensorielle et symbolique de l'expérience première du face à face de la

⁶⁷ PAILLE, Pierre. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 23, 1994, p. 147-181.

⁶⁸ KAUFMANN, Jean-Claude. *Op. Cit.*, p. 21.

⁶⁹ BARDIN, Laurence. *L'analyse de contenu*. 9^{ème} éd., Paris : PUF, 1998, p. 33.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 33.

⁷¹ *Ibid.*, p. 34.

⁷² HENRY, Paul et MOSCOVICI, Serge, cités par BARDIN, Laurence. *Ibid.*, p. 36.

rencontre soignant-soigné, sur les empreintes sociales et les traces laissées par le passé. Les données sont plutôt de type prescriptif et descriptif pour les écrits, interprétatif et stratégique pour les entretiens.

L'information descriptive va nous permettre de rendre compte du phénomène dans le cadre social où il se joue, le contexte d'interaction, l'environnement. L'information de type interprétative propose une signification, une explication à l'évènement. Les données ont été livrées lorsque l'étudiant a réussi à dépasser le premier niveau descriptif pour entrer dans cette posture incarnée provoquée par l'enquêteur lorsqu'il essaie de faire préciser sa pensée à l'enquêté.

Les données de nature prescriptive informent sur la dimension éthique de la relation de soin, sur les valeurs soignantes, sur ce qui est « autorisé » ou « conforme » aux attentes tant sociétales que scolaires. L'information porte sur ce qui fonde l'action, les valeurs, l'éducation, la morale. L'information de type stratégique est souvent liée au type d'information prescriptive, il précise la stratégie utilisée pour à la fois respecter la prescription, jouer un rôle proche de celui qui est attendu, et ne pas se mettre en danger, le danger étant de perdre la face.

5.2. Une analyse artisanale des données

Nous n'avons eu recours à aucun logiciel d'analyse des données. Intimidée par la complexité de leur utilisation, l'appropriation de l'outil aurait demandé beaucoup de temps. Nous avons préféré mettre ce temps précieux à disposition d'une pratique plus artisanale de l'analyse des données. La lecture d'un article de Pierre Paillé portant sur les logiciels d'analyse en recherche qualitative a conforté notre choix de ne pas avoir utilisé d'outils informatique pour l'analyse. « L'un des gages de réussite d'un projet d'analyse qualitative autour du sens des phénomènes psychiques et sociaux réside dans une pratique d'analyse artisanale »⁷³.

Le terme artisan est entendu au sens de celui qui travaille avec des outils très peu mécanisés. Sur le plan de l'analyse qualitative, l'artisan est celui qui réalise ses analyses à la main. Selon l'expérience de Paillé « cela a pour effet de ralentir les processus d'analyse.

⁷³ PAILLE, Pierre. « Les conditions de l'analyse qualitative. Réflexions autour de l'utilisation des logiciels », *SociologieS*, [En ligne], La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 06 juillet 2011, (consulté le 22 février 2015).

Et la lenteur permet une sensorialité plus fine, plus attentive. En même temps, le travail artisanal permet un contact plus charnel avec les matériaux, et par conséquent des analyses bien incarnées »⁷⁴.

Nous revendiquons la nature incarnée de notre recherche qui n'est pas contradictoire avec la rigueur nécessaire pour l'analyse, garante de la scientificité.

La donnée qualitative est ainsi multidimensionnelle et seul l'esprit humain peut espérer en extraire le plus de sens. « Approche terrain, logique de proximité et travail de l'esprit trouvent ici une cohérence autour du thème de l'incarnation de l'analyse »⁷⁵. Dans ce contexte, l'utilisation d'un logiciel, apparaît comme un contre-sens, le support technologique peut être mis de côté.

5.3. La phase de pré-analyse

Après une retranscription *in extenso* des entretiens, l'étape suivante a consisté à relire attentivement chaque document dans son intégralité pour mieux prendre conscience de l'ensemble du corpus. « Si un regard immédiat, spontané, est déjà fécond, une lecture attentive ne peut-elle en augmenter la productivité et la pertinence ? »⁷⁶.

La première lecture a une fonction de repérage car « sous l'apparent désordre thématique, il s'agira de rechercher la dynamique personnelle qui, en filigrane du flot de paroles, orchestre le processus de pensée de l'interviewé »⁷⁷. La lecture est flottante et permet de recenser les occurrences et les récurrences, de repérer les unités de sens faisant écho aux questionnements de notre recherche, et pouvant être regroupés sous un même thème.

Au sein de chaque thème, nous avons distingué les données nous renseignant sur le contexte et le cadre de l'expérience, la nature de la relation, l'émotion ressentie, son expression, son interprétation, la dimension stratégique et cognitive, les traces des socialisations, le partage de l'expérience.

De nombreuses lectures ont été nécessaires pour l'analyse, lectures verticales et horizontales. La lecture verticale, document par document et entretien par entretien, a

⁷⁴ PAILLE, Pierre. *Op. Cit.*

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ BARDIN, Laurence. *Op. Cit.*, p. 32.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 126.

permis de repérer les thèmes et les idées clés. Elle a permis aussi de voir le caractère unique de chaque entretien et les logiques individuelles. Les ressemblances et les régularités d'un document à l'autre ont été mises à jour par l'analyse horizontale. Par exemple, l'odorat et le dégoût qui lui est souvent associé, sont apparus comme des thèmes récurrents, traversant la *quasi* totalité des entretiens. Les relectures ont permis de dénicher les significations secondes masquées par les significations de premières lectures, comme par exemple l'impact des valeurs soignantes, de l'éducation et de la socialisation primaire qui se donnent difficilement à voir et se cachent dans les contenus.

Les *verbatim* sélectionnés, issus du corpus, illustrent et rendent l'analyse plus concrète.

5.4. Articulation entre recueil de données et travail d'analyse

Strauss et Corbin conseillent : « [...] durant toute la recherche, il faut continuer à fouiller l'ensemble de la documentation [...] et faire alterner lecture et analyse des données.[...] Cependant, il faut se rappeler que les catégories et leurs relations doivent sans cesse être confrontées aux données. Ainsi, il est possible de recourir à tous les écrits jugés pertinents à la condition de ne pas devenir captifs d'aucun d'entre eux »⁷⁸.

Cette recherche n'a pas été conduite de manière linéaire mais avec des temps bien délimités les uns des autres, de collecte de données, d'analyse puis de rédaction. Le travail de référencement théorique et de rédaction a été réalisé au fur et à mesure de nos entretiens et de nos observations. La collecte des données a été transversale et leur analyse effectuée de façon simultanée pour ajuster le questionnement et réorienter la recherche. Après quelques pauses, imposées par les aléas de notre activité professionnelle, mais s'avérant toutefois très utiles car permettant des temps nécessaires de maturation et d'intégration, nous retournions sur le terrain mener de nouvelles investigations.

Dans un va-et-vient terrain et lecture, nous avons mis à l'épreuve les données empiriques issues du terrain à l'analyse théorique. Nous avons ainsi engagé une démarche interactive entre le terrain, la collecte de données et leur analyse et cherché à rejoindre les propositions de Becker pour qui « étudier la société, c'est faire des allers-retours incessants : observer le monde, penser ce que l'on a vu, et retourner observer le

⁷⁸ RECHERCHES QUALITATIVES – Hors-Série – numéro 15. DU SINGULIER À L'UNIVERSEL ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html> © 2013 Association pour la recherche qualitative.

monde »⁷⁹. Notre référence à une logique inductive évoquée plus haut a su ainsi trouver son expression.

Nous nous sommes demandée s'il existait un moyen, en cours d'analyse et d'écriture, pour être assurée d'aboutir au meilleur résultat possible. De nombreux ouvrages se proposent d'être des guides pour le chercheur, nous nous sommes appuyée sur le conseil de Becker : « Ayez une idée claire de l'énigme à résoudre ou de la vision d'ensemble à présenter, faites une esquisse des points à aborder et de leur enchainement, et lancez-vous »⁸⁰. C'est ce que nous allons faire.

6. Présentation de la recherche

6.1. Les objectifs de la recherche

Le point de départ de notre recherche se situe dans le constat d'un écart entre les attentes d'un métier vers lequel l'étudiant se destine et la réalité qu'il découvre lors de son premier stage. Nous partons du postulat que les premiers soins au corps font événement dans la formation du soignant.

Notre travail de thèse se centre sur les premières interactions soignantes considérées comme des *processus communicationnels complexes*, dans un espace-temps particulier du parcours de formation. L'objectif général sera de mettre en lumière toute la dimension sensible et sensorielle de l'expérience première du soin telle qu'elle est vécue par les étudiants dans toute sa complexité et telle qu'elle se joue dans un contexte social particulier : l'hôpital. A travers les discours des étudiants, nous cherchons à comprendre ce que les étudiants ressentent, ce qu'ils perçoivent et quelles significations ils accordent à ce premier corps à corps soignant. Nous essaierons d'accéder à la compréhension du sens qu'ils donnent à cette rencontre et d'identifier les processus à l'œuvre dans l'interaction de soin.

6.2. Les contours de la recherche

Il convient de poser à présent les bornes et les limites de la recherche.

⁷⁹ BECKER, Howard. *Op. Cit.*, p. 234.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 234.

6.2.1. Les bornes

La construction de l'objet a certainement été influencée par le fait que ce travail de recherche soit mené de concert avec l'activité professionnelle. Cette position d'entre-deux a amené à porter le regard sur les soins infirmiers à partir du point de vue des étudiants en formation, regard qui aurait sans doute été porté sur les professionnels aguerris si l'enquête avait été initiée dans un autre contexte professionnel.

Le choix de s'intéresser plus particulièrement aux primo-étudiants n'est pas anodin, il a certes simplifié l'accès au terrain de recherche mais n'est pas l'unique raison. En début de formation, les étudiants sont aux portes de la découverte de ce monde des soins qu'ils perçoivent à la lumière de ce qu'on a bien voulu leur en dire. Ils ont pour la plupart, peu de connaissances du contexte hospitalier, leurs représentations sont biaisées, leurs perceptions ne sont pas encore nourries par l'expérience d'une pratique professionnelle régulière. Ces regards neufs et naïfs, cette sensibilité à fleur de peau rendent les émotions plus intenses car elles ne sont pas encore atténuées par une distance que le temps aide souvent à acquérir.

La première rencontre avec le monde des soins a lieu le plus souvent en structure hospitalière et rarement à domicile, autre espace des soins. Le contexte de la recherche est l'hôpital, univers pluriculturel où se rencontrent et se croisent toutes les populations et toutes les cultures. Certaines situations de soins sont *culturellement sensibles* et sont source de malentendus qui se cristallisent sur les soins corporels. Nous n'entrerons pas dans ces considérations qui influent sur les modes d'expressions et de gestion des émotions.

Enfin, notre contexte de soin se limitera aux services de soins généraux et n'abordera qu'à la marge les soins psychiatriques.

6.2.2. Les limites dans l'approche théorique

Un des reproches auxquels nous nous exposons réside dans son manque d'ouverture sur la littérature anglophone non traduite en français. Les recherches sur le soin sont nombreuses outre atlantique, notre niveau d'apprentissage de l'anglais – baccalauréat scientifique – ne nous a pas permis d'y accéder comme nous l'aurions souhaité. Cette faiblesse se retrouve chez de nombreux soignants chercheurs. L'apprentissage de l'anglais faisant partie du

nouveau programme de formation, il est fort à parier que la nouvelle génération ne connaîtra pas ce handicap.

6.3. Le choix de la forme pronominale « nous »

La part de l'implication personnelle dans ce travail de recherche est importante, la question du choix de la forme pronominale s'est posée dès le début du travail de sa rédaction. Allons-nous utiliser le *je* ou le *nous* ?

Nous avons fait le choix d'utiliser dans l'ensemble de notre écrit le *nous* scientifique. Ce choix résulte davantage du respect d'une méthodologie que de l'impératif d'une objectivité considérée comme indispensable au processus de thèse mais difficile voire impossible à tenir. Nous accorderons le participe passé au singulier et féminin selon la règle suivante : « quand les pronoms personnels *nous* et *vous* sont employés pour un seul être, l'adjectif, attribut ou épithète, les participes passés qui s'accordent normalement avec ces pronoms, se mettent au singulier (et au genre correspondant au sexe de la personne) »⁸¹.

Mais ce *nous* n'est pas investi d'une position de recul, il est porteur d'un *je* inscrit dans une histoire professionnelle et personnelle, dans l'ici et maintenant d'une doctorante engagée dans une démarche normée qui la perd et la construit tout à la fois.

6.4. Une écriture polyphonique

L'écriture est polyphonique, la parole « située » de l'enquêté se mêle aux propos d'auteurs de référence. Les citations d'auteurs sont présentées entre guillemets et sans italique, avec la référence en note de bas de page. Les propos des étudiants et soignants, extraits des retranscriptions des entretiens, des écrits et de notre journal de bord, sont en italique. Dans un souci de fluidifier la lecture, nous avons fait le choix d'insérer les *verbatim*⁸² dans le fil du texte en identifiant l'auteur des propos par un prénom qui n'est pas le sien, dans le respect des règles éthiques qui visent à préserver l'anonymat des personnes.

De larges extraits d'entretiens et d'analyses de pratiques, d'où sont issus les *verbatim*, figurent en annexe en fin de thèse.

⁸¹ GREVISSE, Maurice, GOOSSE, André. *Le Bon Usage. Grammaire, langue française*. 14^e édition, Paris : De Boeck, 2007, p. 655.

⁸² Les propos issus des entretiens sont identifiés ainsi : (E.n°) ; les analyses de pratiques (A.P.n°).

Un lexique définit quelques-unes des notions et vocabulaire spécifique utilisés au fil des pages. Il fait suite à la bibliographie.

7. Le plan de la recherche

Notre travail s'articule en trois parties.

Une première partie sera consacrée à la présentation des contextes. Nous partirons des soins premiers pour balayer à grands traits l'évolution plusieurs fois séculaire des soins. Nous verrons comment chaque période de l'histoire des soins est associée à des attentes sociales qui vont préfigurer le rôle de la soignante d'aujourd'hui, comment la pratique infirmière s'inscrit dans le prolongement d'un rôle social et reste l'apanage des femmes. Nous dépasserons la notion de profession et de métier pour nous focaliser sur ce qui caractérisent les soins infirmiers, leur nature et les différents programmes de formation. Nous observerons comment se déclinent les savoirs sur le corps dans le programme actuel, la place des émotions pour terminer par un rapide profil des étudiants en soins infirmiers.

La seconde partie concernera le corps et les émotions. Situées au carrefour des Sciences Humaines et Sociales, ces deux notions se caractérisent par une grande diversité d'approches et se laissent difficilement appréhender en tant qu'objet d'étude. L'empan des études est très large, nous nous contenterons d'un parcours en pointillé dans ce méandre théorique pour étayer notre problématique.

Le corps est central dans les soins, nous le questionnons dans sa réalité de corps malade, de corps sentant et ressentant, de corps média dans la relation soignant-soigné permettant dans un même mouvement de manifester et de communiquer des émotions, de percevoir, d'intégrer et d'interpréter les siennes mais aussi celles des autres.

Le corps est envisagé dans sa relation au monde, médiateur de la communication affective et support de la transmission des messages sensoriels dans le cours de l'activité soignante.

Pour Dominique Wolton, les cinq sens sont « le symétrique et le double de la communication verbale. L'autre versant »⁸³. Et comme « il est difficile de comprendre une

⁸³ WOLTON, Dominique. « Avant-propos », *La Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05, p. 14.

société, et encore plus une civilisation sans avoir les deux à l'esprit »⁸⁴, il est impossible de comprendre ce que sont les soins infirmiers sans prendre en compte les cinq sens.

L'anthropologie des sens sera largement sollicitée pour comprendre, dans un premier temps, comment chaque individu perçoit le monde à travers ses sens et se sert des sensorialités pour appréhender son quotidien puis, dans un second temps, voir comment les sens sont mobilisés dans le rapport au corps malade. L'infirmière dispose de tout un kaléidoscope sensoriel au travers duquel elle perçoit le monde des soins ; c'est par son corps et ses sens que l'étudiant découvre l'univers hospitalier et entre en relation avec le patient. Ses cinq sens sont des sentinelles qui l'informent et l'alertent sur son environnement.

Les sens sont toujours présents dans leur totalité, ils sont indissociables, « Le monde ne se donne qu'à travers la conjugaison des sens »⁸⁵, mais pour une meilleure compréhension, nous avons fait le choix de les aborder individuellement pour mieux les saisir, sans oublier de préciser les liens qu'ils entretiennent les uns avec les autres. L'odorat apparaît comme le sens prédominant à l'hôpital, le plus souvent abordé par les étudiants ; les odeurs occupent ainsi une place de choix dans notre écrit, tout comme le dégoût, émotion qui sera plus largement développée.

L'expérience sensorielle est intime et s'inscrit dans un contexte plus large. La configuration appelle les dimensions sociale et collective prenant en compte la culture comme un ensemble de ressources partagées et d'injonctions intériorisées, et la dimension individuelle dans toute la singularité de l'individu.

La troisième partie sera celle de l'analyse de la première rencontre avec le monde soignant et les premiers face à face avec le patient. Nous cherchons à saisir tous les processus à l'œuvre, de l'émergence à la gestion de l'émotion, de ses manifestations à son mode de désignation, de son interprétation à son partage, dans le cours de l'action et à distance de l'évènement. Nous avons fait le choix de nous intéresser aux soins d'hygiène corporelle regroupés sous le terme générique de « toilette ». Soin emblématique de la première année de formation, la toilette oblige le soignant à approcher le corps au-delà des limites sociales habituellement respectées, et se prête à des mises en scène très variées. Elle rend

⁸⁴ WOLTON, Dominique. *Op. Cit.*, p. 14.

⁸⁵ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Une anthropologie des sens*, *Op. Cit.*, p. 54.

manifeste toutes les tensions affectives et morales de la relation de soin, participant à la découverte d'un aspect central du métier, la vulnérabilité d'Autrui. Ce soin cristallise une expérience qui se veut sensible et sociale.

Et parce que chaque étudiant, tout comme chaque être humain, est unique dans sa façon de sentir et ressentir le monde, nous questionnons dans un même mouvement toutes les singularités dans toutes leurs subjectivités. Nous plongerons dans la boîte à outils de Goffman pour structurer l'analyse de ce moment critique de la rencontre avec le corps malade, selon les trois temps de la construction dramaturgique. Entre préfiguration et configuration, le dispositif se dévoile dans sa réalité concrète et plus seulement avec l'image idéalisée du soin construite en amont. Le temps de la figuration est le moment où l'étudiant se met en scène, à l'épreuve du corps et de ses émotions. Afin de mieux saisir toute la complexité de l'expérience émotionnelle, le modèle sociologique du travail émotionnel dialoguera avec la psychanalyse.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DES CONTEXTES

LE SOIN, LES SOINS INFIRMIERS ET LA FORMATION

Cette première partie a pour ambition de présenter les contextes de notre recherche.

Plusieurs éléments les composent : le soin, les soins infirmiers et la formation. Leurs présentations sont un préalable à la compréhension de la nature des soins infirmiers, du rôle soignant et de la relation de soin.

Dans un premier temps, nous allons remonter aux origines des soins et des pratiques soignantes, visiter l'intérieur de notre cosmos professionnel en portant un regard historique sur les soins infirmiers. L'empreinte laissée par le passé éclaire en partie l'objet de notre recherche, « l'histoire rend aux groupes sociaux le même type de service que la psychanalyse rend aux individus ; elle élucide la mémoire »⁸⁶. La mémoire est en effet une pièce maîtresse de l'identité, elle est nécessaire pour comprendre le présent et se projeter dans l'avenir.

Des soins premiers aux soins infirmiers, des soins dispensés par un personnel dédié au service de Dieu aux soins hyper-techniques du XXI^e siècle, des soins sacrés aux soins profanes, nous allons suivre leurs traces afin de mieux comprendre ce qui fonde les soins infirmiers d'aujourd'hui, comment ils se sont professionnalisés et transformés en une véritable discipline.

1. A l'origine des pratiques soignantes

Tous les écrits et traces de l'histoire des soins infirmiers nous emmènent inévitablement aux religieux et aux « cornettes », l'association entre soins et charité chrétienne est souvent mise en avant dans les discours sur les soins, mais ce lien est quelque peu réducteur. Penser que le modèle de soin dispensé à Autrui fait partie de l'héritage chrétien peut laisser croire que les pratiques soignantes sont héritées du modèle religieux et que soigner est avant tout « donner de soi » aux pauvres et aux défavorisés. Il laisse dans

⁸⁶ KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières. En France au XX^e siècle*. Coll. Pluriel, Paris : Hachette, 2008, p. 7.

l'ombre les pratiques plus ordinaires et profanes du soin qui relèvent de la simple expérience du quotidien.

Les soins existent depuis que l'Homme est apparu sur terre et leur pratique est sans doute la plus ancienne de l'histoire de l'humanité.

Leur histoire se construit autour de deux grands axes. Le premier est d'« assurer le maintien et la continuité de la vie, du groupe et de l'espèce »⁸⁷ et est lié aux grands moments de la vie. « Dans toutes les cultures, la naissance, ce qui la précède - la grossesse - et ce qui la suit, est au point de départ de tous les soins, tant pour la mère que pour l'enfant »⁸⁸ car durant cette période, la vie de l'enfant encourt un danger si grand qu'il faut tout mettre en œuvre pour sa survie. Il faut également prendre soin de la vie de la mère, pour qu'elle puisse prendre soin de son enfant, et à nouveau pouvoir donner naissance à d'autres enfants. Cette nécessité est tellement vitale pour la survie de l'espèce humaine que les façons de faire, les *pratiques du corps*, ont donné lieu à des *rites* et ont été investies d'un caractère sacré.

En donnant la vie, les femmes transmettent en même temps la mort, « s'il est évident, dans les faits, dans l'accouchement même que les femmes sont à l'origine de la vie, mettent au monde des enfants, qu'elles soient à l'origine de la mort semble l'être tout autant »⁸⁹.

Il revient aux femmes d'accompagner la mort comme elles le font avec la naissance, celles qui « font les bébés font aussi les morts »⁹⁰. Ainsi, les soins autour de la naissance ont inspiré les soins autour de la mort. Les rites autour des mourants sont une transposition des rites autour de la naissance. Tout ce qui est appris et compris au moment de la naissance à la vie, sert à apprendre et comprendre la vie qui s'éteint. Entre ces deux seuils se jouent tous les autres, car les soins se retrouvent à toutes les étapes de la vie.

Les soins ne sont pas le propre d'un métier, encore moins d'une profession. Ils sont le fait de toute personne aidant quelqu'un d'autre à assurer ce qui lui est nécessaire pour continuer sa vie en relation avec la vie du groupe. Ils se déroulent dans l'enceinte du foyer et relèvent de la solidarité entre les femmes et les hommes. Chacun participe et se

⁸⁷ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : MASSON, 1982. p. 24.

⁸⁸ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner, le premier art de la vie*. Paris : MASSON, 1996, p. 181.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 181.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 181.

familiarise en observant les soins, en assistant à leurs administrations, et en participant aux rituels qui les accompagnent.

Le second axe est de « faire reculer la mort »⁹¹ par des soins réclamant davantage de force physique, ou bien par l'utilisation d'outils d'incision ou de suture. Ces soins relèvent de la compétence des hommes. Les soins aux corps blessés vont initier les hommes à découvrir l'intérieur des corps, à oser l'explorer, à développer des techniques qui deviendront celles des barbiers ou des chirurgiens. Les soins réclamant une importante force physique, telles les réductions de fracture ou de luxation d'articulation, mais aussi les soins nécessitant la maîtrise physique des agités et des malades psychiatriques, sont également le fait des hommes. Les pratiques de soins réservées à la gent masculine sont issues originellement de la chasse, de la guerre et du maintien de l'ordre social.

Ainsi, depuis que le monde est monde, dans la plupart des sociétés, les hommes combattent et conjurent la mort ; les femmes, dans l'ombre, donnent la vie, s'occupent des corps meurtris et accompagnent les mourants. La pratique des soins s'inscrit dans le prolongement d'un rôle social qui est de nature différente selon le genre. La vie des hommes et des femmes s'organisent autour de cette complémentarité. Les soins infirmiers représentent un rameau de cette évolution des soins.

1.1. Les femmes soignantes et la place du corps dans leurs pratiques

L'histoire opère une séparation entre les soins donnés par les soigneuses profanes, les femmes consacrées et les auxiliaires médicales. Nous nous appuyons sur la classification⁹² de Marie-Françoise Collière présentée dans son ouvrage *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers* [1982], pour repérer les savoirs nécessaires pour dispenser les soins, et le statut du corps dans les pratiques qui lui sont associées. Le premier mode est l'identification de la pratique des soins à la *femme*.

1.1.1. Identification de la pratique des soins à la femme

La notion de soin n'est absente d'aucune société, les soins infirmiers sont issus des pratiques exercées traditionnellement par les femmes qui accompagnent toutes les étapes

⁹¹ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. Op. Cit.*, p. 25.

⁹² Cette classification n'a de valeur que dans notre société occidentale.

de la vie : la gestation, la naissance, la vie et la mort. Leur savoir est empirique et s'inscrit dans une expérience de vie.

Depuis les temps les plus reculés de l'histoire de l'humanité, les soins sont confiés aux femmes et concernent tout un ensemble d'activités qui s'organisent autour du corps. Ils permettent d'assurer ou de compenser les fonctions vitales et regroupent l'alimentation, la maternité, les soins aux jeunes enfants, mais aussi la culture des plantes.

L'approche du corps malade s'inscrit dans une continuité entre le corps et l'esprit. La soignante se sert de ses sens et porte une attention toute particulière aux signes physiques et à l'environnement dans l'origine de la maladie. Elle se sert de ses mains, outils indispensables pour pratiquer les soins qui se donnent dans son entourage.

La pratique quotidienne des activités de soin nourrit tout un savoir empirique, accumulé grâce à l'observation fine du corps et de ses réactions. Elle procure une connaissance intime du corps et de la nature. Selon Collière, ces savoirs profanes sont dotés d'une triple caractéristique. Nés de l'expérience, ils sont *empiriques*, « pour savoir, il fallait y “avoir goûté”, “y avoir tâté” [...] ». Il fallait que cela s'inscrive dans une expérience de confrontation avec la réalité, devenant ainsi une expérience de vie »⁹³. Ils sont également *communautaires*, en ce sens qu'ils sont le fruit de l'expérience du groupe, « c'est du partage de constatations dégagées de différentes expériences faites par les femmes ou les hommes du groupe que s'élabore, se nomme le savoir du groupe dans tel ou tel domaine »⁹⁴. Enfin, ils se communiquent par *tradition orale*. « C'est une transmission initiatique, où l'on s'initie par l'expérience qui en quelque sorte consacre »⁹⁵.

Les femmes ont « la connaissance des plantes et échangent entre elles les secrets de leurs pratiques »⁹⁶, mais elles n'ont pas accès à l'écriture et n'ont laissé aucune trace écrite de leurs savoirs qui sont transmis oralement de mère en fille ou entre voisines. Cette accumulation de savoirs leur confère un pouvoir considérable sur la vie des gens, pouvoir de guérir – ou de nuire – au moyen de mystérieuses recettes, ce que l'Eglise va percevoir comme une véritable menace. La conception de cette fonction soignante, reconnue comme

⁹³ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie. Op. Cit.*, p. 124.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 124.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 124.

⁹⁶ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. Op. Cit.*, p.37.

un fait social, va alors être profondément modifiée dès le début du Moyen Âge et l'avènement de l'ère chrétienne qui condamne et réprouve ces pratiques.

1.1.2. Les soins réservés à la femme consacrée

Durant plusieurs siècles, l'Eglise va réprimer les femmes dépositaires des savoirs sur les soins corporels et condamner à l'excommunication et à la mort ces femmes soupçonnées de commerce avec le diable. La chasse est lancée contre ces guérisseuses, appelées sorcières ; mais elles continueront, malgré le risque encouru, à soigner clandestinement et à transmettre, de façon cachée et souterraine, les pratiques de soins issues de l'expérience ancestrale.

Le deuxième mode d'identification est celui de la pratique des soins à la *femme consacrée*⁹⁷. L'Eglise exprime un mépris pour tout ce qui est charnel et s'oppose à la femme soignante, entièrement gouvernée par ses organes. Le corps était en harmonie avec la nature et il se voit rapidement frappé d'interdit. Tout ce qui a trait aux mystères de la nature et de la maternité va faire l'objet d'une véritable aversion. Même l'allaitement deviendra suspect par la volupté qu'il entretient, et on reprochera à la tendresse qui lui est associée de rendre l'enfant « débile ». Et si la *femme soignante* a été éprouvée par l'expérience de la maternité et soigne avec son corps, la *femme consacrée* n'a pas besoin d'avoir enfanté pour soigner. Sa foi lui suffit car elle soigne avec son âme et revêt l'habit religieux pour ne pas être tentée par le corps. Les religieuses soignantes renoncent à leur vie, à leur corps, pour la gloire de Dieu, elles obéissent aux ordres des abbés et des évêques.

Le modèle de la *soignante consacrée* s'impose à partir du XIV^e siècle avec une nouvelle conception des soins ne reconnaissant aucune valeur au corps physique, « le plus grand de nos ennemis, c'est notre corps »⁹⁸, méprisant le domaine des sens, et donnant la suprématie à l'esprit. Le corps physique est considéré comme impur, « source de fornication et de maléfice »⁹⁹, la chair est méprisée et tout ce qui est péché de chair est puni, « le ventre est lieu et source d'impureté, de péché, il est lié au diable »¹⁰⁰.

⁹⁷ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. Op. Cit.*, p. 49.

⁹⁸ CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges. *Histoire du corps, De la révolution à la Grande Guerre*. Paris : Seuil, 2005, p.70.

⁹⁹ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. Op. Cit.*, p 51.

¹⁰⁰ MICHELET, Jules. *La sorcière*. 1862, cité par COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Ibid.*, p. 112.

Une dichotomie s'installe entre le corps et l'esprit, « La réalité vraie de l'homme devient donc son âme, le corps et ses activités ne pouvant être qu'objets de mépris surtout ses passions et les désirs qui troublent la sérénité de l'esprit »¹⁰¹. Ce désintérêt envers le corps incarné remet radicalement en cause les soins traditionnels. « L'Eglise s'approprie le pouvoir de discerner ce qui est bon ou mauvais pour l'âme et pour le corps, décide des connaissances à utiliser pour soigner, et limite les pratiques d'hygiène »¹⁰². Les soins au corps sont avant tout des soins de propreté pour le purifier, et les religieuses se désintéressent du corps douloureux¹⁰³. Cette indifférence va remettre en cause les pratiques traditionnelles de soins, notamment les soins de confort et de bien-être.

La maladie est châtiment de Dieu, le corps malade est signe visible de l'atteinte de l'âme et il doit connaître la souffrance et la douleur pour expier ses fautes. Le souci majeur reste le salut des âmes et non les soins aux corps malades : « la fonction spirituelle prédomine sur la fonction soignante »¹⁰⁴. Le rôle des soignantes est prescrit par les règles conventuelles qui dictent les conduites et les comportements, préconisent de nouvelles pratiques de soins fondées sur la prière et l'annihilation des sens, le bannissement des sentiments.

Les soins consistent essentiellement à nourrir et à héberger, ils sont donnés dans un lieu prévu à cet effet, *l'hôpital secourable* qui apporte une réponse à la souffrance des miséreux. Ces lieux sont davantage « créateurs de maladies » qu'institutions destinées à guérir tant les conditions d'hygiène sont effroyables. Les malades sont entassés à plusieurs par lit, toutes pathologies confondues.

Ce sont les religieuses qui prennent en charge les malades, sans aucune connaissance, mais entièrement dévouées. Elles ne coûtent rien et sont au service de Dieu. La pratique des soins va se dissocier d'une connaissance vécue du corps et perdre aussi l'immense patrimoine de connaissances sur lesquelles se fondaient les pratiques de soins des femmes.

Pour avoir le droit d'exercer les soins, la femme doit rentrer dans les Ordres. Le modèle dominant de la femme soignante, c'est la religieuse ou *femme consacrée*, elle accorde tout

¹⁰¹ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. Op. Cit.*, pp. 51-52.

¹⁰² *Ibid.*, p. 52.

¹⁰³ L'histoire religieuse du soin laissera des traces sur la prise en charge de la douleur. Le refus de soulager la douleur est resté longtemps tenace, la souffrance étant un mal nécessaire.

¹⁰⁴ CARRICABURU, Danièle, MENORET, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004, p15.

son temps à la prière et aux soins. La finalité des soins est surtout spirituelle, le corps doit connaître la souffrance et la douleur pour expier ses fautes. Le soin s'inscrit dans la tradition chrétienne, « le Christ médecin est le Sauveur des âmes et le guérisseur des corps. C'est lui qui soignera toutes nos blessures »¹⁰⁵.

Les religieuses délaissent les soins corporels qui sont alors confiés à un personnel laïc, totalement illettré et sous payé. Anna Hamilton¹⁰⁶ les qualifie de *mercenaires*, « [...] le recrutement se fait parmi les filles de la campagne, les enfants assistés, les vieilles femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'entrée en hospice, mais qui en sont proches et à qui on fait attendre ce moment en leur faisant donner leur temps sans rétribution »¹⁰⁷. Les soins d'hygiène sont assimilés à des tâches domestiques de routine ne nécessitant aucun jugement, aucun esprit critique, aucune initiative.

Dans les institutions de soins cohabitent les religieuses qui se consacrent aux soins spirituels et un personnel non religieux, les « filles de salle », chargées de réaliser les soins risquant d'offenser la pudeur telles les toilettes intimes des hommes ou bien les soins de suite de couches des femmes.

La suprématie religieuse va être remise en question par l'avènement de la République d'une part, un certain nombre de républicains n'acceptent pas l'obscurantisme des « cornettes », et grâce aux progrès de la médecine d'autre part, « combattre les maladies, répandre la santé, c'est un objectif qui séduit d'emblée : il y a une tâche urgente et populaire entre toutes »¹⁰⁸. L'État modifie les statuts de l'hôpital en permettant sa laïcisation et sa nationalisation, il s'impose en matière de responsabilité de la santé. La médecine entre enfin véritablement à l'hôpital et change ses missions qui deviennent celles de guérir les maladies organiques alors que jusqu'à présent, elles étaient de soutenir et d'aider le malade dans sa déchéance.

Les sœurs soignantes vont être maintenues dans de nombreux hôpitaux grâce à la bienveillance des municipalités qui ne veulent pas se séparer d'un personnel dévoué, et à

¹⁰⁵ CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges. *Histoire du corps, 1. De la Renaissance aux lumières*. Paris : Seuil, 2011, p.37.

¹⁰⁶ Anna Hamilton (1864-1935) est la première femme médecin. La pratique de la médecine est longtemps l'exclusivité des hommes d'Eglise, des moines aux prêtres qui seront les premiers à intégrer la faculté de médecine de Montpellier, plus ancienne en activité du monde, l'enseignement y a débuté au XIIe siècle.

¹⁰⁷ HAMILTON, Anna. « Considération sur les infirmières des hôpitaux », Thèse de doctorat de médecine, Montpellier, 1900.

¹⁰⁸ KNIBIEHLER, Yvonne. *Op. Cit.*, p. 41.

la *quasi* gratuité de leurs services. Elles continuent d'organiser, de décider et de surveiller les « infirmeries ». À leurs côtés et sous leurs ordres, le nombre des soignantes laïques va augmenter de façon significative, jusqu'à occuper une place numériquement supérieure.

1.1.3. La soignante auxiliaire du médecin

C'est dans ce contexte que se situe le troisième mode d'identification de la pratique des soins, celui de *l'auxiliaire du médecin*. Le XIX^e siècle est une époque charnière marquée par les progrès de la médecine et les événements politiques. Les découvertes pharmaceutiques et médicales font évoluer les techniques et la perception jusque-là négative du corps. La médecine obtient son statut scientifique et prend de la distance avec les mythes religieux et magiques. Elle entraîne les soins infirmiers dans son sillage et recentre les soins sur la lutte contre la maladie et le recouvrement de la santé. Les découvertes de Louis de Pasteur sur l'asepsie et les vaccinations accélèrent les changements à apporter aux pratiques soignantes. C'est une étape majeure dans l'évolution des techniques de soin avec l'introduction des instruments stérilisables impliquant de nouveaux gestes d'hygiène pour leur utilisation, gestes décrits dans les premiers manuels scolaires portant sur l'hygiène et l'asepsie.

Les religieuses, associant l'hygiène du corps à celle de l'âme, se montrent réfractaires aux théories pasteurienues. Les médecins reprochent alors aux sœurs soignantes leur refus d'appliquer les traitements prescrits qu'elles jugent incompatibles avec la morale religieuse, comme par exemple prodiguer les soins aux patients atteints de maladies vénériennes, nombreux à cette époque. Ils leur reprochent également leur uniforme : « [...] leur présence était souvent nuisible car elles étaient vêtues de bure de laine gris ardoise, noire ou bleue portée en toute saison, quel que soit leur service et qui répondait peu aux exigences de propreté et d'asepsie »¹⁰⁹.

Les médecins vont rechercher des auxiliaires « plus dociles ». Cependant, les soignantes laïques ne conviennent plus non plus aux médecins. Il leur est reproché leur manque d'instruction voire leur manque d'éducation, et elles ne leur permettent pas d'atteindre l'efficacité attendue. Ils vont alors rechercher des femmes capables de les seconder, d'observer les patients et leur rapporter avec fidélité les données recueillies, d'exécuter ce qu'on leur demande de faire sans poser de question.

¹⁰⁹ KNIBIEHLER, Yvonne. *Op. Cit.*, p. 51.

S'opère un autre changement dans l'approche au corps. Le « danger » de l'infection plane devant toute intervention sur le corps malade, c'est toute une remise en question des soins qui est faite. Tous les gestes de soin sont à repenser, à exécuter selon un ordre précis, conduisant à un véritable « dressage » du corps de la soignante. Les mains de l'auxiliaire médicale deviennent des instruments et le corps du malade devient objet de manipulation.

1.2. Vers la professionnalisation infirmière

Il est d'usage de penser que la religieuse s'est transformée au fil du temps en infirmière. La laïcisation de la société associée au mouvement hygiéniste est davantage à l'origine du modèle français de l'infirmière. Nous nous appuyons sur les ouvrages d'Yvonne Knibiehler, de René Magnon¹¹⁰ et de Ljiljana Jovic¹¹¹ ; leurs études ont montré comment la fonction infirmière en France a été créée par et pour la profession médicale, pour s'émanciper ensuite avec l'acquisition d'un rôle propre mais sans vraiment se départir du joug médical.

Un niveau de qualification du personnel soignant s'impose comme une nécessité sociale et institutionnelle. Les médecins hospitaliers souhaitent un personnel formé, capable d'appliquer les décisions thérapeutiques, et à qui ils peuvent confier certains actes qu'ils ne peuvent réaliser par manque de temps ou manque d'intérêt. Ces actes ne sont d'ailleurs pas désignés comme *soins* mais comme *actes techniques* ou *actes médicaux infirmiers*. Certains noms laissent leur empreinte tel celui du Dr Bourneville¹¹² qui veut relever le niveau intellectuel par « un personnel instruit, jeune et malléable..., capable de rendre, pendant longtemps, des services à l'administration »¹¹³, et valoriser la fonction du personnel laïc par une formation diplômante et enfin remplacer les religieuses, « remplacer le personnel ignorant et intolérant par un personnel instruit et respectueux de la liberté de conscience »¹¹⁴. Il estime que les médecins sont les mieux qualifiés pour former ce personnel, les plus à même de déterminer ce que l'infirmière doit connaître pour

¹¹⁰ MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Paris : Masson, 2006.

¹¹¹ JOVIC, Ljiljana. « L'Histoire pour connaître le passé, comprendre le présent et se projeter dans l'avenir », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2, n° 109, p. 5-5. DOI 10.3917/rsi.109.0005

¹¹² Docteur Désiré Magloire Bourneville (1840-1909), fondateur des 1^{ères} écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre.

¹¹³ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Paris: PUF, 2011, p. 14.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 14.

les servir et prolonger leurs actions, « soigner un malade, c'est à la lettre s'appliquer à donner correctement les soins prescrits par les médecins »¹¹⁵, et en même temps limiter les apports pour ne pas prendre le risque qu'elle se substitue à lui. La présence d'infirmières « instruites » facilite l'activité médicale et la sécurise ; mais si les auteurs des manuels scolaires insistent sur la subordination de la soignante, c'est parce qu'ils savent qu'ils prennent un risque en initiant leurs assistantes aux savoirs sur le corps et aux techniques de soin. Elle doit rester une « simple exécutante, toute initiative lui demeure interdite »¹¹⁶. Le *prendre soin* cède petit à petit le pas au *faire des soins* qui revêt une connotation plus technique. Le *corps sujet* de soins devient *corps objet* de soins.

Des cours seront dispensés dans un premier temps sur le lieu même où se donnent les soins, l'hôpital, puis dans les premières écoles d'infirmières. La première école publique apparaît en 1878, à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, puis celle de Bicêtre ouvre ses portes : « ces écoles sont le berceau de la profession infirmière, aussi bien en médecine générale qu'en psychiatrie »¹¹⁷. Jusqu'en 1922, les infirmières sont formées çà et là sans véritable reconnaissance statutaire. Chaque institution hospitalière s'organise selon le bon vouloir des médecins responsables et des administrateurs des hôpitaux, rien n'est formalisé encore au niveau national.

Parallèlement, se met en place un enseignement dispensé par la Croix Rouge Française pour ses bénévoles recrutés pour les soins aux blessés de guerre. Les deux guerres mondiales vont avoir un impact fort sur l'évolution de la profession en montrant d'une part la capacité des infirmières à prendre des responsabilités et à assumer leurs devoirs et d'autre part, le caractère profondément utile de la profession. L'image de l'infirmière va être valorisée pendant cette période.

1.2.1. Evolution du profil de l'infirmière

La guerre de 1914-1918 donne aux infirmières l'occasion de sortir des hôpitaux pour se rendre en campagne et soigner les soldats blessés sur les champs de batailles. La popularité de ces femmes patriotes est grande auprès du public, « dans la société française,

¹¹⁵ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie. Ibid.*, p. 102.

¹¹⁶ KNIBIEHLER, Yvonne. *Op. Cit.*, p. 67.

¹¹⁷ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Op. Cit.*, p. 17.

il y a maintenant un corps professionnel, constitué, formé et reconnu, pas encore force sociale, mais d'utilité sociale »¹¹⁸.

Pendant la Première Guerre mondiale, l'organisation de la chirurgie d'urgence au front s'impose et va encourager le changement de statut des infirmières qui « vont au-devant de missions dangereuses, où elles trouvent portée à son *summum* la justification de leur engagement »¹¹⁹. Elles deviennent des héroïnes. L'archétype de l'infirmière à cette époque est l'infirmière de la Croix Rouge qui, dans l'esprit militaire, évoque la douceur et le dévouement, le bénévolat, l'obéissance et la discipline militaire. Sa compétence est encore restreinte à un rôle d'auxiliaire.

La Seconde Guerre mondiale a eu un autre impact, elle marque le début de l'affranchissement de l'infirmière vis-à-vis du médecin. En effet, l'essor des thérapeutiques médicamenteuses mais également des examens biologiques, entraîne une banalisation de leur utilisation et multiplie le nombre de gestes techniques pour leur réalisation. Prises de sang, injections, sondages en tout genre, les médecins ne peuvent plus assurer seuls et vont confier progressivement une partie de ces gestes techniques. Dans les établissements hospitaliers, l'infirmière va peu à peu apprendre ces gestes qui finiront par être codifiés en tant que soins infirmiers, et rentreront progressivement dans la nomenclature des actes et activités infirmières. Ce changement est lourd de conséquences, les soignantes ont besoin de connaître l'anatomie et la physiologie du corps humain pour comprendre les soins techniques prescrits par les médecins. Le chemin vers la professionnalisation est alors ouvert, l'infirmière commence à s'affirmer dans des compétences qui lui sont propres. La profession infirmière commence à se structurer sous l'égide médicale car pour garder le contrôle sur ces professionnelles, les médecins gardent la « main mise » sur les enseignements.

Que ce soient les sœurs hospitalières de Lyon¹²⁰, la Croix Rouge¹²¹, les écoles privées ou les écoles municipales, l'Assistance Publique de la ville de Paris, les médecins, la science

¹¹⁸ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Op. Cit.*, p. 19.

¹¹⁹ KNIBIEHLER, Yvonne. *Op. Cit.*, p. 91.

¹²⁰ Nous ne l'avons pas abordé dans le corps du texte mais on retrouve les prémices de la formation en 1633 avec Saint Vincent de Paul qui est le premier à penser à former les religieuses de la fondation des Sœurs de la Charité. La formation se fait sans programme préétabli et porte sur un certain nombre de règles visant essentiellement à former l'esprit, précisant les attitudes et les attentions à avoir à l'égard des malades pour accompagner la compassion. Il est trop tôt pour enseigner l'hygiène et l'asepsie qui seront la préoccupation des médecins de la fin du XIXe siècle.

et Pasteur, tous ont contribué à faire évoluer la profession infirmière en France. Les médecins forment le personnel infirmier dans un état d'esprit militant, entre l'idéologie patriotique et la compassion pour les malades. Tout le monde s'accorde sur le fait que cette soignante ne peut être qu'une femme. La question de recruter des hommes n'est pas soulevée tant l'image de la soignante reste attachée à celle de la femme. Cette association du rôle soignant aux qualités féminines porte l'attention sur la personnalité de l'infirmière, au détriment d'une réflexion sur le contenu de ses missions.

1.2.2. A la rencontre des pionnières de la profession

Le soin a toujours été confié à la femme et ce sont essentiellement des femmes qui vont se mobiliser pour que l'enseignement infirmier corresponde à l'apprentissage d'un métier reconnu indispensable à la société française. Elles vont définir un champ d'activités, élaborer des théories, structurer l'enseignement et l'exercice de la profession, poser un cadre de réflexion en s'appuyant sur les conceptions de la santé et sur leur propre exercice professionnel.

Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière

Elle consacre une grande partie de sa vie à la profession infirmière. Femme militante, Léonie Chaptal a une vision sociale très avancée mais sa description du métier infirmier laisse toutefois songeur. « Vivre matin et soir et du soir au matin, dans la veille solitaire dont le poids de responsabilité pèse sur l'âme qui a conscience de son devoir, répéter cet effort jour après jour, nuit après nuit, toute une année, toute une existence, s'attacher, après bien des rebuts au malade qui docile enfin, s'abandonne à nos soins [...] faire de lui le convalescent d'abord, puis avec une douce patience, le rétablir dans une vie normale [...] alors le quitter et sans doute pour toujours. Et puis recommencer ! Reprendre sur ses épaules une nouvelle angoisse, traverser de nouveau, toute la gamme des plus intenses émotions, et cela sans répit, sans repos, et avec l'assurance qu'il en sera toujours ainsi [...]. Voilà la vie d'une infirmière ! »¹²².

Elle se trouve à l'interface du courant anglo-saxon se fondant sur l'instruction des infirmières, et l'approche française portée par les médecins les réduisant à être simplement

¹²¹ Les premières écoles de la Croix Rouge s'ouvrent dès la guerre de 1870 et forment des jeunes filles de bonne famille, gage de moralité, à la prise en charge bénévole des malades.

¹²² MAGNON, René. *Léonie Chaptal, la cause des infirmières (1873-1937)*. Paris : Lamarre, 1991, p. 24

« un instrument dans la main du médecin ». Chaptal défend ardemment la professionnalisation en insistant sur la formation théorique et pratique. Elle soulève l'importance de l'apprentissage à l'hôpital : « Comment avoir une idée quelconque du soin des malades si l'on n'est pas passé par l'école pratique de la salle d'hôpital ? »¹²³. Elle milite en faveur d'une identité propre à l'infirmière : « La maladie c'est la science du médecin, le malade c'est l'art de l'infirmière »¹²⁴.

Exerçant ce métier, elle est animée de valeurs qu'elle transmet dans ses enseignements : « La bonté, la sincérité, la loyauté, l'indulgence, la tolérance, la patience, l'obéissance. Le devoir moral d'une infirmière ne connaît pas de restriction, il va jusqu'au bout d'elle-même »¹²⁵. Elle enseigne à ses élèves le dévouement et l'obéissance tout en insistant sur la notion de responsabilité. C'est également sous son impulsion que naissent les premiers écrits professionnels publiés dans la première revue¹²⁶ nationale pour les infirmières.

Florence Nightingale¹²⁷ (1820-1910), la dame à la lampe

Florence Nightingale est une infirmière britannique plus connue sous l'appellation de la « Dame à la lampe » en référence à la lampe¹²⁸ qu'elle utilisait pour surveiller les blessés de son hôpital de campagne pendant la guerre de Crimée. Nightingale est la figure emblématique des soins infirmiers modernes. A son retour de la guerre de Crimée où elle contribue très activement à la réorganisation du système de santé des armées, elle entreprend de codifier et de décrire la fonction et le savoir particulier des infirmières, de définir leur rôle et leurs interventions. Elle fonde la première école laïque d'infirmières en 1860 à l'hôpital St Thomas à Londres : « l'hôpital-école ». Elle entretient d'emblée un rapport d'indépendance et de complémentarité par rapport à la profession médicale.

Au-delà des symboles que véhicule son nom, Florence Nightingale fixe en 1859 le cadre des préoccupations des infirmières auprès des « gens malades » afin de fournir « le

¹²³ CHAPTAL, Léonie. « Journal d'une élève infirmière », *Revue des deux mondes*, 1904, pp. 421 à 425.

¹²⁴ MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Op. Cit., p.91.

¹²⁵ MAGNON, René. *Léonie Chaptal, la cause des infirmières (1873-1937)*. Op. Cit., p.71.

¹²⁶ Fondée en 1951 par la Croix-Rouge française, la Revue de l'Infirmière, éditée par Elsevier Masson, est la plus ancienne des publications infirmières.

¹²⁷ C'est aujourd'hui sa date de naissance qui fixe le jour de la fête des infirmières ; c'est son nom qui est le plus souvent choisi par les instituts de soins et les promotions de diplômés à travers le monde

¹²⁸ La lampe à huile est le symbole des soins infirmiers dans de nombreux pays, en référence au surnom donné à Nightingale, « *The Lady with the Lamp* », la lampe devenant l'équivalent de la couleuvre d'Esculape, symbole médical.

meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent la guérison ou le maintien de la santé »¹²⁹. Dans son premier écrit relatif à la nature des soins, *Notes on Nursing*¹³⁰, Nightingale reconnaît que « ce sont les mêmes lois de santé et de soins qui sont valables pour les bien-portants comme pour les malades », et affirme que « les soins et la médecine ne doivent pas être mêlés. Ils se nuisent. »¹³¹. En disant que les soins et la médecine ne doivent pas se mêler, elle ne dit pas qu'ils ne doivent pas coexister bien au contraire, mais qu'ils ne doivent pas être assimilés ou confondus. L'infirmière donne des soins tout en considérant la personne selon ses composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles et spirituelles, ainsi que sa capacité et sa responsabilité de changer la situation existante. Le fondement des soins infirmiers tient dans cette phrase, il n'a jamais été remis en cause et a été relayé par les théories humanistes. Le dispositif de formation repose sur l'expérience et l'observation en situation réelle, au lit du malade, complété par des enseignements théoriques. Son modèle de l'hôpital-école et du *nursing* anglais se diffuse outre-manche.

Anna Hamilton, adepte de Florence Nightingale, soutiendra son modèle de soin et le développera en France.

Anna Hamilton, (1864-1935), première femme médecin

Anna Hamilton, contemporaine de Léonie Chaptal, est la première femme à être admise à poursuivre des études médicales, elle soutient sa thèse en 1900 à la faculté de Montpellier. Elle rapporte : « Ma présence étonna tout le monde, étudiants et médecins. Un des meilleurs internes fit à l'amphithéâtre sa profession de foi dans les termes suivants : une femme médecin n'est plus une femme, or ce n'est pas non plus un homme, donc ce n'est rien du tout. »¹³². Son étude porte sur « Le rôle de la femme dans les hôpitaux ». Elle y décrit le milieu hospitalier, tant au niveau personnel que matériel. Elle insiste en particulier sur la dignité offensée des malades qui la révolte, ces derniers étant trop souvent victimes d'abus inqualifiables de la part des personnels. En 1901, Hamilton est nommée première directrice de la Maison de Santé à Bordeaux. Elle adopte les principes

¹²⁹ DUCHARME, Francine, KEROUAC, Suzanne, PEPIN, Jacinthe. *La pensée infirmière*. Laval: Beauchemin, 2003, p. 35.

¹³⁰ NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Nursing. What it is, and what it is not*. Londres: Harrison, 1960.

¹³¹ COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner...Le premier art de la vie*. Op. Cit., p.6.

¹³² COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Op. Cit., p.72.

de Nightingale et crée un diplôme de garde-malade hospitalière qui précède de vingt ans le diplôme d'Etat actuel.

L'Influence de Virginia Henderson (1897-1996)

Virginia Henderson est américaine, elle participe au changement de l'image de simple exécutante de l'infirmière, en imposant sa vision du soin portée sur le malade et non sur sa maladie. Elle s'est impliquée toute sa vie dans l'amélioration du soin infirmier et dans la recherche. Elle écrit une théorie des soins infirmiers fondée sur son observation en tant qu'infirmière praticienne auprès des patients. Elle identifie quatorze besoins fondamentaux¹³³ à satisfaire, ne donnant aucun ordre de priorité. Pour Henderson, l'utilisation d'un modèle de soin est indispensable pour tout professionnel qui souhaite s'engager dans un réel processus de connaissance et de reconnaissance de la personne soignée. La profession infirmière française cherchant des repères, ces quatorze besoins répondent à l'approche cartésienne qui baigne notre héritage culturel.

La relation soignant-soigné est le point central du soin, et pourtant sa théorie ne parle pas du soignant. Il semble être oublié au seul profit du patient pour privilégier ses besoins, son indépendance et son autonomie. Henderson restera attachée tout au long de sa vie à cette notion de service auprès des malades et à l'importance de placer le patient au centre du processus de prise en charge. Il va sans dire que les émotions du soignant ne sont pas du tout considérées.

Au terme de ces larges développements, nous voyons bien que chaque période de l'histoire des soins est associée à des attentes sociales qui vont impacter le rôle de l'infirmière d'aujourd'hui. Les lieux de soins gardent les traces de notre passé et les figures soignantes mythiques imprègnent encore notre présent.

¹³³ Virginia Henderson a formalisé le cadre d'un raisonnement infirmier sur 14 besoins du patient. Le modèle identifie successivement : 1. Besoin de respirer. 2. Besoin de boire et de manger. 3. Besoin d'éliminer. 4. Besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position. 5. Besoin de dormir et de se reposer. 6. Besoin de se vêtir et de se dévêtir. 7. Besoin de maintenir la température du corps dans les limites normales. 8. Besoin d'être propre et de protéger ses téguments. 9. Besoin de sécurité. 10. Besoin de communiquer. 11. Besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs. 12. Besoin de s'occuper en vue de se réaliser (et conserver l'estime de soi). 13. Besoin de se récréer (se divertir). 14. Besoin de d'apprendre. Pour chacun des besoins, Henderson définit des « signes de satisfaction » et des signes de « dépendances », ces derniers désignant les difficultés du patient dans la satisfaction de ses besoins.

2. Entre rôle social et rôle individuel

« Un métier n'est pas seulement un faisceau de tâches, mais un rôle social »¹³⁴. Nous allons nous intéresser à présent aux différentes natures des rôles joués par les soignantes faisant écho aux attentes de la société selon les époques. Les soins se sont retrouvés successivement sous la tutelle de la religion, des institutions civiles et militaires, et de la médecine. Chacune de ces étapes est liée à une caractéristique du soin qui sera tour à tour en rapport avec le don de soi, la discipline, le respect de la prescription, ou bien l'intérêt pour la personne soignée, impactant le rôle et le profil soignant.

La notion de rôle renvoie à la double connotation de rôle social et de rôle individuel. Le rôle social est l'expression de la déclinaison de la fonction sociale attendue par la société, il va dépendre de la nature de cette fonction et de la façon de l'assurer. Le rôle individuel va correspondre à la manière de jouer personnellement le rôle.

Le rôle prescrit est de nature différente selon qu'il est l'expression des pratiques soignantes visant à assurer la continuité de la vie, ou qu'il se voit prescrit par les règles conventuelles, ou bien encore qu'il soit associé au médecin pour devenir ainsi le rôle d'auxiliaire. Dans les soins premiers, le rôle social est lié à un ensemble d'activités visant à promouvoir la continuité de la vie et il guide les attitudes et les comportements des personnes réalisant les soins. C'est la femme qui donne la vie et éduque les enfants, son corps la définit comme femme et sa fonction sociale est identifiée à sa fonction physiologique qui elle-même est source de dispositions naturelles.

Le modèle religieux prescrit tout un ensemble de comportements et d'attitudes de renoncement, d'oubli de soi. La femme consacrée doit être disponible et dévouée, le rôle défini par les règles ascétiques laisse peu de place à l'individualité, « ces religieuses sont cloîtrées [...] elles ne sortent donc jamais de l'atmosphère hospitalière depuis le jour de leur admission jusqu'à leur mort »¹³⁵. Le rôle social s'acquiert par mimétisme, la prise d'initiative et la curiosité en sont exclues, appauvrissant ainsi la façon d'exercer le rôle qui est réduit à des comportements stéréotypés. Il n'y a qu'un seul jeu de rôle se basant sur les notions de sacrifice, d'humilité et de dévotion, et le rôle individuel se confond avec le rôle

¹³⁴ HUGHES, Everett C. *Le regard sociologique : essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie. Paris : Ed. de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996, p. 72.

¹³⁵ Anna Hamilton citée par COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Op. Cit., p.106.

social. La personnalité de la soignante religieuse s'efface et disparaît totalement dans la fonction sociale d'assistance aux pauvres.

Le soin n'a alors aucune valeur économique. Le travail de soin repose institutionnellement sur la gratuité : gratuité du travail des sœurs qui ont un emploi dont la rétribution est l'assurance du vivre et du couvert ; gratuité de tout ce qui est nécessaire aux soins couvert par les dons et les legs¹³⁶.

Le rôle de l'auxiliaire médicale est de seconder le médecin auprès des malades et d'appliquer les prescriptions médicales. Un nouveau portrait se dessine, l'infirmière est associée à des qualités recherchées chez une assistante idéale. Discrète et soumise à l'autorité médicale, elle doit être intelligente pour comprendre les prescriptions du médecin tout en restant consciente de son infériorité intellectuelle qui lui interdit de poser un diagnostic.

Dans l'esprit des parlementaires de la III^e république, l'infirmière ne peut être qu'une femme, et cette association va impacter les actes qui lui sont confiés et qui sont de nature féminine. Le stéréotype de l'infirmière est définie par Knibiehler, « le médecin dispose lui et lui seul, de la responsabilité, de l'autorité, du savoir : à ses côtés, l'infirmière doit composer comme une maîtresse de maison modèle, parfaitement docile et respectueuse à l'égard du maître, mais aussi attentive à la tenue du ménage, et vigilante auprès des êtres fragiles qui lui sont confiés »¹³⁷. Cette vision de la femme soumise au médecin correspond aux mœurs de l'époque, Léonie Chaptal estime elle aussi que le principal atout de l'infirmière réside dans ses aptitudes de femme au foyer, « tout ce que peut savoir une femme de ce qui sert dans la vie d'un foyer sera précieux dans la vie d'une infirmière »¹³⁸. Cette vision, reprise par de nombreux auteurs de l'époque associe la femme à l'infirmière, « l'infirmière est d'abord une femme et son travail doit s'exprimer ou exalter les caractères *naturels* de la féminité »¹³⁹.

Dans un discours de distribution de prix en 1905, voici comment l'infirmière idéale était présentée par le corps médical : « nous la choisirons autant que possible parmi les

¹³⁶ COLLIÈRE, Marie-Françoise, DIEBOLT, Evelyne. « Pour une histoire des soins et des professions soignantes », *cahiers de l'AMIEC*, n°10, 1988.

¹³⁷ KNIBIELHER, Yvonne. *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française*. Paris : Hachette, 1984, p. 58.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 58.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 57.

vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire [...] et nous la désirons mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiments pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans les cœurs des mères »¹⁴⁰. On remarquera que l'image de l'infirmière est en fait marquée par les traits de la femme au foyer de l'époque : soumission, compétence ménagère et dévouement.

Cette position subalterne à l'homme médecin relaye les théories de Darwin, justifiant de l'infériorité de la femme dans son évolution, et perpétuellement en retard par rapport à l'homme, arguments à l'origine de l'inégalité sociale entre les sexes.

La question se pose alors de savoir si la femme est prédisposée au métier d'infirmière parce qu'elle est une femme, ou bien parce que le soin infirmier reprend les fonctions sociales attendues de la part des femmes.

2.1. La nature féminine du soin

Les anglo-saxons font une distinction entre la nature biologique de la femme et sa fonction sociale. La langue permet cette distinction en utilisant deux termes différents, *female* pour désigner l'être sexué et *woman* pour l'être social. On retrouve dans les *Notes of Nursing* de Florence Nightingale, le postulat qu'en chaque femme se trouve une infirmière, « *every woman is a nurse* ». Elle fait le constat que chaque femme se verra confier à un moment de sa vie la tâche de s'occuper d'un enfant ou de la santé d'un autre membre de son entourage. Cependant, elle précise que la femme ne fait pas forcément une bonne infirmière car les lois qui gouvernent le *nursing* sont encore trop peu connues, « *It has been written scores of times, that every woman makes a good nurse. I believe, on the contrary, that the very elements of nursing are all but very unknown* »¹⁴¹. Pour Nightingale, si la femme est naturellement une *nurse*, c'est parce que la société lui attribue cette mission de prendre soin des autres. Mais dire que la femme est *nurse* ne signifie par pour autant qu'elle connaisse de manière innée les grands principes permettant de maintenir la santé¹⁴².

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Nursing. What it is, and what it is not*. Londres: Harrison, 1960, p. 8.

¹⁴² Elle fait référence ici à la mortalité très élevée à cette époque, conséquence d'une méconnaissance des principes qui permettent de conserver la vie.

Nightingale ne remet pas en cause la division des tâches entre les sexes mais défend la valeur scientifique des soins infirmiers. Les lois de *Nursing*, comme elle les appelle, ne peuvent se transmettre de façon empirique, elles doivent être transmises par des *nurses* éduquées qui sont les mieux placées pour le faire.

Dans ses études sur le genre et le travail sexué, la sociologue Laure Bereni¹⁴³ a mis en exergue que les tâches de soin, quelles que soient leurs conditions de réalisation, restent une prérogative essentiellement féminine. Une étude réalisée en 2012 montre que le temps consacré aux soins des enfants par les femmes est toujours supérieur à celui des hommes¹⁴⁴. La sphère privée est le lieu privilégié de la production du genre, elle est tenue pour être un des lieux d'imprégnation de l'ordre symbolique des sexes, « le milieu familial constitue la matrice à l'intérieur de laquelle la socialisation des rôles de sexe la plus précoce prend place »¹⁴⁵.

Que ce soit dans l'espace domestique ou professionnel, les activités de soin à autrui n'échappent pas à l'étiquetage sexué. Christine Detrez¹⁴⁶ a mis en évidence que dans la littérature abordant le corps et les soins au corps, c'est toujours une femme qui est représentée nourrissant l'enfant, lui prodiguant les soins les plus divers comme le change, le bain, l'habillage. C'est la mère qui se consacre aux soins de l'enfant tout comme c'est elle qui intervient en premier ou qui est rappelée sur son lieu de travail lors d'un souci de santé ou accident, c'est elle qui consulte le médecin et qui s'arrête quand l'enfant est malade. Detrez fait remarquer que dans aucun des livres de puériculture qu'elle a étudiés, un homme n'est représenté nourrissant, lavant ou soignant un enfant. Le soin reste une prérogative féminine mais cet « *habitus* sexué », au sens de Pierre Bourdieu, résulte d'un

¹⁴³ Laure Berini (sociologue, ses recherches se situent au croisement de la sociologie politique, la sociologie du genre et la sociologie des professions et des organisations) souligne que le nombre d'emplois typiquement féminins, aides-soignantes et infirmières, assistantes maternelles, éducatrices, assistantes sociales, maîtresses d'école... prolongent les rôles socialement attribués aux femmes dans la famille. Ces emplois du *care* sont vus comme le prolongement des qualités et d'une vocation naturelle pour le soin et le souci des autres. Ils sont globalement moins valorisés symboliquement et moins rétribués que les emplois typiquement masculins.

¹⁴⁴ Le temps consacré par jour pour le soin des enfants est nettement supérieur chez la femme par rapport à l'homme. Même si le ratio s'est sensiblement réduit au cours des dernières décennies, il reste significatif : 31 minutes pour les femmes et 14 minutes pour les hommes. (Bereni et al, 2012).

¹⁴⁵ BERINI, Laure, CHAUVIN, Sébastien. *Introduction aux études sur le genre*. Paris : De Boeck : 2012, p. 32.

¹⁴⁶ DETREZ, Christine. « L'évidence du naturel et le naturel de l'évidence : sur le corps destinés aux enfants » in MARQUET, Jacques, MARQUIS, Nicolas, HUBERT, Nathalie. *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*. Louvain : Academia L'Harmattan, 2014, p. 119.

processus de socialisation, de dispositions intériorisées par les femmes et qui orientent leurs actions. L'idée d'un *habitus* féminin n'est pas récente, une sorte de « seconde nature » selon Jean-Claude Kaufmann¹⁴⁷.

L'attribution du rôle de soignant à la femme est toujours prégnante, notamment dans certaines unités de soins telles que la gériatrie et la pédiatrie, où les postes de soignants sont occupés majoritairement par les femmes. Ce modèle maternant est toujours présent dans l'image même que la société se fait du soignant, et dans les qualités féminines qui y sont associées. La femme soignante est douce dans ses gestes, disponible, généreuse et même plus, dans l'abnégation, c'est-à-dire « capable de faire taire ses propres besoins, elle ne voit rien, n'entend rien, et n'a rien à dire »¹⁴⁸. Cette compétence féminine relève cependant plus d'une construction historique et culturelle que d'une disposition naturelle.

Les domaines professionnels largement occupés par les femmes sont souvent associés à des « qualités dites 'féminines', l'écoute, le soin donné à autrui, l'expression d'émotions ou la grâce » alors que les domaines professionnels 'masculins' occupés majoritairement par des hommes « se réfèrent plutôt à des qualités dites 'masculines', l'affirmation de soi, la technique, la rationalité ou la force »¹⁴⁹. Cet argument naturaliste demeure prégnant malgré sa déconstruction par les sociologues, les anthropologues ou les historiens travaillant sur le genre et les rapports sociaux de sexe. Nous n'entrerons pas dans ces débats.

Contrairement à d'autres professions féminines, comme celle de professeur des écoles par exemple, le métier d'infirmière a toujours été exercé par des femmes, alors que celui d'institutrice a d'abord été masculin pour se féminiser ensuite avec l'accession des femmes à l'éducation supérieure. Un lien indéfectible unit la femme à l'infirmière comme si les femmes étaient prédisposées pour ce métier, stéréotype du travail féminin. Cette association a la vie dure même si le métier s'est masculinisé depuis.

¹⁴⁷ Jean-Claude Kaufmann a étudié la prise en charge du linge du couple par les femmes dans son ouvrage *Le linge* en 1992. Il parle d'intériorisation progressive, au cours du processus de socialisation, d'attitudes et de normes qui finissent par constituer comme « une seconde nature ».

¹⁴⁸ GUEIBE, Raymond. « L'interrogation des paradigmes dans le soin », in *PERSPECTIVE SOIGNANTE*, n°33, 2008/12.

¹⁴⁹ BUSCATTO, Marie et FUSULIER, Bernard. « Présentation. Les "masculinités" à l'épreuve des métiers "féminins" », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2013/2, n°44, p. 1-19.

Si le soin infirmier est étroitement lié à la nature féminine, alors est-il possible pour un homme de l'exercer ? L'association femme-infirmière est si forte qu'il occulte la présence des hommes dans les hôpitaux et dans les soins.

2.2. L'infirmière au masculin

Autrefois, les hommes étaient présents dans les hôpitaux parmi le personnel soignant. Chargés des travaux pénibles, ils n'étaient pas affectés aux soins : « les hommes ne sont nullement propres à servir les malades ; la nature semble avoir réservé aux femmes cette honorable fonction.... »¹⁵⁰. Certains secteurs leur étaient réservés, le gardiennage¹⁵¹ des aliénés ou les soins aux hommes blessés de guerre jusqu'à la Première Guerre mondiale.

Les hommes ont trouvé leur place dans la profession à partir du moment où celle-ci s'est affranchie de la sacro-sainte chape de plomb qui pesait sur elle depuis deux siècles et s'est inscrite dans le « champ strict du rapport salarial ». Après la réunion des deux diplômes, soins généraux et soins psychiatriques où les hommes étaient majoritaires, ils ont trouvé davantage place dans la profession. Aujourd'hui, la proportion¹⁵² masculine reste encore largement minoritaire, les infirmiers sont encore nombreux en psychiatrie¹⁵³ et dans les services plus techniques. Ils se spécialisent en anesthésie, ou bien ils font le choix de s'orienter vers un poste à responsabilité et deviennent Cadre de Santé.

Les femmes médecins accompagnées par un infirmier sont confondues dans leurs identités de rôle, comme si la femme ne pouvait être que l'infirmière et l'infirmier le médecin. Le cliché tend à s'estomper mais n'a pas complètement disparu, et cette identification d'un rôle à un genre ne se retrouve pas seulement du côté des patients.

¹⁵⁰ KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières. En France au XXe siècle. Op. Cit.*, p. 286.

¹⁵¹ Les infirmiers de secteur psychiatrique garderont longtemps cette étiquette de gardien des fous. Le terme infirmier psychiatrie devient officiel en 1930.

¹⁵² À l'image de la profession, la formation d'infirmier est largement féminisée avec 83 % d'étudiantes en formation, même si cette part s'est progressivement réduite depuis 1970 où les femmes représentaient 95 % des diplômés.

¹⁵³ DREES : 77 584 hommes et 522 586 femmes pour un total de 600 170 au 1^{er} janvier 2014.

2.3. Dimension sociale du soin et relation de service

Dans son ouvrage *Asiles*¹⁵⁴, Goffman développe une théorie sur la relation de service qu'il définit comme un lien particulier entre un praticien-réparateur et un client-propriétaire d'un objet à réparer. Le praticien a pour signes particuliers d'être spécialisé dans un domaine, de détenir un savoir que son client n'a pas et qui fonde la relation de confiance que le client lui porte. Le service constitue un type particulier de relation entre deux individus, le premier fournit un travail et le second le reçoit. Un des fondements de la relation de service est la personnalisation, c'est à dire la prise en compte des caractéristiques du client. Ainsi, la relation de soin relève-t-elle de la relation de service ? Comment rapprocher la relation soignant-soigné de la relation de service ? Le sens du service est-il la traduction contemporaine de la vocation ?

Qu'il soit *Vocatio* en latin, *Klesios* en grec, l'étymologie de vocation renvoie dans sa dimension religieuse à un « appel particulier venant de Dieu »¹⁵⁵. Il est pour le chrétien un « mouvement intérieur par lequel il se sent appelé par Dieu », plus généralement le « destin vers lequel une personne semble être portée de par sa nature même », « inclination, penchant marqué pour une profession exigeant dévouement et désintéressement ».

Dans les premiers manuels de soins infirmiers, on retrouve beaucoup d'analogies sous les traits de l'infirmière avec ces définitions. Léonie Chaptal décrit dans son *Manuel de morale infirmière*¹⁵⁶ comment l'infirmière doit se comporter, s'exprimer, se tenir. Elle prévoit même comment elle doit occuper son temps libre, quelles lectures elle doit privilégier et rappelle l'importance d'une bonne hygiène de vie. Elle vit à l'hôpital et toute sa vie est tournée vers les soins. La vocation soignante se confond avec la vocation religieuse.

La profession infirmière s'est construite sur le fondement religieux du don de soi pour aider l'autre. Dans nos sociétés désacralisées, la vocation soignante reste toujours

¹⁵⁴ GOFFMAN, Erving. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : les éditions de minuit, 1968.

¹⁵⁵ <http://www.cnrtl.fr/definition/vocation>, (consulté le 13 juillet 2014).

¹⁵⁶ Léonie Chaptal, 1926. A la même période, les écrits de Florence Nightingale dans ses *Notes on nursing* vont dans le même sens. A cette époque, nombreuses infirmières vivent à l'hôpital, leur vie se rapproche de celle du couvent même si elles n'ont pas prêté de vœux. L'infirmière est toute entière à son travail, son existence est orientée vers un idéal de vie/idéal de soin et c'est cet assujettissement librement consenti qui confère à l'infirmière laïque cette dimension vocationnelle.

d'actualité dans les discours ambiants, « *je ne pourrai pas être infirmière, je n'ai pas la vocation* ».

Chez la plupart des professionnels aguëris, le terme *vocation* semble révolu et déclenche des réactions de rejet, « *On ne le dit plus, les infirmières ne sont plus des religieuses !* ». Il renvoie à un passé fait de soumissions et forcément incompatible avec l'autonomie recherchée et la reconnaissance professionnelle. Il reste utilisé dans une visée plus militante de la profession et nous le retrouvons dans la littérature professionnelle traitant du malaise infirmier.

Nous pensions qu'il n'était plus employé par les nouvelles générations de soignants, nous avons été surprise de l'entendre dans les discours des étudiants. Le terme évoque plutôt un idéal de soin vers lequel tendre, une orientation à leur pratique : « *je sais que ça ne se dit plus mais j'ose le dire, je veux faire ce métier depuis que j'ai l'âge de quatre ans, c'est une vocation pour moi* » (E.21). Le mot recouvre une autre aspiration plus contemporaine mais tout aussi forte, celle de l'accomplissement de soi dans un travail de soin qui donne un sens à sa vie.

2.4. La vocation désacralisée

La désacralisation de la société n'encourage pas à justifier le choix professionnel des étudiants en soins infirmiers dans son lien avec le Divin ou bien dans la perspective de suivre une vie exemplaire. Le choix est cependant déterminé par la question du sens donné à sa vie, quoi faire de sa vie et pourquoi le faire ? « *J'ai toujours voulu faire ce métier, m'occuper des autres, me rendre utile à la société* » (E.5). En l'absence de Dieu qui attribue un rôle particulier à chacun, le désir de se réaliser, largement exprimé par les candidats au concours d'entrée à l'IFSI, n'en garde pas moins une dimension spirituelle. Ce qui différencie cette vocation laïque est sans doute que la réponse à LA question existentielle n'est plus à chercher en dehors de soi. Le métier d'infirmière n'est plus un appel mais un choix réfléchi et délibéré. La place accordée à la relation à Autrui peut être assimilée à une forme plus rationalisée de la vocation.

Dans une approche psychosociologique, Micheline Wenner¹⁵⁷ a examiné les facteurs individuels qui déterminent un individu à entrer dans cette profession. Elle souligne que les évènements traumatiques ou les épreuves de la vie influencent le choix d'exercer au contact des malades et de la maladie. Les étudiants se réfèrent souvent à un moment de leur vie les ayant marqués au point d'être décisif et d'imposer ce choix professionnel comme une évidence. Cet évènement intéresse le plus souvent l'entourage proche de l'étudiant, un membre de sa famille affecté par une maladie ou victime d'un accident de la vie, ou bien les concerne directement, une hospitalisation durant leur enfance. Certains étudiants racontent leur décision de devenir infirmier comme une révélation, *« j'ai eu envie de faire ce métier quand j'allais voir ma grand-mère hospitalisée, je me voyais à leurs places [les infirmières], elles m'ont donné envie de faire ce métier »*, *« j'ai toujours su qu'il fallait que j'aide les gens »*, *« quand je regardais l'infirmière s'occuper de mon frère, je me disais que je voulais faire comme elle »*.

Leurs propos reprennent les caractéristiques de la vocation : révélation dans la décision, immédiateté de l'épisode avec un enchaînement naturel de ce qui suit l'évènement, certitude dans le choix. *« J'ai su que je voulais faire ce métier et je n'ai jamais changé d'avis, j'ai tout mis en œuvre pour y parvenir, j'ai fait un bac ST2S, j'ai fait des remplacements l'été dans des maisons de retraite »* (E.34). Peut-on parler alors de vocation moderne ?

Intéressons-nous à présent à la relation soignant-soigné, relation entre le patient et le soignant qui s'établit à l'occasion d'une occasion particulière, celle du soin. L'activité de soin implique nécessairement une relation interpersonnelle, l'interaction est au cœur même de la relation de soin, elle est une composante essentielle du métier comme compétence mise en jeu à chaque rencontre.

3. La relation : pivot de la pratique soignante

La relation de soin est « un axe central du travail infirmier »¹⁵⁸ qui fait de la pratique soignante une expérience particulière se déroulant dans un univers médicalisé et

¹⁵⁷ WENNER, Micheline. *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris : Seli Arslan, 1999. WENNER, Micheline. *L'engagement professionnel infirmier. Comprendre ses choix*. Paris : Seli Arslan, 2004.

¹⁵⁸ FORMARIER, Monique. « L'apport des sciences infirmières aux sciences humaines », *Recherche en Soins Infirmiers*, juin 2007, n°89, p. 3.

technicisé. La relation de soin n'est pas l'apanage des soins infirmiers, Dominique Bourgeon l'a étudiée dans son rapport médecin-patient et pose la question de l'existence de forme de relation de soin¹⁵⁹ selon que l'on soit infirmier ou médecin. Elle conclut que la relation soignant-soigné n'est sans doute pas si différente : « le statut du soignant ne bouleverse pas profondément la nature de la relation »¹⁶⁰.

Toutefois, nous pensons que ces deux types de relation ne sont pas similaires et que cette différence tient au statut, à l'identité, et à la fonction qui interagissent et créent un ordre social selon le rôle et les attentes liés à chacun des acteurs. L'infirmier et le médecin ne jouent pas le même rôle et n'ont pas les mêmes missions, la relation s'en trouve ainsi modifiée.

La relation soignant-soigné est au cœur de la discipline infirmière et de la pratique quotidienne des infirmières. Cette notion fait l'objet d'une riche et importante littérature et les nombreuses approches théoriques entretiennent une certaine confusion. Nous retenons l'approche de Jean Watson¹⁶¹ qui relie la relation de soin à celle du *caring*¹⁶², notion qui consiste à offrir la plus haute forme d'engagement de soi envers l'autre. Watson insiste sur la notion de réciprocité dans la relation et d'attention pour l'autre. Ce type de relation implique alors une habileté à entrer en contact avec autrui qui se raffine grâce aux gestes, verbaux et non verbaux, à l'expression du faciès et au toucher.

Les soins infirmiers se sont appropriés le concept de *caring* dans sa composante de sollicitude laissant aux médecins le *cure* thérapeutique.

3.1. Entre disposition bienveillante et pratique concrète : le *care*

Le *caring* est associé au *care*, concept qui vient des Etats Unis et désigne tout à la fois une attitude morale – l'attention à l'autre, la sollicitude à son égard – et un ensemble de pratiques destinées à prendre soin des autres. Alice Le Goff nous rappelle que l'on doit à la psychologue américaine Carol Gilligan, la formulation d'une des premières approches du *care*, s'inscrivant dans le débat sur le développement moral qui pose la question de la

¹⁵⁹ BOURGEON, Dominique. « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du Mauss*, 2013/1 n° 41, p. 153-166.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ Jean Watson est professeure en soins infirmiers, titulaire d'une chaire en Sciences du Caring à l'université du Colorado.

¹⁶² WATSON, Jean. *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris :Seli Arslan, 1998

place privilégiée de la femme dans le rapport à la compassion et à la sollicitude. « Alors que les hommes se montrent plus sensibles que les femmes aux questions formulées dans les termes généraux et abstraits de la justice ou des droits, celles-ci valorisent davantage dans leurs jugements moraux l'attention et la sensibilité concrètes, contextualisées et personnalisées aux besoins d'autrui »¹⁶³. Gilligan encourage à faire entendre cette différence, « ce dialecte féminin de la sollicitude, l'éthique du *care*, que le dialecte masculin, l'éthique de la justice, tend à étouffer »¹⁶⁴.

Joan Tronto s'inscrit dans ses pas et nous donne une définition plus large du *care* : « nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde" de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible »¹⁶⁵. Pascale Molinier fait écho à cette définition et la complète ainsi : « Ce monde inclut nos corps, nos individualités (*selves*) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie »¹⁶⁶. Dans sa préface à l'édition française de son *Moral Boundaries*, Joan Tronto précise même que le *care* est « l'organisation de notre monde »¹⁶⁷ et fait une distinction entre les différentes dimensions ou phases du *care*.

La première est celle du *caring about* (se soucier de) qui implique la reconnaissance d'un besoin à satisfaire. Une fois le besoin et le type de réponse identifiés, vient la deuxième phase du *taking care of* (se charger de) qui implique le fait d'assumer la responsabilité de répondre à ce besoin. Puis vient celle du *care-giving* (donner des soins) qui recouvre l'activité du soin en elle-même. Et enfin la dernière phase, celle du *care-receiving* (recevoir des soins) qui recouvre la réaction de celui qui fait l'objet des pratiques de soin, cette réaction étant le seul critère évaluant l'atteinte de l'objectif du soin.

Ces quatre phases du processus de *care* sont associées à des éléments éthiques censés définir « l'état d'esprit » d'une authentique pratique de soin : l'*attention* qui recouvre le

¹⁶³ CAILLE, Alain, CHANIAL, Philippe. « L'amour des autres: care, compassion et humanitarisme », *Revue du Mauss*, p. 17.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 17.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 18.

¹⁶⁶ Joan Tronto, *Moral Boundaries, a Political Argument for an Ethic of Care*, 1993, cité par MOLINIER, Pascale, LAUGIER, Sandra, PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Editions Payot & Rivages, 2009, p. 73.

¹⁶⁷ TRONTO, Joan. *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Paris: La Découverte, 2009, p. 143.

fait de reconnaître les besoins d'autrui et de les prendre en considération, la *responsabilité*, la *compétence* et la *réceptivité* qui renvoient à « la manière dont nous pouvons saisir les besoins d'autrui sans effectuer de projection sur lui à partir de notre propre situation, mais en étant davantage attentifs à la manière dont l'autre exprime sa propre perception de sa situation »¹⁶⁸.

Cependant, « le *care* est à la fois une pratique et une disposition »¹⁶⁹. Le *care* n'est pas simplement un principe moral mais aussi un « travail », un *engagement*. Il nécessite l'implication du soignant dans les situations où il se retrouve à agir, avec la volonté d'obtenir certains effets et d'atteindre des objectifs. Le soin est quelque chose entre cognition et émotion, suivi d'une action. Prendre soin d'Autrui, c'est prêter attention à lui, s'en soucier tout en étant dans l'action du soin.

De ce point de vue, les distinctions conceptuelles avancées par Joan Tronto se révèlent très efficaces. Elle se préoccupe en effet de relever les différentes phases du *care* en mettant l'accent non seulement sur le moment où sa nécessité est évaluée face au besoin d'autrui (*caring about* : se soucier de) et sur la responsabilité (*taking care of* : prendre soin de), mais aussi sur le moment actif qui consiste à dispenser le soin (*care-giving*), à savoir le moment où le soignant entre concrètement en contact avec le patient et où il donne le soin répondant à un besoin spécifiquement identifié.

3.2. *Care* et soins infirmiers

Le *care* n'a pas pris son essor dans les soins infirmiers, mais est apparu au sein du monde universitaire anglo-saxon dans les *gender studies*, à la lumière des sciences sociales et humaines. Le « prendre soin » de Collière¹⁷⁰ est très proche du *care* de Tronto et du *caring* de Jean Watson.

Arrêtons-nous un instant sur les différences entre *caring* et « prendre soin », au-delà de la conception humaniste du soin qui leur est commune. Walter Hesbeen en mentionne deux : « Le *caring* est présenté comme une théorie, une science et une philosophie. Le *prendre soin* est présenté comme une philosophie, une valeur, une façon d'aller dans

¹⁶⁸ L'amour des autres : *care*, compassion et humanitarisme, *Revue du Mauss*, n° 32, 2008, p. 19

¹⁶⁹ TRONTO, Joan. *Op. Cit.*, p. 145.

¹⁷⁰ Le « prendre soin » est développé tout au long des pages de des deux ouvrages de Marie-Françoise Collière que nous avons largement cités en début de thèse.

l'existence »¹⁷¹. Il y apporte cette précision d'importance : « Le *caring* s'inscrit dans une approche essentiellement – voire exclusivement – infirmière alors que le "prendre soin" est résolument pluri-professionnel »¹⁷². Il relève aussi ce *prendre soin* comme étant une valeur participant à la santé publique, c'est-à-dire à la santé du public. Il insiste sur l'aspect philosophique de cette notion de *prendre soin* issu de l'expérience de la pratique soignante et du questionnement, dans le sens aristotélicien du terme.

Philippe Svandra nous explique la difficulté de traduction de ce terme *care* puisqu'il couvre deux dimensions : « L'une correspond à une disposition individuelle, perceptive (faire attention à, se soucier de, ...) et l'autre renvoie davantage à l'idée d'activité, voire de travail (dans le sens de s'occuper de..., procurer des soins) »¹⁷³.

Mais, au-delà de ces distinctions, Tronto attire notre attention sur l'invisibilité du *care* et sa dévalorisation et Patricia Paperman sur l'association du *care* et des sentiments.

3.3. Le lien *care* et femme

Un lien indissoluble est construit entre travail du *care* et féminité, sentimentalité et proximité. Paperman nous explique que les différentes phases du *care* décrites par Tronto, permettent de desserrer ce lien et de considérer le travail du *care* du point de vue des pratiques objectives, et non plus seulement du point de vue des sentiments. « L'association des femmes à la sensibilité fonctionne comme un cheval de Troie dans la discussion politique »¹⁷⁴.

Le *care* montre aussi une grande affinité avec la logique du don car il tend avant tout à préserver et à recréer la *valeur du lien*, la trame de la relation d'attachement dans lequel le sujet reconnaît sa propre vulnérabilité ou, pour reprendre les mots de Martha Nussbaum, son « état de besoin » (*neediness*) ontologique. « Le *care* est peut-être le don des femmes par excellence [...] Au nom de leur familiarité séculaire avec cette dimension, les femmes ont peut-être un accès privilégié à l'attention et à la sollicitude envers l'autre »¹⁷⁵.

¹⁷¹ HESBEEN, Walter. « Le caring est-il prendre soin ? », *Revue Perspective soignante*, op. cit. p. 14

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ SVANDRA, Philippe. « Le *care*, entre disposition morale et pratique sociale », 2009/07. <http://svandra.over-blog.com/article-33681864.html>

¹⁷⁴ PAPERMAN, Patricia. « Pour un monde sans pitié », *Revue du Mauss*, 2/2008, n° 32, pp. 267-283. DOI 10.3917/rdm.032.0267.

¹⁷⁵ PULCINI, Elena. « Donner le care », *Revue du Mauss*, 2012/1 n° 39, p. p. 17.

3.4. L'indissociable lien du *care* et du *cure*

Soin et traitement ont longtemps été confondus dans une seule activité, il est nécessaire de distinguer ce que les Grecs appelaient l'*épimeleia*, « l'entretien du malade »¹⁷⁶ au sens de prendre soin, et la *therapeia*, « art de soigner le corps », selon la préfiguration qu'en donnait Platon, au sens de donner des soins. Bien qu'il soit nécessaire, comme nous le rappelle Dominique Wolton, « de laisser les distances entre les mots »¹⁷⁷ entre thérapeute et soignant, les frontières restent floues.

Care et *cure* sont indissociables, le *cure* ne peut se faire sans l'attention du *care*, et le *care* participe à l'efficacité du *cure* ou contient la sienne propre. Une écoute attentive et pleine d'empathie sera très probablement curative d'un moment d'angoisse ou d'anxiété, participera au soulagement, au moins temporairement, d'une douleur.

Mais ne l'oublions pas, il ne s'agit pas de sentimentalité ou de sacrifice, mais d'une présence, d'une écoute, d'une attention répondant à un travail. Dans les situations difficiles, le *care* apportera l'humanité nécessaire pour supporter les effets parfois délétères des traitements. Dans les conditions palliatives ou de vulnérabilité, le *cure* apportera au *care* un support pour rendre acceptable l'état du patient.

Le *care* est infirmier évidemment, de même que le *cure* par l'évolution des pratiques, des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et des techniques professionnelles. Le *cure* est médical assurément, tout autant que le *care* dans cette attention que le praticien portera au patient, dans l'établissement d'un diagnostic et dans l'approche thérapeutique qui lui sera proposée.

4. Le cadre de la formation en soins infirmiers

D'un savoir transmis empiriquement, nous sommes passés à un enseignement des soins infirmiers formalisé et prescrit dans des programmes de formation qui vont se succéder.

Pour François Dubet, le programme institutionnel est « un ordre symbolique qui donne aux acteurs d'une institution un cadre pour interpréter leur pratique »¹⁷⁸. Le programme de

¹⁷⁶ LOMBARD, Jean, VANDEWALLE, Bernard. *Philosophie et soin. Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 2009, p. 11.

¹⁷⁷ WOLTON, Dominique. *Penser la communication*. Paris : Flammarion, 1997, p. 48.

¹⁷⁸ DUBET, François. *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil, 2002.

formation est lié aux attentes de la société qui se transposent sur les attentes de l'institution hospitalière à l'encontre de ses soignants. Dans une étude réalisée sur les infirmières hospitalières, Dubet évoque le « déclin du programme institutionnel » de l'hôpital devenu une « grosse entreprise sous contrôle »¹⁷⁹. Les soins sont devenus techniques et ne sont plus contrôlés, l'hôpital n'est plus un sanctuaire. La science est venue défaire le modèle du dévouement d'hier.

Nous aborderons seulement les textes réglementaires et les programmes ayant marqué la profession pour terminer avec le programme actuel.

4.1. Des écoles d'infirmières aux instituts de formation

4.1.1. Le premier diplôme de l'Etat français

Officiellement, la formalisation de la formation commence avec la création du Brevet de capacité professionnelle par décret du 27 juin 1922¹⁸⁰ qui encadre le premier programme d'enseignement. Le contenu du programme couvre les domaines de l'hygiène, la prévention, les maladies infectieuses et la protection de l'enfance. Il est le reflet des préoccupations de la société, conjugué aux progrès de la médecine. Tout ce qui relève aujourd'hui des soins d'hygiène et de confort, regroupés à l'époque sous le terme *tâches d'hygiène*, est considéré comme un allant-de-soi et n'est pas enseigné. La formation n'aborde pas ces soins-là, accessoires et sans intérêt.

4.1.2. Le diplôme d'Etat infirmier

La création du diplôme d'Etat d'infirmier est établie par décret du 18 février 1938 et sépare les diplômes d'infirmières hospitalières et d'assistantes du service social de l'Etat. Ce même texte prévoit la possibilité pour les infirmières, appelées monitrices, d'enseigner dans les écoles : « la nouveauté est dans la création d'un diplôme supérieur qui va conduire l'infirmière vers l'encadrement et l'enseignement »¹⁸¹.

¹⁷⁹ DUBET, François. *Ibid.*

¹⁸⁰ La formation dure vingt-deux mois et deux types de professionnels sont formés : les infirmières hospitalières et les infirmières visiteuses d'hygiène sociale, de la tuberculose et de l'enfance.

¹⁸¹ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF, 2011, p. 28.

La définition officielle de la profession date de la Seconde Guerre mondiale, on la retrouve dans la loi du 8 avril 1946 en ces termes : « est considéré comme exerçant la profession d'infirmier et d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin »¹⁸². La loi reconnaît l'exclusivité d'exercice aux infirmières titulaires du diplôme d'Etat, « le diplôme est obligatoire pour exercer, mais encore une fois avec des mesures dérogatoires »¹⁸³.

4.1.3. Vers le rôle propre

Le programme de 1961 va séparer définitivement la formation d'infirmière et celle d'assistante sociale. Il est précisé dans ce programme que l'enseignement doit « permettre à l'infirmière de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique [...] de participer intelligemment à la surveillance du malade pour dépister les complications [...] de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée du médecin. »¹⁸⁴.

L'infirmière des années soixante reste une auxiliaire, exécutante des prescriptions du médecin, et la profession infirmière se définit toujours par rapport au domaine de la compétence médicale. Cependant, les prémices d'une zone d'autonomie se font sentir à travers le programme de 1972, les mouvements sociaux de 1968 n'étant sans doute pas étrangers à l'émergence de l'autonomie professionnelle, ils se dessinent dans ce programme d'enseignement¹⁸⁵ et autorisent à décider certains gestes d'urgence en attendant l'arrivée du médecin. La notion de responsabilité professionnelle participe à l'éloignement du modèle médical dominant.

Le texte introduit la dimension holistique dans la prise en charge du patient, donnant à la pratique infirmière une orientation plus humaniste, centrée sur la santé et la personne humaine et non plus exclusivement sur la maladie. Ce programme constitue une rupture fondamentale avec le passé où les formations, préparées, guidées et orientées par les médecins, étaient basées essentiellement sur une discipline : la médecine.

¹⁸² Loi n°46-630 du 8 avril 1946, JO du 9 avril 1946, relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

¹⁸³ DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Op. Cit.*, p.29.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 41.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 68.

La loi du 31 avril 1978¹⁸⁶ introduit la notion de « rôle propre » et revoit la définition de la profession infirmière dans son premier article : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». Le « rôle propre »¹⁸⁷ constitue un progrès fondamental dans l'évolution de l'infirmière, libérée officiellement de la seule autorité médicale.

Le corps infirmier se voit reconnaître également une autonomie dans le domaine de la formation, et un rôle d'encadrement et de responsabilité hiérarchique interne.

4.1.4. Une approche globale de l'humain

Le législateur a souhaité réunir le diplôme d'infirmier et celui d'infirmier psychiatrique en un diplôme commun. Dans les premières lignes du programme de 1992¹⁸⁸, un nouveau profil d'infirmier émerge, répondant à la polyvalence souhaitée, « ...dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne » en vue d'une « prise en charge holistique de la personne soignée »¹⁸⁹. Ce programme souligne l'approche globale de l'homme, encourageant l'expression du rôle propre. Le patient fait l'objet d'une attention particulière dans la globalité de son être, le corps n'étant pas séparé du psychisme.

Cette année marque l'évolution de la sémantique. Les mots « élèves » et « écoles d'infirmières » sont remplacés respectivement par les mots, « étudiants » et « instituts de formation en soins infirmiers ». Le diplôme d'État est un diplôme unique pour tous les secteurs d'activité, soins généraux et psychiatriques.

¹⁸⁶ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L 473, L 475 et L 476 du code de la Santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière.

¹⁸⁷ Il faut entendre par « rôle propre », les actes « dont l'infirmier prend l'initiative et dont il organise la mise en œuvre ».

¹⁸⁸ Décret n° 92-264 du 23 mars 1992, *J.O.* du 25 mars 1992. La formation dure 38 mois.

¹⁸⁹ *Profession Infirmier*, Recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier, réf. 650505, Uzès, SEDI, 2007, p. 39.

Assez rapidement, le programme de 1992 montre ses limites et la formation doit se modifier suite aux accords de Bologne¹⁹⁰. La profession va être redéfinie très régulièrement par des textes de lois successifs. Le dernier décret de compétences¹⁹¹ est paru en 2002 et n'a pas changé depuis. Le seul changement réside dans son intégration dans le code de la Santé publique en 2004¹⁹², le texte est scindé en deux chapitres : le premier consacré au rôle propre et le second au rôle sur prescription.

En juillet 2009, un nouveau référentiel de formation apparaît et vient bouleverser la logique d'apprentissage des précédents programmes.

4.2. Le programme de 2009 : l'approche par compétence

En juillet 2012, les premiers étudiants infirmiers issus du nouveau programme de 2009¹⁹³ ont reçu un diplôme d'Etat d'infirmier et l'obtention de 180 ECTS¹⁹⁴ leur conférant le grade de licence et leur permettant aussi de poursuivre un cursus universitaire.

Le programme de 2009 recentre le dispositif de formation autour du modèle de la compétence et croise la logique d'enseignement universitaire et la logique de formation professionnalisante dans une alternance¹⁹⁵ intégrative entre l'espace de la formation en IFSI, et l'espace des terrains de stage. La formation repose sur trois paliers d'apprentissage : *comprendre, agir et transférer*, tout en gardant le principe de l'alternance entre formation clinique et formation théorique mais en donnant une place centrale au stage. Les situations de travail rencontrées sur le terrain sont des éléments essentiels dans le processus d'apprentissage.

¹⁹⁰ Vingt-neuf pays dont la France sont signataires des accords de Bologne en 1999, ils ont comme visée l'harmonisation des dispositifs européens de l'enseignement supérieur et permettent une plus grande mobilité des professionnels en Europe et des étudiants durant leur formation.

¹⁹¹ Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux *actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*.

¹⁹² Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux *parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la Santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code*. Partie VI: professions de santé, livre III : Auxiliaires médicaux, titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière, art. L 4311-1 à art. L 4314-6.

¹⁹³ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au *diplôme d'Etat d'infirmier*, JORF n° 0181 du 7 août 2009.

¹⁹⁴ *European Credits Transfer System*, système centré sur l'étudiant, basé sur la charge de travail à réaliser par l'étudiant afin d'atteindre les objectifs du programme qui se définissent en termes de connaissances et de compétences à acquérir.

¹⁹⁵ Le référentiel de formation fixe la durée des stages et des enseignements théoriques. L'étudiant infirmier alterne entre enseignements réalisés en institut sous forme de cours magistraux ou travaux dirigés (2100 heures) et enseignements cliniques au cours des périodes de stage (2100 heures).

4.2.1. Les référentiels, guides de la formation

Le terme *référentiel* est employé dans de nombreux champs disciplinaires et notamment dans le champ de l'éducation et de la formation. Le référentiel est un outil normatif auquel les individus se réfèrent, il ne cherche pas à correspondre *stricto sensu* à la réalité mais sert plutôt de guide et clarifie les normes des activités.

Le référentiel qui nous intéresse comprend le référentiel d'activités¹⁹⁶ décrivant les activités du métier, rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées, et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat ; le référentiel de compétences¹⁹⁷ requises pour exercer le métier, élaboré à partir de ces activités. Les compétences sont formulées dans une perspective clairement opérationnelle, mais leur type d'énonciation laisse toute latitude à l'infirmière pour inventer son comportement professionnel.

Le texte de référence stipule que « Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoir et savoir-faire, attitudes et comportements »¹⁹⁸. La notion de compétence traduit l'évolution de ce que la société attend aujourd'hui d'un professionnel de soin : un praticien « autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri-professionnelle »¹⁹⁹.

¹⁹⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier, Annexe I.

Neuf activités sont répertoriées : 1. Observation et recueil de données cliniques. 2. Soins de confort et de bien-être. 3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes. 4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes. 5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique. 6. Coordination et organisation des activités et des soins. 7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits. 8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires. 9. Veille professionnelle et recherche.

¹⁹⁷ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier, Annexe II.

Dix compétences à acquérir sur les six semestres de formation : 1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens. 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique. 5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. 6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle. 8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques. 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes. 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

¹⁹⁸ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier, Annexe III.

¹⁹⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe III.

4.2.2. Le stage ou l'immersion dans le monde soignant

Le stage constitue la moitié du temps de la formation durant lequel l'étudiant « se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels sont utilisés dans les activités, sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants »²⁰⁰. L'encadrement est assuré par les soignants des unités de soins, identifiés comme tuteur et maître de stage, les objectifs d'apprentissage sont nombreux et sont présentés dans le texte de référence.

Si nous résumons, le stage doit permettre au novice d'acquérir des connaissances et une posture réflexive, d'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles, de centrer son écoute sur la personne soignée et proposer des soins de qualité, de prendre progressivement des initiatives et des responsabilités, de reconnaître ses émotions et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose, de canaliser ses émotions et ses inquiétudes, de mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences, de confronter ses idées ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels. Vaste programme qui ne précise pas toutefois comment l'étudiant peut reconnaître ses émotions et comment évaluer la distance.

A leur retour de stage, les étudiants font régulièrement état de leurs difficultés pour se repérer « *entre les deux mondes* », celui de l'IFSI et celui des unités de soins. Ils emploient souvent cette expression et dénoncent le fossé existant entre les deux lieux d'apprentissage dans lesquels ils évoluent tout en essayant de trouver une cohérence. Les illusions de l'IFSI sont quelque fois désillusions sur le terrain, et l'étudiant aura du mal à s'installer dans le rôle. Une des hypothèses de notre travail porte sur ces difficultés, nous allons approcher de plus près les notions de socialisation et d'identité professionnelle.

4.2.3. L'*illusio* ou l'évidence du soin

Les étudiants ayant fait le choix de devenir infirmier ont souvent en commun au stade de l'innocence initiale, une représentation de la profession très idéalisée, basée principalement sur des motivations altruistes, « *aider les personnes qui sont dans le besoin* ». En référence à Pierre Bourdieu, cet état correspond à l'*illusio* qui est « ce qui est perçu comme évidence et qui apparaît comme illusion à celui qui ne participe pas de cette

²⁰⁰ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe III.

évidence »²⁰¹. Dans notre contexte de soin, l'*illusio* peut être entendu par tout ce qui relie les soignants entre eux dans cet espace particulier et qui semble être évident, avant d'avoir été confronté aux réalités des soins. L'*illusio* est « ce qui a fondamentalement de l'importance, l'enjeu qui fait que cela vaut la peine, ce qui donne sens à l'investissement de l'individu »²⁰².

Dans leurs discours, les étudiants s'accordent sur ce qui est important dans ce nouveau cadre social pour adopter ce qui va les rattacher aux autres soignants. « *Prendre soin* », « *être à l'écoute* », « *être empathique* », tout ce qui a trait à l'empathie et à l'altruisme constitue le socle des valeurs qui, s'il n'est pas adopté, risque de rendre impossible la survie dans ce monde professionnel. Ces prénotions sont largement entendues lors des épreuves du concours d'entrée à l'IFSI, notamment au cours des entretiens d'admission. Les candidats sont remplis de bonnes intentions qu'ils confronteront assez rapidement à la *réalité désenchantée* de la pratique. L'un des enjeux majeurs de la socialisation des étudiants en soins infirmiers sera d'arriver à concilier l'adoption ou le maintien de l'*illusio*, avec les réalités quotidiennes du soin, entraînant souvent des conflits intérieurs.

4.3. La socialisation professionnelle : l'initiation à la culture soignante

L'étudiant part en stage en quête d'une nouvelle identité professionnelle, notion plurielle se construisant dans l'interaction selon Goffman. Pour le sociologue, ce ne sont pas des caractéristiques propres et relativement stables qui définissent l'identité de l'individu, mais bien les interactions successives dans lesquelles il s'engage ; l'identité apparaît alors comme le produit de chaque interaction de face à face. L'identité professionnelle se construit dans l'interaction, et le premier stage participe à sa construction. Les novices vont être confrontés à des situations pour lesquelles ils sont peu préparés par l'éducation, ils vont devoir intégrer les normes, les codes et les habitudes de ce milieu professionnel particulier, « tout ce qu'il faut pour appartenir au groupe »²⁰³ et lui permettre de donner du sens à ce qui lui arrive. Ce processus d'intégration dans ce nouvel environnement correspond à la socialisation.

²⁰¹ COSTEY, Pierre. « L'*illusio* chez Pierre Bourdieu. Les (més)usages d'une notion et son application au cas des universitaires », *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 8/2005, mis en ligne le 20 janvier 2009, consulté le 04 juillet 2015. URL : <http://traces.revues.org/2133> ; DOI : 10.4000/traces.2133

²⁰² MARQUIS, Nicolas. *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*. Op. Cit., p. 298.

²⁰³ Formule célèbre de Birdwhistell.

L'étudiant, comme tout individu socialisé, a intégré durant la socialisation primaire une manière de voir le monde et cette réalité a été reçue sans être questionnée. Les socialisations secondaires sont venues se greffer sur ce processus préliminaire et résultent des intégrations successives à d'autres groupes sociaux. Elles sont plurielles et peuvent venir contrarier cette première socialisation incorporée durant l'enfance. La socialisation professionnelle fait partie de la socialisation secondaire et se définit comme « l'incorporation durable des manières d'être (de sentir, de penser et d'agir) d'un groupe, de sa vision du monde et de son rapport à l'avenir, de ses postures corporelles comme de ses croyances intimes »²⁰⁴.

De nombreux chercheurs²⁰⁵ ont théorisé les processus à l'œuvre dans la socialisation, essentiellement issus de la sociologie, discipline majeure dans ce domaine. Nous nous appuyons sur les travaux²⁰⁶ d'Everett Hughes²⁰⁷, notamment ceux portant sur les médecins et ayant fortement influencé l'étude empirique de Fred Davis²⁰⁸ sur les étudiants infirmiers. Il étudie la « socialisation comme expérience subjective »²⁰⁹ et montre comment les étudiants arrivent progressivement « à échanger leur propres images profanes de la profession contre celles que la profession s'attribue »²¹⁰.

²⁰⁴ DUBAR, Claude. *La socialisation*. Paris : Armand Colin, 2010, p. 79.

²⁰⁵ Nous faisons référence à Claude Dubar et Pierre Tripier, Robert Merton, Pierre Berger et Thomas Luckman, Muriel Darmon, Pierre Bourdieu, Bernard Lahire, auteurs sur lesquels nous nous sommes appuyés pour approcher les notions d'identité et de socialisation.

²⁰⁶ Ces études se sont déroulées à une autre époque et dans un contexte institutionnel différent mais elles revêtent indéniablement une valeur de référence. D'autres auteurs sont sollicités tels Dubar, Tripier, Merton parlant d'autrui significatif, Pierre Bourdieu a théorisé le processus d'acquisition des codes propres à chaque milieu social sous le vocable *habitus*, chacun apportant un éclairage intéressant notre analyse.

²⁰⁷ Modèle de socialisation professionnelle présenté par Everett Hughes dans « *Studying the Nurses's Work* » publié en 1951 dans *American Journal of Nursing* et traduit par J.M. Chapoulie en 1996.

²⁰⁸ Parmi les recherches empiriques appliquant le modèle de socialisation de HUGHES, l'une des plus célèbres est celle que Fred DAVIS a menée en 1966, pendant trois ans, auprès de cinq promotions successives d'infirmières.

²⁰⁹ CARRICABURU, Danièle, MENORET, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004, p. 62.

²¹⁰ Davis cité par CARRICABURU, Danièle, MENORET, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. *Ibid.*, p. 62.

4.3.1. Entre idéalisation de la profession et découverte de la réalité

Dans son article *La fabrication d'un médecin*²¹¹, Hughes conceptualise la socialisation professionnelle en deux phases successives. La première est « *l'initiation*, au sens ethnologique, à la culture professionnelle »²¹², et décrit la socialisation médicale comme « un ensemble d'expériences prévues et imprévues au cours desquelles de jeunes profanes deviennent détenteurs d'une partie de la culture médicale, à la fois technique et scientifique, des professionnels »²¹³. Hughes utilise le terme d'*initiation* pour parler du début du processus constructif secondaire et cette initiation « constitue cependant une reconstruction, et même une transformation »²¹⁴. Elle est suivie par la seconde phase de *conversion*, « conversion, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité »²¹⁵.

Hughes décrit trois mécanismes spécifiques de socialisation professionnelle que nous retrouvons dans la formation initiale infirmière. Le premier est le « passage à travers le miroir » qui consiste à « regarder le spectacle du monde de derrière lui, en sorte qu'on voit les choses à l'envers comme écrites dans un miroir »²¹⁶. Lors de son premier stage, l'étudiant se retrouve immergé dans la culture professionnelle et cette immersion est la confrontation à un monde qui apparaît de façon brutale et comme à l'inverse de ce qu'il connaît. « L'innocence initiale »²¹⁷ de début de formation, fait place à la « reconnaissance de l'incongruité »²¹⁸ qui correspond au *choc de la réalité* souvent retrouvé dans les discours des novices. « *Je n'imaginais pas cela...* ».

Ce processus d'immersion permet l'identification progressive du rôle et passe par une confrontation entre la réalité et l'idéal soignant. L'étudiant découvre la *réalité*

²¹¹ Article célèbre publié en 1955 faisant partie d'un recueil d'articles intitulé *Men and their work* où Hughes analyse la relation entre le professionnel et son client sur le mode du rapport entre le sacré et le profane, l'initié et le non initié. Il réalise une synthèse entre les apports de l'anthropologie culturelle et ceux de l'interactionnisme symbolique en matière professionnelle.

²¹² HUGHES, Everett cité par DUBAR, Claude. *La socialisation. Op. Cit.*, p.135.

²¹³ DARMON, Muriel. *La socialisation*. Coll. 128, Paris : Armand Colin, 2014, p. 78.

²¹⁴ *Ibid.*, pp. 80-81.

²¹⁵ HUGHES, Everett cité par DUBAR, Claude. *La socialisation. Op. Cit.*, p.135.

²¹⁶ DUBAR, Claude. *Op. Cit.*, p. 135.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 136.

²¹⁸ CARRICABURU, Danièle, MENORET, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladie*. Paris : Armand Colin, 2004, p. 62.

désenchantée du monde professionnel. Le décalage entre sa conception du rôle, liée aux « modèles sacrés » de l'infirmière altruiste et disponible, et la réalité des attentes du monde réel déstabilise l'étudiant. Il prend conscience que la profession n'est pas exactement ce qu'il attendait et que ses représentations initiales sont « incongrues, étrangères au monde alors entrevu »²¹⁹. Le caractère conflictuel se retrouve dans les discours des étudiants qui témoignent des tensions entre l'idée qu'ils se faisaient de la profession d'infirmière et la réalité des pratiques à laquelle ils se confrontent durant le premier stage. Hughes précise que si cette confrontation a lieu trop tôt ou trop brutalement, le processus de socialisation risque d'être interrompu. La notion de temporalité a toute son importance. Progressivement, il va se départir des stéréotypes et échanger ses propres images profanes de la profession contre celles que la profession s'attribue, il réalise ce que l'on attend de lui et comment répondre le mieux à ses attentes. C'est « le déclic [...] l'intuition de ce que l'on doit faire pour se conformer aux attentes des autres »²²⁰. Certains étudiants n'y arrivent pas et vont abandonner la formation.

Le deuxième mécanisme concerne « l'installation dans la dualité » entre le modèle idéal, imaginé de la profession et le « modèle pratique », reflet d'un quotidien, parfois dévolu à des tâches peu gratifiantes. Dès le début de la formation, les cours théoriques se succèdent. Ils sont majoritairement dispensés par des formateurs issus de la filière infirmière et portent sur les normes, les valeurs, les théories de soins infirmiers et les comportements qui constituent le « groupe de référence ». Ces enseignements vont permettre aux étudiants de s'identifier par anticipation au groupe de référence auxquels ils vont appartenir dans l'avenir. Cette première étape du processus d'identification passe par une soumission des règles professionnelles et nous fait penser au modèle piagétien *d'assimilation – accommodation*. Ce désir de modélisation est particulièrement visible lors des premiers stages des étudiants.

Davis nomme cette étape de socialisation « la simulation de rôle »²²¹, c'est l'installation dans « l'inauthentique, l'acceptation du gouffre qui sépare le rôle à jouer des stéréotypes antérieurs, c'est la mise en œuvre du "déclic" malgré ce qu'il implique »²²². C'est l'étape de

²¹⁹ DUBAR, Claude. *Op. Cit.*, p.136.

²²⁰ *Ibid.*, p. 137.

²²¹ CARRICABURU, Danièle, MENORET, Marie. *Op. Cit.*, p. 63.

²²² DAVIS, Fred cité par DUBAR, Claude. *Op. Cit.*, p. 137.

la constitution d'une double personnalité, l'acceptation d'une « dualité entre le moi profane et le moi professionnel contre l'opportunité d'une carrière plus ou moins assurée »²²³. Cette simulation de rôle est paradoxale dans le sens où plus l'étudiant est convaincant dans son nouveau rôle, moins il a conscience qu'il joue et par conséquent, plus il est assuré de l'authenticité de sa performance.

Enfin, le dernier mécanisme décrit par Hughes fait référence à « ...l'ajustement de la conception de Soi, c'est-à-dire de son identité en voie de constitution impliquant la prise de conscience de ses capacités physiques, mentales et personnelles, de ses goûts et dégoûts... »²²⁴. C'est la phase de *conversion* ultime. L'étudiant fait la distinction entre les normes idéales et formelles transmises par la formation et les normes pratiques et informelles consolidées par l'expérience professionnelle. Ainsi, le processus de construction identitaire va amener l'étudiant à être à la fois identique et différent.

Chaque IFSI a ainsi une responsabilité importante de « marquage identitaire ». Davis parle du stade de « l'intériorisation stable » où l'étudiant acquiert des réflexes professionnels, l'incorporation du rôle permet le refoulement du moi profane et « l'installation dans une nouvelle vision professionnelle du monde, renforcée par les contacts réguliers des professionnelles »²²⁵.

Dubar parle de *rupture biographique*, Berger et Luckman de « séparation cognitive entre ténèbres et lumières » et Hughes de *passage à travers le miroir*, autant de façon de qualifier ce moment de la première rencontre. De nouveaux savoirs sur le corps, de nouveaux termes pour en parler, de nouveaux comportements pour l'appréhender viennent bousculer les repères.

Le processus de socialisation des étudiants peut réussir ou bien échouer. L'individu va alors s'installer dans le rôle et le statut, l'emmenant à une identité professionnelle stabilisée. Au contraire, le processus est mis à mal s'il y a un décalage entre les espérances de l'étudiant, attentes subjectives, et la réalité des soins, conditions objectives de la pratique.

²²³ DUBAR, Claude. *Op. Cit.*, p. 137

²²⁴ *Ibid.*, pp. 139-142

²²⁵ *Ibid.*, p. 137.

4.3.2. La fragilité de l'édifice

Les différents remaniements peuvent mettre à mal l'étudiant par la remise en cause des produits de socialisation antérieure à l'entrée en formation qui ne sont ni détruits ni disqualifiés par la socialisation secondaire. Certaines situations rencontrées durant la formation peuvent fragiliser l'édifice identitaire en construction. Des remises en causes fortes peuvent avoir lieu notamment lors des stages où l'épreuve est avant tout épreuve de réalité sur le métier. Claude Dubar fait référence aux travaux de Hughes lorsqu'il aborde ce risque : « cette découverte de la réalité désenchantée du monde professionnel peut tourner court si elle intervient trop tôt ou trop tard, être traumatisante si elle intervient à contre temps, excitante ou même enivrante (*inspiring*) si elle survient au bon moment »²²⁶.

Les remaniements à l'œuvre se dialectisent dans les rapports entre l'étudiant, le terrain et l'école. L'apprenant est sujet inscrit dans une histoire personnelle, familiale et sociale qui l'amène à construire des représentations initiales sur la profession infirmière qui constitueront un axe d'interprétation des situations rencontrées tout au long de son parcours de professionnalisation. Durant le stage, les interactions et situations professionnelles représentent des épreuves de réalité et de vérité sur les propres capacités de l'étudiant. Elles peuvent toucher des points de fragilité et venir remettre en cause l'ensemble de la construction identitaire, ce qui explique les abandons de début de formation, abandons quelque fois inattendus et que les formateurs ne peuvent expliquer. Durant les temps d'école, les approches théoriques et conceptuelles offrent les moyens à l'apprenant de construire des significations sur les situations vécues et vont lui permettre de formaliser l'expérience vécue et d'élaborer un discours professionnalisé.

Si la socialisation se fait à partir de situations vécues en stage, cela ne signifie pas pour autant que l'étudiant doit être exposé brutalement au maximum de la souffrance humaine. Et pourtant, le premier stage se réalise le plus souvent en service de gériatrie-psycho. Ne devrait-on pas commencer progressivement ? Il serait pourtant cohérent de débiter le métier par la rencontre de l'être humain en bonne santé, aux différentes étapes de la vie et dans son environnement, poursuivre par la découverte des dysfonctionnements somatiques et psychiques induits par les pathologies et des thérapies qui permettent de guérir ou stabiliser ces inconvénients. Sans forcément prévoir un premier stage en maternité, ce qui

²²⁶ DUBAR, Claude. *Op. Cit.*, p. 135

d'une part est irréalisable par le peu d'offre de terrain, et que d'autre part le nouveau programme de formation en soins infirmiers ne prévoit d'enseignements en néonatalogie²²⁷. Dans l'idéal, le processus de formation irait d'interactions de soins plus « faciles à vivre » aux plus « difficiles à vivre ». Les situations iraient d'une interaction où le patient rentre chez lui à une interaction où le patient est en fin de vie.

4.3.3. Portrait imaginaire de l'infirmière

Essayons de brosser à grands traits ce que pourrait être une infirmière totalement socialisée aux codes de la profession, qui porterait et assumerait les valeurs, les normes et les codes du métier comme si c'étaient les siens. La logique d'interaction du soin ne serait pas en conflit avec les codes d'interaction de la vie quotidienne, l'*habitus* acquis permettrait à l'infirmière de pratiquer des soins dans toutes les situations sans discrimination ou préférence. Elle serait capable d'une juste sensibilité et d'avoir la bonne distance dans chacune des relations de soins, elle saurait adopter le comportement qui convient à chaque situation en ayant réussi à sauvegarder l'*illusio* propre au champ professionnel dans sa confrontation avec la pratique.

Ce portrait imaginaire est celui qui est brossé dans les ouvrages scolaires.

²²⁷ Depuis 2009, les stages en pédiatrie ou néonatalogie ne sont plus obligatoires, tout comme les enseignements en lien. Il est fortement conseillé (et pas obligatoire) de suivre la formation de puéricultrice, une des trois spécialisations des infirmières, pour exercer auprès des enfants.

DEUXIEME PARTIE

PERCEPTION DU MONDE SOIGNANT ET DESORDRE DES SENS

« Le corps est l'une des données constitutives et évidentes de l'existence humaine : c'est dans et avec son corps que chacun de nous est né, vit et meurt ; c'est dans et par son corps qu'on s'inscrit dans le monde et qu'on rencontre autrui »²²⁸. C'est par l'intermédiaire de son corps que l'étudiant découvre le monde des soins, support de toutes les activités de soins et média de la relation entre le soignant et le patient. Le corps est mis en jeu dans les interactions et les pratiques de soins.

David Le Breton le rappelle : « Le corps est la condition humaine du monde, ce lieu où le flux incessant des choses s'arrête en significations précises ou en ambiances, se métamorphose en images, en sons, en odeurs, en textures, en couleurs, en paysages »²²⁹. Nos sens nous donnent à voir, à entendre, à goûter, à sentir, ils font le lien entre l'intérieur de notre corps et ce qui l'entoure. Ils nous informent sur le monde et nous permettent de le connaître. Ainsi, nous évoluons sans encombre dans les méandres sensibles de notre environnement familial où les odeurs, les sons, les bruits et les images s'enchaînent naturellement et font sens.

« Tout homme chemine dans un univers sensoriel lié à ce que son histoire personnelle a fait de son éducation »²³⁰. Nous percevons le monde selon nos codes et nos schèmes de perception acquis par l'éducation et la culture, déterminant ainsi « un champ de possibilité du visible et de l'invisible, du tactile et de l'intouchable, de l'olfactif et de l'inodore, de la saveur et de la fadeur, du pur et du souillé, etc. »²³¹. La perception est interprétée et cette interprétation est dépendante de la socialisation où nous avons intériorisé les règles et les

²²⁸ MARZANO, Michela. *La philosophie du corps*. Coll. Que sais-je ? 3^e édition, Paris : PUF, 2013, p. 3.

²²⁹ LE BRETON, David. « La conjugaison des sens : essai », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 3, 2006, p. 19-28.

²³⁰ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Op. Cit., p. 158.

²³¹ LE BRETON, David. *La saveur du monde*. Op. Cit., p. 54.

normes régissant nos comportements en société en conformité au *processus de civilisation*²³² décrit par Norbert Elias.

« Entre la chair de l'homme et la chair du monde, nulle rupture, mais une continuité sensorielle toujours présente qui répond simultanément à une continuité de significations »²³³ ; entre le monde ordinaire et le monde hospitalier, il y a rupture dans cette continuité. En franchissant les murs de l'hôpital, l'étudiant se retrouve immergé dans une ambiance très différente de celle de son monde habituel, il va être submergé par cette profusion sensorielle de chaque instant. Il va découvrir le monde des soins par son corps et ses sens. Il va s'éloigner des repères sécurisants de sa vie quotidienne, lieu où il se sent protégé dans un environnement familial et où, à travers ses actions journalières, son corps se fait invisible, « rituellement gommé par la répétition inlassable des mêmes situations et la familiarité des perceptions sensorielles »²³⁴. Il perçoit le monde hospitalier par ses sens et va s'ouvrir à une autre culture sensorielle, à une autre manière de sentir et ressentir le monde.

L'étudiant se retrouve confronté à des perceptions sensorielles inhabituelles et va devoir apprendre à sentir autrement, à toucher et regarder les corps différemment, à entendre des bruits inhabituels et des discours surprenants.

Tous les sens sont engagés et dans cette expérience sensorielle, la résonance corporelle est forte et participe à la formation de l'étudiant dans une transformation de *soi*.

Les cinq sens, une hiérarchie fluctuante...

Le partage des cinq sens en deux groupes revient à Aristote : la vue et l'ouïe sont les sens de la distance, l'odorat, le goût et le toucher sont les sens proximaux. Cette partition a été reprise depuis par de nombreux chercheurs, certains pointant l'ambiguïté de l'odorat, à la fois sens de la distance et du contact car pouvant tout à la fois attirer l'individu dans une situation olfactive séduisante, ou bien provoquer le rejet et la volonté de s'en éloigner au plus vite, si l'odeur agresse le nez. D'autres vont entretenir le débat philosophique sur le privilège accordé à la vue et l'ouïe, considérées comme des sens nobles car préservées du

²³² ELIAS, Norbert. *La Civilisation des mœurs*. Paris : POCKET, 2001.

²³³ LE BRETON, David. « *La conjugaison des sens : essai* », *Op. Cit.*, p. 19-28.

²³⁴ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. *Op. Cit.*, p. 150.

contact immédiat avec la matière. Le toucher est reconnu comme seul sens indispensable à la vie, sens de la réciprocité, il implique une interaction avec l'autre.

La portée sociologique des sens a été analysée par Georg Simmel. Il accorde le primat à la vue et à l'ouïe, sens les plus utiles à l'acteur social et favorisant le partage et le lien que l'individu cherche à tisser. Simmel confère la plus haute valeur sociologique à l'œil, « médiateur de toutes les liaisons », et caractérise l'oreille d'« organe égoïste » qui n'a pas la réciprocité de l'œil, et qui en contrepartie « ne peut se détourner ou se fermer comme l'œil [...] et est condamnée à prendre tout ce qui s'approche d'elle »²³⁵. Les autres sens font pâle figure et tout spécialement l'odorat qu'il qualifie de « sens désagrégeant ou antisocial par excellence »²³⁶. Pour le sociologue, l'odorat génère de la répulsion : « l'odeur peut davantage provoquer des répulsions que provoquer des attractions »²³⁷.

La pleine reconnaissance des sens comme objet d'étude académique a été lente et tardive, et tout particulièrement pour l'odorat, longtemps considéré comme un sens inférieur, un sens animal trop proche de la sexualité. Lorsqu'Annick Le Guérer²³⁸ soutient sa thèse en anthropologie en 1988 sur l'odorat et les odeurs, son sujet a été mal accueilli car considéré comme tabou. En 2003, Pascal Lardellier faisait le constat d'une carence dans les recherches en SIC, comme si « l'acte de communication se bornait à parler, à regarder et à écouter »²³⁹ alors que l'odeur constitue un vecteur de communication à part entière.

Aujourd'hui, les cinq sens sont au centre de la communication, les interdits et les tabous sont presque levés. L'intérêt pour la vue et l'ouïe est toujours présent avec l'usage massif des écrans, nouveaux modes de communications visuelle et auditive, le toucher est quant à lui à l'étude sous son angle haptique et complètement désincarné. Enfin, l'odorat et le goût sont valorisés dans leurs dimensions de bien-être et de plaisir, favorisées par le jeunisme ambiant du XXI^e siècle.

²³⁵ SIMMEL, Georg. « Essai sur la sociologie des sens » in, *Sociologie et épistémologie*. Paris : PUF, 1981, p.227.

²³⁶ SIMMEL, Georg. *Sociologie et épistémologie*. Paris : PUF, 1981, p. 237.

²³⁷ BAUDRY, Patrick in LARDELLIER, Pascal. *A fleur de peau. Corps, odeurs et parfums*. Paris : BELIN, 2003, p. 172.

²³⁸ Annick Le Guérer soutient sa thèse en 1988 à Paris 5, « Le sang et l'encens. Essai anthropologique sur l'odeur et l'odorat », sous la direction de Louis-Vincent Thomas.

²³⁹ LARDELLIER, Pascal. *Op. Cit.*, p. 8.

Après avoir porté principalement sur l'ouïe et la vue, l'intérêt des neurosciences se déplace désormais sur les sens proximaux, « les sens de l'intime sans lesquels toute communication demeure sèche et sans saveur »²⁴⁰. L'odorat se trouve ainsi valorisé après sa longue relégation et sa discréditation. Les découvertes²⁴¹ des neuroscientifiques sur le système olfactif et l'encodage de ses récepteurs accompagnent cette valorisation. Les travaux portent sur les odeurs et les fragrances et attestent du rôle socialisant de l'olfaction. Suite aux résultats, de nouvelles pratiques font leur apparition dans les hôpitaux ; après la musicothérapie, l'olfactothérapie promet la rééducation des patients atteints de troubles neurologiques par les odeurs.

Les travaux sur le goût sont également en pleine extension, avec des expériences culinaires inédites et des promesses gustatives œnologiques qui, comme nous le rappelle Jean-Jacques Boutaud, se nourrissent des dimensions symboliques et imaginaires.

Eric Letonturier nous l'annonce : « nous vivons l'amorce d'une sorte de révolution due à l'importance nouvelle donnée aux sens proximaux par les neurosciences et par la conscience récente de leur importance dans notre relation au monde et aux autres »²⁴².

...et une sensibilité culturelle

Les perceptions sensorielles relèvent d'abord d'une orientation culturelle. « Les perceptions sensorielles paraissent l'émanation de l'intimité la plus secrète du sujet, mais elles n'en sont pas moins socialement et culturellement façonnées »²⁴³. L'éducation, l'apprentissage du langage qui nomment les saveurs, les couleurs, les sons, façonnent la sensibilité et permet d'accéder à un langage commun pour échanger avec l'entourage sur ses ressentis. L'apprentissage des perceptions se forge au contact des autres et dans un contexte spécifique, elles ne sont pas immuables et peuvent s'ouvrir à d'autres connaissances. « A tout instant, il est loisible de se défaire des routines sensorielles pour entrer dans d'autres apprentissages, élargir la finesse de son regard, de ses perceptions

²⁴⁰ LETONTURIER, Eric. « La sensorialité, une communication paradoxale », *La Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05, p.17.

²⁴¹ L'attribution en 1991 du prix Nobel de physiologie et de médecine à deux chercheurs américains, Richard Axel et Linda Buck, est venue relancer l'intérêt pour l'odorat, sens longtemps négligé. Suite à leur travaux où ils découvrent une nouvelle famille multigénique pouvant encoder les récepteurs des odorants, ils mettent à jour la base moléculaire de la reconnaissance des odeurs.

²⁴² LETONTURIER, Eric. *Op. Cit.*, p. 18.

²⁴³ LE BRETON, David. « La conjugaison des sens : essai », *Op. Cit.*, p. 19-28.

chromatiques, de sa gustation, de sa tactilité, s'ouvrir à d'autres musiques, d'autres sonorités, etc. »²⁴⁴. Et David Le Breton illustre ses propos par une expérience en œnologie qui permet de dévoiler en quelques jours une infinité de nuances sensorielles que l'individu ne soupçonnait pas dans un verre de vin.

« Le monde ne se donne qu'à travers la conjugaison des sens »²⁴⁵ ; le monde hospitalier s'offre au profane à travers de multiples perceptions sollicitant à tout instant l'ensemble des sens. Les stimulations sensorielles se mêlent, s'entremêlent et se cristallisent en une unité perceptive du monde. En passant la porte de l'hôpital, l'étudiant est dans l'expérience sensible d'un monde nouveau. Dans ses premiers rapports au corps malade, il est dans l'incapacité de décoder ce qu'il ressent, de traduire en mots certains ressentis, de nommer ces perceptions inconnues de son répertoire.

« La perception n'est pas l'empreinte d'un objet sur un organe sensoriel, mais une activité de connaissance diluée dans l'évidence ou fruit d'une réflexion, une pensée par corps en prise sur le flux sensoriel qui baigne l'individu en permanence »²⁴⁶. Face à une même réalité l'étudiant interprète son environnement à sa façon, il n'éprouve pas les mêmes sensations et ne donne pas la même signification aux perceptions ressenties. Il est sensible à ce qu'il reconnaît, ce qui le renvoie à son système de référence. Ses perceptions du monde des soins sont tributaires des symboliques acquises, « la perception n'est pas la réalité mais la manière de sentir la réalité »²⁴⁷.

1. Le kaléidoscope sensoriel soignant

Le soignant dispose de tout un kaléidoscope sensoriel au travers duquel il va percevoir le corps à soigner et vivre l'expérience sensorielle sous ses multiples formes. Tous les sens sont sollicités mais pour une meilleure compréhension, nous allons les isoler et les aborder un par un pour mieux les examiner.

²⁴⁴ LE BRETON, David. « La conjugaison des sens : essai », *Op. Cit.*, p. 19-28.

²⁴⁵ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p.54.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 14.

²⁴⁷ *Ibid.*, p. 30.

1.1. L'odorat

L'odorat apparaît comme le sens prédominant à l'hôpital. De tous les sens sollicités dans le rapport au corps à soigner, l'odorat est celui qui sera le plus souvent abordé lors des entretiens. Dans la hiérarchie soignante, il est le numéro un, et c'est par lui que nous ouvrons le chemin des sens.

Bien que placé en troisième position dans l'ordre classique d'énumération des cinq sens, « L'odorat vient après le regard et l'ouïe, mais avant le goût et le toucher »²⁴⁸, il occupe la dernière place de la hiérarchie sensorielle pour la plupart des individus. « Dans la hiérarchie des sens, l'odorat ne pèse guère »²⁴⁹, la surdité ou la cécité sont généralement considérées comme des infirmités, l'anosmie n'entre pas vraiment dans cette catégorie. « Les hommes rêvent parfois d'un sixième sens, et pourtant, en réalité, il semblerait s'accommoder de n'en avoir que quatre » écrit Chantal Jaquet dans l'introduction de son ouvrage *Philosophie de l'odorat* [2010].

Pour la majorité des philosophes, l'odorat est dernier en valeur et en intérêt, provoquant plus de désagréments que d'agr  ments. Kant le considère comme le sens « le plus ingrat » mais néanmoins « le plus indispensable ». Pour le philosophe, l'odeur est contraire à la liberté en raison de son asservissement à la respiration qui interdit de s'en soustraire, « elle envahit celui qui la sent, pour le meilleur ou pour le pire »²⁵⁰. Il qualifie l'odorat de sens antisocial, car à l'inverse du goût où l'homme décide d'ingérer quelque chose, l'odorat exclut cette liberté puisque dans la majorité des cas, nous percevons une odeur sans le vouloir. Pour Hegel, l'odorat est un sens exclu de l'esthétique.

Si la plupart des philosophes ont un regard négatif sur l'odorat, Nietzsche met en évidence toutes ses potentialités : « tout mon génie est dans mes narines ». Pour lui, le flair est une arme de raison, d'analyse et d'observation. L'odorat se met au service de la sagesse. Hubertus Tellenbach avancera plus tard les mêmes arguments. Pour le psychiatre, le flair constitue un instrument privilégié d'approche clinique et psychologique. Le nez est symbole de clairvoyance, de discernement et d'intelligence car il permet de prévoir et

²⁴⁸ CHAUMIER, Serge, in LARDELLIER, Pascal. *A fleur de peau. Corps, odeurs et parfums*. Paris : BELIN, 2003, p. 78.

²⁴⁹ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 246.

²⁵⁰ *Ibid.*, p.54.

d'anticiper. Il est un instrument de connaissance subtile qui joue un rôle critique dans la vie quotidienne.

1.1.1. L'éducation de l'odorat dans le silence olfactif ²⁵¹

Tous les professionnels de la petite enfance connaissent l'importance de la dimension olfactive dans la relation mère-enfant. C'est par l'odeur que le nouveau-né entre en communication avec sa mère dans les premières heures de vie terrestre. Il cherche et trouve le mamelon maternel, lequel devient vite son centre d'intérêt exclusif. A travers le sein et l'odeur de sa mère, il intériorise des sensations et découvre le monde. Benoist Schaal et Hubert Montagner ont souligné l'extraordinaire capacité du nouveau-né à intégrer et à interpréter l'odeur maternelle lui permettant de la reconnaître parmi d'autres. Leurs recherches ont confirmé scientifiquement ce fait vérifié empiriquement : le rôle de l'odorat dans la construction du lien mère-enfant.

D'autres chercheurs ont étudié cette question de l'attirance de l'enfant pour le tissu imprégné de l'odeur maternelle. Elle communique à l'enfant des informations sur son environnement prénatal, elle calme ses pleurs et diminue le stress de la naissance. Cette disposition naturelle tend à disparaître assez rapidement avec la socialisation, l'olfaction de l'enfant sera éduquée dans le registre raffiné des odeurs artificielles des savons et autres lotions parfumés que sa mère va utiliser pour laver son corps, des lessives qui effaceront les odeurs acres de régurgitations de ses bavoirs.

La mauvaise odeur n'a pas été toujours rejetée. Longtemps les odeurs qui imprègnent les maisons et les rues n'ont pas incommodé les individus. La moralisation des odeurs n'était pas à l'ordre du jour jusqu'à la fin du XVIIIe siècle où la sensibilité olfactive va se modifier. La puanteur des villes devenant insupportable, les excréments et les urines répandus partout dans la rue du fait de la rareté des latrines, les savants vont se mobiliser pour venir à bout de cette insalubrité et neutraliser les mauvaises odeurs. Alain Corbin retrace dans son ouvrage *Le miasme et la jonquille*²⁵² les épisodes de cette hyperesthésie qui modifie en profondeur la sensibilité olfactive de nos sociétés et amorce un processus qui n'a cessé de monter en puissance. Le remaniement de l'univers olfactif ambiant a

²⁵¹ Expression d'Alain Corbin.

²⁵² CORBIN, Alain. *Le miasme et la jonquille : L'odorat et l'imaginaire social aux XVIIIe et XIXe siècles* Paris : Flammarion, 2008, p. 267

amené progressivement un abaissement des seuils de tolérance olfactive jusqu'à ne plus tolérer du tout les odeurs.

Un *silence olfactif* pèse désormais sur nos sociétés occidentales. Les odeurs *naturelles* sont absorbées par des déodorants qui créent une uniformisation de nos champs olfactifs, et les conduites d'hygiène corporelle ne sont plus motivées uniquement par le souci d'éradiquer les microbes. La propreté du corps est inscrite dans des normes sociales ; lorsque nous nous lavons, « nous obéissons à une impulsion motrice fondée sur le 'conditionnement' et 'rationnalisée' par des motivations 'hygiéniques' »²⁵³.

Nos sociétés occidentales sont inondées de produits de soins du corps parfumés ou de parfums d'ambiance pour les lieux de vie qui tendent à gommer toutes les odeurs naturelles pouvant être perçues comme désagréables. « L'odeur imprime d'une tonalité particulière un rapport au monde. Elle donne envie de s'y installer à demeure ou de le fuir, elle incite à l'abandon ou à la méfiance, elle induit l'inquiétude ou la détente »²⁵⁴. Les mauvaises odeurs sont traquées de façon systématique et cette répression est particulièrement sensible en ce qui concerne les odeurs corporelles. Les odeurs de sueur et d'haleine vont être masquées par des artifices olfactifs plus agréables, on parfume ou on neutralise son corps pour le rendre acceptable à l'appréciation des autres. « La publicité stigmatise les exhalaisons corporelles dont elle invite à se débarrasser grâce à de nombreux déodorants et désodorisants »²⁵⁵.

Le tabou qui s'élève contre les odeurs corporelles oblige l'individu à effacer sa propre odeur au profit d'une autre plus artificielle. Le contrôle des odeurs personnelles est une préoccupation de la plupart des individus. Enfermé dans une bulle olfactive, chaque acteur social a du mal à tolérer l'intrusion d'une odeur corporelle autre que la sienne, à l'exception de celle dans le cadre d'une relation amoureuse.

Ce qui vient du corps prête toujours au soupçon, et l'odeur peut représenter un danger pour l'entourage au même titre que les situations d'entre-deux mises à jour par Mary Douglas²⁵⁶ : le danger de la contagion. Chaque corps a son odeur, elle lui est propre et

²⁵³ ELIAS, Norbert. *La civilisation des mœurs. Op. Cit.*, p. 365.

²⁵⁴ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p.255.

²⁵⁵ *Ibid.*, p.251.

²⁵⁶ DOUGLAS, Mary. *De La souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte, 2001.

renvoie à son animalité, il vit, transpire, excrète et de ce fait, sent. L'odeur est à la fois notre complice et notre traître ; elle raconte une histoire : « L'odeur parle la mort, l'amour, la vie, le sexe, la peur. L'odeur parle de tout et nous relie à notre corps »²⁵⁷. L'odeur du corps renvoie à tout un imaginaire social.

1.1.2. L'odeur tissée d'imaginaire

L'imaginaire social associé aux odeurs est fort, Rousseau ne disait-il pas de l'odeur qu'elle est « le sens de l'imagination » ? Alain Corbin²⁵⁸ a montré comment elle pouvait véhiculer des perceptions maléfiques, telle que la putréfaction, l'eau croupie ou encore celle de la mort. L'odeur forte et nauséabonde est associée au risque de mettre en péril la santé de ceux qui l'inhalent car elle signifie la maladie. La relation entre mauvaises odeurs et maladies est très forte, *empester* signifie à la fois « infecter de maladie contagieuse » et « infecter de mauvaises odeurs »²⁵⁹. À cette époque, chacun est convaincu que l'haleine fétide est contaminante. L'odorat relie la maladie et l'appartenance sociale, les pauvres sont accusés de sentir mauvais et de propager la peste, ils sont alors isolés et mis à l'écart. « L'odeur concrétise les risques »²⁶⁰ et la puanteur alerte d'un danger de contamination. L'olfaction joue un rôle essentiel dans la définition du sain et du malsain jusqu'aux découvertes de Pasteur qui donnent congé aux *miasmes* et renvoient les mauvaises odeurs au seul inconfort et non plus à la crainte de la maladie. Le scientifique innocentera l'odeur en identifiant les germes comme responsables.

L'odeur informe sur une réalité ; tout comme sentir une odeur putride se dégageant d'un aliment ne nous incite pas à le manger, l'odeur forte d'une personne malodorante ne nous incite pas à nous en approcher.

Les représentations sociales et toute la symbolique des odeurs sont tributaires d'un imaginaire social qui marque fortement notre perception et nos jugements. Dans notre contexte hospitalier, certaines perceptions olfactives sont particulièrement prégnantes, odeurs du corps des SDF, du cadavre ou de la personne très âgée, et participent d'une stigmatisation de celui qui est perçu différent parce qu'il sent autrement.

²⁵⁷ MARINOPOULOS, Sophie. *Le corps bavard*. Paris : Marabout, 2011, p. 171.

²⁵⁸ CORBIN, Alain. *Le miasme et la jonquille : L'odorat et l'imaginaire social aux XVIIIe et XIXe siècles*. Paris : Flammarion, 2008.

²⁵⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/empester> (consulté le 11 août 2015).).

²⁶⁰ VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*. *Ibid.*, p. 158.

L'odeur stigmatise l'individu et donne au corps un soupçon d'étrangeté.

1.1.3. L'odeur comme stigmat

L'odeur peut devenir stigmat²⁶¹, « les odeurs peuvent nourrir les représentations des clivages raciaux, sociaux, professionnels ou nationaux et contribuer ainsi aux discriminations entre groupes qui se pensent ou se perçoivent 'olfactivement' différents, moyen commode de naturaliser l'altérité »²⁶².

Le discours social stigmatise les odeurs qui sont forcément celles de l'autre suspecté d'un manque d'hygiène. La représentation d'une personne « *sentant mauvais* » est dépréciative dans nos sociétés occidentales, on dira d'une personne dégageant une forte odeur corporelle qu'elle est négligée et qu'elle pourrait se laver. Ce repérage olfactif va s'accompagner d'un étiquetage ou d'un marquage. Cette caractéristique va entraîner l'inférence d'attributs stéréotypés. Ce qui n'est au départ qu'une variation parmi d'autres devient le reflet d'une entité. « La puanteur physique accompagne nécessairement dans les imaginaires sociaux la puanteur morale »²⁶³. L'odorat est un sens fort de la discrimination et peut aussi être source de rejet de l'autre.

« Je ne le sens pas »²⁶⁴, la désignation olfactive confère un statut moral à celui qui en est l'objet. À la motivation hygiénique s'ajoutent les motivations sociale et morale : la propreté du corps participe au maintien d'un contrôle social, elle est de l'ordre du devoir. « Pour tenir les odeurs à distance, il a fallu les moraliser. On a substitué à un caractère esthétique une instance morale, au nom de l'hygiénisme [...] ne dit-on pas "ça sent *bon*, ou mauvais" au lieu de dire "ça sent *beau*" ? »²⁶⁵. L'odeur se mêle de morale et les mots qui parlent d'odeurs sont souvent moralisateurs. Le monde est opposition entre le bien et le mal et les odeurs n'échappent pas à cette division. Les odeurs sont bonnes ou mauvaises. L'homme en bonne santé a une bonne odeur et celui qui est malade sentirait mauvais. On retrouve également cette dichotomie liée à l'âge de l'individu. Chaque âge de la vie revêt une odeur bien distincte. L'odeur de l'enfant est qualifiée de « bonne, tendre et douce » alors qu'à l'autre extrême de la vie, l'odeur de la personne âgée est jugée comme

²⁶¹ Le concept de stigmat est développé dans le chapitre « Le corps, support de notre présence au monde ».

²⁶² CANDAU, Joël. « De la ténacité des souvenirs olfactifs », in *La Recherche*, n°344, juillet 2001, p. 58.

²⁶³ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 13.

²⁶⁴ *Ibid.*, p. 295.

²⁶⁵ LARDELLIER, Pascal. *Op. Cit.*, p. 12.

« déplaisante, difficile... », « même lavé, le corps vieux sent mauvais », « ça sent le vieux dans les EHPAD ». L'odeur du nouveau-né est inimitable selon les propos d'une puéricultrice qui nous en parle ainsi « lorsque j'étais en néonate, j'adorais sentir la peau des bébés qui arrivaient de la maternité, cette odeur caractéristique ne se faisait sentir que quelques heures seulement... je pense que c'est le vernix qui sentait cela, une bonne odeur douceuse indéfinissable et incomparable ».

« L'odeur fraîche du corps jeune est pensée en opposition à l'odeur dégradée du corps usé »²⁶⁶.

1.1.4. L'atmosphère olfactive de l'hôpital

A l'hôpital, l'univers olfactif est un mélange de produits aseptisants, de sang, de sueurs, d'odeurs corporelles. L'enchantement des odeurs agréables prônées par la société fait place au désenchantement des odeurs corporelles qui inondent les unités de soin.

Tout un commerce d'odeurs artificielles a fait son apparition à l'hôpital entraînant le remaniement de son univers olfactif. L'eau de javel, autrefois largement utilisée car symbole de propreté, a laissé place à une nouvelle génération de produits décontaminant à l'odeur se voulant plaisante pour l'usager. L'impact émotionnel des odeurs ambiantes sur l'humeur a été démontré par les neuroscientifiques. Certaines odeurs sont capables de diminuer le stress, d'autres d'atténuer l'intensité d'une odeur déplaisante et ainsi le sentiment d'insécurité. Les industriels l'ont bien compris et parfument les espaces selon leurs usages. A l'hôpital les espaces communs sont parfumés et les odeurs sont neutralisées pour les rendre acceptables au nez des usagers.

L'odeur de l'hôpital imprime une ambiance, « ça sent l'hôpital ». En franchissant le pas de sa porte, on s'attend à sentir une odeur caractéristique, un mélange d'odeurs des produits d'entretien et de maladie. Ces odeurs sont de circonstance, « l'alliance olfactive prépare les esprits selon des attentes spécifiques »²⁶⁷. Chaque service a son odeur, comme une signature. Les salles de bloc opératoire sentent « le propre », mais aussi l'odeur de « viande grillée » qui correspond à la coagulation des chairs par le bistouri électrique. Les

²⁶⁶ PFIEFFER, Laurence. « Des odeurs du corps, du corps et des odeurs », in MARZANO, Michela. *Dictionnaire du corps. Ibid.*, p. 670.

²⁶⁷ TELLENBACH, Hubertus. cité par LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Une anthropologie des sens. Ibid.*, p. 256.

services de néonatalogie exhalent l'odeur douceuse du vernix, les unités gériatriques sentent la mort.

1.1.5. Les mots de l'odeur

« Les perceptions sensorielles relèvent d'abord d'une orientation culturelle laissant une marge à la sensibilité individuelle »²⁶⁸, chacun percevant sa réalité selon son histoire de vie. A chacun ses odeurs, à chacun ses sensibilités, mais ce qui fait consensus, c'est la difficulté à traduire en mots les ressentis.

« Les odeurs sont une forme élémentaire de l'indicible »²⁶⁹. Platon relevait déjà toute la difficulté à désigner de façon précise l'odeur, seule une distinction affective de plaisir ou de désagrément pouvait les distinguer. Si la vue et l'ouïe, sens considérés comme supérieurs par les philosophes, sont dotées d'un vocabulaire spécifique étendu, le vocabulaire olfactif est pauvre. Il est difficile de décrire une odeur, de symboliser ce ressenti éminemment subjectif dans son identification ou dans son évocation. Dans les langues occidentales, aucun vocabulaire propre ne désigne une odeur dans sa spécificité, contrairement par exemple à certaines langues africaines où le lexique olfactif est précis.

Dénommer l'odeur relève plutôt de jugement de valeur « *ça sent bon ou mauvais* », de l'écho d'un autre sens « *ça pique les yeux, une odeur sourde* » ou de l'évocation d'autre chose « *ça sent le cochon grillé, l'odeur de pomme reinette* ». La référence à une odeur appelle souvent la métaphore « *ça ne sent pas la rose* » ou l'euphémisme « *une charmante petite odeur* », « *ça picote le nez* ». L'euphémisation permet de minimiser la brutalité de l'expérience olfactive.

Les mots utilisés pour parler des odeurs s'apparentent aussi à ceux d'un récit de combat « *j'ai été assailli par l'odeur lorsque je suis rentrée dans la chambre* », ou d'une agression « *l'odeur vous attaque* », « *ça vous agresse le nez, ça vous prend aux tripes, ça vous transperce* » ou encore « *ça vous prend à la gorge* ». L'attaque la plus relayée dans les discours est l'asphyxie, « *j'étais asphyxiée, je ne pouvais plus respirer, j'ai dû ouvrir la fenêtre pour reprendre ma respiration, je manquais d'air* ». L'étudiant va aussi utiliser des verbes comme « *fouetter* », « *cogner* » ou l'expression « *ça arrache* ». Toute une

²⁶⁸ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 16.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 258.

violence symbolique s'exprime à travers le vocabulaire guerrier utilisé pour qualifier l'odeur.

La dénomination de l'odeur ne sert pas seulement à l'identifier et à la qualifier, elle permet aussi de « socialiser cet événement subjectif, de le transformer en fait institutionnel, c'est-à-dire susceptible d'un partage entre plusieurs individus »²⁷⁰. Nommer l'odeur permet de la communiquer. Mais la description d'une odeur à quelqu'un qui ne la sent pas ou ne la connaît pas est une gageure. Diane Ackerman parle de l'odorat comme d'un sens muet, « nous sommes des analphabètes de l'olfaction ». Selon Corbin, la *quasi* indicibilité de l'odeur serait la conséquence d'une volonté sociale de la bannir. Le *silence olfactif* se reflèterait dans le silence langagier de l'odeur, c'est parce qu'il ne faut pas parler des odeurs que les mots nous manquent.

Les odeurs s'ordonnent dans un temps historique et culturel donné, mais sont aussi liées à des souvenirs personnels, heureux ou malheureux. La signification attribuée à l'odeur perçue va dépendre du filtre sensoriel opéré par notre histoire de vie. Archivée dans notre mémoire, si l'odeur se présente à nouveau, elle peut réjouir tout comme elle peut bouleverser.

1.1.6. La mémoire olfactive, une trace d'émotion ravivée par les circonstances

Sens de l'immédiateté et de la proximité, l'odorat est aussi celui du souvenir. L'odeur possède une rare puissance mnésique. « La mémoire olfactive s'inscrit dans la durée, elle est une trace d'histoire et d'émotion que les circonstances ravivent »²⁷¹.

L'odeur nous surprend de façon inattendue et sa force d'évocation nous interpelle, la mémoire olfactive est l'une de ses caractéristiques. La perception d'une odeur peut entraîner avec elle toute une multitude d'autres sensations. Cette capacité que nous avons d'assimiler des odeurs à des « morceaux de vie » est appelée syndrome proustien, en référence à la petite madeleine de Marcel Proust²⁷². Elle concerne le plus souvent le versant hédonique. La mémoire olfactive est une mémoire résistante et persistante où interviennent plusieurs facteurs liés à la physiologie de l'olfaction. Nous enregistrons en

²⁷⁰ CANDAU, Joël, JEANJEAN, Agnès. « Des odeurs à ne pas regarder... » *Terrain*, 47/2006/09.

²⁷¹ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 268.

²⁷² PROUST, Marcel. *Du côté de chez Swann*. 1913.

même temps que le stimulus olfactif tout un contexte sensoriel et émotionnel. Plusieurs régions participent au traitement du message olfactif, marquant l'odeur d'une valeur affective et réunissant diverses informations sensorielles. Le contexte olfactif joue un rôle central pour la mise en mémoire des souvenirs, « les odeurs sont des forteresses de la mémoire »²⁷³. Nous sommes capables de reconnaître des odeurs senties à des années de distance. Cette aptitude est d'autant plus étonnante que la perception des odeurs possède la particularité de ne pouvoir être nommée.

Joël Candau s'est intéressé au contenu cognitif des informations olfactives et à la résistance de la mémoire olfactive. Ses travaux²⁷⁴ ont porté sur les savoir-faire olfactifs auprès de milieux professionnels déjà étudiés, œnologues, sommeliers ou cuisiniers ; mais également sur des milieux dont la compétence olfactive a été totalement négligée, sapeurs-pompiers, infirmières ou médecins légistes. Il met en évidence plusieurs facteurs qui interviennent dans la persistance de la mémoire olfactive dont le *tropisme hédonique* est fortement lié au contexte de la perception.

L'odeur entretient des liens fonctionnels avec le traitement affectif de l'information, elle est fortement associée à l'encodage des souvenirs et à leur rappel. « Les odeurs les mieux identifiées sont celles qui se prêtent le mieux à l'évocation de souvenirs, les autres demandent un effort cognitif qui contribue à activer des processus de recherche dans la mémoire olfactive et qui, du même coup, la consolide sans doute »²⁷⁵.

Le plus souvent c'est l'autre face de l'hédonisme qui prévaut à l'hôpital, le déplaisir.

1.1.7. La nature invasive de l'odeur

« L'odeur pénètre l'individu sans qu'il puisse s'en défendre »²⁷⁶. Si l'on ferme les yeux pour échapper à un spectacle affligeant, si l'on cesse de manger ou de boire pour éviter des saveurs pénibles, si l'on évite de toucher une substance décomposée, on n'échappe pas en revanche à l'odeur même si elle rend la vie désagréable. L'odorat est un sens « inconscient » qui fonctionne de manière passive. Les odeurs viennent à nous et nous les subissons plutôt que nous les choisissons.

²⁷³ CANDAU, Joël. « De la ténacité des souvenirs olfactifs », in *La Recherche*, n°344, juillet 2001.

²⁷⁴ CANDAU, Joël. *Mémoire et expériences olfactives. Anthropologie d'un savoir-faire sensoriel*. Paris : PUF, 2000.

²⁷⁵ CANDAU, Joël. *Op., Cit.*

²⁷⁶ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 253.

La respiration est complice de l'olfaction. Alors que les autres sens agissent délibérément, l'odorat est dépendant de la respiration. On ne peut s'arrêter de respirer et il est impossible de se priver de sentir, on ne peut détourner son olfaction comme on détourne son regard. L'odeur s'impose, nous obligeant « à en partager l'apport » comme le soulignait Kant.

Les soignants soulignent le caractère invasif des odeurs, le mot *invasif* étant défini comme « Action d'envahir (l'organisme), d'y pénétrer avec force »²⁷⁷. La forte odeur ammoniacale des urines est souvent évoquée : « *c'est une odeur puissante, ça vous bloque la respiration* ». Elle est considérée comme la plus agressive des odeurs, « *elle imprègne les vêtements et donne l'impression de vous pénétrer* » (E.22), comme si elle s'engouffrait dans les poumons en même temps que l'air est inhalé.

L'odeur donne le sentiment d'envahir le corps sans possibilités de s'en défendre, elle est perçue comme une intrusion, *intrusif* signifiant l'« arrivée soudaine et inopportune de quelque chose...sans invitation, sans y être attendue »²⁷⁸. L'odeur ne laisse pas le choix, elle est là et il faut faire avec : « *une des odeurs les plus difficiles est celle des escarres, l'odeur vous prend vraiment à la gorge, vous pénètre, alors on a envie de boire pour la faire partir. Mais l'odeur ne laisse pas le choix* » (E.22).

L'odeur de l'autre pénètre par les voies respiratoires et il est difficile de l'en empêcher à moins de s'arrêter de respirer. « *L'odeur te rentre à l'intérieur de toi, tu es envahie et tu ne peux pas l'empêcher, même en te bouchant le nez* » (E.4). C'est souvent le premier réflexe, bloquer sa respiration, mais il est impossible de rester en apnée très longtemps.

Les soignants soulignent le caractère *térébrant* de l'odeur, « qui tend à pénétrer en profondeur dans les tissus »²⁷⁹ et donne l'impression de pénétrer dans l'organisme : « *j'avais l'impression d'avalier de minuscules parcelles de peau qui flottent dans l'air et qui proviennent des escarres du patient* » ; « *l'odeur tient, même après avoir changé de tenue, elle imprègne les vêtements et les cheveux, elle vous poursuit jusque chez vous...* » (E.4).

Les qualificatifs de « *piquantes* », « *pénétrantes* », « *perçantes* », « *envahissantes* », sont souvent retrouvés dans les discours des soignants et nous font penser à Georges Vigarello

²⁷⁷ <http://www.cnrtl.fr/definition/invasif> (consulté le 11 aout 2015).

²⁷⁸ <http://www.cnrtl.fr/definition/intrusif> (consulté le 27/06/2016).

²⁷⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/térébrant>(consulté le 30/08/2015).

qui a mis en évidence que les représentations médicales des XVI^e et XVII^e siècles conféraient aux effluves la faculté de pénétrer l'intimité des corps²⁸⁰.

Les difficultés rencontrées pour se protéger des odeurs, l'accès immédiat des messages olfactifs au cerveau, tout concourt à faire de l'odorat un sens *invasif*. Il s'impose et ouvre le corps intime au monde extérieur. Rousseau voyait juste lorsqu'il qualifiait l'odorat de sens de l'incorporation.

1.1.8. Un tatouage olfactif

« Je devais refaire tous les jours le pansement d'un patient dont la plaie était infectée et qui sentait une forte odeur de pyo [pyocyanique]. J'arrivais avec mon masque, mes gants, mes pinces, mes produits désinfectants, tout un attirail pour m'éloigner le plus possible de l'odeur mais rien à faire. Tout le reste de la journée je savais que j'allais avoir l'odeur dans le nez et même après avoir quitté ma blouse, j'avais toujours l'odeur sur moi. En rentrant à la maison, il m'arrive parfois de demander à mon copain de me sentir » (E.20). Cette sensation de « porter » l'odeur est souvent ressentie ; une sorte d'hallucination olfactive qui a toute la puissance de l'odeur réelle, et dont seul le témoignage des autres permet de constater qu'elle est purement imaginaire. « Toute odeur est tissée d'imaginaire »²⁸¹.

L'odeur est tenace, elle vous poursuit même en dehors des murs de l'hôpital. Même après avoir déposé la blouse dans le vestiaire et revêtu les habits civils, elle est toujours là, *« ça te poursuit jusque chez toi, même après la douche, tu as encore l'impression de sentir l'hôpital. L'odeur imprègne tes cheveux, tes habits, il est difficile de t'en débarrasser »* (E.4), *« cette odeur, je la porte comme un tatouage olfactif »*. Et pour éloigner l'odeur, chacun a sa solution, pour la plupart ce sera la douche dès le pas de la porte du domicile franchi, d'autres ne pourront pas attendre, *« j'avais l'impression d'avoir cette odeur sur moi... puis donc euh... j'ai un petit parfum dans la voiture (rires) mais c'est vrai, j'm'en mets parce que chaque fois, j'ai l'impression de garder ces odeurs sur moi... »* (E.21).

²⁸⁰ VIGARELLO, Georges. *Op. Cit.*, p. 18.

²⁸¹ SARTRE, Jean-Paul cité par Annick LE GUERER in LARDELLIER, Pascal. *Op. Cit.*, p. 16.

1.1.9. Quand les odeurs ne sont pas à leur place

Le changement de contexte transforme le statut de l'odeur. Toute odeur qui n'est pas à sa place provoque un sentiment d'étrangeté, et ce n'est pas l'odeur en elle-même qui incommode mais le sens donné à l'instant où elle s'exprime et dans le contexte où elle s'exprime. « Le contexte facilite la reconnaissance d'un stimulus qui lui est congruent et rend plus difficile celle d'une sensation incongrue »²⁸². En évoquant l'odeur de pied d'un patient diabétique, « *le pied était tout nécrosé, son orteil ne tenait qu'à un fil, il se dégageait une odeur de mort... bizarre d'avoir une partie de son corps qui puisse être mort et qui part en décomposition* » (E.10), le soignant est surpris par ce qui pourrait constituer une violation de ses catégories perceptuelles habituelles. Cette présentation du corps, corps vivant ayant une odeur de corps mort, est contraire à la représentation naturelle. L'odeur est contraire aux représentations qu'il peut avoir d'un corps vivant, « *je ne pensais pas que c'était possible de sentir aussi fort, qu'une personne vivante sente la mort* » (E.10).

Certaines odeurs peuvent déranger le soignant sans être pour autant associées à une excrétion corporelle. Des effluves à connotation hédonique dans la vie quotidienne seront, dans un autre contexte, ressenties comme très désagréables. Mathieu nous raconte comment l'odeur de l'eau de Cologne utilisée pour les frictions des corps décharnés des personnes très âgées fait partie désormais des odeurs qui le dérangent. « *L'odeur du Mont Saint Michel [marque d'eau de Cologne] est à tout jamais inscrite dans ma mémoire, je ne peux plus supporter cette odeur, elle me rappelle trop les frictions que je faisais après chaque toilette. Il y avait une grosse bouteille familiale sur le chariot de soin et tout le monde y avait droit* » (E.3).

1.1.10. L'odeur comme élément diagnostique

L'odorat des médecins a servi pendant des siècles à orienter le diagnostic médical, ce qui fait dire à Hippocrate que le « médecin doit être l'homme aux narines bien mouchées »²⁸³ capable de reconnaître les maladies à leurs odeurs. Les odeurs étaient des indicateurs précieux de l'état de santé du malade, surtout à une époque où la médecine a peu de moyens techniques à disposition. La médecine fondait une part de son diagnostic sur les

²⁸² CANDAU, Joël. « De la ténacité des souvenirs olfactifs », *Op. Cit.*

²⁸³ LE GUERER, Annick in LARDELLIER, Pascal. *Op. Cit.*, p. 24.

émanations corporelles et ses excréments car chaque affection possédait son odeur qui, se mêlant à celle du malade, en modifiait subtilement la teneur. « 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 rappellent l'odeur de pain frais ; les pestiférés sentent la pomme; les rougeoleux, la plume fraîchement arrachée; les eczémateux, le moisi... »²⁸⁴.

Alain Corbin nous explique que les médecins et cliniciens du XVIII^e siècle établissaient des catalogues de sémiologie olfactive, « Toute maladie est puanteur »²⁸⁵, et des manuels où l'on retrouve l'inventaire des émanations olfactives liées à des maladies selon les différents endroits du corps.

Avec les progrès de la médecine, le diagnostic olfactif va perdre de son importance à la fin du XIX^e siècle.

1.1.11. Apprentissage de l'univers odoriférant

Dans nos milieux de soins, l'olfaction a gardé une place bien particulière. L'odeur est indice et signe la présence d'un germe pathogène avant même le résultat du laboratoire d'analyse. Les soignants experts reconnaissent à l'odeur qui émane d'un pansement, avant même de l'avoir défait, si la plaie est infectée par le pyocyanique. « *Sans dire que je me suis habituée complètement aux odeurs, j'ai développé mon odorat contre la face obscure des mauvaises odeurs corporelles, je sais reconnaître l'odeur du pyo et du méléna, du rotavirus, j'arrive à savoir si le patient est en hyper-glycémie d'après son haleine....* » (E.19).

L'odorat peut-il faire l'objet d'un véritable apprentissage ? Lorsque la question est abordée, les étudiants regrettent que les odeurs soient si peu abordées lors des TD, « *les formateurs n'en parlent pas, c'est implicite, on se doute bien que ça va pas sentir bon... d'un autre côté, je ne vois pas comment ils pourraient faire, lancer une boule puante en salle de TD et nous dire : "voilà ce qui vous attend" ! (rires)* » (E.2). L'acquisition de ce

²⁸⁴ DUPERRET-DOLANGE, Hélène. « Le nez du soignant », in *L'INTERdit*, n°30/31, 1995 AMIEC, (association des Amis de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon).

²⁸⁵ CORBIN, Alain. *Op. Cit.*, p. 48.

savoir particulier ne relève pas d'un apprentissage par des manuels scolaires et ne fait pas l'objet de procédures formelles, mais bien d'une exposition à l'odeur. Ce savoir est un savoir d'expérience, « En sentant, on sait mais c'est difficile à décrire »²⁸⁶. La proximité quotidienne avec les odeurs de l'hôpital entraîne une habitude, une adaptation par incorporation. Les odeurs deviennent « partie intégrante » de l'univers sensoriel et finissent par ne plus être perçues, aiguisant la méfiance ou le rejet face aux odeurs nouvelles. « *Les odeurs font partie du décor, on n'a pas le choix* » (E.1), l'emprise olfactive fait partie des exigences du métier, il faut accepter d'être confronté à de fortes odeurs sinon renoncer à exercer le métier.

Dans ses recherches menées auprès de professionnels soumis dans leur travail quotidien aux odeurs, Joël Candau pose l'hypothèse d'une culture olfactive commune et propre à chaque groupe, et met en évidence la difficile question du partage de ces savoirs et savoir-faire. Les résultats montrent que l'odorat peut être objet d'apprentissages et que les savoirs et les savoir-faire élaborés, explicites ou implicites, font de l'odorat un instrument de premier ordre. L'acquisition des savoirs passe par une formation « sur le tas », par « imprégnation » comme s'« il était difficile d'imaginer un apprentissage qui n'engage pas concrètement le corps »²⁸⁷.

Sans rentrer dans toute la complexité du traitement physiologique et chimique de l'odeur, il semble impossible de savoir si la sensation que ressent tel soignant en présence du *stimulus* odeur est semblable à celle de son collègue vivant à ses côtés la même expérience olfactive. « Les sensations produisent des états mentaux qui sont incommunicables »²⁸⁸.

1.1.12. Odeur et communication

L'odeur joue un rôle fondamental dans la rencontre avec l'autre. Médiateur entre le public et l'intime, l'odeur va exercer une influence sur l'interaction. L'odeur est première dans la relation, elle communique et transmet quelque chose bien avant d'avoir vu le patient ou échangé quelques mots, elle peut se révéler déterminante dans la suite de la relation. Dans le processus de la rencontre, l'odorat est vecteur d'information et de communication à part entière, « une communication globale : interpersonnelle et interculturelle, individuelle et

²⁸⁶ CANDAU, Joël. « Le partage des savoir-faire olfactifs » in LARDELLIER, Pascal. *Op. Cit.*, p. 101.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 108.

²⁸⁸ *Ibid.*, p. 110.

communautaire, émotionnelle, consciente et, bien souvent, d'autant plus puissante qu'elle reste tacite et inconsciente »²⁸⁹.

L'odeur du soignant peut aussi être source de gêne pour le patient. Nous avons jusqu'ici traité uniquement de l'odeur du patient. Mais ce dernier peut également être incommodé par les odeurs de ceux qui s'occupent de lui, et auxquelles il ne peut se soustraire. Le parfum que porte une infirmière peut être perçu comme une agression insupportable, son odeur de transpiration représenter une gêne pour le patient. L'odeur de cigarette peut également le déranger, d'autant plus s'il est fumeur lui-même et privé de son addiction.

Poursuivons notre promenade sensorielle avec un autre sens proximal, le toucher, sens indispensable à la vie et d'une grande complexité dans la réciprocité et l'engagement qu'il sous-tend.

1.2. Le toucher

« Seul sens indispensable à la vie, le toucher est la souche fondatrice du rapport de l'homme au monde »²⁹⁰. Alors que la vue et la parole sont plus distantes, le toucher permet d'établir un contact spécifique, il partage le même destin que l'odorat lorsque la promiscuité est subie sans être choisie. Se sentir touché, voire effleuré, est souvent pénible, la peau étant la frontière symbolique que nul ne doit franchir sans y être invité. Et si l'odorat construit un espace olfactif parfois insaisissable, le toucher est sens du réel, il implique un corps à corps avec l'objet.

À l'hôpital, les patients touchés par la maladie seront touchés par les mains des soignants qui seront eux-mêmes touchés par certains patients touchants mais qui pourront être également toucheurs. Toucher et être touché s'entendent de bien des façons selon le sens qui leur est prêté. De ces nombreuses acceptions, nous retenons celle qui se rapporte au toucher-sens parmi les cinq sens, et à l'usage que l'individu en fait pour « entrer en contact avec quelqu'un ou quelque chose »²⁹¹. Le sens figuré du terme, celui du « faire naître ou provoquer des émotions », ce toucher-là est transversal à toute notre recherche.

Dans nos sociétés occidentales, chacun fait usage naturellement du toucher dans son rapport au monde, mais les contacts physiques, recherchés et fréquents durant la période

²⁸⁹ LARDELLIER, Pascal. *Op. Cit.*, p. 8.

²⁹⁰ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 177.

²⁹¹ <http://www.cnrtl.fr/definition/toucher> (consulté le 27/07/2016)

de l'enfance, se sont estompés au fur et à mesure de la socialisation. Les contacts corporels restent très codifiés et l'individualisation de nos sociétés tend à mettre un *espace de réserve*²⁹² entre soi et l'autre. Nous vivons de moins en moins ensemble, et cet espace permet la préservation de soi. « L'interdit du toucher sépare la région du familier, région protégée et protectrice, et la région de l'étranger, inquiétante, dangereuse »²⁹³. En réduisant la distance sociale, le toucher est perçu comme une violation de l'intimité et peut être interprété comme une manifestation de pouvoir. La tolérance (l'intolérance) aux contacts physiques est culturelle, elle est liée à l'éducation reçue mais elle se module selon la sensibilité individuelle et les circonstances.

Certains espaces proscrivent le toucher, comme par exemple le métro ou l'ascenseur où chacun va tout mettre en œuvre pour éviter cette proximité obligée ; d'autres au contraire le prescrivent et se structurent autour de lui, comme l'hôpital où l'individu s'attend à un contact physique rapproché, voire même le sollicite.

1.2.1. Entre la permission et l'interdit, toucher le corps d'autrui

L'activité soignante est avant tout manuelle et le toucher fait partie intégrante du soin et non « quelque chose » en plus : « toucher est le signe minimal attendu quand on s'occupe d'un corps vivant »²⁹⁴. Quel que soit le soin, l'infirmière va devoir toucher le corps ou la partie du corps concernée par le soin. D'autres professions sont également amenées à toucher le corps des patients, mais ce qui caractérise l'infirmière, c'est qu'elle est la seule à pouvoir toucher, chez une même personne, toutes les parties du corps et pas seulement la partie malade. Le kinésithérapeute ou le médecin n'en toucheront qu'une, celle concernée par la maladie ou le besoin de rééducation. Une autre particularité du métier réside dans le fait que l'infirmière alterne soins techniques et soins de confort, elle va investir le corps de différentes manières, mobilisant différentes façons de toucher. Par exemple, elle va alterner auprès d'un même patient plusieurs soins, elle va faire sa toilette puis le réinstaller dans son lit et finir par la réalisation d'un pansement de plaie ou d'un prélèvement sanguin.

²⁹² Expression de Georg Simmel

²⁹³ ANZIEU, Didier. *Le moi peau*. Paris : DUNOD, 1995, p. 146.

²⁹⁴ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité. Op. Cit.*

L'infirmière va s'autoriser à toucher, poser ses mains sur le corps d'une personne qu'elle ne connaît pas et qui cherche à être entre de « bonnes mains » pour bénéficier des meilleurs soins possibles. Nous sommes loin de la poignée de main accordée à un inconnu, seul contact physique autorisé faisant partie des usages habituels.

Souvent réduit à une forme d'évidence, le toucher du soin n'est pourtant pas un acte neutre. Il implique le franchissement de la *distance intime*²⁹⁵ et remet en question tous les codes et toutes les normes sociales incorporés durant la socialisation. Il défie l'interdit intériorisé par l'éducation qui consiste à *ne pas toucher*, questionne certains tabous qui nourrissent nos réactions défensives.

1.2.2. La proxémie et la confusion des espaces intime et personnel

Quel que soit le mode d'approche, les rapports aux corps sont complexes et fortement déterminés par la culture et l'éducation. On n'approche pas et on ne touche pas le corps d'un autre en toute impunité, il y a des règles à respecter. Dans la vie sociale, les relations humaines qui impliquent un rapprochement des corps sont assez fréquentes, notamment dans les activités sportives ou la danse ; elles imposent un contact avec des zones du corps plus intimes, torse ou taille. Dans tous les cas, il y a le regard d'un tiers, entraîneur ou professeur, un regard public garant du respect de la règle et du bon déroulement de l'action en fonction de l'activité.

À l'hôpital, bien que le toucher soit encadré par une déontologie, le niveau d'implication des acteurs concernés reste inégal. L'un est le plus souvent dénudé et passif et ne connaît pas la personne qui l'approche, l'autre a le pouvoir de toucher le corps sans autorisation préalable, l'espace où le soin se déroule est le plus souvent clos et sans témoin.

La proxémique partage avec la kinésique la préoccupation de prêter attention aux comportements corporels et de considérer les signes comme des messages. Précurseur de cette orientation, Edward. T. Hall a mis en évidence le rôle de la distance entre les corps comme mode d'expression et de régulation des échanges sociaux. Inconsciemment, nous observons une certaine distance dans nos contacts avec les autres. Ses travaux nous apprennent d'une part que chaque individu est au centre d'une série de bulles déterminant des distances propices à tel ou tel type de relation, et que d'autre part la dimension de

²⁹⁵ HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1971, p. 147.

l'espace va impacter sur la communication entre les individus. Hall regroupe sous le terme *proxémie* l'ensemble des distances séparant les individus lors des rencontres sociales, distances qui varient en fonction de la situation et dont nous n'avons pas conscience. Il nous donne la définition suivante : « Le terme de proxémie [désigne] l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique »²⁹⁶. Hall parle d'un « espace informel » car il échappe à la formulation.

Le respect des dimensions de l'espace semble aller de soi et chaque culture a sa propre définition de la distance proxémique. Nous n'entrerons pas dans ces variations culturelles.

La distance intime

Hall distingue plusieurs degrés dans la distance que les individus installent entre eux. La distance intime, quarante centimètres maximum séparent les deux corps, est la distance du contact et du secret. « À cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif »²⁹⁷. La distance intime est la plus défendue, son accès est réservé aux personnes habilitées soit affectivement, familiers et amis intimes, soit professionnellement, soignants mais aussi coiffeurs et esthéticiennes. Dans la vie courante, nous faisons tout pour préserver notre espace intime. Si un intrus non habilité y pénètre, le franchissement déclenchera des signaux d'alerte et les mécanismes de défense mis en œuvre seront le retrait du corps et la reconstitution d'une distance acceptable. Dans les espaces confinés tels les ascenseurs ou les transports publics, qui ne permettent le plus souvent pas cette prise de distance et obligent le contact corporel, l'individu va adopter « une posture d'indifférence et d'ignorance mutuelle »²⁹⁸. Le contact est gênant et cette intimité forcée et inadaptée nous dérange. Le malaise ressenti sera atténué en partie en évitant toute rencontre visuelle, en fixant du regard l'horizon. « Le regard se pose partout où n'est pas la personne du vis-à-vis. Les regards s'absentent, fidèles à la conduite à tenir dans ces conditions, préoccupés de ne pas attirer l'attention ou de ne pas gêner l'autre »²⁹⁹. Cette maîtrise du regard est assez typique de la crainte de tout engagement a priori jugé dangereux, cet interdit de

²⁹⁶ HALL, Edward T. *Op. Cit.*, p. 13.

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 147.

²⁹⁸ COSNIER, Jacques. *Psychologie des émotions et sentiments*. Paris : Retz, 1994, p. 39.

²⁹⁹ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. *Op. Cit.*, p. 137.

regarder prend le relais de l'interdit de toucher qui ne peut être respecté. La plupart des soins, qu'ils soient d'hygiène ou plus techniques, se réalisent dans cette distance intime où « la vision, l'odeur et la chaleur de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps »³⁰⁰.

Les autres distances

La distance personnelle, de quarante-cinq centimètres à un mètre vingt-cinq, est la distance des confidences et des discussions personnelles, « c'est la limite de l'emprise physique sur autrui »³⁰¹. À cette distance, il peut encore y avoir contact physique entre les individus et c'est dans cette distance que le soignant se retrouve pour mener un entretien ou une relation d'aide.

La distance sociale sera celle du soignant qui, depuis le pas de la porte de la chambre, va demander au patient si « *tout va bien ? Vous n'avez besoin de rien ?* ». Cette distance n'engage pas et donne une impression de domination, le patient étant couché ou assis dans son fauteuil, le soignant debout à plus d'un mètre de distance.

1.2.3. La main, instrument et symbole de communication

La main est l'outil premier de l'infirmière, elle est médiation technique mais aussi symbole de la communication humaine. « Le toucher, le geste d'apaisement, est un acte de communication »³⁰², il est fondateur dans la relation. « L'histoire de tout être humain commence par une compétence maternelle de *holding* et de *handling* qui le marquera pour toujours et déterminera sa capacité d'être lui-même dans la vie »³⁰³. La manière dont la mère va assurer le *holding* et le *handling* aura un impact significatif sur la construction du sentiment de sécurité. Donald Winnicott est l'un des premiers à s'être intéressé au toucher dans les soins maternels, à la façon dont l'enfant est traité, manipulé et soigné par la mère.

Le pédopsychiatre n'est pas le seul et d'autres scientifiques ont travaillé sur le toucher et s'accordent à penser que « la recherche du contact corporel entre la mère et le petit est un

³⁰⁰ HALL, Edward T. *Op. Cit.*, p. 147.

³⁰¹ *Ibid.*, p. 151.

³⁰² LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 236.

³⁰³ WINNICOTT, Donald. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.

facteur du développement affectif, cognitif et social de ce dernier »³⁰⁴. Le toucher est bien plus qu'un acte physiologique, il est à la base de nos premiers liens d'attachement et de notre mémoire affective et sensorielle. Il est une *nourriture affective*³⁰⁵ nécessaire voire primordiale pour le développement de la santé mentale et la construction du *self*.

L'anthropologue Ashley Montagu³⁰⁶ a montré, à partir d'expériences scientifiques et empiriques sur des animaux, que le contact et les stimulations tactiles sont indispensables à la survie des bébés. Le toucher est d'une importance cruciale pour le développement de l'enfant. Privé de contact, il peut mourir, le toucher est un besoin primaire qui doit être satisfait pour que le bébé se développe et devienne un être humain sain et équilibré. « Pour le nouveau-né ou l'enfant, toutes les formes de stimulations cutanées qu'il reçoit sont de la plus grande importance pour le développement harmonieux de son corps et de son comportement »³⁰⁷.

Le contact d'une peau, un geste ou une texture, seront toujours susceptibles de faire résonner ces sensations premières, le corps est un palimpseste nous dit Didier Anzieu, sur lequel se lit une histoire pour qui prend le temps de la déchiffrer. La perception par le toucher a une résonance profonde, « ce qu'il y a de plus profond en l'homme, c'est la peau » disait Paul Valéry. La main est l'instrument privilégié du toucher.

Le geste soignant est langage que le soigné perçoit, il peut aller de la tendresse à la dureté. Un geste accompagné de douceur va engendrer la détente du corps et la confiance qui s'ensuit dans la présence soignante. Un geste brusque et rapide va provoquer en réponse la crispation, la raideur, la peur et l'appréhension. Aristote le disait : « *la main est pensée* ». Si on ne pense pas au patient, si les gestes sont mécaniques et purement opératoires, le corps est considéré comme un corps-objet et le soigné est nié dans son intégrité. Pris dans l'application d'un protocole ou d'une procédure de soin, le toucher peut être purement technique et mécanique. Il peut être opératoire comme la palpation de l'abdomen, la prise de pouls, le positionnement des électrodes de surveillance sur le thorax. A *contrario*, il peut être caresse, toucher détente ou massage. « Mais la caresse n'a de vertu que si elle

³⁰⁴ ANZIEU, Didier. *Le moi peau*. Paris : DUNOD, 1995, p. 27.

³⁰⁵ Expression emprunté à Boris Cyrulnik.

³⁰⁶ L'ouvrage d'Ashley Montagu, *La peau et le toucher*, explore l'importance du toucher sain et comment il détermine notre développement et nos comportements dans la vie. L'anthropologue met en évidence l'importance de l'interaction tactile et du toucher dans toutes les facettes du développement humain.

³⁰⁷ MONTAGU, Ashley. *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris : Seuil, 1979, p. 30.

consentie par celui qui la reçoit. Si elle n'est pas désirée, elle est une forme de violence »³⁰⁸. Le même geste, selon la manière dont le patient le perçoit, sera reçu différemment.

Le soin relationnel ou de réconfort appelle une mise en relation qui passe par le toucher. Un geste, une main posée sur l'épaule d'un patient souffrant peut en dire beaucoup plus que n'importe quelle parole prononcée, il crée un lien intersubjectif et vient renforcer la valeur de la relation. Le toucher reconstruit le lien social que le langage a du mal parfois à soutenir.

Les relations tactiles sont variables selon les circonstances. Elles sont plus importantes aux deux extrêmes de la vie. L'enfant sera plus facilement touché, cajolé et caressé. Nulle ambiguïté à un contact physique, le toucher traduit une sorte de réparation d'une injustice d'être hospitalisé. Ce contact privilégié se retrouve chez la personne très âgée, vulnérable et fragilisée. Tenir la main d'une personne âgée est fréquent, le toucher rétablit le lien social et peut remplacer le langage quand les mots manquent. « *Je ne savais pas quoi lui dire, alors je lui ai pris la main* » (E.3). « Quand la parole défaille pour dire l'émotion, il reste le toucher qui donne une épaisseur affective au contact »³⁰⁹.

1.2.4. Les différents touchers des soins infirmiers

Catherine Mercadier a recensé différents types de toucher dans les pratiques infirmières, dont celui que nous venons d'aborder et qu'elle nomme *toucher sémiotique*³¹⁰. Sa fonction est de limiter l'angoisse d'une hospitalisation et de communiquer par un geste la présence soignante. C'est la main posée sur le bras d'une personne âgée, la caresse sur la joue d'un enfant, tous ces signes venant rassurer et assurer d'une présence bienveillante.

Elle identifie deux autres fonctions aux touchers infirmiers dont la fonction *épistémique*, liée à la capacité de perception du toucher et permettant de connaître. L'infirmière se sert de son toucher dans un but clinique, en touchant le corps du patient, elle évalue la chaleur de sa peau pour en déduire une hyperthermie ou mesurer l'étendue d'une inflammation. Lorsque nous sommes en contact avec la surface corporelle, nos capteurs sensoriels, situés

³⁰⁸ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 222.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 238.

³¹⁰ MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Seli Arslan, 2002, p. 31.

sous la peau, nous donnent une multitude d'informations sur l'état, la consistance, ou la chaleur de ce que nous touchons. La fonction *épistémique* du toucher est également utilisée pour repérer la « bonne veine » à ponctionner en palpant avec les doigts son trajet sous la peau, nous apprenant davantage que l'appréciation visuelle du capital veineux.

Enfin, la fonction *ergotique* est la « capacité d'agir sur la matière, de la transformer »³¹¹. À travers les massages qu'elle réalise, l'infirmière permet d'activer la circulation sanguine et d'éviter ainsi les rougeurs et les escarres qui menacent toute personne alitée.

Le toucher dans les soins infirmiers concerne autant le soin technique, le « corps de la maladie », que le soin relationnel ou de réconfort, le « corps du malade », donnant lieu à ces touchers de différentes natures. Dès la première année de formation, tous ces styles de toucher sont abordés mais cloisonnés selon les unités d'enseignement auxquelles ils se rattachent. Le toucher relationnel et les notions de proxémie qui lui sont associées font partie des enseignements de l'UE 4.2 « soins relationnels ». Le toucher est aussi abordé en termes de risque dans l'UE 2.10 « infectiologie, hygiène », car toucher le patient avec ses mains fait prendre le risque de lui transmettre des germes et d'entraîner une infection nosocomiale. Ce toucher s'oppose à celui des soins relationnels, il appartient à l'autre grande famille des formes de toucher, le toucher technique ou instrumental qui permet l'exécution de soins médiatisés par un instrument, pince Kocher pour un pansement de plaie, brassard à tension pour la mesure des constantes. Il est opératoire et concerne la palpation de l'abdomen, d'un mollet suspect de phlébite, la prise du pouls, le positionnement des électrodes de surveillance sur le thorax.

Toucher le corps du patient lorsqu'il y a un matériel intermédiaire, ou même à mains nues s'il est pris dans l'application d'un protocole ou d'une procédure de soin, relève de la famille des soins techniques et mécaniques. Ils sont moins engageants que le toucher du corps nécessaire pour la réalisation des soins d'hygiène.

1.2.5. Le sens le plus engageant

Les soins d'hygiène ne sont pas aussi simples qu'ils ne paraissent. Autant le geste est naturel et attendu pour les premières années de la vie, autant il est signe d'une dépendance lorsqu'il est imposé par la maladie ou le grand âge. Se laisser laver par un inconnu

³¹¹ MERCADIER, Catherine. *Op. Cit.*, p. 31.

demande un lâcher-prise dépassant une simple explication ou justification rationnelle. De tous les soins infirmiers, ce sont de loin ceux qui engagent le plus. Ils impliquent de toucher toutes les parties du corps, mais avec une gestuelle inhabituelle.

Laver, sécher, habiller, coiffer, demandent des manipulations souples qui accompagnent les mouvements du corps de la personne recevant le soin. Le toucher est fluide et doux, s'apparentant quelque fois à une caresse. Toucher le patient, c'est aussi le prendre dans ses bras, l'enlacer pour le réinstaller dans son lit, le prendre à bras le corps pour le lever, l'enserrer pour le maintenir debout. Toucher le corps c'est aussi mettre les doigts dans la cavité buccale pour les soins de bouche, effleurer le visage pour appliquer une crème hydratante, toucher les parties du corps à connotations sexuelles pour les laver.

1.2.6. Ambiguïté des gestes et toucher érotisé

Les infirmières ont à toucher des parties du corps qui sont habituellement touchées dans les contextes érotiques et sexuels. « Le toucher est le sens premier de la rencontre et de la sensualité »³¹², la peau étant le lieu privilégié de la tendresse. Laver les organes génitaux oblige à toucher cette partie du corps et prendre le risque de générer des stimulations. Les réactions corporelles donnent lieu à des situations ambiguës venant troubler l'ordre des choses. La toilette n'a pas l'exclusivité ; d'autres soins plus techniques, comme le sondage urinaire, demande pour sa réalisation de tenir fermement le pénis de l'homme pour introduire une sonde dans le méat. La réalisation du soin peut susciter des malentendus si le geste est mal interprété.

Le toucher est communication, nous l'avons dit, il transmet un message, mais sa réception n'est pas toujours conforme avec l'intention qui l'animait au départ. Les ambivalences et les ambiguïtés sont fréquentes, surtout en début de vie professionnelle où les gestes de soin sont maladroits, moins maîtrisés ou, dans un souci de bien faire, sont réalisés avec lenteur et application. Certains peuvent prêter à interprétation comme par exemple la toilette de Joseph qui s'éternise, « *ma formatrice était venue m'encadrer, elle me regardait faire la toilette intime d'un résident.... à mon retour de stage, elle m'a confié que si j'avais été une fille, elle m'aurait sans doute arrêté tant je me suis appliqué dans sa réalisation en insistant beaucoup sur le décalottage, vous voyez ce que je veux dire ?* » (E.1). Le geste, qui au départ est celui de l'intention d'un soin irréprochable, peut être

³¹² LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 222.

ressenti par le patient comme intrusif ou, *a contrario*, être reçu avec satisfaction et alimenter un plaisir sensoriel inavouable.

1.2.7. Quand les touchés sont les toucheurs

« S'il y a bien un espace collectif où l'on est touché, au sens littéral et au sens figuré, c'est bien l'hôpital »³¹³. C'est ainsi que Marie-Christine Pouchelle commence le chapitre de son ouvrage sur l'hôpital. Elle poursuit en précisant qu'un clivage s'opère entre les populations en présence ; les touchés sont les patients et les toucheurs les professionnels de santé, ces derniers sont « pourvus d'une armure défensive relativement efficace »³¹⁴.

Certes, ce sont généralement les soignants qui vont être à l'initiative d'un échange corporel où le toucher sera enjeu, mais il n'a pas le monopole du toucher, le patient lui aussi touche le corps du soignant, le plus souvent comme appui ou pour rechercher l'échange. Il arrive toutefois aussi que le toucher soit teinté d'une certaine ambiguïté, « ...j'étais en train de lui faire sa toilette et il m'a attrapé par la taille, j'ai pensé qu'il avait peur de tomber et je n'ai rien dit mais ses mains sont descendues plus bas, sur mes fesses... là je me suis dit « il faut faire quelque chose !, je ne savais pas comment lui dire... peut-être qu'après tout, il se tenait tout simplement... » (A.P.4).

Pascale Molinier place la question érotique au fondement et au cœur de la relation de soin dans sa redéfinition du *care*, « le *care* est un travail qui ne peut être pensé indépendamment du sexuel »³¹⁵. Elle appuie ses propos sur les données d'une enquête³¹⁶ menée auprès de soignantes de gériatrie qui témoignent de situations où elles ont dû accepter de se laisser toucher pour le bon déroulement d'un soin et s'épargner les agressions physiques du résident. Elles décrivent comment un vieillard, souffrant de démence sénile, se calme lorsqu'il touche (attouchement mesuré et contrôlé) une partie érotique du corps, fesses ou taille, au cours du soin de nursing. En intégrant le sexuel dans le pré-carré du *care*, Molinier a voulu montrer que « toute l'habilité [des aides-soignantes]

³¹³ POUCHELLE, Marie-Christine. *L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Seli Arslan, 2008, p. 88.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 88.

³¹⁵ MOLINIER, Pascale, LAUGIER, Sandra, PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2009, p. 234.

³¹⁶ Enquête de psycho-dynamique du travail réalisée dans un service de gériatrie d'un hôpital public et qui visait la valorisation du travail des aides-soignantes et des agents de service hospitalier autour de la thématique du nursing quotidien. La situation décrite, issue d'un des récits, est nommée par Pascale Molinier « L'histoire de Monsieur Georges ».

à donner de soi pour pacifier un vieillard est l'expression même du professionnalisme et de la bientraitance, au sens concret et idéologique du terme »³¹⁷.

Il apparaît donc incontournable pour le soignant de prendre conscience des gestes de toucher dans sa pratique et de leurs effets. Prenant tour à tour la forme d'un soin technique et concret au corps ou d'une forme de communication pouvant être mal interprétée, le toucher rend compte du besoin fondamental de contact propre à l'être humain.

Donner des soins suppose de devoir toucher mais aussi regarder le corps en attente de soins. « Dans la perception courante, la vue et le toucher cheminent ensemble comme les deux faces d'une même médaille »³¹⁸. La vue partage avec le toucher le privilège d'évaluer la réalité des choses, on touche des yeux et non plus de la main. « La vue requiert les autres sens, surtout le toucher, pour exercer sa plénitude »³¹⁹.

La vue et le regard qui lui est associé est le sens que nous abordons désormais.

1.3. La vue

La vue exerce un ascendant sur les autres sens dans nos sociétés. « La vue est le sens le plus constamment sollicité de notre rapport au monde »³²⁰, elle est la première référence dans nos sociétés où la cécité est souvent assimilée à la pire des infirmités. Être aveugle, c'est vivre dans un monde censé être celui de la « nuit » ou des « ténèbres ». Voir est inépuisable et la vue est le sens le plus économique. C'est également le plus complexe dans le regard auquel il est lié, celui aussi qui informe du lien que l'on cherche à tisser. La vue est sens de l'interaction sociale, permettant d'entrer en relation par un échange de regards et « ce qui se produit dans cet échange de regards constitue la réciprocité la plus parfaite dans tout le champ des relations entre les hommes »³²¹.

1.3.1. De la vision au monde visuel

Physiologiquement, la vision est le dernier sens à se développer. Vers le 7^e mois, le fœtus peut distinguer des ombres et des nuances de luminosité si une lumière forte est dirigée

³¹⁷ MOLINIER, Pascale. *Op. Cit.*, pp. 243-244.

³¹⁸ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 179.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 67.

³²⁰ *Ibid.*, p. 61.

³²¹ SIMMEL, Georg in JOSEPH, Isaac. *La microsociologie d'Erving GOFFMAN. Ibid.*, p. 23.

sur le ventre de sa mère. Peu stimulée, la vue a peu de possibilités de se développer dans l'obscurité de l'utérus. À sa naissance, l'enfant a une vision synchrétique du monde caractérisée par une appréhension globale et indifférenciée de ce qui l'entoure, il discerne l'apparence d'une chose, ses reliefs, mais il ne perçoit pas les détails. Son acuité visuelle s'améliore au fil des mois pour atteindre son maximum à l'âge de dix ans.

Mais la vision ne se limite pas au seul mécanisme de réception d'images, il ne suffit pas de voir, il faut interpréter l'image rétinienne pour lui donner du sens. Les chercheurs distinguent l'image imprimée sur la rétine, le « champ visuel », de sa perception, « le monde visuel ». L'homme se sert des images rétinienne pour construire son monde visuel. Pourtant, deux personnes se retrouvant dans les mêmes conditions, ne verront pas la même chose. Ces divergences ne peuvent être attribuées à des variations de l'acuité visuelle, « il faut apprendre à voir »³²². La vue est apprentissage, « l'homme apprend en voyant, et ce qu'il apprend retentit à son tour sur ce qu'il voit. Ce qui explique la puissance d'adaptation de l'homme et le parti qu'il tire de son expérience passée »³²³.

1.3.2. Du monde visuel aux regards du novice

Dans la vie courante, le monde visuel se déroule comme « un fil ininterrompu, avec une sorte d'indifférence tranquille »³²⁴. Nos yeux glissent sur le familier et la multitude de sollicitations visuelles dans une indifférence n'encourageant aucune attention particulière. « Le visuel est le monde qui se donne sans y penser, sans altérité suffisante pour susciter le regard »³²⁵. Et si dans la vie quotidienne, « les yeux glissent sur le familier sans y trouver prise »³²⁶, à l'hôpital, le regard va s'arrêter sur les stigmates des corps vieux, sur les peaux meurtries par la maladie, sur tout ce qui attire l'attention : « le regard s'oppose au visuel par son attention plus soutenue »³²⁷.

Dans ses premiers jours de stage, le regard du novice se focalise sur tout ce qui se donne à voir de spectaculaire. Le regard est comme en suspension, prolongeant le temps dans une tentative de mieux voir, de mieux comprendre : « *je n'arrivais pas à détacher mes yeux de*

³²² HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Op. Cit., p. 92.

³²³ *Ibid.*, p. 88.

³²⁴ LE BRETON, David. *La saveur du Monde*. Op. Cit., p. 64.

³²⁵ *Ibid.*, p. 65.

³²⁶ *Ibid.*, p. 65.

³²⁷ *Ibid.*, p. 65.

sa jambe, j'avais les yeux écarquillés, comment peut-on en arriver là ? ». Les yeux restent posés longuement sur le spectacle avec l'impossibilité de s'en détacher ou bien, ils s'en détournent pour ne pas voir cette réalité insupportable : *« je n'ai pas pu regarder, j'ai baissé les yeux, c'était trop pour moi, j'étais tétanisée par la vue de ce grand lambeau de peau qui pendait »* (A.P.1). L'étudiant en prend plein la vue : *« ... j'ai cru halluciner en voyant la personne... j'en croyais pas mes yeux ... »* (A.P.1). « La vue transforme le monde en images et donc aisément en mirages »³²⁸, l'œil du jeune soignant voit les choses sans recul et telles qu'elles apparaissent, ce qu'il voit lui paraît insensé, « Les sens doivent faire sens pour orienter le rapport au monde »³²⁹. Le regard du novice est fuyant ou il pourra préférer se tenir à distance, regarder de loin pour ne pas être impliqué : *« j'ai regardé depuis le pas de la porte, c'était déjà impressionnant, je n'ai pas pu rentrer dans la chambre »*, ou regarder au loin pour ne pas voir.

Le monde visuel est violent dans les premiers temps de formation, les images sont reçues sans avoir la possibilité de les élaborer pour mieux les comprendre et mieux s'en défendre. Le regard est en suspension permanente contrairement à l'expert qui a appris à sélectionner les objets à percevoir. Celui-ci peut se concentrer sur ce qu'il cherche à identifier, son champ visuel s'est élargi, il sait tenir compte de ce que lui renvoient ses autres sens comme informations complémentaires.

L'étudiant doit apprendre à voir, la vue partage avec le toucher le privilège d'évaluer les choses pour mieux les connaître. *Je vois* est synonyme de *Je comprends*, la vue est associée à la connaissance ; *tu es aveugle* peut avoir une nature péjorative et signifier le manque de lucidité, de discernement voire d'ignorance. Cette ignorance se traduira par l'incapacité à voir certains signes devenus si familiers pour l'expert : *« ça saute aux yeux, c'est difficile de ne pas le voir, c'est gros comme le nez au milieu de la figure »*. Et pourtant, en toute bonne foi, le novice n'a pas vu la rougeur de la peau révélatrice d'une escarre à venir, tellement concentré sur son soin, son champ de vision est limité à la seule partie du corps concernée par le soin. L'expert voit ce que le novice ne voit pas encore.

³²⁸ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 63.

³²⁹ *Ibid.*, p. 75.

1.3.3. Le regard clinique

Le regard soignant est un regard panoramique, un regard holistique qui englobe le patient dans sa totalité en s'arrêtant sur certains points demandant plus d'attention.

Le regard sur le patient est essentiel. « Toute vue est interprétation »³³⁰. Michel Foucault nous a montré que la clinique médicale est une clinique du regard : voir, c'est savoir, et la vue est le premier sens sollicité pour l'évaluation de l'état de santé d'un patient. « Un regard qui écoute est un regard qui parle »³³¹. Hippocrate opère une distinction fondamentale entre voir et regarder. « Rechercher ce qui peut se voir, se toucher, s'entendre, ce qu'on peut percevoir en regardant, en touchant, en écoutant, en flairant, en goûtant, et en appliquant son intelligence »³³².

Le regard de début de formation est syncrétique, on parle volontiers du regard naïf de l'étudiant qui découvre le monde. L'image produite est floue à la manière des peintures impressionnistes et ce n'est que plus tard que le regard deviendra clinique. C'est ce qui est attendu d'une infirmière : qu'elle puisse analyser, évaluer et mesurer. Le regard clinique est un regard objectif pour connaître ; il n'est plus seulement visuel, il est attention soutenue, plus appuyée, plus longue.

Dans un premier temps, c'est le regard esthétique qui prédomine. Ce regard porté sur le corps est un regard qui juge toutes les imperfections, parfois de manière brutale : « *les seins pendaient, la peau était toute tachée ...* », « *les corps des vieux sont ridés, la peau est flasque, c'est vraiment moche* » (E.4).

1.3.4. La compétence sociale du regard

Dans la vie ordinaire, les individus se croisent sans se connaître et leurs regards se limitent à un coup d'œil discret. Les conventions sociales règlent l'usage du regard et n'autorisent pas les regards appuyés, sources de gêne et d'embarras. « L'interaction, qui repose dans nos sociétés occidentales sur un effacement ritualisé du corps, exige que rien n'arrête le regard, que nul n'en sente le poids insistant »³³³, cette règle ne s'applique plus à l'hôpital,

³³⁰ FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. Vendôme : PUF, 1988, p. 84.

³³¹ *Ibid.*, p. 21.

³³² MASQUELET, Alain Charles. Sous la direction de. *Le corps relégué*. Cahiers du Centre Georges Canguilhem, Paris : PUF, 2007, p. 59.

³³³ LE BRETON, David. *Les passions ordinaires*. *Op. Cit.*, p. 179.

le soignant peut scruter longuement le corps du soigné. Mais poser les yeux sur autrui n'est jamais anodin, « le regard donne prise, il s'empare de quelque chose pour le meilleur ou pour le pire »³³⁴. Et c'est bien souvent du pire dont il s'agit dans les premières rencontres visuelles à l'hôpital.

Le regard joue un rôle central dans la relation de soin. Lorsque patient et soignant se retrouvent dans la proxémie du soin, leurs regards se croisent et cet échange s'apparente, comme le dit Georg Simmel, à « l'action réciproque la plus pure et la plus discrète qui puisse exister »³³⁵. Le regard est un lien « à la fois si intime et si subtil qu'il ne peut se former que suivant la voie la plus courte : la ligne droite d'un œil à l'autre ; le moindre écart, le moindre regard de côté en détruirait complètement le caractère unique... »³³⁶. Le soignant va lire dans le regard du soigné la détresse, la peur de mourir, mais aussi la plénitude ou la reconnaissance : « *j'ai compris dans son regard qu'il voulait me remercier... Son regard était plein de malice, il riait avec les yeux, j'avais réussi à lui changer les idées, à le sortir de son isolement, il était bien* » (A.P.3). Le regard posé sur le soigné sera alors de compassion, « *je n'ai pas pu le regarder, il aurait vu dans mon regard ce que je ressentais* », « En baissant les yeux, j'enlève à celui qui me regarde un peu de la possibilité de me découvrir »³³⁷.

Les soignants le savent, certains patients cherchent dans leur regard une sorte de vérité, à y lire la gravité de leur maladie, « *j'essaie d'avoir un regard gai, je ne montre pas que je suis triste lorsque je rentre dans sa chambre* », le regard des novices est affectif dans les premiers temps, « *ça me rend triste de le voir comme ça* » (E.30).

Il y a des regards parfois difficiles à soutenir, regards mêlés d'angoisse et de souffrance, regards qui annoncent une mort prochaine. Ce sont des regards subjectifs faits d'impressions et ne pouvant s'expliquer, « *je me tenais près du patient pendant que l'infirmière faisait son pansement, je le regardais en lui parlant pour le rassurer, il y avait une telle détresse dans son regard que je ne pourrais expliquer [...] je me sentais impuissant, je me souviens encore de son regard, bleu d'acier* » (A.P.2). Quant à l'infirmière qui réalise le pansement, elle a un regard global de la situation. Tout en étant

³³⁴ LE BRETON, David. *Les passions ordinaires. Op. Cit.*, p. 177.

³³⁵ SIMMEL, Georg. *Sociologie et épistémologie*. Paris : PUF, 1981, p. 227.

³³⁶ *Ibid.*, p. 227.

³³⁷ *Ibid.*, p. 228.

attentive à ses gestes qui doivent être précis et assurés, elle reste attachée aux signes que lui envoie le patient par son regard. Si elle perçoit des signes de douleur, alors elle ralentira son geste, elle lui adressera un regard rassurant pour l'informer que tout va bien et que le soin est bientôt fini. Le regard est à double sens, l'échange de regards met face à face deux individus à travers « la réciprocité la plus immédiate, la plus pure qu'il y ait »³³⁸. Le regard est empathique et qualifié de « professionnel » lorsque, tout en observant le patient et son environnement, l'infirmière est capable d'identifier d'un seul regard un éventuel problème.

Le regard du patient peut perturber le jeune soignant inexpérimenté : « *Je me concentrais sur mon soin, je me disais "il ne faut pas que tu le regardes sinon tu vas perdre tes moyens". C'est dur ce que je vous dis mais c'est vrai, je faisais tout pour ne pas le regarder, son regard était insoutenable pour moi, je savais que si je croisais son regard, ça serait fini* » (E.24), rencontrer le regard du patient lui enlève le peu d'assurance nécessaire pour le soin. Il manque de confiance en lui, « *Je prends un regard assuré, je ne veux pas qu'il sache que c'est la première fois que je fais son pansement et que je suis morte de trouille* », s'il croise le regard du patient, cette assurance si fragile sera perdue.

Le regard expose l'intimité du corps dévêtu à une prise de pouvoir symbolique du soignant sans que le patient ne puisse s'en défendre. « Le regard est pouvoir sur l'autre, il manifeste une emprise sur son identité en lui donnant le sentiment de ne plus s'appartenir, d'être désormais sous influence »³³⁹. Le regard du patient se dérobe, se ferme et s'enferme dans une bulle protectrice, il coupe toute relation possible. Il ferme les yeux pour éviter la gêne, il signifie sa honte.

1.4. L'ouïe

« Les oreilles sont toujours ouvertes sur le monde », nous baignons dans un flux continu de sons et de sonorités, et cela depuis le début de notre existence. La parole est le premier son à faire entrer l'enfant, encore *in utero*, dans l'univers humain. Le fœtus entend la voix de sa mère et est capable de réagir à ce *stimulus* sonore, il est dans une audition permanente des bruits du corps de sa mère, de ses battements cardiaques, mais aussi de tous les bruits de la digestion et de la circulation sanguine. D'un point de vue ontogénique,

³³⁸ SIMMEL, Georg. *Sociologie et épistémologie. Op. Cit.*, p. 227.

³³⁹ LE BRETON, David. *Les passions ordinaires. Op. Cit.*, p. 178.

l'ouïe est le premier des sens à se développer. D'un point de vue anatomique, le développement de l'oreille est fini vers quatre mois, et le nerf auditif commence à fonctionner. Nous entendons l'autre avant de le voir, le sentir ou le toucher. Nous entendons la parole avant de parler et de la comprendre.

Sens fédérateur du lien social, l'ouïe permet d'entendre la voix humaine et recueille la parole de l'autre, « le sens de l'ouïe est le sens social. Aucune communauté sociale ne se forme sans que ses membres apprennent à s'écouter »³⁴⁰.

Un bruissement continu donne sa tonalité familière à la vie quotidienne, « les émanations sonores ne s'éteignent jamais tout à fait et donne chair à l'épaisseur du monde »³⁴¹. Chaque son perçu est associé à l'objet qui le provoque, « il en est la trace sensible, le fil dénoué qui mène aux mouvements innombrables de l'environnement »³⁴².

Chaque communauté humaine occupe un univers acoustique qui lui est propre, le monde hospitalier a lui aussi le sien et il varie selon le moment de la journée et l'espace où les sonorités sont perçues.

1.4.1. L'acoustique hospitalière

L'activité soignante est génératrice de bruits. L'atmosphère de l'hôpital ressemble plus à celle d'une ruche bruyante et affairée qu'à celle d'un lieu de paix et de repos. L'ambiance sonore varie au fil de la journée. Plus intense les matins que les soirs, elle est rythmée par les va-et-vient des soignants et leurs bavardages, le bruit des chariots de soins, les échos de ce qui se vit derrière chaque porte de chambres, les cris ou chuchotements, les plaintes ou derniers souffles de vie, les alarmes des appareils de surveillances ou les sonnettes d'appel, la sonnerie incessante du téléphone.

L'hôpital ne peut vivre sans bruit et chaque unité de soin a ses propres sons, marqueurs de son identité. Dans les services de réanimation, ce sont les bruits des appareils de surveillance et des « scopes ». Les alarmes ou autres « bip » sont indispensables à la surveillance et la sécurité des patients, les infirmiers connaissent et reconnaissent chacun d'eux. Leur caractère soudain et imprévisible peut être source de stress pour le novice qui ne dispose pas des codes pour leur donner une signification. Il faut d'ailleurs un certain

³⁴⁰ WULF, Christoph, « Ouïe », in MARZANO, Michela. *Dictionnaire du corps. Op. Cit.*, p. 679.

³⁴¹ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Ibid.*, p. 116.

³⁴² *Ibid.*, p. 116.

temps pour ne plus les entendre une fois sorti de l'hôpital, et ne plus confondre la sonnerie du réveil matin avec une alarme. Le fond sonore des blocs opératoire est le cliquetis des instruments ; celui de la néonatalogie, les pleurs des nouveau-nés. L'ambiance sonore des unités de gériatrie est nourrie des râles et des cris des personnes âgées, « Le son révèle, comme l'odeur, l'au-delà des apparences, il force les choses à témoigner de leurs présences inaccessibles au regard »³⁴³.

L'hôpital est bruyant et toutes les sollicitations auditives, qu'elles soient extérieures ou propres aux soins, sont désormais considérées comme des nuisances sonores car elles s'ajoutent aux autres facteurs d'inconfort liés à la maladie et à l'hospitalisation. Le confort ³⁴⁴ acoustique fait désormais l'objet d'une attention constante, nous ne développerons pas cet aspect-là.

1.4.2. Le bruit vecteur de communication

Dans la proxémie du soin, l'ouïe est mobilisée dans un but d'évaluation clinique du patient. Bruits cardiaques, aérophagiques ou respiratoires sont significatifs et mesurés d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Chaque bruit a un sens précis et livre une information, il communique quelque chose sur l'état de santé du patient.

À distance de l'interaction, le bruit peut être signe d'alerte ou annonciateur d'un événement indésirable. Tout comme l'absence de bruit pouvant présager une situation anormale, le silence ou l'absence de manifestation d'un patient durant une période prolongée est signifiant, ils feront l'objet d'une visite de contrôle de la part de l'infirmière. Le silence est un indice riche de sens.

La sonnette est un moyen de communication utilisé par le patient, avertissant le soignant d'une demande d'aide. Elle rappelle la présence constante des patients. Les sons symbolisent la vie et alertent de l'anormal, ils sont nécessaires au travail de l'infirmière. L'oreille de l'experte sait reconnaître l'origine et la provenance d'un bruit, l'associer à un patient et à une cause. Dans le capharnaüm sonore, elle sait distinguer à quel appareil appartient l'alarme entendue et y réagir, « tout lâcher » pour se précipiter dans la chambre

³⁴³ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 116.

³⁴⁴ Les directives architecturales suivant l'arrêté du 25 avril 2003 et relatives à la limitation du bruit dans les établissements de santé émanant du ministère de, l'écologie et du développement durable.

si elle signifie une bradycardie, ou bien « prendre le temps » de préparer la perfusion suivante si le bruit est celui de la pré-alarme d'un pousse seringue électrique.

« Le son se donne dans le temps et le fugace, là où la vision reste figée et explorable. Pour l'identifier, il faut rester à l'écoute mais il ne se renouvelle pas toujours »³⁴⁵. Le son est éphémère, il s'efface en même temps qu'il se donne à entendre. « Prêter l'oreille » signifie bien que l'écoute n'est que provisoire, et l'étudiant devra être attentif, son ouïe toujours en éveil.

1.4.3. L'ouïe est immersion à l'image de l'odorat³⁴⁶

Dans ses premiers temps d'immersion dans l'univers acoustique hospitalier, l'étudiant sera sensible à certains sons alors que d'autres n'auront aucune signification pour lui et ne retiendront pas son attention. Parmi toutes les sollicitations sonores, les seules qu'il identifiera seront les sonnettes, et il aura tout intérêt à les entendre et y répondre car il sera sans doute évalué sur sa rapidité de réaction ! Les perceptions des premiers sons vont provoquer de l'anxiété, voire de la peur. Les râles des résidents faisant partie du fond sonore des premiers stages, ils seront vécus comme une agression, une violence symbolique.

La souffrance, perception personnelle de la douleur pouvant se manifester par des cris et des gémissements, provoquera l'inquiétude devant une impuissance à répondre à ces plaintes. Le novice est mis à l'épreuve de ces manifestations sonores inhabituelles, mais ce qui le mettra le plus en difficulté, n'est pas tant de les voir souffrir, mais de les entendre souffrir, « le son est plus énigmatique que l'image »³⁴⁷. En fin de stage, ces mêmes sons prendront sens et leur perception sera alors attachée à un certain motif.

L'oreille s'éduque au fil de l'expérience, l'habitation transforme le statut des sons perçus et permet de désamorcer les premières inquiétudes. Cette nouvelle sensibilité va se traduire en capacité pour le soignant à donner une signification aux sons perçus dans son environnement sonore de travail. Cette capacité n'est pas seulement liée à l'attention portée à la perception auditive, mais elle va se développer par l'apprentissage et la confrontation régulière et répétée au stimulus sonore. A l'appréhension des premiers jours

³⁴⁵ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 114.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 116.

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 114.

succédera l'étonnement du silence ; les bruits, devenus familiers, ne se feront plus entendre.

1.5. Le dégoût et les cinq sens

« Dans la tradition esthétique, le dégoût reste compris comme le négatif du goût. Il désigne ce que le goût condamne »³⁴⁸. Bien qu'il soit lié au goût, le dégoût entretient une relation particulière avec les autres sens qui lui sont fortement associés. Le dégoût est souvent provoqué par des sensations olfactives, générées par le toucher ou la vue.

Le dégoût est la « part maudite », pour reprendre l'expression de Georges Bataille, qui s'insinue dans tous les espaces de la vie sociale en général, et dans l'espace de soin en particulier, imposant son ordonnancement le plus souvent à notre insu. Doté d'une connotation très négative, le dégoût a longtemps été délaissé au profit d'autres émotions. Laissé aux marges du savoir, il fait depuis seulement quelques décennies l'objet de l'attention des chercheurs.

Le dégoût revêt plusieurs sens. Il est lié au « manque d'appétit » ou est inspiré par certains aliments, c'est aussi la « répugnance ou aversion » ressentie pour un objet de dégoût, objet réel et concret, ou bien abstrait et représenté. Enfin, le dégoût revêt un sens moral, c'est « l'aversion pour quelqu'un ou quelque chose »³⁴⁹. La polymorphie de cette émotion suggère qu'elle est une émotion complexe. Nous retenons la définition de Dominique Memmi pour qui le dégoût est « une réaction très négative face à une substance, une situation, un être ou une classe d'êtres, se traduisant par un malaise pouvant aller jusqu'à la nausée et s'imposant comme un affect dont l'expression est indissociablement somatique et psychique, mais peut prendre une signification morale »³⁵⁰.

1.5.1. Sa fonction d'adaptation

Le dégoût a joué un rôle important dans l'évolution de l'espèce humaine. Paul Rozin a montré dans ses travaux portant sur les déterminants des choix alimentaires des individus que le dégoût prend son origine dans un réflexe de survie permettant de se protéger contre

³⁴⁸ MARGAT, Claire. « Phénoménologie du dégoût. Inventaire des définitions », *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, pp. 17-25.

³⁴⁹ <http://www.cnrtl.fr/définition/dégoût> (consulté le 16 mars 2015).

³⁵⁰ MEMMI, Dominique et al., « Introduction. La fabrication du dégoût », *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, p. 3.

une nourriture avariée impropre à la consommation. En agissant tel un signal, il permet de rejeter les aliments potentiellement dangereux pour la santé. Puis, d'une fonction essentielle à notre survie, le dégoût « gardien du corps » a évolué en un dégoût « gardien de l'âme » afin de protéger à la fois notre intégrité physique et notre environnement social.

Le dégoût s'immisce au cœur de notre existence individuelle et collective et peut s'envisager comme un mécanisme de défense ou comme l'expression d'une expérience de proximité non désirée. La perception de l'objet ou de la situation susceptible de faire émerger le dégoût, entraîne des réactions de retrait et de mise à distance par un détournement du regard, un mouvement de recul et, si l'éloignement physique s'avère impossible, le contact avec l'objet répulsif sera minimisé en se pinçant le nez. Le corps se manifeste par un mouvement externe physique de recul qui peut s'accompagner d'un mouvement interne physiologique telle la nausée.

Quel que soit le stimulus, la perception sensorielle est le plus souvent violente et immédiate, elle surprend et échappe au contrôle volontaire et conscient. Tout se passe comme si le dégoût nous permettait de distinguer le bon du mauvais, le bien du mal. Le dégoût a ainsi plusieurs fonctions, celle de signal d'alerte permettant d'éviter les aliments avariés, mais aussi de se protéger de situation faisant outrage à nos valeurs morales.

1.5.2. Les imaginaires du dégoût

La psychanalyse associe le dégoût à l'excrémentiel. Freud a souligné son association avec les excréments en lui annexant tout ce qui est porteur d'odeurs fortes. Dans sa métaphore du refoulement, le psychanalyste ouvre la voie pour penser la réversibilité du dégoût, attirance et fascination sont indissociables de la répugnance provoquée par les fonctions excrémentielles. Paradoxalement, la répulsion se mêle à la fascination : quelque chose dans le dégoût fascine.

Julia Kristeva s'inscrit dans cette lignée psychanalytique et fait du dégoût une forme de protection contre tout ce qui pourrait compromettre l'intégrité du corps, ce corps imparfait qui produit des déchets et inquiète l'humain épris de beauté et refusant de vieillir. L'auteur aborde le dégoût du corps excréteur dans un essai philosophique sur l'horreur et l'abject en ces termes : « [...] ce qui sort du corps, de ses propres orifices, marque l'infinitude du corps propre et suscite l'abjection »³⁵¹. Les humeurs et les déchets corporels touchent

³⁵¹ KRISTEVA, Julia. *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Paris : Le Seuil, 1983, p. 127.

« aux limites de ma condition de vivant »³⁵², ils sortent du corps tout en rappelant le danger qu'ils écartent. L'abject nous confronte, d'une part, à ces états fragiles où l'homme erre dans les territoires de l'*animal*, et d'autre part à nos tentatives les plus anciennes de nous démarquer de l'entité *maternelle*.

Ainsi, le dégoût fait référence aux frontières corporelles, à l'incorporation réelle ou imaginaire de quelque chose de nocif. Nos propres substances corporelles ne nous posent pas de problème *a priori* lorsqu'elles sont à l'intérieur de notre corps. Si elles le quittent, elles peuvent devenir dégoûtantes. Nous éprouvons moins de dégoût envers les substances corporelles excrétées par nos enfants ou notre conjoint que par un inconnu. Les limites corporelles peuvent ainsi s'étendre aux gens que l'on aime ou à nos intimes.

Le dégoût est également lié à la peur de la contamination par la saleté et par les germes.

1.5.3. La socialisation du dégoût

Le dégoût est classiquement défini comme l'une des six émotions de base avec la joie, la tristesse, la colère, la peur et la surprise. Bien que son mode d'expression soit universel, grimace et froncement du nez, le dégoût n'est pas une émotion spontanée et semble être le résultat d'une acquisition sociale. La réaction est avant tout physiologique, ce qui fait penser que le dégoût tient plus de la nature que de la culture. Durant les premières années de sa vie, l'enfant n'éprouve pas de répulsion face à ses excréments et à ses urines. Il aime sentir et jouer avec ses selles. Avec l'acquisition du langage, il se complaît dans l'énonciation de termes proscrits désignant les matières corporelles. L'évocation d'un pet ou autres références scatologiques lui est jubilatoire. Sous la pression de l'éducation et de l'imitation des adultes, il va progressivement intérioriser le sentiment de dégoût et commencer à mépriser, dans un premier temps, les odeurs corporelles des autres, mais pas encore les siennes. Le dégoût ne s'applique pas encore à ses propres excréments, il en est d'ailleurs plutôt fier et « il les met au service de son auto-affirmation vis-à-vis des adultes »³⁵³. L'enfant résiste encore un peu avant de céder au refoulement, il apprend à refouler ses pulsions coprophiles, à les garder secrètes et à en avoir honte.

L'apprentissage de la signification et des conduites à tenir face aux sécrétions corporelles explique que le dégoût, s'il est universel dans sa forme, ne l'est pas dans son contenu.

³⁵² KRISTEVA, Julia. *Op. Cit.*, p. 11.

³⁵³ LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Op. Cit.*, p. 262.

George Bataille nous dit : « nous croyons qu'une déjection nous écœure en raison de sa puanteur. Mais puerait-elle si d'abord elle n'était devenue l'objet de notre dégoût ? Nous avons vite fait d'oublier le mal que nous devons nous donner pour communiquer à nos enfants les aversions qui nous constituent, qui firent de nous des êtres humains »³⁵⁴.

1.5.4. Un certain ordre social

Le dégoût, tout comme le goût, s'éduque et se transmet, varie et se déplace dans l'espace et le temps. Dans *La Civilisation des mœurs*, Norbert Elias associe ce « sentiment de répulsion, d'embarras et de dégoût » aux règles de civilité et à une forme de pression sociale qui « s'efforce de "conditionner" les membres de la société de telle manière qu'ils ne ressentent plus, face à de telles actions, que les émotions négatives, le déplaisir, la répugnance, l'embarras »³⁵⁵. Les évolutions des réactions somatiques et le passage de l'admis au dégoûtant s'inscrivent dans le *processus de civilisation*. À la suite d'Elias, Alain Corbin s'est intéressé aux évolutions des sensibilités et de la *cénesthésie*³⁵⁶, de ces impressions d'aise ou de malaise provoquées par la perception « des odeurs, des effluves, des sons, des saveurs et des « spectacles » divers, visibles dans l'espace urbain »³⁵⁷. L'historien a montré comment la perception des odeurs pouvait conduire à de véritables transformations sociales, passant par des modifications urbaines, médicales et hygiéniques. Cette construction sociale du dégoût permet un certain ordre social. Pour Mary Douglas, le dégoût signifie que quelque chose n'est pas ou n'est plus à sa place, que « l'ordonnement social naturalisé n'a pas été respecté »³⁵⁸.

Enfin, selon Martha Nussbaum, le dégoût est lié à une motivation à vouloir écarter des inquiétudes reliées à notre humanité et à notre réalité corporelle. Les excréments en sont un exemple flagrant. Il est tentant de faire remonter l'origine du dégoût à l'apprentissage de la propreté chez l'enfant puisque cet apprentissage est aussi celui des attitudes à acquérir envers les produits corporels. Pour l'auteur, le dégoût serait un rappel du côté

³⁵⁴ BATAILLE, Georges cité par LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Ibid.*, p. 262.

³⁵⁵ ELIAS, Norbert. *La civilisation des mœurs*. Paris : POCKET, 2001, pp. 203-204.

³⁵⁶ Terme de Paul Ricœur correspondant à la « sensibilité organique, émanant de l'ensemble des sensations internes, qui suscite chez l'être humain le sentiment général de son existence, indépendamment du rôle spécifique des sens ». (Philosophie de la volonté, 1949, p.141).

³⁵⁷ CORBIN, Alain. *Le miasme et la jonquille : L'odorat et l'imaginaire social aux XVIIIe et XIXe siècles*. Paris : Flammarion, 2008.

³⁵⁸ DOUGLAS, Mary. *De La souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte, 2001, p. 55.

« sombre » et organique de la vie, un rappel de la vulnérabilité de notre corps qui digère, évacue, dépérit et meurt.

Pour tous ces auteurs, le dégoût est un instrument de connaissance puisqu'il est un révélateur des visions et des divisions du monde, il est un moyen d'empêcher des désordres sociaux, ou encore l'expression somatique de contraintes intériorisées. Sa présence marque des seuils qui délimitent l'intérieur et l'extérieur, celui de l'espace social autant que celui du corps, il structure des territoires : celui de l'ordre et du désordre, du propre et du sale.

1.5.5. Le dégoût, tabou de la pratique soignante

L'épreuve du dégoût est vécue quotidiennement par les soignants. Elle est au cœur de l'expérience émotionnelle dans son rapport sensoriel aux multiples formes de dégradation des corps, prenant la forme d'un abcès, d'un ulcère ou d'une plaie cancéreuse. Pourtant cette expérience est souvent tue, on n'en parle pas, elle est absente des conversations aussi bien au sein des équipes de soins que dans les discours entendus dans les IFSI. « Le dégoût est l'un des grands tabous de la pratique médicale, dans la mesure même où c'est en commençant par le surmonter, et en quelque sorte par en faire abstraction, que les anatomistes ont pratiqué la dissection, les physiologistes la vivisection et les médecins légistes leur travail d'expertise »³⁵⁹. C'est en le surmontant aussi que le soignant va pouvoir ôter la protection souillée d'un patient, refaire le pansement d'une plaie infectée ou tout simplement laver un corps accidenté et couvert de sang.

Le dégoût n'est pas nommé ainsi, souvent minimisé ou euphémisé, car jugé trop fort et non conforme au vocabulaire policé attendu par l'IFSI. Oser dire « *ça me dégoûte !* » peut aussi révéler une faiblesse qu'il vaut mieux cacher, l'étudiant ne se livre pas facilement tant le dégoût lui semble inapproprié dans les soins, et fait l'objet d'un véritable tabou.

Le dégoût échappe à la conscience et à la volonté, l'expérience du dégoût est toujours un effet de surprise. Même s'il s'attend à être dérangé, c'est cet effet surprenant qui suscite le premier effet de répulsion. « *J'ai ouvert la porte, il était sept heures du matin et je vous promets, j'ai allumé la lumière... l'odeur ! Il y avait un mélange de plein de trucs, la bouche, les selles, les urines, le café du petit déjeuner, enfin tout cela mélangé et là je me*

³⁵⁹ VOLLAIRE, Christiane. « Le tabou du dégoût. L'anesthésie du soignant », *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, p. 89-97.

suis dit : “cela va être difficile” » (E.9). Le soignant est affecté, son corps est éprouvé et le dégoût se manifeste par des réactions incontrôlables et irrépressibles. Le somatique impose sa domination à travers des réactions de répulsion, de haut-le-cœur, de nausée ou de vomissement. La notion de dégoût est traversée de part en part par le somatique. La réaction est somatique, elle est le plus souvent digestive, et peut être également la source même du dégoût. Le vomi, souvent cité par le soignant comme première cause de dégoût, est à la fois excrétion du corps, réaction de dégoût et objet de dégoût.

1.5.6. Une proxémie dégoûtante

Une trop grande proximité avec le corps d'Autrui peut susciter une première réaction de rejet, un geste réflexe d'éloignement d'un danger potentiel. Le dégoût dû au contact corporel peut provoquer chez le soignant un sentiment de malaise qu'il parvient à dominer par un geste radical et excessif de retrait, ou bien par le port de gants afin de créer une barrière symbolique entre la peau et la matière qui répugne.

La réaction du novice est spontanée et immédiate. Sans expérience, il ne peut anticiper, il n'a pas été suffisamment exposé au stimulus pour pouvoir dépasser le premier niveau perceptif, l'effet de surprise. Christiane Vollaire parle de double faillibilité : une défaillance de l'anticipation, et une défaillance dans la réaction du corps. Elle évoque une « anesthésie du soignant »³⁶⁰, mais ne vaut-il pas mieux substituer le terme d'hypersensibilité à celui d'anesthésie qui nous semble un peu fort ? Le soignant expert n'est pas anesthésié, il n'est pas insensible ; son odorat n'est pas éteint ou endormi, mais sa sensibilité s'exprime selon d'autres modalités. Ses sens sont sollicités, le soignant est toujours en éveil, dans une hypersensibilité de chaque instant. Ses sens sont devenus des sentinelles, des garde-fous bien utiles pour signifier que « quelque chose ne tourne pas rond ».

Le dégoût peut s'immiscer également dans la relation interpersonnelle pour venir qualifier certains comportements de « nauséabonds » tant ils sont déplacés. Le dégoût moral survient lors de situations faisant outrage à la morale et aux valeurs. Il est évoqué par les étudiants lorsque les patients se comportent de façon peu convenable, lorsqu'il y a violation des normes sociales et morales.

³⁶⁰ VOLLAIRE, Christiane. *Op. Cit.*

1.5.7. La dimension morale du dégoût

Les travaux d'Aurel Kolnai ont trouvé écho avec ceux de Rozin et révèlent la dichotomie entre le dégoût physique et le dégoût moral. Ils ont établi une typologie des inducteurs de dégoût et ont mis en évidence une réponse émotionnelle plus complexe lors d'événements de dégoût moral. Le dégoût moral serait associé à la colère, et le dégoût physique à la peur. Nous retrouvons dans les entretiens l'expression d'un dégoût moral sous la forme de la colère, de l'irritation une fois la stupeur passée, « *j'étais paralysée dans un premier temps puis j'ai réagi assez fermement en disant à ce vieux dégoûtant que ça suffisait, que je n'étais pas là pour ça [dans cette situation, le patient a des gestes déplacés envers l'étudiante]* ». L'utilisation de la métaphore « dégoûtant » est utilisée pour souligner l'indignation et la réprobation. Si le dégoût physique a pour fonction de protéger le soignant d'une contamination par incorporation réelle ou imaginaire d'agents pathogènes, le dégoût moral a pour fonction de s'éloigner des personnes se comportant de façon peu convenable. Dans la situation de l'étudiante, il y a transgression des normes sociales. Par son rappel à l'ordre social, elle permet de maintenir une certaine harmonie dans la relation et peut poursuivre le soin.

Ainsi, le dégoût assure une double fonction. À la fois gardien du corps et de l'âme, cette émotion est réponse aux menaces, réelles ou symboliques, venant de l'environnement de travail.

1.6. Une lecture sensible du corps malade

La surveillance clinique du patient fait partie du travail infirmier. Le corps du patient est l'objet d'une lecture sensible lors de chaque interaction de soin. Le soignant est dans une sorte de synesthésie, tous les sens sont en éveil. Tout en observant le corps du patient, le soignant le touche et l'écoute dans une proxémie qui lui permet de le sentir. Il s'emploie à saisir tous les indices et signes pour les analyser, les interpréter et poser un diagnostic clinique utile à la prise en charge du patient. Tous les soins impliquent l'entremise du corps, vecteur sémantique et support des interactions.

La vue, le toucher et l'ouïe sont mis à l'honneur pour l'observation, la palpation ou l'écoute du patient. L'infirmière est amenée à observer son patient à la recherche d'un signe clinique inhabituel, la rougeur d'un talon annonce une escarre en formation, le bleuté des lèvres est signe de cyanose. Le regard du soignant expert est synoptique. Le

toucher est de différentes natures, toucher palpé, toucher clinique pour ressentir la chaleur d'une peau inflammatoire ou sa moiteur lorsque le corps manque d'oxygène. L'ouïe permet l'écoute d'une respiration bruyante, le sibilant chez l'asthmatique ou le *weezing* chez l'enfant atteint de bronchiolite.

L'odeur peut être l'indice d'une plaie qui s'infecte, d'un diabète mal équilibré dénoncé par l'acétone fabriquée par le corps et qui ressemble à l'odeur de la pomme reinette, une odeur semblable au fumier de cheval émanera des selles d'un patient porteur du *Clostridium difficile*. L'odeur peut être l'indice à l'origine d'un diagnostic souvent plus rapide que l'est n'importe quel examen.

Le soignant apprend à décoder les manifestations de vie et de souffrance du patient. Certains signes ne sont pas trompeurs et sont très objectifs comme la couleur de la peau qui devient plus rouge en cas d'hyperthermie ou bleue si le corps est mal oxygéné. D'autres signes sont plus difficilement perceptibles et font appel aux sensations et à la sensibilité du soignant. Un expert soignant vous dira « *je ne le sens pas, il va se passer quelque chose...* » sans pouvoir objectiver son ressenti par un quelconque signe.

Cette sensibilité soignante nous questionne sur les limites de la théorie des cinq sens. Y aurait-il un sixième sens ? Quelque chose comme une intuition vécue intensément à certains moments, un savoir qui s'impose, à la fois déroutant par sa nature irrationnelle et convainquant par ce sentiment d'évidence qu'il transporte.

Aristote en son temps évoquait un sixième sens, le sens commun, *Koine aisthesis*. Dans sa théorie générale de la perception, il intégrait le visible, le sonore, la saveur, l'odorat, le tangible et distinguait les *sensibles communs* comme le mouvement et le repos et les *sensibles propres*. L'ensemble formant un seul sens, le sens commun. Plus tard Michel Serres réinterroge la question d'un sixième sens et propose la réponse suivante : « il faut bien un sixième sens par lequel le sujet se retourne sur soi et le corps, sens commun ou sens interne »³⁶¹.

Cette capacité à ressentir le corps et à en saisir le sens s'acquiert, ou non, après de nombreuses années d'observation. Seuls les soignants expérimentés ont cette capacité à reconnaître certains signes et à prêter attention aux *stimuli* sensoriels vecteurs d'informations. Les étudiants n'ont pas encore cette possibilité, ils n'ont pas incorporé les

³⁶¹ Michel SERRES cité par VALADE, Bernard. « Les cinq sens : diversité et divergences des savoirs désunis », *La Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05, p. 35.

codes. La question qui se pose alors est de savoir comment l'étudiant va apprendre à acquérir cette capacité.

La perception de signes, médiés par les sens, et leur interprétation, font parties des capacités soignantes à développer durant le temps de formation. Et si les perceptions sensorielles, permettent d'accéder à une certaine connaissance de l'état de santé du patient, cette capacité n'est pas acquise d'emblée et demande un long temps d'apprentissage.

C'est par les sens que l'étudiant perçoit les réalités du monde des soins. Il est à tout moment affecté par ce qui l'entoure. Ses sens le relient à la fois à l'extériorité et à l'intériorité de son corps, lui permettant de ressentir un certain nombre de sensations kinésiques, musculaires, digestives et respiratoires. Sa sensibilité ne se réduit pas à la perception des choses et de son propre corps, elle est aussi perception d'Autrui. Dans un même mouvement, il perçoit aussi le patient dans son altérité et pas seulement comme un corps extérieur. Les sens nous relient aux autres, à nous-mêmes et au monde.

Le corps est à la fois médiateur des émotions et de notre rapport au monde, support de la transmission et de l'interprétation des affects.

LE CORPS, MEDIATEUR DES EMOTIONS

Le champ affectif de la vie quotidienne est vaste. Les émotions, petites ou grandes, agréables ou pénibles, bruyantes ou imperceptibles, sont omniprésentes dans notre vie quotidienne. « L'homme est affectivement au monde, l'existence est un fil continu de sentiments plus ou moins vifs ou diffus, changeants, se contredisant au fil du temps selon les circonstances »³⁶². Le flux affectif dans lequel nous baignons à chaque instant est semblable au flux des pensées qui nous traversent l'esprit. Nous n'y prêtons pas attention sauf si il y a « rupture de continuité »³⁶³ de ce flux pouvant venir d'une stimulation sensorielle inédite ou trop vive et qui sera à l'origine de l'émotion. Dans les premières expériences de soin, les perceptions sensorielles sont inédites, le novice n'a pas encore les codes pour donner sens à ce qu'il ressent. La survenue souvent brusque et inattendue de

³⁶² LE BRETON, David. *Les passions ordinaires. Op. Cit.*, p. 91.

³⁶³ *Ibid.*

cette réalité, tellement éloignée de ce qu'il avait imaginé dans une idéalisation du soin, provoque la « rupture » signifiée par l'émotion.

2. Epistémologie des émotions

De tout temps, l'homme a cherché à comprendre et à expliquer ce qu'est l'émotion. On retrouve au fil de l'histoire une grande hétérogénéité des conceptions théoriques, preuve que l'émotion ne se laisse pas facilement appréhender.

2.1. De la passion à l'émotion : un rapide coup d'œil sur l'Histoire

Les philosophes ont décrit la vie affective à travers les passions. Selon Platon, elles pervertissent, détournent et empêchent la raison de fonctionner. La vie idéale serait d'échapper au monde sensible et de se conformer à la raison des connaissances et du savoir qui ne peuvent se fonder sur les illusoires sensations éprouvées. La question des passions se pose sur le terrain moral, elles sont rattachées aux appétits du corps et s'opposent à la raison.

Pour Aristote, les passions sont naturelles et leur fonction est informative. Il est le premier à souligner la part active du sujet dans les émotions qui le traversent. Dans sa *Rhétorique*, le philosophe expose les raisons pour lesquelles les individus se retrouvent dans ces « états d'esprit » si particuliers de colère, de honte ou de peur et qu'il nomme *passions*. « On doit en ce qui concerne chaque passion, distinguer trois points de vue », il donne pour exemple la colère « voir dans quel état d'esprit sont les gens en colère, contre quelles personnes ils le sont d'habitude, et pour quel motif »³⁶⁴. La signification donnée à l'évènement fonde le ressenti.

Aristote propose une théorie sur les humeurs qui commandent une physiologie des tempéraments reposant sur un déséquilibre de ces substances sécrétées par l'organisme. Trop de bile noire entraîne la mélancolie, la bile jaune les colères, l'excès de lymphe rend « flegmatique » et se conjugue avec le « sang-froid », autant de déséquilibres du corps qui prédisposent à certains types d'émotions.

Plusieurs siècles plus tard, les passions étudiées par les Grecs demeurent un problème philosophique de première importance.

³⁶⁴ LE BRETON, David in MARZANO, Michela, *Op. Cit.*, p. 334.

Descartes examine dans son *Traité des Passions de l'âme* et propose un modèle qui repose sur le dualisme corps-esprit. Dans son *cogito ergo sum*, il donne la suprématie absolue de l'esprit sur le corps si bien que la passion, perçue comme le support du corps, s'oppose à la liberté de la raison. Les passions nous renseignent sur les éléments auxquels notre esprit attache de l'importance. Sa conception est mécaniste : « il y a une mécanique corporelle de l'émotion, et ce qui est mouvement dans le corps devient passion dans l'âme »³⁶⁵, l'émotion entretient des rapports étroits avec le corps.

Spinoza cherche à comprendre autrement les passions en étudiant leurs règles d'apparition suivant les situations dans lesquelles elles naissent. L'homme est soumis aux passions qui viennent de l'extérieur, passions considérées comme bonnes ou mauvaises selon qu'elles augmentent ou diminuent sa capacité à agir. Il identifie deux types de passions, celles qui sont joyeuses et augmentent la puissance d'agir, celles qui la diminuent correspondant aux passions de tristesse.

2.2. Une notion polysémique

Le terme émotion est largement utilisé dans le langage courant et pourtant, cette notion si familière est difficile à définir. Il recouvre une multitude de mots et évoque tout ce qui touche les êtres humains au plus profond d'eux-mêmes.

Passer du sens commun au langage scientifique ne permet pas de clarifier le sens mais d'en accentuer la confusion tant l'émotion se caractérise par une grande diversité d'approches. Elle est théorisée de manière différente si l'on fait référence à l'aspect stimulus, à l'expérience subjective, à une phase d'un processus, ou à une réponse comportementale.

La psychologie, première discipline à modéliser la question de l'émotion, renvoie cette notion à l'intériorité et à l'intimité du sujet. Pour certains psychologues, les émotions perturbent et désorganisent les comportements, elles sont une source de problèmes pour l'individu. Pour d'autres, elles suscitent les processus cognitifs et orientent les comportements, elles jouent un rôle important dans l'organisation, la motivation et la poursuite de l'action. Pour les cliniciens, les troubles psychologiques sont liés à des problèmes émotionnels, ils conseillent d'agir sur les émotions en les contrôlant ou en encourageant leur expression.

³⁶⁵ KIRSCH, Marc in MARZANO, Michela. *Op. Cit.*, p. 338.

Les sociologues ont longtemps négligé les émotions, considérées comme des phénomènes sans grand intérêt, puis ils se sont mis à les explorer ce domaine dans les conduites sociales, considérant les émotions comme un fait social, un phénomène s'originant dans la société. Ils s'intéressent plus particulièrement aux interactions sociales et aux contextes dans lesquels elles naissent, à la construction sociale des émotions et aux structures qui les sous-tendent.

Les sociologues sont partagés dans leurs approches et en désaccord sur l'origine et la nature des émotions. Sont-elles universelles et déterminées biologiquement, comme le pensait Darwin, ou bien sont-elles générées lors des interactions entre les membres des groupes, comme le soutenait Cooley, avec des spécificités socioculturelles ? La thèse de l'universalité des émotions fait également débat. Les émotions de base, appelées aussi émotions primaires, la peur, la colère, la tristesse ou la joie, sont souvent considérées comme universelles à travers les cultures. Alors que les émotions secondaires, la honte, la fierté, la gratitude ou la culpabilité, sont des constructions sociales. Les anthropologues ont souligné des différences dans leurs expressions et ont montré par exemple que la honte, fréquemment observée dans certains groupes sociaux, est quasiment absente dans d'autres. Ils nous éclairent sur certaines catégories affectives, telle la pudeur, qui induisent certaines conduites sociales et sont le fruit d'une évolution sociétale. Ils mettent l'accent sur ces variations et s'intéressent aux dimensions collective et culturelle de cette notion. Bien qu'intime et personnelle, l'émotion est toujours l'« émanation d'un milieu humain donné et d'un univers de sens et de valeurs »³⁶⁶. Plus globalement, pour les socio-anthropologues, les émotions apparaissent comme « socialement construites » dans la mesure où elles mettent en jeu un rapport au monde et un rapport aux autres. Si elles ne peuvent être totalement déterminées, elles semblent « façonnées » par l'inscription des individus dans une histoire, une culture, une société, avec ses normes et ses valeurs.

Enfin, les neurosciences et les sciences cognitives, avec l'essor des technologies, ont réactivé les débats anciens sur la part rationnelle dans le phénomène émotionnel. Les méthodes et le vocabulaire ont évolué et on parle désormais de programmes génétiques, de mécanismes de déclenchement, de comportements innés sans influence significative de l'éducation. Les imageries cérébrales ont permis d'établir une cartographie de plus en plus détaillée des circuits cérébraux impliqués dans les émotions, définissant la contribution de

³⁶⁶ MARZANO, Michela. *Op. Cit.*, p. 333.

chaque région du cerveau et leur corrélation avec les différences interindividuelles liées au comportement ou à la personnalité. Pour les neuroscientifiques, l'expression de l'émotion relève d'une physiologie, de réactions biologiques, et de manifestations corporelles décrites comme des invariants et répondant à des classes de situations bien particulières tels le deuil ou le danger. L'émission de signaux spécifiques à chaque émotion permet la survie de l'espèce. Les neurosciences font l'impasse sur la dimension sociale.

Une telle diversité d'approches s'inscrit dans notre logique d'approche SIC qui structure et articule différentes visions du monde, qui porte un regard pluriel sur différents champs disciplinaires du domaine des Sciences Humaines et Sociales. Notre intérêt n'est pas de trancher entre les différents points de vue, mais si nous voulons comprendre comment les facteurs sociaux influent sur les représentations, les manifestations et la gestion des émotions, y compris sur la part physiologique qu'elles contiennent, nous privilégions l'approche socio-anthropologique qui explore la dimension sociale des émotions.

2.3. Les différents états affectifs

La consultation des dictionnaires confirme l'ambiguïté et l'imprécision d'une définition de l'émotion. Plusieurs mots de la même famille y sont associés, émoi, émotif, émotionnel, émotivité, émouvoir sont en relation par un renvoi réciproque. Le terme émotion tend également à se confondre avec les notions de sensation et de sentiment. Plus largement encore, nous retrouvons des termes comme affect, humeur, passion, désir et pulsion, qui, sans qu'ils ne se confondent complètement, sont proches de l'émotion. Bernard Rime évoque les *états affectifs*³⁶⁷ regroupant l'ensemble des manifestations identifiées de l'émotion. Nous retrouvons sous cette terminologie l'agitation et le trouble associés à quelque chose d'agréable ou de désagréable et se rapportant à des phénomènes et situations vécus au niveau individuel, interpersonnel ou collectif. Tous ces termes sont étroitement liés à l'émotion et constituent une nébuleuse sémantique qu'il convient d'éclairer.

2.3.1. Les sentiments

Les sentiments tels que l'amour, la haine ou l'angoisse se distinguent des émotions par leurs causes plus complexes et par leur durée plus longue. Leur intensité est généralement

³⁶⁷ RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. Paris : PUF, 2005, p. 50.

plus modérée et est vécue même en l'absence des objets responsables. Le sentiment se distingue de l'émotion dans le sens qu'il désigne, plus particulièrement la composante subjective, ressentie, de l'émotion et ne concerne pas les composantes comportementales et physiologiques. Pour Damasio, le sentiment est « la perception d'un état du corps »³⁶⁸, l'image mentale provoquée par un certain état du corps et communiquée au cerveau. L'émotion, corporelle, précéderait toujours le sentiment qui est du côté de l'esprit.

La distinction que nous faisons entre *émotion* et *sentiment* rejoint celle qui est faite dans le langage courant entre *être émotif* et *être sentimental*. Dans le monde des soins, on retrouve ces jugements adressés aux jeunes soignants « *il est trop émotif pour faire ce métier, il pleure avec les patients* » ou bien « *c'est un sentimental, il va y laisser des plumes* ».

2.3.2. Les humeurs

Les humeurs sont des dispositions ou des états affectifs « d'arrière-plan » responsables de la tonalité positive ou négative du déroulement de la vie quotidienne. Les humeurs peuvent s'étendre sur plusieurs jours voire semaines, sans vraiment savoir quel en est le facteur déclenchant, et il est tout aussi difficile d'en déterminer le début et la fin. Nous sommes de bonne ou de mauvaise humeur.

2.3.3. Les affects

Les affects ou éprouvés affectifs sont les faces subjectives des états émotionnels. Les affects ne comportent pas de manifestations expressives comme pour les émotions, ce sont des « manifestations émotionnelles incipientes [...] et se manifestent sous forme de bouffées positives ou de bouffées négatives »³⁶⁹. Le terme affect renvoie aussi fréquemment aux travaux de Freud sur le refoulement et sur l'inconscient, dans lesquels les affects correspondent à la traduction subjective de l'énergie pulsionnelle. Max Pages réserve à l'affect le sens de l'expérience psychique et les composantes comportementales et physiologiques aux émotions.

L'intensité de l'éprouvé permet de distinguer l'affect de l'émotion. Si l'intensité est faible, on considère qu'il s'agit d'un affect alors que si l'intensité est forte, il s'agit d'une émotion.

³⁶⁸ DAMASIO, Antonio R. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob, 2003, p. 90.

³⁶⁹ RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. Op. Cit., p. 52.

Dans la vie quotidienne et dans le discours des étudiants, les termes *émotions*, *sentiments* et *affects* ont été employés de façon arbitraire. Le terme *ressenti* a été le plus utilisé, recouvrant bien souvent à lui seul tous les états affectifs comme au temps de Descartes pour le terme *Passions*, terme universel recouvrant tous les domaines des affects.

Les définitions contemporaines considèrent l'émotion comme un système qui inclut à la fois des réponses psycho-physiologiques, comportementales et expressives, cognitives et expérientielles, et il est désormais admis que « l'émotion est un phénomène complexe aux facettes multiples »³⁷⁰. Les émotions se caractérisent également par leur hétérogénéité comme nous le dit Patricia Paperman, « à supposer qu'on ait une idée à peu près claire de l'ensemble des choses qui peuvent être rangées dans la classe des émotions, on serait vite embarrassé par leur profonde hétérogénéité. Certaines émotions semblent universelles (la colère), d'autres plus étroitement liées à un contexte social ou culturel (la pudeur, la honte). Certaines émotions semblent directement orientées vers l'action (l'orgueil), alors que d'autres le sont moins (la pitié), ou pas du tout (la nostalgie)... »³⁷¹.

2.4. La double face de l'émotion : entre corps et esprit

L'émotion entretient des rapports étroits avec le corps. « Elle est ce qui nous saisit, ce qui s'empare de vous, corps et âme »³⁷². Selon son étymologie, l'émotion renvoie à un état d'ébranlement, *emovere*-secouer, et de mouvement, *movere*-se mouvoir, mouvement de l'âme d'hier ou états subjectifs internes d'aujourd'hui. Les émotions se caractérisent par leur double composante, l'une corporelle inscrite dans les sensations physiques, et l'autre cognitive de l'ordre des activités mentales. Certains scientifiques parlent de soma et de psyché, d'autres de corps et d'esprit, ou encore de corporel et de cognitif. Tous s'accordent cependant pour dire que les deux sont concernés lorsque l'individu ressent quelque chose d'ordre émotionnel. L'émotion répond à une activité de connaissance liée à une interprétation de la situation dans laquelle l'individu se trouve. « Elle est une pensée en mouvement que n'épuise pas le *cogito* »³⁷³.

³⁷⁰ RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. Op. Cit., p. 42.

³⁷¹ PAPERMAN, Patricia, OGIEN, Ruwen. Sous la direction de. *La couleur des pensées. Sentiments, émotions, intentions*. Paris : EHESS, 1995, p. 7.

³⁷² KIRSCH, Marc in MARZANO, Michela. *Dictionnaire du corps*. Op. Cit., p. 338.

³⁷³ LE BRETON, David. « Des affects comme symboles », *Revue du Mauss*, 1998, n° 12, 2^{ème} semestre, La Découverte/MAUSS, p.170.

L'émotion a deux faces qui interagissent et entretiennent le débat selon lequel l'émotion ressentie par l'individu est cause ou conséquence des modifications corporelles. La première face est symptomatique, elle se traduit par les changements végétatifs et posturaux, signes qui apparaissent avant même que leur émetteur les ait identifiés. Ils constituent les mécanismes d'adaptation. La seconde face est plus intime et concerne l'évaluation instantanée de la signification donnée à la situation.

Les théories sont cependant quelque fois contradictoires. Le prototype de la controverse est représenté par les chercheurs William James et Cannon en début du XIXe siècle. James renverse la logique du sens commun et affirme que ce n'est pas l'état mental qui est premier dans l'émotion et qui déclenche l'expression du corps, mais l'inverse. Pour l'auteur, la sensation corporelle précède le sentiment d'émotion. James décrit le phénomène émotionnel « comme un processus, une séquence d'évènements qui mène d'un stimulus à une émotion »³⁷⁴.

Selon James, l'expérience émotionnelle est basée sur des modifications de l'organisme, réactions physiologiques associées à des mouvements corporels. De cet ébranlement, l'individu en déduit l'émotion. Sa théorie dépersonnalise l'émotion qui se limite à un phénomène purement physiologique. Ce sont les réactions corporelles qui permettent de différencier les émotions entre elles.

Pour Cannon, l'expérience personnelle est prise en compte, c'est la conscience de l'évènement qui détermine la tonalité de l'émotion ressentie par l'individu, et non l'inverse. Le cerveau commande une activation générale et non spécifique, et l'interprétation qui en est faite détermine la reconnaissance de l'émotion. Schématiquement, pour James « nous avons peur parce que nous fuyons, et nous sommes tristes parce que nous pleurons » et pour Cannon « nous fuyons parce que nous avons peur, et nous pleurons parce nous sommes tristes ». James met en lumière le fait que l'émotion humaine n'a pas seulement une fonction adaptative qui permet l'évolution de l'espèce, elle vise également un but. Cannon donne davantage de place à l'évaluation des situations et à la dimension cognitive qui jouent un rôle dans la réponse émotionnelle.

Nous ne développerons pas le débat sur la supériorité du corporel ou du cognitif. Corps et esprit, émotions et cognitions, se trouvent dans une continuité intériorisée, elles sont le

³⁷⁴ KIRCH, Marc in MARZANO, Michela. *Dictionnaire du corps. Op. Cit.*, p. 338.

résultat d'un même processus d'une même expérience émotionnelle. Elles sont aussi des stratégies d'adaptation qui permettent à l'individu de s'adapter à son environnement sans forcément recourir au raisonnement.

2.5. L'émotion comme dimension intime de l'adaptation

Chacun s'accorde pour considérer Charles Darwin comme le père de la théorie de l'évolution, et l'analyse qu'il propose, considérée comme le réel point de départ de l'étude moderne des émotions, a été reprise depuis par les naturalistes. Sa théorie repose sur la dimension adaptative de l'émotion et sur le caractère universel de certaines expressions émotionnelles.

Dans le sillage de Darwin, les naturalistes considèrent l'émotion comme innée et universelle, fruit de l'hérédité et de l'évolution de l'espèce. Elle fait partie de l'équipement adaptatif de chaque être humain quelles que soient son origine et sa culture. L'universalité et la nature innée des émotions s'expliquent par la fonction d'adaptation physiologique à l'environnement qu'elles remplissent en transmettant à l'organisme les commandes d'actions ; les émotions exprimées sont alors les réponses et ont une fonction de communication.

3. L'universalité des émotions

A partir de leurs expériences³⁷⁵, les naturalistes ont mis au point un « programme émotionnel » et, en se basant sur l'observation d'expressions posturales et faciales de l'émotion, ils ont mis à jour les émotions « de base » ou « primaires »³⁷⁶ communes à toutes les sociétés, telles que la peur, la surprise, la colère, la joie, la tristesse, le dégoût et leurs dérivées, émotions « mixtes », résultantes de mélanges des émotions basales. Considérées comme des objets mentaux, elles sont repérables grâce à leurs signes, leurs mimiques et leurs gestes universels. Le but est de permettre à l'individu de faire face à différents problèmes de la vie courante. Ces émotions présentent certaines

³⁷⁵ Ce type d'expérience a fait l'objet de nombreuses critiques notamment de la part de Yves Winkin qui reproche aux travaux de Paul Ekman le caractère non spontané des réponses, et d'un rapport « nécessaire, direct, unique et définitif entre tel ensemble de traits du visage et telle émotion », le visage se lisant « comme un dictionnaire de traduction : de terme à terme ». Yves Winkin, « Croyance populaire et discours savant : langage du corps et communication non verbale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°60/1, 1985.

³⁷⁶ EKMAN a mis à jour ces 6 émotions. Les typologies sont variables selon les psychologues.

caractéristiques, dont leur universalité expressive et leur fonction socio-adaptative : « les mêmes expressions faciales sont associées aux mêmes émotions indépendamment de la culture ou du langage [...] l'expression comme la reconnaissance des émotions sont universelles »³⁷⁷.

Cette approche naturaliste réduit l'homme à l'espèce, propose un langage naturel des émotions, anatomiquement et physiologiquement identifiable. Les naturalistes accordent peu de place aux variations individuelles, sociales et culturelles. Ils conçoivent l'émotion comme une substance que l'on retrouve sous une même forme selon les mêmes circonstances indépendamment du contexte. « Les sentiments et les émotions ne sont pas des substances transposables d'un individu et d'un groupe à l'autre, ce ne sont pas, ou pas seulement, des processus physiologiques dont le corps détiendrait le secret. Ce sont des relations »³⁷⁸.

3.1. La dimension sociale de l'émotion

« Les processus émotionnels sont des outils dédiés à la survie de l'organisme »³⁷⁹, mais l'apprentissage joue un rôle important dans les modalités du déclenchement des réactions. L'expression d'une émotion semble universelle, mais le moment où elle se donne à voir et s'exprime va être influencé par l'apprentissage. Les pleurs en sont un bon exemple. Innés dans le *comment* nous pleurons, on n'apprend pas à pleurer, ils sont acquis par l'éducation. Quant au *pour quoi* nous pleurons, il évoluera au fil de notre vie et changera avec l'expérience. « Le corps joue une même partition comportementale innée, mais chaque individu en donne des interprétations légèrement différentes en fonction de son expérience et de sa culture »³⁸⁰.

3.2. Les différentes manifestations de l'émotion

Les émotions s'accompagnent de manifestations physiologiques, expressives et motrices. Elles se donnent à voir et entraînent un changement de l'expression faciale se traduisant par des mimiques spécifiques comme les grimaces, la moue ou le sourire ; une modification

³⁷⁷ KIRSCH, Marc, in MARZANO, Michela. *Op. Cit.*, p. 339.

³⁷⁸ LE BRETON, David. « Des affects comme symboles », *Revue du Mauss*, 1998, n° 12, 2^{ème} semestre, La Découverte/MAUSS, p. 178.

³⁷⁹ KIRCH, Marc in MARZANO, Michela. *Op. Cit.*, p. 340.

³⁸⁰ *Ibid.*, p. 338.

de l'expression vocale où la voix change, se casse, tressaute ou devient plus aigüe ; par des manifestations corporelles dynamiques tels le saut de joie, la fuite ou l'effondrement, ou enfin statiques, le corps s'immobilise, l'individu est prostré ou paralysé.

L'émotion se manifeste par des modifications sur le plan cognitif, « *je ne pouvais plus réfléchir* », « *j'étais incapable de penser* ».

Les manifestations neuro-végétatives sont variées et sont liées aux réactions des différents organes contrôlés par le système neuro-végétatif. L'excès de transpiration, la pâleur ou la rougeur, une augmentation du rythme cardiaque, des symptômes digestifs ou des signes respiratoires, sont les signes perceptibles les plus couramment retrouvés chez les étudiants. Mais il en est beaucoup d'autres qui ne sont pas perçus et objectivés, telles les réactions hormonales ou biochimiques que l'on pourrait découvrir par des analyses sanguines et qui sont tout aussi significatives.

Une des caractéristiques de l'émotion est la vitesse avec laquelle elle va s'exprimer. Les manifestations les plus rapides sont celles du sursaut, du recul, observées souvent lorsque l'étudiant est surpris par ce qu'il voit ou touche des doigts, un mouvement de retrait de son corps tout entier ou bien le détournement du regard pour s'éloigner de la source. La réaction est rapide, inattendue et également très brève.

3.3. La composante expressive de l'émotion

La composante expressive de l'émotion se donne à voir également dans les gestes. Les mains s'agitent, les gestes sont brusques et les expressions du visage, les kinèmes³⁸¹ de Birdwhistell, forment un véritable langage des émotions. Ces mimiques semblent innées si l'on compare les expressions spontanées des aveugles et des voyants dans une même situation. Mais ces expressions sont modelées par le milieu social et correspondent à des réactions stéréotypées d'une culture. Pour Marcel Mauss, les émotions sont les expressions d'un corps socialement façonné, le sujet socialisé étant totalement (corps et esprit) affectivement et socialement influencé.

³⁸¹ En s'appuyant sur le modèle de la langue, Birdwhistell crée la kinésique, modèle issu de ses études sur le langage corporel. Il analyse la symbolique du corps en termes de kinèmes, en analogie aux phénomènes du langage. Pour le seul visage, le chercheur a identifié un nombre de phonèmes nettement supérieur aux phonèmes de la langue.

Dans le domaine des SIC, tout comportement corporel peut devenir signe dans la relation. Les représentants du collège invisible³⁸², ainsi nommé par Yves Winkin, soulignent l'importance au contexte et au cadre de l'interaction qui donne le statut de signe à une manifestation corporelle. Le corps n'est pas une simple surface passive de codes émotionnels et gestuels à déchiffrer, de postures et de mimiques faciales à décoder selon un lexique universel, « comme si la 'vérité' des interactions résidait dans un 'codage émotionnel et gestuel', dans une programmation comportementale décodable à souhait, lisible à loisir »³⁸³. Cette conception de la communication, appréhendée comme un processus décontextualisé et désincarné, ne nous intéresse pas ; elle se retrouve développée par les « gourous de la communication » dans de nombreux ouvrages de vulgarisation dénoncés par Pascal Lardellier³⁸⁴.

L'expression corporelle répond à des règles qui sont issues de conventions sociales plus que de la nature. Le corps est lieu d'expression de l'émotion, mais il n'est pas l'origine de l'émotion, comme pour les naturalistes. Il est à la fois corps biologique, génétiquement programmé pour exprimer des émotions, et corps communiquant support de leur expression.

4. L'émotion, désordre de la conduite

L'émotion, autrefois tenue par les philosophes grecs comme l'échec de la raison, revêt encore souvent une valeur péjorative basée sur la croyance de son influence néfaste sur le psychisme. Les émotions sont souvent connotées de façon négative, définies comme un « trouble de l'adaptation des conduites »³⁸⁵ ; l'individu, confronté à des tâches ou des situations trop difficiles, n'est pas en mesure d'y répondre de façon adéquate. Cette conception négative est liée aux effets gênants qu'elle entraîne, à la désorganisation du comportement lorsque l'individu est confronté à des situations inhabituelles.

³⁸² Le collège invisible est l'entité qui regroupe les chercheurs de l'école de Palo Alto ayant une grande proximité intellectuelle : E. T. Hall, Goffman, Mead et Birdwhistell.

³⁸³ LARDELLIER, Pascal. « Perspective goffmanienne sur les pseudo-sciences du décodage du langage non-verbal », in ...Goffman, p. 163.

³⁸⁴ Pascal LARDELLIER combat intellectuellement les auteurs de ces ouvrages depuis quelques années, les considérant comme des pseudo-scientifiques faisant croire que l'on peut décoder aisément le langage non-verbal de votre interlocuteur. LARDELLIER, Pascal. *Arrêtez de décoder. Pour en finir avec les gourous de la communication*. L'Hebe, 2008.

³⁸⁵ FRAISSE cité par KIRCH, Marc in MARZANO, Michela. *Op. Cit.*, p. 339.

David Le Breton note que le sens commun « assimile volontiers l'émotion à une émergence d'irrationalité, un manque de maîtrise de soi, à l'expérience d'une sensibilité exacerbée. L'émotion serait alors un échec de la volonté, une impuissance à se contrôler, une imperfection regrettable dans l'emprunt du droit chemin propre à une existence raisonnable »³⁸⁶. Cette conception est assez répandue et considère les émotions comme des phénomènes indésirables, notamment parce qu'elles nous mettent en effet « hors de contrôle ». Or, la société d'aujourd'hui a besoin de contrôle. Dans ses rapports avec Autrui, l'acteur social doit réguler ses émotions et leurs expressions. C'est l'une des conditions fondamentales pour pouvoir s'intégrer au sein d'un groupe humain. Une personne qui extériorise ce qu'elle ressent ou perd son sang-froid met en péril son image. Il ne faut pas révéler cette partie de soi-même considérée comme un signe de faiblesse.

Cette croyance est tellement ancrée dans nos esprits que lorsqu'une émotion nous submerge (peur, crainte, joie), nous faisons attention à ne pas la laisser nous dominer. Si nous ne pouvons l'éviter, nous ferons tout pour la dissimuler aux yeux des autres.

Dans notre société, montrer ses émotions, et surtout s'exposer ou pleurer en présence d'Autrui, relèvent du tabou. Et ce encore plus pour les hommes qui expriment moins leurs sentiments, car pleurer s'apparente à de la faiblesse et est perçu comme étant réservé aux femmes. « A l'hôpital, comme au cinéma, les larmes sont contagieuses, et les femmes pleurent plus que les hommes. Les hommes n'ont pas peur, les hommes ne pleurent pas »³⁸⁷. Les soignants subissent le poids des normes sociales. Les sciences médicales et les soins infirmiers n'ont pas échappé à ces représentations. « Chassez vos émotions ! » ordonnait jadis le Docteur Bourneville³⁸⁸ aux premières élèves infirmières, « le raisonnement, pour être scientifique, ignore le ressenti, toute émotion étant considérée comme tabou »³⁸⁹.

³⁸⁶ LE BRETON, David. *Les passions ordinaires. Op. Cit.*, p. 133.

³⁸⁷ MERCADIER, Catherine. *Op. Cit.*, p. 64.

³⁸⁸ Désiré Malgloire Bourneville (1840-1909) est le fondateur de la première école publique d'infirmières à Paris en 1878.

³⁸⁹ Revue Soins n°700, 2005/11, p. 29.

LE CORPS, SUPPORT DE NOTRE PRESENCE AU MONDE

Pour comprendre la place du corps dans la pratique infirmière, il faut le saisir dans son rapport à la maladie et à la vieillesse, dans son inscription dans la société, et s'intéresser aux normes et aux règles qui influencent et structurent les relations sociales. Le corps n'est pas seulement une collection d'organes et de fonctions agencées selon les lois de l'anatomie et de la physiologie, c'est aussi une structure symbolique, une surface de projection de formes culturelles très variables.

Nous posons l'hypothèse du corps comme « objet socialement construit, c'est-à-dire mis en jeu, pour et par un individu donné, au sein d'un ensemble symbolique de significations qui ne prennent sens que si cet individu, avec son corps, est pris dans le groupe d'humains où il est inséré »³⁹⁰. Notre corps est média des relations humaines et lieu où se cristallisent les produits de la socialisation, les règles et les normes structurant les relations sociales et influençant les relations soignantes. Le corps en soi n'a pas d'existence, « l'individu est incarné, dans toutes les secondes de sa vie, du premier cri au dernier souffle, dans un corps particulier »³⁹¹. Ce sont des individus que l'on rencontre et non des corps. « L'objet sociologique n'est donc pas le corps mais les acteurs qui le mobilisent »³⁹².

5. Le corps, premier espace éducatif

À toutes les époques et dans toutes les cultures, le corps de l'homme a fait l'objet d'éducation ou de rééducation. « C'est à partir de l'enfance, dans chaque société et à toute époque, que le corps est 'dressé', afin qu'il devienne un reflet des valeurs et des croyances socialement édictées »³⁹³.

Le corps est le premier espace éducatif par lequel les adultes façonnent l'enfant, « premier lieu où la main de l'adulte marque l'enfant, il est le premier espace où s'imposent les limites sociales et psychologiques données à sa conduite »³⁹⁴. Il est l'emblème où la

³⁹⁰ BERGER, Eve. « Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ? », *Corps et formation*, Revue internationale *Pratiques de formation*, Université Paris 8, n° 50, 2005/12, pp. 51-64.

³⁹¹ DETREZ, Christine. *La construction sociale du corps*. Paris : éditions du Seuil, 2002, p. 17.

³⁹² DURET, Pascal, ROUSSEL, Peggy. *Le corps et ses sociologies*. Paris : Armand Colin, 2005, p. 5.

³⁹³ MARZANO, Michela. *La philosophie du corps*. Coll. Que sais-je ? 3^e édition, Paris : PUF, 2013, p. 63.

³⁹⁴ VIGARELLO, Georges. *Le corps redressé*. (1^{ère} éd. 1978), Paris : Armand Colin, 2004, p. 9.

société vient inscrire ses valeurs. Le biologique est infléchi par la culture, cette dernière intervient même dans ce qui pourrait paraître le plus naturel : l'éternuement ou la façon de marcher. Dans son célèbre texte *Les techniques du corps*³⁹⁵, Marcel Mauss nous révèle que des gestes tels que marcher, courir, nager, faire l'amour, loin de faire simplement partie d'un répertoire naturel et universel de l'homme, sont en réalité de véritables « habitudes », produits des sociétés et des cultures. La plupart des postures et des mouvements sont les résultats d'une construction sociale. Une série de préceptes qui transitent par l'éducation donnent au corps une forme, un maintien, un usage, une façon de se mouvoir, « En somme, il n'existe peut-être pas de 'façon naturelle' chez l'adulte »³⁹⁶. Et cela s'applique également à l'expression des sentiments, « ce ne sont pas seulement les pleurs, mais toutes sortes d'expressions orales des sentiments qui sont essentiellement, non pas des phénomènes exclusivement psychologiques, ou physiologiques, mais des phénomènes sociaux, marqués éminemment du signe de la non-spontanéité et de l'obligation la plus parfaite »³⁹⁷.

Les propos de Mauss seront repris par David Le Breton en ces termes : « Il n'existe pas de naturel d'un geste ou d'une sensation »³⁹⁸.

5.1. Le corps et ses *habitus*

Pierre Bourdieu insiste sur la dimension corporelle des pratiques sociales en montrant comment le corps est un lieu à la fois d'apprentissage, d'inscription et de mémorisation de dispositions qui regroupent les façons d'être, de penser et d'agir, et que l'individu va mobiliser dans les situations sociales. Le sociologue théorise ce processus sous le vocable *habitus* et montre que, grâce à cet *habitus* acquis *via* la socialisation, l'individu est capable d'agir et de réfléchir dans des situations qu'il n'a pas encore rencontrées et pour lesquelles il n'a pas encore de *modus operandi*. « L'*habitus* s'acquiert par une forme d'apprentissage essentiellement non conscient, un apprentissage par corps »³⁹⁹. L'individu incorpore, par expériences successives, des dispositions à agir en situation, « Ce qui marque le corps

³⁹⁵ MAUSS, Marcel. *Les techniques du corps*. Paris : PUF, 1950.

³⁹⁶ *Ibid.*, p. 370.

³⁹⁷ MAUSS, Marcel. « L'expression obligatoire des sentiments », in *Essais de sociologie*, p. 81.

³⁹⁸ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité. Op. Cit.*, p. 6.

³⁹⁹ RIGAUX, Nathalie. *Introduction à la sociologie par sept grands auteurs*. Coll. Ouvertures sociologiques, 2^e éd., Bruxelles : de boeck, 2013, p. 55.

permet de générer des pratiques (savoir que faire) dans des contextes nouveaux : il crée des dispositions transposables à tous les domaines de la pratique »⁴⁰⁰. L'individu perçoit le monde à travers le filtre de son *habitus*. « C'est par sa médiation que le monde nous apparaît »⁴⁰¹, l'*habitus* exerce un pouvoir symbolique dans notre façon de voir le monde, de lui donner du sens.

Une des originalités de ce modèle sociologique est de rejeter les dualités entre corps et esprit. Le corps est une sorte de « pense bête » qui « entraîne l'esprit sans qu'il y pense »⁴⁰², il est le véhicule des *habitus*, l'outil d'une transmission des dispositions sociales sans en avoir conscience. L'*habitus* est comme une seconde nature et « L'individu peut jouer parfaitement la partition sociale sans même avoir à y réfléchir »⁴⁰³.

Bourdieu distingue deux moments dans la formation de l'*habitus*. L'*habitus* primaire, acquis durant l'enfance et majoritairement dans le contexte familial, constitue le système de dispositions le plus durable. Il nous semble inné et naturel tant il est profondément ancré. L'*habitus* secondaire est formé des nouvelles dispositions incorporées par l'individu lors d'expériences vécues dans d'autres contextes, scolaire et amical, puis professionnel. L'*habitus* n'est pas une structure rigide, « il est le produit de nos expériences passées et récentes, mais où le passé conditionne le présent »⁴⁰⁴, il intègre les nouvelles expériences et s'ajuste aux situations nouvelles.

L'*habitus* est un stock de connaissances culturelles et de mises en acte potentielles et recouvre trois dimensions, l'*eidos*, l'*ethos* et l'*hexis*. L'*eidos* concerne le savoir et l'ensemble des contenus cognitifs intériorisés. L'*ethos* est plus spécifiquement ce qui a trait à l'implicite, au système de valeurs intériorisées par l'individu depuis l'enfance, et qui va lui permettre de juger de ce qui est bien ou mal, sans pour autant pouvoir expliciter et justifier son appréciation. L'*hexis* est la traduction corporelle de la socialisation, et concerne toutes les façons de se tenir, de marcher, de se présenter, de manger, qui n'ont pas forcément fait l'objet d'un apprentissage formel, mais qui se traduisent dans le cours

⁴⁰⁰ RIGAUX, Nathalie. *Op. Cit.*, p. 55.

⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 56.

⁴⁰² BOURDIEU, Pierre cité par RIGAUX, Nathalie. *Introduction à la sociologie par sept grands auteurs*. Coll. Ouvertures sociologiques, 2^e éd., Bruxelles : de boeck, 2013, p. 115

⁴⁰³ DURET, Pascal, ROUSSEL, Peggy. *Le corps et ses sociologies*. *Ibid.*, p. 9.

⁴⁰⁴ RIGAUX, Nathalie. *Op. Cit.*, p. 59.

de l'action et sont médiées par le corps. Ces trois aspects de l'habitus seront progressivement acquis par le futur soignant durant les trois années de formation. L'étudiant va incorporer progressivement le statut et le rôle correspondant au métier. Cela ne va pas sans remettre en question les codes acquis durant l'*habitus* primaire.

5.2. Entre corps effacé et corps exposé

Dans la vie quotidienne, nous rencontrons physiquement des individus avec qui nous communiquons. Pour entrer en communication, nous nous prêtons à différents usages, nous serrons des mains, embrassons, ou encore étreignons dans nos bras selon le degré d'intimité qui nous lie à l'interactant. Notre corps participe activement à cette communication sans que nous n'y prêtions attention. L'interaction sociale est ritualisée, elle est conforme à des règles et à des principes de bienséance, le corps est signe de notre présence au monde et en même temps « Il semble que le corps s'efface, qu'il disparaisse du champ de la conscience, dilué dans le *quasi* automatisme des ritualités journalières »⁴⁰⁵.

Dans nos sociétés occidentales, le corps doit se résorber dans les codes en vigueur et chacun doit pouvoir retrouver chez ses interlocuteurs, comme dans un miroir, ses propres attitudes corporelles et une image qui ne le surprennent pas. Lorsque les aspérités du corps empêchent le mécanisme social de l'effacement familier de se mettre en place, « le corps étrange se mue en corps étranger, opaque dans sa différence »⁴⁰⁶.

Le corps doit passer inaperçu et l'individu va tout faire pour que son corps ne vienne le trahir par un signe corporel, un bruit, une odeur, attirant l'attention sur lui. L'homme civilisé doit maîtriser son corps, le tenir au silence afin de ne pas gêner ses congénères. « Le corps ne doit témoigner d'aucune aspérité susceptible de le mettre en valeur »⁴⁰⁷. Sa place est « celle du silence, de la discrétion, de l'effacement, voire de l'escamotage ritualisé »⁴⁰⁸. Il arrive cependant que le corps nous échappe, il manifeste sa présence et attire l'attention.

⁴⁰⁵ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité. Op. Cit.*, p. 126.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 139.

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 128.

⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 126.

L'homme moderne est responsable de son corps, il doit en prendre soin et se soucier de son apparence, « le souci de soi se magnifie sous l'égide de la consommation générant toute une industrie du façonnement et de l'embellissement de soi »⁴⁰⁹. Le corps est considéré comme une marchandise, un *alter ego* à maîtriser, un objet à façonner. Il s'exhibe dans la publicité et les salles de sport, il s'expose sur les plages. Il prend de plus en plus de place dans les discours sur « le bien être », la forme et la séduction. Il se montre sous son aspect positif de corps lisse, musclé et propre, jeune et beau. Toute anomalie est considérée comme suspecte et engendre de la méfiance. Son embellissement est recherché pour obtenir une certaine reconnaissance sociale. Ainsi, le corps est un charnier de signes au sens de Baudrillard, le narcissisme exacerbé est une contrainte sociale et il doit se plier à des canons esthétiques dont la publicité nous inonde.

Le corps est aussi montré sous ses aspects corporels « impurs » en abordant ouvertement les serviettes hygiéniques, dentiers, papier toilette et protections diverses. Il se présente sous les apparences d'une superbe sexagénaire, dansant ou gesticulant sans se préoccuper de ses sphincters qui pourtant lui font défaut. Cette *pseudo* libération du corps est un leurre ayant l'effet inverse de ce qu'elle prétend montrer, elle tend au contraire à renforcer encore plus les normes corporelles. Le corps de la publicité reste beau et svelte, en forme, propre car protégé par une imperceptible protection, accentuant la valeur négative associée au corps ordinaire et au corps vieillissant. Notre société « ne sait plus symboliser le fait de vieillir et de mourir »⁴¹⁰, un combat de chaque instant est engagé contre les traces du vieillissement.

Le corps est une construction sociale et culturelle, il est aussi une « matière de symbole, objet de représentations et d'imaginaires »⁴¹¹.

5.3. Le corps symboliquement dangereux

Le corps apparaît comme un moyen privilégié d'observer les modes de régulation des pratiques et des rapports sociaux de la société. Mary Douglas a examiné la manière dont les représentations et les discours sont imprégnés de métaphores sur le corps humain et elle soutient que les idées portant sur le corps de l'individu reflètent celles qui ont cours

⁴⁰⁹ LE BRETON, David. *Op. Cit.*, p. 230.

⁴¹⁰ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. p. 146.

⁴¹¹ LE BRETON, David. *La sociologie du corps*. Coll. Que sais-je ? Paris : PUF, 2010, p. 47.

sur le corps social. Dans ses recherches, elle pose l'hypothèse du corps comme « symbole de la société, il reproduit à une petite échelle les pouvoirs et les dangers qu'on attribue à la structure sociale »⁴¹². Pour l'anthropologue, le danger le plus grand est toujours celui situé aux marges et aux frontières de la société et, par projection, aux marges du corps. « Il est logique que les orifices du corps symbolisent les points les plus vulnérables »⁴¹³.

Tout ce qui sort du corps est considéré comme sale et impur. Dans notre culture occidentale, les excréments, le vomi, le sang menstruel, sont considérés comme sales et doivent être exclus, leur contact risquant d'être contaminant. La saleté est toujours quelque chose qui n'est pas à sa place, et chercher à l'éliminer est une manière de remettre de l'ordre social. « La réflexion sur la saleté implique la réflexion sur le rapport de l'ordre au désordre, de l'être au non-être, de la forme au manque de forme, de la vie à la mort »⁴¹⁴.

Le cadre théorique du travail sale nous aide à comprendre toutes les difficultés rencontrées par les étudiants pour assister les fonctions corporelles des patients. Gérer les salissures relève du rôle de l'infirmière. Ce rôle « sale » soulève tout un imaginaire car il revêt une signification sociale particulière qui va impacter la manière d'aborder l'apprentissage des soins corporels et de parler des déchets du corps. L'étudiant doit apprendre à gérer et affronter tout ce qui relève du sale ou du tabou et toutes les situations d'entre-deux représentées comme source de danger. Or, ce qui est sale n'est pas forcément tabou et inversement, ce qui est tabou n'est pas forcément sale. Les excréments sont à la fois sales et tabous, parler du décalottage d'un pénis est tabou, mais n'est pas du domaine du sale.

Les impuretés du corps sont éliminées par les soins d'hygiène quotidiens, faisant penser aux rituels de purification. Nous retrouvons ici la trace de notre passé religieux, considérant le corps comme impur et tabou. Le corps sacré est représenté comme l'interdit, le tabou dont il est sage de se protéger car son contact est contagieux et fatal.

Le corps malade ou vieilli est mis à l'écart de la société, l'individu est stigmatisé et peut perturber l'ordre symbolique.

⁴¹² DOUGLAS, Mary. *De La souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte, 2001, p. 231.

⁴¹³ *Ibid.*, p. 137.

⁴¹⁴ *Ibid.*, p. 27.

5.4. Le corps stigmatisé

Les stigmates corporels sont nombreux à l'hôpital. Le corps vieilli porte les stigmates de l'âge, « *les cheveux qui tombent, les muscles qui fondent, les chairs qui pendent... les veines qui éclatent* » (E.4) sont les signes de ce vieillissement. La maladie porte atteinte au corps à tous les âges de la vie, mais elle n'est pas toujours visible et lisible sur ce corps. Par exemple, les cardiopathies ou neuropathies ne se montrent pas, seules apparaissent les traces des dispositifs pour les traiter, cathéters et perfusions. Il en est autrement pour les maladies qui le déforment en s'inscrivant dans les chairs, offrant la vision d'un corps déformé, tuméfié ou amaigri et décharné.

Au sens originel, un stigmate était une marque corporelle profonde réalisée au couteau sur le bras des soldats ou au fer rouge sur le corps des esclaves. Pour les Grecs, le stigmate devait être visible afin de pouvoir identifier son porteur qui, criminel ou félon, était considéré comme n'étant pas tout à fait humain. Goffman définit le stigmate comme « la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société »⁴¹⁵. Ainsi, le stigmate correspond à toute caractéristique propre à un individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un état moindre. Goffman conceptualise le stigmate selon le type d'attributs négatifs qui lui est associé. Il en identifie trois : les stigmates corporels, ou les monstruosité du corps tels les handicaps physiques ou sensoriels, les corps défigurés ou laids ; les stigmates tenant à la personnalité et aux tares de caractère, tels la toxicomanie, l'alcoolisme ou l'homosexualité ; et enfin, les stigmates « tribaux » et sociaux relatifs à la couleur de peau, à la religion, au sexe ou à l'appartenance ethnique.

Le stigmate n'est pas réservé à une catégorie spécifique d'individus, il est dépendant d'une relation sociale et c'est dans le regard de l'autre qu'il trouve son existence. Ainsi, chacun d'entre nous peut, à un moment de sa vie, être stigmatisé et mis à l'écart du groupe social.

La maladie ou la vieillesse stigmatisent l'individu et le font basculer du côté des déviants. Le changement d'état vient modifier la relation entre la personne malade et le bien portant en la teintant d'un malaise plus ou moins profond selon la visibilité de la déficience. Le corps malade rejoint l'hôpital pour un temps indéterminé parfois définitivement.

⁴¹⁵ GOFFMAN, Erving. *Stigmate. Les usages sociaux des handicapés*. Paris : Les éditions de minuit, 1975, p. 7.

6. Le corps de la maladie et de la vieillesse

Notre société nourrit un idéal de santé, de jeunesse et de performance. La maladie est souvent représentée sur le mode de la faiblesse, et la mort est perçue comme un échec. Nous entendons souvent l'expression « tomber malade » qui indique la chute, vers le bas, vers un état d'infériorité par rapport à la santé qui est l'état supérieur. L'individu se représente souvent la maladie comme un accident imprévisible et évitable, un événement passager qui, grâce aux prouesses de la médecine et à la volonté conjointe des soignants et des soignés, doit trouver son issue dans la guérison. Cette idéalisation de la vie et de la médecine occulte la maladie et peut conduire à dispenser des soins tout en négligeant l'expérience propre de la personne soignée.

6.1. Le corps fragmenté de la médecine moderne

Dans nos sociétés occidentales, l'approche anatomo-physiologique est toujours dominante dans les systèmes de soins hospitaliers, même si d'autres médecines tentent de s'y introduire, telles l'hypnose, l'ostéopathie ou bien encore l'acupuncture. « Le savoir biomédical est la représentation officielle en quelque sorte du corps humain aujourd'hui »⁴¹⁶. Ce savoir fonde la médecine moderne et c'est celui qui est enseigné dans les universités et les centres de formation.

La connaissance du corps humain a dû passer par sa dissection. Les anatomistes distinguent l'homme de son corps, perçu alors comme le réceptacle de la maladie. Le socle épistémologique de la médecine repose sur l'étude du corps coupé de l'homme, et indifférente au sujet qu'il incarne. Les médecins représentent le corps comme un ensemble d'organes pouvant dysfonctionner, et être responsable d'une maladie dont le sens n'est pas souvent recherché. Ce morcellement du corps et la non prise en compte du malade en tant que sujet tendent à dépersonnaliser l'être social face à la maladie, « Dans la recherche de son efficacité propre, la médecine a construit une représentation du corps malade qui écarte la singularité de l'homme souffrant »⁴¹⁷.

Le corps n'a plus de secret dans ses fonctionnements. Il est mis à nu, on accède à son intérieur grâce à des techniques de plus en plus sophistiquées. Endoscopie, radiographie,

⁴¹⁶ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. p. 118.

⁴¹⁷ LE BRETON, David. *Ibid.*, p. 111-112.

scanner, IRM, permettent d'explorer son intérieur. Toutes ces imageries médicales prolongent la conception d'un corps morcelé. Le corps devient la somme de ses différentes parties, chaque organe peut être dissocié du tout. Mais le fonctionnement de chaque organe ne permet pas de connaître le fonctionnement du corps dans sa totalité et surtout dans ses dimensions incarnée et sensible.

La maladie ne peut être conçue que dans son seul rapport au corps, lieu des pathologies et support des soins pour les traiter. Et si l'on distingue deux figurations du corps, il en est de même pour la maladie. Le corps-objet est lié à la maladie-état et le corps-sujet à la maladie-représentation. Le corps-objet occupe une place prépondérante pour la médecine traditionnelle et c'est cette dimension biomédicale du corps qui est prégnante dans les IFSI.

6.2. La maladie, un désordre du corps

Le corps sain est un corps silencieux. La maladie a longtemps été réduite aux seules « pannes », aux désordres et à la fin du silence des organes, fortement lié au paradigme biomédical soucieux de réparer la mécanique défectueuse de ce corps. La célèbre formule de René Leriche définissant la santé comme « la vie dans le silence des organes » est révélatrice de la représentation que nous nous faisons de notre corps, de l'état d'inconscience dans lequel nous sommes à son sujet. Sa prise de conscience est souvent associée à la maladie ou au handicap. Dans nos sociétés occidentales, la santé est liée à l'oubli du corps. « La santé repose sur le refoulement de l'incarnation. [...] faire de l'occultation du corps le signe de la santé traduit de toute évidence l'impératif de discrétion qui pèse sur les manifestations tendant à rappeler l'homme sa condition de chair »⁴¹⁸.

La maladie porte atteinte au corps et l'expérience de la maladie est souvent représentée comme ce moment où il cesse d'être muet. Les circonstances, les accidents, ou tout simplement l'évolution de la vie amènent chaque individu à partager l'épreuve de la maladie liée à notre présence au monde. Georges Canguilhem écrit : « les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont les drames de son histoire. La vie humaine est une existence, un être déjà-là pour un devenir

⁴¹⁸ LE BRETON, David. *La sociologie du corps. Op. Cit.*, p. 126.

non pré-ordonné, dans la hantise de sa fin. L'homme est donc ouvert à la maladie non par une condamnation ou par une destinée, mais par sa simple présence au monde »⁴¹⁹.

Toutefois la maladie ne peut être réduite à sa seule réalité biologique. L'anthropologie de la santé propose de la considérer « non plus comme une configuration de signes cliniques, mais comme un syndrome d'expériences vécues et chargées de significations, d'interprétations et d'explications ». Les anthropologues anglophones ont tiré parti de trois termes reliés à la maladie pour exprimer trois dimensions – physique, culturelle et sociale – des problèmes de santé.

6.3. Les trois dimensions de la maladie

La langue anglaise distingue trois dimensions complémentaires de la maladie, *disease*, *illness* et *sickness*⁴²⁰, qui permettent de rendre compte de sa complexité. La notion de *disease* réfère aux dysfonctionnements des organes et évoque la maladie dans ses dimensions biologiques et physiologiques. Il s'agit de la maladie dans son acception en tant que « maladie-réalité biophysique » qui existe indépendamment de sa reconnaissance par l'individu et son entourage, elle ne peut faire l'objet d'une construction de sens par le malade.

Le terme *illness* renvoie au vécu subjectif de l'individu qui donnera un sens à l'expérience de la maladie au regard de son histoire et d'autres expériences vécues dans d'autres domaines de la vie. Les *illness* font apparaître les dimensions culturelle, personnelle et interpersonnelle. Il s'agit de la « maladie-signification » dans sa dimension plus idiosyncrasique d'une part, elle relève du vécu individuel de cet épisode de la maladie, et psychologique d'autre part, car liée à la perception des symptômes par l'individu.

Enfin, la notion de *sickness* traduit les choix thérapeutiques de l'individu et concerne son cheminement dans l'évolution de sa relation à la maladie. Cette troisième dimension se réfère à la « maladie-socialisée » et englobe les effets qu'elle produit sur les rapports professionnels et sociaux, elle suggère la dimension socioculturelle de la maladie.

⁴¹⁹ CANGHILHEM, Georges. « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in *Ecrits sur la médecine*, Paris : Seuil, 2002, pp. 69-99.

⁴²⁰ MARZANO, Michela. *Dictionnaire du corps. Op. Cit.*, pp. 540-541.

Cette approche tridimensionnelle présente la maladie comme un ensemble de significations de différentes natures, significations données aux symptômes mais aussi aux expériences et événements de vie de l'individu.

6.4. Le corps caché de la vieillesse

Les soignants sont confrontés au corps à tous les âges de la vie. Le corps va témoigner du passage à travers le temps, témoin de la vulnérabilité et aussi de la souffrance. Ils vont découvrir la face sombre du corps vieilli et agonisant, mis à l'écart dans nos sociétés occidentales. Tous ces corps abimés sont loin des corps lisses, musclés et propres, mis en avant dans les médias ; tout aussi loin des valeurs cardinales de la modernité qui sont celles de la jeunesse, de la séduction et de l'hygiène, bref, celles d'une bonne santé. La vieillesse traduit un moment où le refoulement du corps n'est plus possible, il s'expose au regard sous un jour défavorable, témoin du caractère inexorable de sa dégénérescence. Ce corps défaillant bouscule dans son apparence et rappelle la précarité et la fragilité de notre condition humaine.

L'homme tente d'oublier qu'il est mortel, la société le soutient et l'invite à oublier sa mort. Notre société de consommation a développé le mythe de l'« éternelle jeunesse ». Les prodigieuses victoires de la médecine tentent de nous faire croire que nous pourrions devenir immortels. « La personne âgée incarne les deux innommables de la modernité : le vieillissement et la mort »⁴²¹. L'attention portée au corps des personnes âgées est un bon analyseur social des relations entre corps et modernité. Le corps vieux est la figure de Janus d'une modernité qui exalte le corps performant, dynamique et objet de toutes les attentions. Le corps vieux c'est le corps « à la limite », lorsqu'il n'est plus possible de l'améliorer, lorsqu'il n'est plus possible de faire de la vieillesse une maladie à traiter.

Penser la vieillesse par le corps, c'est la saisir par ce qu'il donne à voir : un corps vieux qui donne l'impression d'une diminution de soi dans un corps qui s'affaisse, s'épuise et sèche ; il semble « n'être plus que la pierre ponce de lui-même » comme l'écrivait Marcel Proust.

On ne peut pas comprendre la perception du corps vieillissant par les soignants sans se mettre en perspective dans le contexte de la société actuelle qui a modelé notre perception de la personne âgée en lui portant un regard très dévalorisant. Lorsque nous demandons de

⁴²¹ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité. Op. Cit.*, p. 211.

définir les critères laissant penser qu'une personne est âgée, les critères avancés vont de la difficulté à marcher, « *il déambule, il n'avance plus, il piétine* », la perte de l'autonomie, le besoin d'aide, la tristesse, la solitude, les problèmes de mémoire. La vieillesse est signifiée en termes d'incapacités et de pertes. Ce regard des étudiants n'est pas très loin du regard social. « Le vieux, c'est l'autre dans lequel nous ne voulons pas nous reconnaître, qui fait horreur si on le voit dans une identification possible. Se penser vieux, c'est se penser autre, mais un autre dévalorisé, repoussant, renvoyant des images de dégradation et de mort »⁴²².

Le corps est caché lorsqu'il vieillit ou est défaillant, il est ignoré dans sa face sombre de corps malade, décharné, stigmatisé.

La personne âgée que l'étudiant rencontre lors des premiers soins est souvent grabataire, elle est immobile dans son lit, dans l'attente des soins, passive et résignée. Elle a besoin de l'aide du soignant pour la satisfaction de ses besoins les plus élémentaires. « La vieillesse traduit un moment où le refoulement du corps n'est plus possible, là où il s'expose au regard sous un jour défavorable »⁴²³.

6.5. Le corps mourant, forme extrême du corps malade

Nous sommes tous mortels et nous en avons conscience. Nous naissons et nous mourons. La mort est, avec la naissance, le seul fait commun à tous. Heidegger l'exprime ainsi « dès qu'un humain vient à la vie, il est déjà assez vieux pour mourir »⁴²⁴. Derrière lui, d'autres philosophes soulignent l'importance de la conscience et de la pensée de la mort. L'homme est l'unique espèce ayant conscience de sa mort et à être capable de la penser et d'accompagner la mort de l'autre par des rituels funéraires.

L'homme sait qu'il va mourir, d'ailleurs il n'est pas rare d'entendre « on meurt tous un jour ». Pour Heidegger, « Le "on meurt" répand l'opinion que la mort frappe, si l'on peut dire, le "on". (...) ce n'est chaque fois justement pas moi ; car ce "on" n'est personne. Le "trépas" est ramené au niveau d'un événement qui frappe sans doute la réalité humaine,

⁴²² LAHAYE, Anne. « Le corps vieillissant et sa perception par les soignants », in ANCET, Pierre. *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris : DUNOD, 2010, p. 48.

⁴²³ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Op. Cit., p. 212.

⁴²⁴ HEIDEGGER, Martin. *Etre et temps*. Paris: Gallimard, 1986, p. 245.

mais ne concerne spécialement personne »⁴²⁵. L'individu parle de la mort en utilisant le pronom personnel « on », mais donne une tonalité impersonnelle à cette mort impossible à concevoir pour soi. Inconsciemment nous croyons à notre éternité. Penser sa mort est irréalisable pour Freud, « Le fait est qu'il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort et toutes les fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs. C'est pourquoi l'école psychanalytique a pu déclarer qu'au fond personne ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même, dans son inconscient, chacun est persuadé de son immortalité »⁴²⁶.

Les comportements des hommes et la relation qu'ils entretiennent avec la mort ont évolué au fil des siècles. L'historien Philippe Ariès⁴²⁷, a étudié ce sujet et observe « la persistance pendant des millénaires d'une attitude presque inchangée devant la mort, qui traduisait une résignation naïve et spontanée au destin et à la nature ». De *La mort apprivoisée* du Moyen Âge où elle est un élément naturel de la vie, à *La mort inversée* de notre époque où elle est cachée et considérée comme tabou, la mort est appréhendée différemment selon les époques. Autrefois célébrée par des cérémonies collectives ritualisées, « épreuve de la communauté chargée de maintenir la continuité de l'espèce »⁴²⁸, elle est aujourd'hui « médicalisée et cachée, les signes du deuil ont disparu. Il n'en faut même plus parler »⁴²⁹. La mort n'est plus un fait culturel qui structure la communauté, et cette relégation de la mort est à mettre en lien avec la médicalisation de la société. Les progrès de la médecine ont fait chuter la mortalité et donné l'espoir que la mort pouvait être déjouée. « Pour les acteurs hospitaliers, la mort est vécue comme une incongruité, un échec, et à ce titre largement occultée »⁴³⁰.

« La mort est maintenant si effacée de nos mœurs que nous avons peine à l'imaginer et à la comprendre. L'attitude ancienne où la mort est à la fois proche, familière et diminuée, insensibilisée, s'oppose trop à la nôtre où elle fait si grand-peur que nous n'osons plus dire son nom. C'est pourquoi, quand nous appelons cette mort familière la mort apprivoisée,

⁴²⁵ HEIDEGGER, Martin. *Etre et temps*. Paris: Gallimard, 1986, p. 307

⁴²⁶ FREUD, Sigmund. *Notre relation à la mort*. Paris : Payot, 1981, p. 52.

⁴²⁷ ARIES, Philippe. *L'homme devant la mort: le temps des gisants. Tome 1*. Paris : Seuil, 1985.

⁴²⁸ *Ibid.* p. 35.

⁴²⁹ *Ibid.*

⁴³⁰ IGAS : Rapport n° RM2009-124p, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037> (consulté le 1^{er} mai 2016).

nous n'entendons pas par là qu'elle était autrefois sauvage et qu'elle a ensuite été domestiquée. Nous voulons dire au contraire qu'elle est aujourd'hui devenue sauvage alors qu'elle ne l'était pas auparavant. La mort la plus ancienne était apprivoisée »⁴³¹.

La mort s'est déplacée à l'hôpital, « Alors que plus de la moitié des Français⁴³² meurent en établissements de soins, et notamment dans les hôpitaux publics, la prise en charge de la mort ne fait pas partie des missions reconnues à l'hôpital »⁴³³. L'IGAS a commandité une enquête nationale sur la thématique de la mort à l'hôpital en 2009. Dans leur note de synthèse, Françoise Lalande et Olivier Veber soulignent que la question de la mort est largement occultée.

Au crépuscule de sa vie, Norbert Elias écrit dans son ouvrage *La solitude des mourants*⁴³⁴ que les mourants sont relégués à l'isolement et à la solitude, conséquence du processus de civilisation dans les sociétés modernes. Il décrit la mort comme l'objet de sentiments de honte, de répulsion et de gêne, amenant sa mise à l'écart de la vie publique. Et bien qu'il reconnaisse qu'il soit plus difficile aujourd'hui qu'autrefois d'assister à l'agonie de quelqu'un, de supporter ses cris de souffrance, ou de voir dépérir une personne âgée, il ne cite pas une seule fois les infirmières dans son ouvrage. Ce sont pourtant bien à elles que revient la lourde charge de s'occuper de la fin de vie, de l'accompagnement du passage de vie à trépas et des soins aux corps morts.

7. Mémoire sociale du propre et du sale

Fragilisé par la maladie et la dépendance transitoire ou définitive, le patient a besoin d'être assisté au quotidien dans ses besoins fondamentaux. Il ne peut plus accomplir seul ses soins de propreté et d'élimination. La question du propre et du sale se pose.

Au fil du temps, les conduites d'hygiène et les normes qui les accompagnent se sont modifiées. L'histoire nous apprend que la motivation à se « nettoyer » est d'essence sociale, et que cet acte, qui nous semble pourtant si naturel, est en fait profondément

⁴³¹ ARIES, Philippe. *Op. Cit.*, p. 36.

⁴³² Environ 58% des français meurent dans un établissement de santé : 49,5% dans un hôpital public ou privé et 8,4% en clinique privée. Contrairement à ce qui est couramment affirmé, ce pourcentage ne tend pas à augmenter. Dans le même temps, 27% des français environ meurent à domicile.

⁴³³ IGAS, Rapport N°RM2009-124P, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037> (consulté le 1^{er} mai 2016).

⁴³⁴ ELIAS, Norbert. *La solitude des mourants*. Paris : Pocket, 2002.

culturel. La perception de la saleté est socialement et historiquement construite, reconnue et corporellement mémorisée sous forme de conventions sociales.

L'histoire de la toilette est passée par différents stades qui s'inscrivent dans trois motivations génériques coexistant au fil des époques : la propreté-représentation, l'hygiène et le bien-être.

Le besoin de nettoyer son corps et de le tenir en état de propreté ne découle pas de motivations hygiéniques, il ne se fonde pas sur l'idée que la saleté puisse présenter un danger pour la santé. En réalité nous dit Elias, « le besoin de se laver naît de la transformation des relations humaines »⁴³⁵, et les sentiments éprouvés à l'égard du propre et du sale sont incorporés suite à un long processus de civilisation.

Dès son plus jeune âge, on impose à l'enfant de se laver, on le conditionne jusqu'à ce que la toilette devienne un automatisme et une auto-contrainte. Il ne se rend plus compte qu'il se lave par égard aux autres, qu'il répond à une contrainte sociale pour laquelle il n'y a pas de témoins qui pourraient le punir d'avoir négligé ses soins de propreté. « Quand nous nous lavons avec de l'eau et du savon, nous obéissons à une impulsion motrice fondée sur le conditionnement et rationalisé par des motivations hygiéniques »⁴³⁶. L'éducation de la propreté, de l'hygiène représente un moment crucial de l'incorporation des codes sociaux.

7.1. La propreté-représentation

Une propreté existe au Moyen Âge et concerne seulement les parties visibles du corps : les mains et le visage. « Être propre, c'est entretenir une zone limitée de la peau, celle qui émerge de l'habit, celle qui seule s'offre au regard »⁴³⁷, l'eau n'atteint pas vraiment l'intime. À cette époque, les bains existent mais ne visent pas à être propre. Ils se donnent dans des lieux de jouissances où l'érotisme du bain l'emporte sur le lavage, ces espaces ne sont pas des établissements d'hygiène. « L'eau, comme milieu d'ébranlements physiques, attire le baigneur plus que l'acte de nettoyage »⁴³⁸.

Le changement va s'opérer par le linge. L'usage d'étoffes pour le corps va créer au XVI^e siècle un espace physique inédit de propreté. La « toilette sèche » du courtisan qui se frotte

⁴³⁵ ELIAS, Norbert. *La Civilisation des mœurs*. Paris : POCKET, 2001, p. 363-364.

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 365.

⁴³⁷ VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale*. Op. Cit., p 241

⁴³⁸ *Ibid.*, p. 242

le visage avec une étoffe blanche au lieu de se laver répond à la norme de netteté « raisonnée » de cette époque. Les livres de santé prônent la nécessité d'effacer les odeurs corporelles en se frottant avec un linge parfumé. « L'attention à la propreté est faite pour le regard et l'odorat »⁴³⁹. La peur de la puanteur est une préoccupation qui devance celle de se laver car l'eau inquiète, elle est susceptible d'infiltrer la peau. Mais le linge en contact direct avec la peau va révéler à leur surface des marques de zones les plus secrètes, « L'intime est engagé dans le visible »⁴⁴⁰.

Le XVII^e siècle est marqué par un rejet de l'eau. Le bain n'est pas sans risque, l'eau peut pénétrer dans le corps par les pores. Selon Vigarello, entre le XVe et le XVII^e siècle, la saleté du corps est tolérée. Le « paraître » domine sur la propreté, on la limite à l'indispensable pour satisfaire un bien-être personnel, pour être présentable et tenir son rang social. Les habits sont propres et permettent de purifier le corps, ils épongent les sécrétions corporelles. Nous sommes loin des préoccupations d'hygiène corporelle.

7.2. L'hygiène comme ordre social et moral

À partir du XVIII^e siècle, les conduites d'hygiène sont sous la domination du modèle médical qui impose une surveillance et un entretien du corps afin d'éviter les épidémies. Les découvertes microbiennes ont donné aux discours hygiéniques et à la propreté toute leur légitimité. « Le corps humain étant une machine des plus délicates, il est nécessaire de veiller à sa propreté et à l'expulsion régulière de ses matières et déchets »⁴⁴¹. À la motivation hygiénique va s'ajouter la motivation morale orientée par le souci de soi et le regard social qui juge le manque d'hygiène.

7.3. Propreté et bien être

Les logiques d'hygiène actuelles ne sont plus motivées par un souci d'éradiquer les microbes. La société les a transformées en une logique de bonne santé et de prévention des maladies. La propreté est liée au plaisir, à des sensations de bien-être. Le souci de soi est une version moderne de l'individualisme, un contrôle social sollicitant l'intimité de la personne tout en lui laissant sa pleine autonomie. L'individu est responsable de son corps

⁴³⁹ VIGARELLO, Georges. *Op. Cit.*, p. 9.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 243.

⁴⁴¹ *Ibid.*, p. 227.

tout en étant responsable des sentiments de plaisir ou de déplaisir qu'il éprouve. Gérer sa saleté corporelle est un devoir envers soi-même et envers les autres. Il y a nécessité sociale à être propre en raison de l'odeur désagréable et de l'aspect des individus malpropres, « cette contrainte quotidienne de soins au corps fait partie de ces disciplines favorables à une éducation de la volonté utile à un bon équilibre »⁴⁴².

Cette contrainte se retrouve à l'hôpital où les toilettes sont réalisées de façon quotidienne et sont justifiées par un souci de « bonne santé », de « se sentir mieux », dans le « respect du patient ». Le plus souvent, si on lave le corps des soignés, c'est aussi pour qu'ils paraissent propre aux yeux des autres.

8. Le corps et les soins infirmiers

Notre vie quotidienne est rythmée par les détails de notre existence corporelle nous obligeant à manger, nous laver, nous habiller, soigner notre apparence, dormir, mais aussi éliminer. Lorsque la maladie ou le handicap empêche de gérer ces détails de la vie quotidienne, nous faisons appel à une tierce personne pour nous y aider. Les infirmières assistent les personnes hospitalisées dans leurs besoins fondamentaux. Elles possèdent un savoir important relatif au corps et à la vie sociale, savoir construit dans le contexte d'une société au sein de laquelle les individus cachent les fonctions du corps. Les infirmières aident également les patients à vivre l'expérience de la maladie et du vécu du corps. Elles s'en occupent comme objet de soin, mais aussi comme sujet de soin, elles intègrent en un tout le corps et son vécu, le corps comme vecteur de l'expérience de soin.

Le problème du corps est peu présent dans les manuels scolaires, on n'en parle pas ou bien de façon implicite, sa présence est insinuée. Lorsqu'il est abordé, c'est au travers d'une procédure ou d'un protocole de soins. Le vocabulaire utilisé est alors édulcoré surtout lorsqu'il est question des aspects existentiels du corps et des déchets corporels auxquels sont pourtant quotidiennement confrontés les soignants. L'étudiant est peu préparé, il s'est entraîné sur un mannequin à l'IFSI quelques jours avant son départ en stage.

⁴⁴² VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale. Op. Cit.*, p. 229.

9. Mise en scène du rôle à travers la toilette

C'est au cours du premier stage que l'étudiant en soins infirmiers va interpréter pour la première fois le rôle. Et c'est très souvent avec la « toilette », considérée comme le soin emblématique de la première année de formation, ou le « change », qu'il va se donner en représentation. A la fois attendus et redoutés, les premiers soins au corps obligent le soignant à approcher le corps au-delà des limites sociales habituellement respectées, ils font voler en éclat les règles de bonne conduite et lèvent les interdits et les tabous. Ils rendent manifestes toutes les tensions affectives et morales de la relation de soin, participent à la découverte d'un aspect central du métier : la vulnérabilité d'Autrui. Ils dévoilent tout ce qui doit rester caché. Bref, ils recouvrent à eux seuls toutes les dimensions sensible, sensorielle, symbolique et sociale, qui nous intéressent.

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »⁴⁴³ fait partie des dix compétences à valider pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmière. Parmi tous, les soins d'hygiène et de confort sont de loin ceux qui interpellent le plus les étudiants, ce sont aussi ceux qui demandent de passer le plus de temps en contact rapproché avec le patient. Une injection, un prélèvement sanguin ou bien le pansement d'une plaie, sont des actes plus ponctuels ne concernant qu'une partie du corps et qui mobilisent l'utilisation de matériel intermédiaire pouvant servir de filtre de protection contre les perceptions sensorielles. Les soins d'hygiène, appelés aussi soins de *nursing*, vont concerner plusieurs parties du corps dont les parties les plus intimes. Ils sont dépourvus d'instrumentalisation et, bien que l'usage des gants se soit généralisé, les parties du corps seront touchées le plus souvent à mains nues. Les soins d'hygiène sont les plus engageants, ils regroupent tout un ensemble de soins, appelés « soins de confort et de bien-être »⁴⁴⁴ dont l'objectif général

⁴⁴³ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe II, Compétence 3.

⁴⁴⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe III, Activité 2. Soins de confort et de bien-être. Soins liés à l'hygiène personnelle : – soins d'hygiène partiels ou complets en fonction du degré d'autonomie de la personne ; – aide totale ou partielle à l'habillage et au déshabillage. Soins liés à l'alimentation : – surveillance de l'hygiène alimentaire de la personne ; – aide partielle ou totale au choix des repas et à leur prise ; – surveillance de l'hydratation et aide à la prise de boisson régulière. Soins liés à l'élimination : – surveillance de l'élimination ; – aide à l'élimination selon le degré d'autonomie de la personne ; – contrôle de la propreté du matériel lié à l'élimination. Soins liés au repos et au sommeil : – installation de la personne pour le repos et le sommeil ; – surveillance du repos ou du sommeil de la personne ; – réfection d'un lit occupé et hygiène de la chambre ; – organisation d'un environnement favorable à la tranquillité, au repos et au sommeil. Soins liés à la mobilisation : – installation de la personne dans une position en rapport avec sa dépendance ; – modification des points d'appui de la personne en vue de la prévention des escarres ; – lever de la personne et aide au déplacement ; – mobilisation de la personne.

est de suppléer aux déficiences temporaires ou définitives du patient. Cette suppléance s'inscrit dans le registre du corps fonctionnel et de ses besoins fondamentaux. Les soins sont liés à l'hygiène corporelle, à l'habillage et au déshabillage mais aussi à l'hygiène alimentaire, au sommeil, à l'installation et aux déplacements. Enfin, ils sont liés à l'élimination des salissures du corps et de ses excréments. Ils se déroulent dans l'espace clos d'une chambre, à l'abri des regards et sont le plus souvent regroupés sous le terme générique de « toilette » ou « changes » dans les discours des professionnels.

9.1. La toilette : soin emblématique de la formation

La toilette semble être un soin très quelconque tant il est familier pour chacun d'entre nous. De l'enfance à la vieillesse, le corps est lavé par soi-même ou une tierce personne selon l'âge et le degré d'autonomie. Les gestes sont familiers et se réalisent le plus souvent dans l'intimité et selon un rituel propre à chacun. Faire la toilette d'une autre personne, d'un autre corps que le sien, est loin de se présenter comme la simple reproduction des gestes habituellement réalisés pour soi. Ce soin ne répond pas seulement d'une nécessité d'être propre, il convoque tout un ensemble de règles, de valeurs et d'interdits avec lesquels chacun doit composer.

La toilette est un symbole particulièrement fort dans la formation en soins infirmiers. Elle est souvent considérée comme une épreuve initiatique, évoquée comme un soin marquant le passage du statut de profane à celui d'initié : « *c'est l'épreuve du feu* » (E.2), « *le passage obligé, on n'a pas le choix* », « *il faut en passer par là* », « *c'est un peu un rite de passage... savoir si on va tenir ou pas* » (E.2), et ce soin se fait quelque fois « *dans la douleur* », « *on nous fait pas de cadeau* »...

Quel que soit le programme et quelles que soient les générations, la toilette occupe une place centrale dans la formation, elle est le soin dont on se souvient. Même après de nombreuses années d'exercice, les professionnels se rappellent de leur première toilette, lorsqu'ils étaient étudiants ou élèves, comme d'un événement dont il garde un souvenir vivace. L'expérience telle qu'elle est vécue laisse des traces.

Au cours de l'enquête, les étudiants ont été nombreux à aborder ce soin et la majorité des premières analyses de pratique portent sur ce sujet. Dans leurs discours, le terme « toilette » est associé à l'ensemble des soins relatifs à l'hygiène du patient. Ils décrivent le soin tout en questionnant simultanément sa dimension relationnelle et technique. Ils

évoquent plus particulièrement les notions de dignité, de pudeur, d'intimité et de bien-être dans leurs écrits ; à l'oral, ce seront leurs difficultés liées aux odeurs, à la vue des corps abîmés et vieilliss, à toutes les sollicitations sensorielles, qui seront abordées.

Dans le langage courant, il n'est pas rare d'entendre que « *la toilette est au cœur du métier de l'infirmier* ». Et pourtant, le mot « toilette » n'apparaît pas dans la longue liste des soins infirmiers, c'est un abus de langage. Le terme n'est cité qu'une seule fois dans le référentiel d'activités et dans le cadre d'une situation très spécifique : « la toilette et les soins mortuaires »⁴⁴⁵.

La toilette est un soin emblématique, mais pas pour tous. Certains vont découvrir cette facette du métier en début de formation. L'infirmière est le plus souvent représentée une seringue à la main, au point qu'ils n'imaginent même pas en entrant à l'IFSI devoir laver le corps de quelqu'un, ou devoir gérer ses salissures. « *Pour moi, l'infirmière c'étaient les clichés que l'on voit un petit peu partout, les piqûres, les pansements, les trucs un peu techniques... Je n'imaginais pas qu'une personne puisse être démunie au point de ne pas pouvoir se laver... Que l'on soit obligé de le faire à sa place, que l'on soit obligé de le nourrir, de l'aider à faire ses besoins. Quand je suis rentrée à l'école, j'étais loin de la réalité... et pour le premier TD toilette, je suis tombée de très haut quand les formatrices nous ont demandé si on avait déjà eu des contacts avec les soins... et je me souviens d'une fille, qui a levé le doigt et dit "moi j'ai beaucoup soignée ma grand-mère malade, je lui faisais sa toilette" et là, pour moi cela a été le choc... je me suis dit... parce qu'on fait la toilette des gens ? Les gens ne sont pas capables ?... J'étais dans ma petite vie dorée... Je ne m'étais jamais posé ces questions dans ces termes-là. Je ne m'étais pas du tout imaginée que l'on pouvait faire ça... et je me suis demandée comment j'allais faire* » (E.35).

9.2. Un soin sans risque ?

Quel que soit le lieu où se déroule le premier stage, il n'est nulle part écrit que le premier soin à réaliser doit être un soin de *nursing*. Les activités proposées sont diverses et variées, mais une constance apparaît et traverse les générations des étudiants en soins infirmiers : le premier soin réalisé est un soin d'hygiène et de confort. Ce caractère immuable du

⁴⁴⁵ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe III, p. 18. Activité 5. Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique.

mode d'entrée dans les soins peut en partie s'expliquer par le fait que, jusqu'en 2009, les étudiants en soins infirmiers devaient valider ce soin pour être autorisés à passer en seconde année de formation. Depuis, cette obligation est tombée, l'épreuve de fin de première année, la fameuse MSP⁴⁴⁶, qui portait essentiellement sur les soins d'hygiène et d'entretien de la vie, n'existe plus. Et pourtant, la toilette demeure LE soin du premier stage.

La logique du *moindre risque* dans une société qui n'accepte pas le risque peut également expliquer cette constance. Les soins d'hygiène sont souvent considérés comme simples à réaliser, ne nécessitant pas de pré-requis particuliers puisque, en tant que personne, nous sommes tous confrontés à ce soin dans notre vie quotidienne. « *Tu fais comme pour toi* », entendent parfois les étudiants dans leurs premiers jours de stage, « *ma première toilette ? On m'a dit "ben tiens tu laves cette dame-là", et hop tu te débrouilles* » (E.3), « *les bras ballants, je ne savais pas comment m'y prendre, laver quelqu'un d'autre est tellement différent que se laver soi-même* » (E.3). Ils sont rapidement livrés à eux-mêmes pour la réalisation de ce soin « sans risque », alors qu'ils seront encadrés pour les soins techniques et autorisés à les faire seul après plusieurs répétitions sous le regard averti d'un expert. Débuter la formation par la réalisation d'une toilette, qui plus est, celle d'un patient adulte et non pas d'un enfant ou d'un nouveau-né, apparaît comme un soin peu risqué. Les gestes semblent banals et ne présenter aucune difficulté.

Pourtant, le risque est grand. Risque de dérive, risque de maltraitance volontaire ou non, risque de négligences intentionnelles ou non, risque de maladresse et de gêne assurément. Les premières toilettes sont des moments forts en émotions, chargés du poids de l'injonction du respect de la pudeur et de l'intimité, déchargés des réalités du corps mis à nu qui s'expose et se montre sous tous les angles.

Les étudiants découvrent différentes formes de maltraitance sur le terrain, témoins impuissants de ce qui le plus souvent traduit la fatigue et l'usure des soignants. Aux sentiments de gêne, de dégoût et d'étrangeté se mêlent ceux de culpabilité et de honte comme en témoigne Noémie : « *Mon premier jour de stage, je suis avec une aide-soignante. Je suis en observation, les étudiants ne font jamais de toilette le premier jour de stage... On entre dans la chambre, elle allume les lumières et hop, découvre la patiente*

⁴⁴⁶ MSP : mise en situation professionnelle, épreuve qui ponctue chacune des trois années de formation et qui devait être validée pour être autorisé à passer dans l'année supérieure. Cette épreuve a disparu avec le nouveau programme de 2009.

sans lui demander son avis, elle entre dans son espace comme ça, sans autorisation... Elle me dit de regarder ce qu'elle fait... Je la vois mettre la patiente sur le côté, doucement mais sans prévenir. Celle-ci se met à hurler sans qu'on ne puisse comprendre ce qu'elle dit, pendant que l'aide-soignante lui retire ses habits. Elle retire la protection de la patiente et nettoie son intimité. Elle me tend ensuite la protection sale et m'en demande une propre. J'essaie d'avoir l'air calme alors que je suis complètement paniquée devant une scène aussi inattendue, et qui me paraît brutale pour la patiente. L'odeur de selles s'ajoute au spectacle, je ne peux retenir une grimace de dégoût qui ne manque pas d'agacer mon binôme. Je lui tends une protection taille M qu'elle enfle en essayant d'apaiser la patiente. Elle ressort après lui avoir enfilé une robe de chambre et fermé les volets. La patiente ne s'est pas levée, et n'a fait que hurler tout le temps qu'a duré le change » (E.34).

9.3. La face sombre de la relation de soin

Nous allons écorner ici l'image d'Épinal du soin. Le soin n'est pas que bienveillance, bientraitance et amour de son prochain. Il peut être maltraitance ou malveillance. Cet aspect, ignoré la plupart du temps, est mis sur le devant de la scène régulièrement dans les médias, elle interpelle et offusque tant elle est contraire à ce que devrait être le soin.

La relation de soin se caractérise par son asymétrie. Elle est rencontre entre deux personnes, le patient en demande de soins et le soignant qui dispense les soins. Le patient est allongé, fragile et vulnérable, il est soumis au bon vouloir du soignant, censé détenir le savoir et le pouvoir de le soigner. La vulnérabilité peut engendrer la soumission et le pouvoir peut se transformer en abus de pouvoir.

La maladie entraîne la dépendance qui rappelle l'état de néotonie⁴⁴⁷ de tout être humain et provoque la régression. Les soins donnés dans cette relation asymétrique remettant en question la réciprocité peuvent donner lieu à certaines dérives comme l'humiliation ou l'infantilisation. L'attitude du soignant pourra se traduire par une projection empathique, « *je sais ce qui est bon pour vous, je sais ce que vous ressentez* », avec une lecture

⁴⁴⁷ La néotonie est l'état dans lequel l'enfant arrive au monde, complètement dépendant de sa mère ou de son substitut maternel, état d'inachèvement physiologique du début de la vie de tout être humain. L'enfant se développe jusqu'à obtenir son indépendance, il devient autonome au prix d'un long processus où il passe par différents stades de développement. De cette période, l'adulte ne garde que peu de souvenirs, cette période de la vie est recouverte par l'amnésie infantile.

unilatérale de la situation et le droit de décider ce qui est bien pour le patient. La vulnérabilité pourra favoriser les tendances perverses.

S'occuper d'un corps malade peut provoquer des réactions de rejet ou de mépris voire de maltraitance. La passivité et la fragilité du patient dépendant peuvent réveiller des tendances sadiques chez le soignant. Simone Korff-Sausse, interroge cette dimension et la relie aux bénéfices que le soigné peut trouver à recevoir des soins : « la dépendance est source de bénéfices, souvent inavouables chez le soigné, il y a un investissement du plaisir masochiste à se faire soigner et chez le soignant un investissement du plaisir sadique à le soigner »⁴⁴⁸. Cette dimension sadique est une composante de la relation de soin qui est à prendre en compte et à aborder avec les étudiants pour la prévenir et la dénoncer.

Cette part sombre de la relation est effleurée en formation, c'est en termes positifs que la relation de soin est abordée à l'IFSI.

9.4. Une relation privilégiée

La toilette est idéalisée dans les discours des formateurs, valorisée pour la relation qu'elle permet avec le patient. Elle est présentée comme un temps privilégié de relation soignant-soigné, moment de partage et d'échange où l'on prend le temps, moment où le patient se sent reconnu en tant qu'être humain, moment de bien-être physique et moral. Mais en est-il toujours ainsi ? Alors que la toilette devrait être réalisée en prenant le temps, elle est effectuée le plus souvent à la chaîne, dans l'urgence de toutes les activités de la journée. Certains étudiants reconnaissent être privilégiés de pouvoir prendre ce temps, « *je prenais plus d'une heure avec cette personne-là, je prenais le temps. L'AMP avec qui j'étais me disait que quand je serai diplômé, je n'aurai que 10 mn par patient, je ne sais pas comment cela peut être possible...* » (E.3).

9.5. Un soin souvent dévalorisé...

Les soins d'hygiène sont quelquefois appelés « soins de base » par les infirmiers, leur donnant implicitement une moindre valeur par rapport aux soins plus techniques auxquels ils sont souvent opposés. Ils ne demandent pas d'aptitude particulière (en apparence seulement) et, s'apparentant à des soins ordinaires, ils sont envisagés comme du travail

⁴⁴⁸ Simone KORFF-SAUSSE in BENAROYO, Lazare, LEFEVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF, 2010, p. 59.

domestique. Ils sont associés au rôle traditionnellement assigné aux femmes dans notre culture, assimilés au maternage.

Les soins techniques relèvent du rôle sur prescription, ils résultent de l'évolution médicale et renvoient au modèle biomédical de la santé. Le plus souvent médiatisés par des instruments, ils sont définis comme des « actes de soins effectués selon des procédures spécifiques et impliquant l'usage de produits et/ou de matériels appropriés »⁴⁴⁹. Le soin technique le plus représentatif de l'infirmière est l'injection ou ponction veineuse, la « piqûre », symbolisée par la seringue et l'aiguille. Cette division des soins infirmiers et la façon de les nommer laissent supposer que les soins techniques sont plus difficiles que les soins de base.

Notre propos n'est pas de polémiquer sur la supériorité des soins techniques sur les soins d'hygiène, mais de souligner que, même en étant reconnue comme faisant partie du rôle propre infirmier, la toilette et ses corollaires font parties du *sale boulot*, souvent relégué à l'arrière-plan et abandonné aux étudiants et aux aides-soignants.

La toilette est un acte qui semble en apparence simple, mais qui en réalité est d'une grande complexité.

...mais d'une grande complexité

Pour Laura, laver le corps d'un autre s'avère être d'une grande complexité technique. « *La toilette demande un temps de réflexion plus long que les autres soins. Ça commence quand je prépare mon matériel. J'ai tellement peur d'oublier quelque chose, ça me stresse. Je me pose mille questions, combien de gants ? Un, deux, trois ? Combien de serviettes ? Dans quel ordre on doit faire les choses ? On lave quoi en premier ? Le haut du corps, le bas, le dos ? ... On doit changer l'eau de la cuvette combien de fois ? Retourner le gant pour le bas ? ... Certains patients aiment se laver les dents en premier, d'autres non. Certains veulent se raser d'abord, d'autres après ... Ne pas mettre de l'eau dans les yeux. Moi, j'aime mettre du savon quand je me lave le visage, mais le patient, que veut-il ? L'infirmière m'a dit de ne pas mettre de savon pour laver le visage des patients mais moi, j'en mets pour me laver le visage, alors comment faire ? ... Déshabiller le patient... Commencer par le haut, le laisser faire, s'il le peut, s'il le veut... Ne pas mettre*

⁴⁴⁹ MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Op. Cit., p. 311.

trop de savon, bien rincer, ne pas frotter trop fort pour ne pas abîmer la peau, ne pas oublier les mains, sécher, couvrir... Laver le bas, les jambes, les pieds ; ne pas oublier entre les doigts de pieds, pas trop de savon, rincer, faire attention aux plaies, regarder les talons pour le patient qui ne peut pas bouger, bien essuyer, voir s'il reste des saletés bien incrustées entre les doigts de pieds... Le dos. Tourner le patient avec douceur et en sécurité, laver le dos, retrouver le bon gant du haut, pas trop de savon, bien rincer... Changer les draps, laver le lit, faire vite car la position en décubitus latéral n'est pas confortable, se prendre la tête sur comment bien faire le lit en technique.... Rhabiller le patient, le réinstaller, déplacer un patient qui pèse parfois deux fois ton poids dans un fauteuil où le remonter dans son lit et sans se faire mal au dos... Vraiment pour moi, la toilette c'est le soin qui m'est le plus compliqué » (A.P.2).

Il faut du temps pour se sentir « à l'aise » dans ce rôle de l'infirmière qui fait à la place d'autrui. Les novices rencontrent également des difficultés à engager la conversation en réalisant le soin, à trouver les bons mots pour parler des parties du corps qui vont être touchées. S'ils les nomment par leur nom anatomique, il y a de grandes chances pour que le patient ne comprenne pas, « *on nous apprend qu'il faut parler au patient, établir une relation de confiance, le prévenir du soin que l'on va lui faire mais on ne nous apprend pas comment... je vous lave le dos, les pieds, ça va encore... les fesses, tout le monde comprend mais si je dis "je vais vous faire la toilette du périnée" ou bien "je vous lave le prépuce", je ne pense pas que beaucoup de résidents comprennent !* » (E.35). Utiliser le langage courant semble être du bon sens mais le choix des mots n'est pas si simple quand cela concerne les parties du corps les plus intimes, ou certaines dimensions de l'existence peu partagées et dont on ne parle pas facilement.

La complexité se loge également dans le respect de l'ordre des parties du corps à laver. Le grand principe d'hygiène hospitalière, « travailler toujours du plus propre au plus sale, du plus haut au plus bas, du plus éloigné au plus central »⁴⁵⁰ doit s'appliquer à tous les soins, quelle que soit leur nature. Pour les soins d'hygiène, il se traduit par l'ordonnancement des parties à laver. Le corps est coupé en deux, le haut et le bas, et certaines parties font l'objet de plus d'attention, « Insister sur les endroits riches en prolifération microbienne : oreilles, coudes, aisselles, plis cutanés – notamment sous les seins –, ombilic, pieds... »⁴⁵¹. Les

⁴⁵⁰ http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/guides/FCPRI/Soins_hygiene/Toilette.pdf (consulté le 13/08/16)

⁴⁵¹ *Ibid.*

préoccupations des novices vont concerner la partie la plus intime du corps, ils se posent mille questions, *« j'ai une question toute bête, si le patient a uriné dans sa protection, je commence par la toilette intime ? S'il a eu des selles, je commence par nettoyer le siège ? Mais s'il a eu des selles et des urines, je commence par quoi ? »*. A cette question postée sur un blog⁴⁵², la réponse est la suivante : *« vu que l'on va du plus propre au plus sale, tu commences par le siège puis tu t'occupes de l'appareil urinaire. On considère que les selles sont plus sales que l'urine »*, conseil qui ne satisfait pas une autre blogueuse qui poursuit : *« Tu te contredis. Le siège est considéré comme sale, on débute la toilette génitale par le siège »*.

Le « sale » est constitué des sécrétions et produits d'élimination, selles, urines, sang et pus, tout ce qui vient de l'intérieur du corps. Dans la vie ordinaire, le sale vient plutôt de la pollution extérieure, des poussières et de la terre. Cette redéfinition du sale comme venant de l'intérieur du corps fait appel aux pur et impur. On observe une hiérarchie des perceptions concernant les saletés corporelles selon la signification sociale qui lui est attribuée, chacun ne donnant pas la même valeur aux différentes excréctions du corps. Tel soignant sera plus sensible aux crachats, tel autre au vomi. La transpiration, les excréments et le sang menstruel n'ont pas le même degré de saleté.

10. Les soins de propreté

La prise en charge de la propreté et de la saleté s'ancre dans l'histoire du rapport de l'individu à son corps et à celui des autres ; elle fait appel à un ensemble de pratiques sociales et culturelles plus générales abordées précédemment.

L'appréciation du propre et du sale est très subjective et repose sur la signification sociale que chacun lui attribue en fonction de son éducation. Le versant propre est également de nature subjective et seul le patient peut l'évaluer. La contrainte sociale de tenir le corps en état de propreté se retrouve à l'hôpital, les toilettes sont réalisées de façon quotidienne et sont justifiées par un souci de « bonne santé », de « se sentir mieux », et de « respect du patient ». Mais le plus souvent, par manque de temps, le personnel hospitalier ne lavera qu'une partie du corps, celle qui se voit. *« Le week-end, on n'a pas le temps de laver tous les patients, l'équipe est en effectif réduit. Alors on ne lave que ce qui se voit, les bras et le*

⁴⁵² <http://www.infirmiers.com/forum/toilette-intime-du-plus-propre-au-plus-sale-t84973.html> (consulté le 13/08/16)

visage, le reste est caché sous les draps... c'est pour ne pas avoir de reproches de la part des familles qui viennent leur rendre visite » (E.16).

Le constat de saleté se fera par l'intermédiaire des sens. Le toucher donnera une sensation de collant, la vue objectivera la saleté du corps, mais c'est surtout l'odorat qui apportera le plus d'informations sur le manque d'hygiène.

10.1. Evolution des sentiments de pudeur, de honte et d'intimité

Les changements des pratiques d'hygiène et d'entretien du corps ne se sont pas limités à la conquête du « propre », ils ont également modifiés nos comportements dans la gestion des fonctions corporelles d'élimination, et dans l'hygiène corporelle. La toilette se déroule dans un espace privé, à l'abri des regards et dans l'intimité. « Il a fallu que nos sociétés parcourent un long chemin pour que la défécation encore chantée par Rabelais, évoquée sans vergogne par Montaigne... devienne un motif de honte, impliquant le silence, le repli sur soi et la crainte d'être surpris en si fâcheuse posture »⁴⁵³. Les notions de pudeur et de honte sont associées à cette évolution.

10.2. Sentiment intime, sentiment de l'intime

La notion d'intimité est omniprésente dans les soins, on la retrouve interrogée dans les écrits des étudiants comme une préoccupation de tous les instants et de tous les soins, un droit sacré à respecter. Intéressons-nous à cette notion et à ses fonctions.

Le mot intime vient du latin *intimus* qui désigne ce qu'il y a de plus intérieur. Au sens littéraire du terme, l'intimité est définie comme le « caractère de ce qui est intime, profond, caché et impénétrable »⁴⁵⁴. L'intimité concerne d'abord ce qui est de l'ordre de la vie privée. Issu du droit, ce concept distingue le privé du public. Le public recouvre tout ce qui relève des rapports entretenus par nécessité avec d'autres personnes et régis par la loi, ou bien ce que la personne elle-même accepte de rendre publique. Ce qui est de l'ordre privé concerne ce qui échappe au public par la loi et par la volonté de la personne. Les occasions d'atteinte à la vie privée sont nombreuses dans les établissements de soins et sont le fait de la vie en collectivité imposée et des horaires de soins non choisis.

⁴⁵³ LE BRETON, David. *Op. Cit.*, 2005.

⁴⁵⁴ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/intimité> (consulté le 12/08/16)

Mais l'intimité ne se décline pas seulement en termes d'opposition public-privé. Elle est aussi cette part personnelle de soi qui est réservée. Elle est ce qui appartient en propre à la personne et que l'on retrouve sous différentes formes. L'intimité corporelle, où le corps établit une première limite de l'intime ; l'intimité psychique ou affective, faisant appel au monde secret et à tout ce que l'on garde pour soi. Enfin, l'intimité de l'espace, qui est notre bulle protectrice nous entourant et formant l'espace intime.

10.2.1. Les secrets de l'intime

À l'hôpital, les soignants ont accès à l'intimité psychique des patients lors des confidences qu'ils leur font sur leur ressenti face à la maladie, ou dans les questions que les soignants posent pour connaître et identifier leurs besoins. Toutes les informations recueillies à propos d'un patient sont protégées par le secret professionnel, le *savoir coupable* de Hughes.

L'étudiant est souvent la personne à qui se confie le patient. Il entend ses plaintes, ses craintes, ses souffrances, témoin impuissant de ses confidences dont il ne sait que faire. Il « se charge » du mal du patient. Et si certains guérisseurs s'en débarrassent en se secouant les mains, comme dirait François Laplantine, le soignant ne s'en débarrasse pas aussi facilement, sauf s'il a possibilité de le partager et de le transmettre aux autres.

Nous verrons plus loin l'importance de ce partage lors des temps de transmissions, espaces de régulation qui permettent de redonner du sens au travail.

10.2.2. L'intimité de l'espace

Dans le quotidien des soins, l'intimité de l'espace du malade n'est pas toujours respectée. La chambre n'est pas considérée comme l'espace du malade, mais comme un lieu que les soignants investissent. Ils y entrent le plus souvent sans frapper, et les allées et venues des différents membres du personnel tout au long de la journée et même pendant la nuit sont incessantes.

La façon d'envahir l'espace intime, les précautions prises par le soignant, le comportement adopté lors des soins, tout a une grande incidence sur le confort psychique du patient. Effectivement, pour le patient, ne pas savoir comment va se dérouler un soin, quand il va se dérouler, combien de personnes vont rentrer dans sa chambre, quand vont-elles rentrer, peut engendrer entre autre, du stress, de l'angoisse et de la peur.

10.3. L'intimité corporelle et la pudeur

L'intimité corporelle, c'est l'intimité des parties du corps que l'on ne souhaite pas exposer aux yeux et à la vue des autres. C'est cette intimité-là qui nous intéresse plus particulièrement, perpétuellement menacée dans le monde des soins. L'intimité est associée à la pudeur.

10.3.1. Dévoilement de l'intime

Pour la plupart des gens, la nudité peut représenter une humiliation à l'exception de certaines situations où elle est autorisée : la relation amoureuse, la convention nudiste encadrée dans un espace privé, et la relation de soin. La nudité des naturistes n'est pas sans pudeur, elle est reliée à des occasions particulières et elle est consentie par les individus qui, par ailleurs, n'ignorent pas la norme sociale.

La pudeur se définit comme la « disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelle »⁴⁵⁵. C'est un sentiment qui permet de protéger l'intimité corporelle, et sa transgression provoque des sentiments de gêne et de honte pour le patient, mais aussi pour le soignant.

Le sentiment de pudeur est dicté par les normes et les valeurs de la société, mais aussi par l'éducation. L'enfance est une période particulière où la nudité semble ne pas déranger l'enfant, jusqu'à un certain âge. Les enfants ne transgressent pas les normes sociales, ils les ignorent, ils acquièrent le sens de la pudeur progressivement, souvent en lien avec la maîtrise des sphincters et l'acquisition de la propreté. Les parents inculquent la pudeur à leurs enfants tout comme ils enseignent le langage. L'éducation a une influence sur les attitudes de l'étudiant dans ses rapports au corps nu et aux pratiques liées à la nudité, « *je n'ai jamais vu d'autre corps nu que le mien* ». « *Mes grands-parents je ne les ai jamais vus en maillot de bain, je connais de leur corps que leurs mains et leur tête, ce qui dépassent des vêtements et ne peut être caché* » (E.2).

⁴⁵⁵ <http://www.cnrtl.fr/definition/pudeur> (consulté le 12/08/16).

10.3.2. L'élimination

Pudeur et honte sont contigües. L'une précède l'autre, la pudeur intervient la première, elle règle les distances entre soi et l'autre, elle veille sur l'espace socialement construit. « La honte est toujours un accident de la pudeur »⁴⁵⁶. La vigilance de la pudeur évite à l'individu d'être exposé à la honte. Cet ordre des choses ne s'applique pas à la façon dont ce sentiment est transmis durant l'enfance. Les parents ont plutôt tendance à faire honte à leurs enfants sans attendre que la pudeur soit complètement acquise. La pudeur devient chronologiquement seconde lorsque le parent fait des reproches à son enfant jouant avec ses excréments et n'ayant pas encore compris qu'il faut se cacher pour déféquer. La honte forme ainsi à la pudeur alors qu'en principe, la pudeur devrait permettre d'éviter la honte. La honte mise en place dès les tous premiers moments de l'éducation va s'inscrire de façon indélébile dans la constitution psychique de l'enfant et va conditionner nombre de ses comportements relationnels et sociaux.

L'enfant devient pudique en comprenant qu'il faut dissimuler tout ce qui peut offenser le regard des autres. Il apprend la pudeur pour éviter la honte, il dissimule les choses honteuses de manière réflexe.

L'enfant apprend à ne pas parler de ses fonctions corporelles. Si le contrôle des sphincters renvoie bien à leur maturation physiologique, les fonctions d'élimination relèvent d'un processus d'apprentissage débuté dès le plus jeune âge. Norbert Élias a étudié ce processus et a décrit comment lentement l'individu en est arrivé à se cacher pour éliminer, « les sentiments de honte et de malaise se sont progressivement imposés comme des réponses affectives socialement appropriées à certaines fonctions corporelles »⁴⁵⁷.

Les activités liées au corps excréteur sont une préoccupation à de nombreux moments du séjour hospitalier, il est souvent très gênant pour l'étudiant de proposer le bassin à un patient alité pour aller à la selle, ou bien d'avoir à tenir l'urinal parce qu'il ne le peut pas. « *Je ne savais pas comment m'y prendre pour le mettre sur le bassin, j'avais honte alors que c'est lui qui aurait dû être gêné et il ne semblait pas l'être* » (E.16).

⁴⁵⁶ HABIB, Claude, « La pudeur et ses limites », in MARQUET, Jacques, MARQUIS, Nicolas, HUBERT, Nathalie. *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers: de la formation à la profession. Op. Cit.*, p. 47.

⁴⁵⁷ ELIAS, Norbert. *La Civilisation des mœurs*. Paris : POCKET, 2001, p. 192.

10.3.3. Le sentiment moral de honte

La pudeur est un vécu subjectif fortement lié au sentiment de honte. « La honte ne se dit pas, ne se montre pas, ne se représente pas »⁴⁵⁸, elle est un sentiment moral, une sorte de culpabilité à aborder un sujet tabou comme l'élimination. On n'en parle pas car on a honte, et on se sent humilié lorsque le sujet est abordé. Pour Serge Tisseron, l'humiliation est une manifestation de la honte, « elle est la pire des épreuves »⁴⁵⁹. Les patients éprouvent une grande gêne à parler de leur besoin d'élimination par pudeur, par honte et sentiment d'humiliation. Ayant les mêmes influences sociales et culturelles, cette gêne est partagée par les soignants.

Claude Habib explore différentes formes de pudeur : l'*aïdos* des Grecs, la pudeur sentimentale, et la pudeur corporelle, et montre la difficulté à préciser les contours de la notion. L'auteure défend l'idée que la pudeur est une des conditions essentielles de la vie en société car elle permet de prévenir la violence dans les rapports humains.

Lors des soins d'hygiène, la pudeur est mise à mal. La situation de soin est paradoxale, le soignant doit être attentif à respecter la pudeur du patient tout en lui demandant d'y renoncer pour la plupart des soins. Le patient se retrouve encore plus démuné à l'hôpital car les défenses de la vie ordinaire pour ménager sa pudeur ne sont plus possibles.

11. Une cartographie sensible des parties du corps à laver

Dès lors que l'on aborde les soins d'hygiène du corps, la nudité et l'érotisme sont forcément convoqués. Laver les parties génitales d'une personne, voir les corps dans leur nudité font partie du métier. Dans la vie privée, la nudité se partage dans l'intimité d'une relation amoureuse et sexuelle. À l'hôpital, la nudité devient publique, même si elle se dévoile dans l'espace privé d'une chambre, et appelle la question de l'érotisme.

La nudité est souvent associée à la sexualité, les normes professionnelles tendent vers une relative déssexualisation des corps des patients. Les étudiants de début de formation ont des représentations sur les parties du corps cachées dans l'espace public. Les parties habituellement visibles ne posent pas de problème *a priori*. Les organes sexuels, les

⁴⁵⁸ TISSERON, Serge. *La honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod, 1992, p. 130.

⁴⁵⁹ TISSERON, Serge cité par SELZ, Monique. « Présentation », in *Le Coq-héron* 2006/1, n° 184, p. 11-13. DOI 10.3917/cohe.184.13.

poitrines des femmes sont considérées comme des parties du corps sensibles et complexes à toucher dans les premiers soins.

À travers leurs discours, nous pouvons dessiner une cartographie assez semblable aux normes véhiculées par la société occidentale, où l'influence judéo-chrétienne reste marquée. Le corps apparaît comme coupé en deux, d'un côté les parties moins sensibles correspondant aux parties qui sont montrées comme les bras, les jambes, le torse pour les hommes, le dos. L'étudiant n'exprime pas de difficultés à les toucher, à les laver. Les zones génitales sont les parties du corps les plus sensibles car liées à la sexualité. La zone anale fait également partie des zones sensibles mais pour une autre raison, elle est souvent associée aux excréments et à la saleté.

Dans son étude⁴⁶⁰ sur la pratique des seins nus à la plage, Jean-Claude Kaufmann identifie trois visions du corps que l'on peut retrouver dans notre contexte de soin : le corps normalisé, le corps esthétique et le corps érotique. Le corps esthétique s'offre au regard soignant le temps de s'attarder un peu, et stigmatise les seins non conformes aux standards car trop vieux, trop gros. Le corps sexuel dans sa dimension érotique, « *Je devais faire la toilette d'une très belle fille, elle était dans le coma suite à un AVP [accident voie publique], allongée sur le lit, elle ne bougeait pas... Je devais lui faire sa toilette, lorsque je lui ai ôté sa chemise fendue, j'ai été fasciné par ses seins, je n'osais pas toucher les seins, je passais le gant de toilette en touchant à peine, je n'osais pas lui toucher, l'aide-soignante a pris le relais* ». Cette fascination pour la beauté du corps est sans nul doute doublée d'une dimension érotique.

Enfin, le corps normalisé s'efface dans la ritualisation des gestes de la toilette, il devient un morceau de chair à laver. Mais il ne faut pas croiser le regard du patient.

Le visage et le sexe semblent à part dans les soins, ils disposent d'une zone de protection qui les isolent du reste du corps, « [ils] jouissent en négatif d'une attention redoublée dans la mesure où le contact avec l'un ou l'autre est impensable lors de l'échange »⁴⁶¹. Les soins du visage peuvent autant susciter la répulsion, comme les soins de bouche, que la gêne lorsqu'il sera question de raser le visage d'un homme. Le rasage peut être vécu comme un soin érotique s'il s'agit d'un visage encore jeune.

⁴⁶⁰ KAUFMANN, Jean-Claude. *Corps de femmes, regards d'hommes : Sociologie des seins nus sur la plage*. Paris : Nathan, 1995.

⁴⁶¹ LE BRETON, David. *Des visages. Essai d'anthropologie*. Op. Cit., p. 143.

La toilette et les soins d'hygiène qui lui sont associés vont nous servir de support pour notre analyse.

TROISIEME PARTIE

L'EXPERIENCE EMOTIONNELLE ET SOCIALE

L'objet de notre recherche est le vécu de l'étudiant lorsqu'il réalise ses premiers soins et entre pour la première fois en contact avec le corps malade. Dans cette partie, nous cherchons à saisir tous les processus à l'œuvre, de l'émergence de l'émotion à sa gestion, de ses manifestations à son mode de désignation, de son interprétation à son partage, dans le cours de l'action et à distance de l'évènement.

Les soins d'hygiène se déroulent dans une mise en scène où chacun, soignant et soigné, protège son image et son espace. Ils se prêtent à des mises en scène très variées et des jeux de rôle d'une grande richesse, se révélant sans nul doute comme les plus riches en significations. Ils mobilisent tous les sens et entraînent de nombreuses sensations intimes et secrètes faisant émerger de multiples ressentis qui s'exposent, se partagent et se montrent ou bien s'imposent et indisposent. Ils font résonner l'histoire des soins, les codes et les normes sociales, l'identité du rôle propre de l'infirmière.

Goffman a interrogé les formes que prennent les interactions de la vie quotidienne, nous lui empruntons ses notions et son vocabulaire dramaturgique, « leur granularité leur permet de passer à travers les parois temporelles, culturelles ou disciplinaires »⁴⁶², pour structurer l'analyse et problématiser la rencontre de soin.

L'acteur de Goffman gère les impressions qu'il veut donner à l'extérieur mais sans vraiment le faire pour ses sentiments intérieurs. Le projet du sociologue s'inscrit dans une « symptomatologie sociale » laissant à Freud la médicalisation des symptômes refoulés dans l'inconscient. L'approche microsociologique sera élargie par l'apport de la psychanalyse freudienne et par le modèle d'Arlie Hochschild⁴⁶³ qui prend en compte l'individu affecté et sensible dans la conscience qu'il a du jeu émotionnel. La sociologue postule qu'une émotion inappropriée peut être modifiée dans son degré, dans sa qualité, voire supprimée. Elle a conceptualisé ce travail émotionnel en décrivant le double effort

⁴⁶² WINKIN, Yves. Compte rendu journée d'études autour de Goffman, Institut Marcel Mauss – 21 octobre 2013. Conférence organisée dans le cadre du séminaire : « Relire la sociologie de Chicago » par Daniel Cefaï (CEMS-EHESS) et Howard Becker, <https://mastersociologie.hypotheses.org/2748> (consulté le 5/09/2016)

⁴⁶³ HOCHSCHILD, Arlie. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003/01 n°9, p.19-49. DOI : 10.3917/trav.009.0019.

de gestion de l'émotion, en surface dans son expression, ou en profondeur dans son vécu. Car il s'agit bien d'un travail que l'étudiant doit accomplir chaque fois qu'il mobilise de l'énergie pour faire advenir quelque chose qui n'existait pas ou se présentait sous une autre forme.

Appliquer l'analyse goffmanienne à l'interaction de la toilette dépasse certainement le cadre des recherches menées par le sociologue de la vie ordinaire. Il nous semble que ce n'est pas pour autant une déformation de sa pensée mais plutôt un cadre d'analyse qui permet de prendre en compte la spécificité de ce type d'interaction. « Le pouvoir de structuration de l'expérience détenue par les concepts sociologiques nourrit leur capacité à se renouveler, à se confronter à de nouveaux terrains, à évoluer pour envisager de nouveaux processus, à revisiter ce qui fait notre actualité »⁴⁶⁴, nous ferons dialoguer la sociologie de Goffman et les mécanismes de défense de Freud avec le modèle du travail émotionnel. Nous rejoignons Hochschild lorsqu'elle note que ce qui manque à Goffman pour traiter la question du travail émotionnel se trouve chez Freud, à qui il manque ce que l'on trouve chez Goffman. Le social dialogue avec l'inconscient, les deux champs s'intéressant à la vie quotidienne.

1. Une rencontre sensible formalisée dans un cadre

1.1. L'hôpital, cadre de l'expérience

Le cadre qui nous concerne est l'hôpital, espace où sont séparés les bien-portants des malades. Il est régi par des lois propres qui ne sont pas celles de l'existence ordinaire dans la société. La vie sociale est organisée de telle sorte qu'en général, nous comprenons ce qui nous arrive et nous pouvons prendre part à l'activité. Chaque cadre social comporte ses propres règles et les cadres primaires d'un groupe social constituent l'élément central de sa culture. L'étudiant qui entre en formation est capable en général de se faire une image de ce que sera la toilette d'après son cadre primaire, mais cette faculté montrera ses limites lors des premiers contacts corporels. La question du maintien du cadre se posera.

Le cadre organise le sens des activités, il organise également des engagements. « Tout cadre implique des attentes normatives et pose la question de savoir jusqu'à quel point et

⁴⁶⁴ ALBERTINI, Françoise in LARDELLIER, Pascal. Dirigé par *Actualité d'Erving Goffman, de l'interaction à l'institution*. Paris : l'Harmattan, 2015, p. 175.

avec quelle intensité nous devons prendre part à l'activité cadrée »⁴⁶⁵. Tous les cadres n'imposent pas le même type d'engagement, celui des soins réclame un engagement excessif « un engagement est un processus psychologique dans lequel le sujet finit par ignorer, au moins partiellement, où le dirigent ses sentiments et son attention cognitive »⁴⁶⁶.

L'institution n'est pas *totale* au sens où l'a exprimé Goffman, mais elle en revêt néanmoins certains aspects au niveau des règles de fonctionnement qu'elle impose. La rupture avec le monde extérieur définit l'intérieur de l'institution hospitalière comme un microcosme fonctionnant selon des codes le plus souvent implicites, formalisés nulle part et connus de tous, des allants de soi pour les soignants qui baignent dans cet univers familial. Ces codes sont étrangers pour le profane, induisant le sentiment d'être dépossédé de *soi*, il va devoir faire un effort d'adaptation lorsqu'il entrera à l'hôpital.

L'hôpital est le lieu de rassemblement de tous les corps malades et son évocation suscite la peur chez la plupart des individus mais également la fascination ; certains nourrissant le secret désir d'aller voir ce qui s'y passe réellement. Ce mélange d'effroi et de fascination est caractéristique du sacré tel que le définit Roger Caillois. Le monde sacré de l'hôpital s'oppose au monde profane de la vie ordinaire, « ils se définissent l'un par rapport à l'autre, s'excluent et s'appellent mutuellement »⁴⁶⁷. Il porte en lui des projections symboliques liées à la maladie et à la mort. L'hôpital est bien l'envers du décor social, « le lieu où le corps expose ses fragilités, sa détresse, ses limites »⁴⁶⁸, il est un endroit redouté.

1.2. Des rôles au rôle soignant

Chaque cadre social renvoie à une intention et celle de l'hôpital est de soigner. Le cadre des soins est configuré pour dispenser un service particulier et chacun occupe un rôle particulier, dispensateurs de soins pour les uns et bénéficiaires de soins pour les autres. Soignants et patients se retrouvent ainsi et jouent le rôle qui leur est attribué dans le face-à-face que représente la relation de soin.

⁴⁶⁵ GOFFMAN, Erving. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les éditions de minuit, 1991, p. 338.

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p. 339.

⁴⁶⁷ FERNANDEZ, Fabrice, LEZE, Samuel, MARCHE, Hélène. *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : ECONOMICA Anthropos, 2008, p. 244.

⁴⁶⁸ LOMBARD, Jean, VANDWALLE, Bernard. *Philosophie et soin : les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique*. Paris : Seli Arslan, 2009, p. 120.

Dans sa théorie de l'interaction, Goffman précise l'usage de la notion de rôle qu'il décompose en trois dimensions. Le premier versant du rôle est normatif, il est défini par les règles de bonnes pratiques, de conduites idéales qu'un individu doit respecter pour assurer la fonction demandée. Le second versant se rapporte aux attributs et aux qualités associées couramment à la personne qui remplit le rôle, dans notre cas, aux stéréotypes de l'infirmière. Ainsi, on attend d'une infirmière qu'elle soit douce, aimable et habile de ses mains. Enfin, la troisième dimension du rôle porte sur son interprétation, sur la manière dont le soignant s'approprie le rôle, l'incorpore et le tient, sans jamais déroger ni aux normes idéales, ni à celles relevant des attributs et qualités attendus. Goffman nomme cet ensemble de rôles possibles *social role* qui recouvrent « un ou plusieurs rôles et l'acteur peut présenter chacun de ses rôles dans toute une série d'occasions »⁴⁶⁹.

L'étudiant va utiliser son corps en fonction du nouveau contexte social dans lequel il se trouve, il adopte l'expression sociale de son identité à la nature de la situation rencontrée. Les règles de conduites corporelles seront redéfinies en fonction du *rôle* à jouer. Goffman parle de *modèle conventionnel de comportement* vis-à-vis duquel il a possibilité de garder sa distance, *la distance au rôle*.

Le novice n'est pas là par hasard, il sait pourquoi il est là. Avant même d'entrer dans la chambre, il se représente la situation où il va devoir jouer le rôle de soignant. En se présentant devant le patient, il se trouve engagé à avoir le comportement approprié à la situation de soin, conforme à ce que l'on attend de lui, à ce que la société attend d'une infirmière. Son comportement va être observé et interprété par le patient qui attend d'être soigné avec attention, respect, tolérance, écoute et bienveillance. C'est la situation qui crée la nécessité du rôle et non pas l'individu qui l'impose. Le rôle existe indépendamment de l'individu qui vient le remplir et l'interpréter. « Le social préexiste aux individus » selon l'adage durkheimien. Le rôle est prédéfini et il se compose concrètement dans le cours de la rencontre.

1.3. Une dramatisation du rôle : la blouse

Pour jouer le rôle, l'étudiant va chercher à maîtriser les impressions qu'il donne à voir en construisant une image avantageuse de lui-même. Il sait que les premières impressions

⁴⁶⁹ GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. la présentation de soi*. Paris : les éditions de minuit, 1973, p. 24.

sont fondamentales. Il va revêtir la tunique blanche qui va donner un éclat et un relief encore plus dramatique à sa représentation. La blouse permet de changer de rôle : *« lorsque je mets ma tenue de travail, c'est comme lorsque je baisse ma grille de casque [étudiant qui fait du hockey sur glace], je suis un autre homme ; quand je retire la blouse, je reviens dans le monde réel »* (E.6).

L'institution prête ce vêtement en échange d'un travail, il ne sera porté que pour entrer en scène et pour jouer le rôle. Le vêtement est une marque d'identité, un signe de reconnaissance, un statut qui autorise. « L'habit soignant habille autant qu'il habilite. Textile et textuel, au même radical, rappellent que le tissu donne sa texture à la parole soignante »⁴⁷⁰. Avec la blouse, le soignant enfile un personnage, un rôle : *« Quand j'ai la blouse, je suis en mode professionnel et je me surprends moi-même. En temps normal, je suis très pudique, faut pas qu'il y ait un bout de fesse qui dépasse et quand je suis en blouse, la nudité ne me gêne pas du tout »* (E.7).

Déplaçons un instant notre regard sur la blouse, symbole de l'infirmière. Le vêtement n'a pas seulement une fonction utilitaire, il est avant tout signifiant et marque l'appartenance à un groupe professionnel, à un métier, à un collectif. Nous pouvons le considérer comme un dispositif symbolique, un support de message, un élément déterminant du processus de transformation de l'étudiant en soignant.

1.3.1. Etre le même dans sa différence

Depuis que l'hôpital est laïcisé, l'uniforme de travail est de couleur blanche pour les soignants des services de soins généraux⁴⁷¹. Tout le monde porte le même uniforme sans distinction de couleur, seuls certains signes permettent de distinguer les professions entre elles, du médecin à l'aide-soignante, et le statut, diplômé ou stagiaire. Certains indicateurs sont clairement annoncés, un fin liseré de couleur sur la poche supérieure va différencier l'infirmière de l'ASH ; le badge, accroché à la poche supérieure de la veste, où sont inscrites l'identité et la fonction, permettra de distinguer la position sociale occupée. D'autres signes plus subtils informent de la différence de statut : la façon de boutonner la blouse, le port d'habits civils sous la tenue de travail, le stéthoscope autour du cou, le

⁴⁷⁰ PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin* - Paris : PUF, 2010, p. 18.

⁴⁷¹ Le blanc est largement majoritaire dans les services de soins à l'exception des unités de réanimation, des blocs opératoires ou des maternités. Dans le CHU où j'exerce, le bleu est réservé aux soignants de réanimation, le vert est attribué aux blocs opératoires.

nombre de stylos dans la poche ; autant de symboles signifiant l'appartenance à un groupe professionnel mais seulement pour un œil exercé.

« L'art est de savoir exhiber ces symboles, de le faire avec un négligé calculé ; l'élégance à l'hôpital consiste à faire passer ses goûts et son style à travers un uniforme »⁴⁷². Les propos de Jean Peneff datent d'il y a une vingtaine d'années mais restent très actuels. Un nouvel objet a fait son apparition depuis : le téléphone portable. Les étudiants ne s'autorisent pas encore à l'avoir durant leurs études, mais il occupe toutes les poches des professionnels de santé, le prestige de la marque faisant toute la différence entre les groupes professionnels. Un Iphone dernière version a de grandes chances d'occuper une place de choix dans la poche supérieure, lui donnant ainsi une meilleure visibilité.

En début de formation, les étudiants utilisent strictement le port de la tunique blanche sans utiliser d'artifices, même les chaussures sont strictement fidèles aux codes vestimentaires, chaussures fermées, non bruyantes et blanches ou de couleurs, mais référencées dans les catalogues d'accessoires professionnels. Ce n'est que plus tard que leur choix se portera sur des chaussures plus personnalisées.

L'habit dépersonnalise et masque en même temps la différence entre les hommes et les femmes par la généralisation de la tunique pantalon. Quelques rares exceptions portent encore la blouse, faisant naître quelquefois la confusion, « *les hommes sont forcément des médecins et les femmes des infirmières* ». Le corps se pare alors, maquillage et port de bijoux, pour attester de sa féminité. Le maquillage renforce l'identité sexuelle et constitue une parade sociale.

1.3.2. Une mise en scène de soi

« L'objet vêtement n'exprime pas seulement des symboles, il est langage »⁴⁷³ nous dit Michèle Olivier-Amouroux. Goffman préfère le terme « comportement d'exposition »⁴⁷⁴ car il estime que le vêtement, contrairement au langage, n'est pas génératif. « Parler de vêtement comme d'un langage ou du langage vestimentaire relève du discours

⁴⁷² PENEFF, Jean. *L'Hôpital en urgence*. Paris : Metailié, 1992, p. 44.

⁴⁷³ OLIVIER-AMOUROUX, Michèle. *Chronique d'un vestiaire hospitalier*. Paris : l'Harmattan, 2004, p. 114.

⁴⁷⁴ Traduction de "*display behavior*", Goffman.

journalistique »⁴⁷⁵. Le vêtement participe à la théâtralisation de la vie sociale et à la mise en scène du moi ; il fait partie de *l'appareillage symbolique*.

« Le vêtement professionnel (...) est riche de sa valeur émotionnelle et fort du pouvoir qu'il engendre »⁴⁷⁶. Le vêtement rend le corps « spectaculaire » et suscite l'imagination. L'effet sur l'autre est variable. La blouse blanche peut susciter le respect, l'admiration : « *depuis mon enfance, je veux faire ce métier, la blouse me fascine* » (E. 34), la crainte voire la peur – peur des blouses blanches –, la libido – infirmière nue sous sa blouse –, l'ordre et le pouvoir. Elle inspire le devoir mais aussi la responsabilité. En portant la blouse, « je deviens subitement le représentant d'un métier, d'une institution, d'un ordre »⁴⁷⁷. La blouse confère une autorité mais en contrepartie elle inspire le devoir et la responsabilité.

1.3.3. Le vêtement marque les frontières

La blouse délimite le dedans du dehors dans une temporalité et un espace particulier, elle est frontière entre le monde profane et le monde des soins, transition entre sphère publique et sphère privée. La tenue permet aussi de s'identifier au groupe de pairs et d'être reconnu et identifié par le patient ; mais aussi par les visiteurs et par ses collègues comme faisant partie du corps soignant.

Le premier passage est le vestiaire, lieu hautement symbolique, où le profane se transforme en soignant à l'abri des regards indiscrets. Revêtir la tenue fait partie de ces menus rituels qui font passer l'individu d'un statut à un autre. Le vestiaire fonctionne comme un sas d'entrée et de sortie. En arrivant, le soignant enfle sa tenue, le costume pour jouer le rôle, signalant ainsi le début du travail. À la fin de sa journée, il fait le mouvement inverse, il réintègre le monde ordinaire. Oter le vêtement de travail permet de redevenir soi, et de reprendre son rôle de « Madame ou Monsieur Tout-le-Monde ». Retirer sa tenue, c'est aussi enlever son masque, laisser derrière soi tout ce qu'il a fallu gérer et qui collent à la peau, c'est retourner dans le monde des biens portants et des normaux. Le vestiaire peut être vu comme un espace où les rituels du déshabillage et de

⁴⁷⁵ WINKIN, Yves. « Entretien avec Erving Goffman », in *Les moments et leurs hommes*. Textes recueillis et présentés par Yves Winkin, Paris : Points, 2016, pp. 284-285.

⁴⁷⁶ OLIVIER-AMOUROUX, Michèle. *Chronique d'un vestiaire hospitalier*. Paris : l'Harmattan, 2004, p. 22.

⁴⁷⁷ *Ibid.*, p. 120.

l'habillage vont s'enchaîner dans le secret des confidences, des peines, des joies et des incertitudes, celles de fin de journée, celles qui montrent aussi qu'il y a une autre vie avant et après l'hôpital.

1.3.4. Le vêtement protecteur

Le port du vêtement est tacitement obligatoire, il ne viendrait à personne l'idée de réaliser un soin en habit civil. Il est présenté comme étant une protection en matière d'hygiène et un atout pour de meilleures conditions de travail. La tenue vestimentaire a pour première intention de protéger le malade, déjà fragilisé par la maladie, afin de ne pas le contaminer par manu-portage de germes d'autres patients. Elle se change tous les jours. À chaque fin de poste, le soignant la dépose dans un sac pour être lavée de toutes les souillures et impuretés qui la recouvrent. Les déchets et les miasmes contagieux ne doivent pas quitter la sphère sacrée de l'hôpital. « Les déchets corporels sont symbole de danger »⁴⁷⁸. Nous verrons qu'elle joue aussi un rôle protecteur contre les multiples stimulations sensorielles génératrices d'émotions.

1.4. La chambre : théâtre des opérations

L'entrant, souvent appelé ainsi par le personnel, rejoint un cadre qui lui est étranger. Il est mis à nu dans tous les sens du terme, allongé sur un lit en position horizontale, « privé de toute autonomie, souffrant ou angoissé par ses maux, il est contraint à se livrer à l'attention des autres et à réaliser un compromis avec ses valeurs les plus ancrées »⁴⁷⁹. La chambre est l'espace du patient. Les rôles et les places de chacun sont ritualisés en termes d'organisation du temps, des lieux et des modalités d'action.

1.4.1. Apprivoiser les lieux et trouver sa place

Les étudiants expriment très souvent leurs difficultés à trouver une place dans l'équipe : « *j'observe, je ne sais pas trop comment me positionner au sein de l'équipe et me rendre utile* » (E.2). Dans leurs premières analyses de pratique, ils font référence à la place qu'ils occupent en tant que sujet, à la manière dont ils se situent dans l'espace. Ils emploient

⁴⁷⁸ DOUGLAS, Mary. *De La souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte, 2001, p. 127.

⁴⁷⁹ LE BRETON, David. « Accueil des migrants à l'hôpital » in HINTERMEYER, Pascal, LE BRETON, David, PROFITA, Gabriel. *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy : PUN, 2016, p. 53

souvent le terme de place ou celui de positionnement. « *Les premiers jours, on ne fait pas de soins, on observe. Je suis avec les aides-soignantes, je ne sais pas trop où me mettre, j'ai du mal à trouver ma place* » (E.35)... « *Il m'a fallu plusieurs jours pour trouver ma place, pour apprivoiser le service, au début je me demandais où j'avais mis les pieds !* » Les premiers jours sont souvent ceux de l'observation, ils *apprivoisent*, pour reprendre l'expression de l'étudiant, ce nouvel environnement dans ses différentes dimensions : le lieu, le personnel, l'organisation de travail, avant la rencontre avec le patient.

1.4.2. Prise de contact : l'entrée dans la chambre

Dans la vie quotidienne, les interactions s'ouvrent et se ferment par une série de rituels, de gestes et de paroles, permettant de mettre les acteurs en position favorable pour engager ou conclure un échange. Dans nos sociétés occidentales, l'entrée en communication est accompagnée de salutations, poignée de main ou hochement de tête ; chacun attend que cette symbolique corporelle soit respectée car elle est garante de la réussite de la suite de l'échange.

À l'hôpital, il en est autrement et les premières difficultés commencent par l'entrée en matière. Comment aborder le patient et que lui dire ? Comment démarrer une conversation ? « *Le premier jour de mon premier stage, on m'a demandé de faire la toilette d'une patiente. Je me suis retrouvée devant elle.... je ne savais pas comment m'y prendre, comment l'approcher, quoi lui dire, je n'osai pas la toucher, j'étais très gênée* » (E.16).

Les *menus propos*⁴⁸⁰ font partie des *ressources sûres*⁴⁸¹ et constituent « une réserve de messages auxquels les individus peuvent avoir recours quand ils sont dans une position où ils doivent maintenir un échange tout en ayant rien à dire »⁴⁸². Ils sont inépuisables et très largement utilisés, chacun y a recours dans les interactions de la vie ordinaire. Cependant, ces codes, connus par l'étudiant socialisé, semblent inappropriés dans le monde des soins. Demander « si ça va bien » à quelqu'un qui ne va pas bien peut sembler indécent.

⁴⁸⁰ Traduction de “*small talk*”, GOFFMAN, Erving, 1973.

⁴⁸¹ Traduction de “*safe supplies*”, GOFFMAN, Erving, 1973.

⁴⁸² GOFFMAN, Erving. *Les moments et leurs hommes*. Textes recueillis et présentés par Yves Winkin. Paris : Seuil, 1988, p. 111.

Les échanges rituels de l'interaction sont d'une autre nature. La conversation peut s'engager sur des sujets aussi surprenant que le transit intestinal, la digestion, les pets, les selles, les démangeaisons ou autres tracas de la vie quotidienne, rarement partagées avec les autres et encore moins avec un inconnu.

2. Quand la rupture de cadre est propice aux émotions

« Le corps humain est sans doute un des facteurs de perturbation du cours d'action capable de disloquer un cadre »⁴⁸³. La menace qui pèse sur les interactions est liée à la difficulté de maîtriser ce corps qui s'impose dans la relation. Les modalités interactionnelles sont bousculées, la mise à distance protectrice de la vie sociale n'est plus possible, le corps échappe au contrôle et ses manifestations brisent le rituel de l'effacement du corps. Face au corps malade, l'étudiant normé se retrouve dans une situation de perte de repères, il y a « rupture de continuité » d'avec son milieu habituel, il ne dispose pas encore des codes pour comprendre la situation. « Quand les variations du milieu sortent de l'ordinaire, ou quand elles rencontrent un état d'impréparation de l'individu, celui-ci peut ne plus être en mesure d'aligner ses structures de connaissance et d'action sur les structures perçues »⁴⁸⁴.

2.1. L'impréparation de l'étudiant

Les étudiants sont peu préparés à l'IFSI, la technique de la toilette est abordée lors des travaux pratiques, les gestes sont réalisés sur un mannequin, dans un cadre reprenant les caractéristiques d'une chambre d'hôpital. Ils ne sont pas préparés aux conséquences de ces techniques. « *Il faudrait plus de concret et moins de concept. Pas forcément de la pratique, on nous apprend à faire la toilette en technique, mais il faudrait nous parler de façon concrète... "Voilà ce qui vous attend la première fois que vous serez confronté à un corps"... les soins sont abordés de manière conceptuelle au lieu de nous parler franchement des choses auxquelles on sera vraiment confrontés en première année* » (E.3).

Apprendre à réaliser une toilette sur un dispositif pédagogique, même si la ressemblance est forte, ne peut reproduire qu'une partie de la réalité car il sollicite peu les sens et les émotions des étudiants. Les mannequins ne reproduisent pas les odeurs et les expressions

⁴⁸³ GOFFMAN, Erving. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les éditions de minuit, 1991, p. 340.

⁴⁸⁴ RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. *Ibid.*, p. 68.

corporelles (sauf à se trouver dans un centre de simulation très perfectionné où les mannequins parlent, changent de couleur et bougent). Il permet d'apprendre une organisation de soins, d'expérimenter une technique, de mémoriser la chronologie des différentes étapes, mais sans prendre en compte véritablement la dimension interactionnelle. Le risque est de transférer sans discernement, réduisant le patient à un corps-objet : *« j'ai déroulé le soin dans ma tête, j'ai réalisé la toilette en technique, une serviette pour le haut, une pour le bas...le patient s'est laissé faire, je n'ai pas eu de difficultés »* confie Lucie au retour de son premier stage (E.31).

Il y a non seulement un différentiel entre les attentes des étudiants et ce qui se passe réellement, mais aussi entre les informations données à l'IFSI et la réalité telle qu'elle est vécue sur le terrain. Les représentations construites autour des soins ne conviennent plus au réel et ce décalage est propice à l'apparition d'émotions. Il y a rupture, *« cela ne se passe pas comme prévu »*, et cette rupture est signifiée par l'émotion ressentie. L'étudiant se retrouve confronté à l'inédit, à la complexité des rôles qu'il doit jouer et du statut qui est le sien dans ce nouvel espace.

L'émotion est d'intensité variable, allant d'un simple sursaut traduisant l'effet de surprise devant l'inhabituel, jusqu'à une perte de moyen si la perception est trop vive et dépasse les capacités d'élaboration. Elle s'origine dans de multiples situations ; il peut s'agir d'un imprévu lié au soin : *« je ne savais pas comment m'y prendre, je n'avais jamais réalisé ce soin »*, ou bien de la réaction du patient *« le patient s'est mis à hurler ; affolée, je ne savais que faire, je regardais cette scène en spectateur, je restais paralysée devant cette situation aussi surprenante qu'inattendue »* ; ou bien de l'ambiance : *« la première fois que j'ai mis les pieds au bloc, je n'ai pas aimé cette ambiance froide, je ne pourrais pas travailler en bloc opératoire, c'est sûr. J'aime pas le manque de lumière, on est en sous-sol, je n'aime pas l'odeur, je n'aime pas les bruits, je ne suis pas à l'aise, et à voir c'est impressionnant ; alors peut être que là aussi on s'habitue aussi... Il y a des élèves de ma promo qui adorent aller au bloc, dès qu'ils peuvent ils y vont et ça ne leur fait rien. Même la première fois, ils ont trouvé cela génial alors oui c'est génial mais il y a du sang partout »* (E.10), de la rencontre d'un regard, d'un geste, d'une parole, d'une odeur.

Les émotions et les sentiments sont de différentes natures, bavardes ou silencieuses, positives ou négatives. Nous l'avons vu, l'épreuve du dégoût est vécue quotidiennement par les soignants. Elle est au cœur de l'expérience émotionnelle dans son rapport sensoriel

aux multiples formes de dégradation des corps. L'étrangeté sensorielle ravive les phantasmes liés à tout ce qui touche à la saleté, à la pudeur, aux interdits, aux traces incorporées durant la socialisation primaire. Les étudiants doivent composer avec les contraintes liées à la nature des soins et à l'obligation de transgresser les règles sociales pour le réaliser. L'étudiant se retrouve devant un dilemme d'ordre moral et éthique : confrontation des valeurs soignantes avec ses propres valeurs d'une part et conflit entre les normes sociales et les normes soignantes d'autre part.

2.2. Le dégoût et les cinq sens

Le dégoût est souvent provoqué par des sensations olfactives, « *les odeurs de cancer de l'utérus et des ovaires, et bien, c'est impressionnant... je sais pas comment les décrire, c'est de l'œuf pourri en moins acide... c'est horrible... alors que tu n'as pas forcément d'écoulement purulent, c'est ça qui est incroyable... je sais pas d'où vient cette odeur... mais t'as une odeur et quand tu rentres dans la chambre, c'est vraiment une odeur de pourriture du corps oui... les patients vivent tout le temps avec, ils ne le sentent plus...* » (E.12).

Toucher certaines parties du corps peut générer aussi de profonds dégoûts « *un truc qui m'a toujours dégoûté, ce sont les bouches vraiment sales... faire un soin de bouche, c'est un truc qui m'a toujours euh... dégoûté... lorsqu'il faut aller mettre les doigts pour le soin de bouche, je me suis toujours dit que je ne pourrais pas être dentiste, parce que la bouche c'est vraiment dégueulasse* » (E.6). Le dégoût peut aussi être provoqué par la vue des corps, la vue des plaies ou de substances repoussantes.

Odeur, vue et toucher se conjuguent et potentialisent leurs effets. L'ouïe, en revanche, occupe une place mineure. S'il est plus aisé d'identifier des sons désagréables, pénibles, douloureux, voire insupportables, il est plus difficile d'identifier un dégoût proprement sonore. A l'exception peut-être d'un son évoquant un phénomène lui-même perçu comme dégoûtant, le son de l'effort du vomissement par exemple ou d'une expectoration « *hier, il a fallu aspirer un monsieur qui était encombré, il avait pas mal d'eau dans les poumons et ça moussait un peu. L'infirmière m'a demandé devenir l'aider pour tenir les mains du patient. Une horreur pour moi. Ce bruit d'aspiration de mousse et ce patient qui se tord et tousse sa mousse. J'ai cru que je n'allais pas tenir ... en fait, c'est le bruit qui a posé*

problème. Je craignais d'être écœurée par l'odeur, c'est le bruit qui m'a le plus dérangée » (A.P.5).

2.2.1. L'odeur corporelle

L'objet de dégoût est le plus souvent une excrétion corporelle, il est ce qui devrait rester caché dans le corps et qui se retrouve expulsé à l'extérieur. La difficulté à supporter certaines odeurs fait l'unanimité auprès des étudiants interviewés. Ce ne sont cependant pas les mêmes odeurs qui provoquent les hauts le cœur, l'envie de quitter les lieux ou suscitent la gêne et la répulsion. Dans la hiérarchie des odeurs, l'odeur corporelle imputable à un manque d'hygiène est la moins bien tolérée. L'attitude du soignant peut être ambivalente dans la mesure où la mauvaise odeur, imputable à une plaie ou une escarre est souvent mieux tolérée que l'odeur causée par une mauvaise hygiène corporelle. Les témoignages des soignants montrent que l'odeur de sueur ou une haleine fétide stigmatisent l'individu, considéré alors comme négligé. Les « *odeurs de crasse* » sont plus difficiles à supporter que celle d'une plaie infectée ou cancéreuse et le patient, rendu responsable de son odeur, sera *discrédité*. Il pourra redevenir un patient *normal* en se débarrassant de ses mauvaises odeurs en acceptant de prendre une douche.

Paolo nous raconte sa difficulté à s'occuper d'un patient SDF à cause de l'odeur qu'il dégage, « *Ce qui est le plus difficile c'est ce que le patient renvoie, c'est aussi la représentation qu'on a de la personne qui sent mauvais, qui pue en fait, ce sont les représentations que nous on a des personnes qui prennent pas soin d'elles, qui se lavent pas, qui sont en errance, qui sont sans domicile et qui n'ont pas accès au soin de base, d'hygiène.... cela renvoie à ça en fait, cela renvoie à la pauvreté, cela renvoie à ce que l'on voudrait pas être ; être à sa place tout simplement. Cela renvoie à des choses encore plus anciennes, les indigents, les gens qu'on met de côté... » (A.P.2).*

L'odeur des personnes ayant une hygiène déplorable est définie comme une « *odeur de sale* », elle laisse une forte empreinte olfactive chez la plupart des étudiants. Plusieurs d'entre eux ont évoqué leur sensation de malaise en présence de ces odeurs corporelles jugées particulièrement nauséabondes.

D'autres sources possibles de dégoût ont été citées par les étudiants : les morceaux normalement liés au corps et qui s'en trouvent détachés comme par exemple les ongles ou les poils. Les prothèses dentaires sont également citées, « *le dentier qui trempe dans le*

gobelet, posé sur la table de nuit et qu'il faut broser avant de le repositionner tant bien que mal dans la bouche du patient ».

L'odeur du corps du patient, de ses excréments, sueur et urine, est mise en avant dans la plupart des entretiens comme une violence. Certaines odeurs, telles que la « *pourriture de la chair* » ou bien « *l'odeur de la mort* » marquent si fortement la mémoire des soignants qu'ils réussissent à s'en rappeler en l'absence du stimulus olfactif.

2.2.2. L'association des odeurs

Julie nous raconte l'association qu'elle fait entre une odeur et le souvenir d'une patiente, « *l'odeur du parfum pomme-cannelle d'une patiente dont je me suis occupée, je m'en rappellerai toujours... elle avait une tumeur ORL et ils avaient mis sur l'extracteur d'air un désodorisant à la pomme-cannelle. Ils font tout le temps ça là-bas, c'est juste horrible... Pour tout le service c'est la même odeur, cette odeur de mélange de pomme et de cannelle... depuis, à chaque fois que je la sens, je vois cette personne-là. [Soupir et silence] ... Cette odeur... dès que je passe devant une chambre et qu'il y a cette odeur-là, avec ce désodorisant, je vois cette dame, je vois cette tumeur-là... je me souviens de sa peau si fine, je n'osais la toucher pour faire ses soins... je dis une personne car au début, je ne savais pas si c'était un homme ou une femme, il a fallu que je regarde ses mains pour le savoir car elle était tellement Ah ! Cette odeur !* » (E.5). L'étudiante a ici mémorisé cette senteur de pomme-cannelle dans le contexte d'interaction en y associant d'autres perceptions sensorielles. « L'odorat fait résonner les autres sens...comme si l'odorat était la plaque tournante de la sensorialité ; il unit les sens distanciés (vue, ouïe) et les sens de proximité (toucher, goût) dont il orchestre les traces mnésiques »⁴⁸⁵.

Les tumeurs ORL sont vectrices d'odeurs spécifiques et sont les plus difficiles à supporter. La question se pose alors de savoir si l'odeur est réellement plus intense que celle d'une autre partie du corps ou bien si c'est parce qu'elle touche le visage. La supériorité olfactive est de l'ordre du symbolique. Tout comme il est difficile de supporter les odeurs émanant de la sphère ORL, la réfection d'un pansement de plaie de visage suscite des émotions plus vives que celle d'un pansement situé sur une autre partie du corps. Difficile de réaliser le soin sans rencontrer le regard, il est impossible de détourner les yeux pour cacher ses émotions. Réaliser un pansement de la face oblige à être en prise directe avec le

⁴⁸⁵ MUNIER, Brigitte. « A vue de né », *Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05, p. 95.

regard du soigné qui cherchera aussi une information dans le regard du soignant sur la gravité de son état.

2.2.3. Quand l'odeur de l'hôpital est aimable

Alors que pour la plupart des gens, l'odeur de l'hôpital est associée à de mauvais souvenirs ou inspire des visions plutôt négatives, il est source de plaisir pour Lucas. Nous nous souvenons avoir été surprise par le récit de cet étudiant témoignant de son attirance pour l'odeur de l'hôpital : « *J'aime l'odeur de l'hôpital parce que je l'ai toujours associée à ma mère* » (E.5). Il raconte que sa mère est aide-soignante et que durant toute son enfance, il a été réveillé chaque matin par un de ses baisers imprégnés de l'odeur de l'hôpital. Il savait que sa mère était rentrée du travail (elle travaillait de nuit) grâce à l'odeur qui venait lui chatouiller les narines. Une écume sensorielle lui provoquait un mélange de plaisir et de satisfaction de sentir sa mère de retour à la maison. « *Dès qu'elle rentrait je me disais "ça sent bon l'hôpital" ... et quand je rentre, moi, à l'hosto, j'ai le clin d'œil de ma madre, rien que ça, ça m'a toujours étonné* » (E.5).

Cette odeur d'hôpital est associée à un souvenir agréable de son enfance. Elle représente pour Lucas le parfum de la sécurité et de l'amour maternel. C'est un souvenir olfactif laissant en lui des traces qui orientent son interprétation et influe sur sa perception. L'odeur est plaisante du point de vue de son contexte, il retrouve sa mère après une nuit de séparation, mais pas de sa qualité, l'odeur de l'hôpital étant plutôt jugée comme désagréable. « Quand c'est la mémoire qui respire, toutes les odeurs sont bonnes »⁴⁸⁶. Cette assertion de Gaston Bachelard s'applique complètement à ce témoignage et au plaisir ressenti de respirer l'odeur de l'hôpital. La tonalité aimable du souvenir olfactif est liée au travail de la mémoire qui tend à filtrer les souvenirs désagréables.

2.3. L'appréhension d'un dérapage dans la relation de soin

Les situations où les étudiants doivent manipuler les parties génitales provoquent la gêne. Ils doivent dépasser leur socialisation première et le caractère privé du corps. Certains nous ont raconté combien ils appréhendaient la réaction du corps sexué.

La toilette et les stimulations qu'elle occasionne rappellent le corps à la conscience. L'érection est la situation la plus souvent évoquée ; elle apparaît comme un élément

⁴⁸⁶ BACHELARD, Gaston. *La poétique de la rêverie*. Paris : PUF, 1960 et 1993, p. 119.

perturbateur du bon déroulement du soin. Les novices sont surpris les premières fois, pensant que la maladie ou l'âge insensibilisent le corps, « *je n'imaginais pas qu'à cet âge-là [parlant d'un résident octogénaire] on puisse avoir encore une érection* » (A.P.4). Ils appréhendent ensuite que cela se reproduise et ont du mal à gérer ces « accidents » et à en parler. L'étudiant n'est pas vraiment préparé et cette réaction provoque gêne, embarras, panique et peur.

La sexualité est du domaine du tabou et reste difficile à aborder. La réaction est excusée et tolérée lorsqu'elle est perçue comme « accidentelle », le novice gère cette situation inédite et l'inscrit dans le scénario du soin en adoptant des stratégies d'adaptation ; « *je sors de la chambre, prétextant l'oubli de quelque chose, j'attends que ça redescende* » (E.28).

L'étudiant gère cette situation avec un certain tact social, considérant qu'il n'y a pas transgression délibérée de la règle ; « *le patient semblait encore plus gêné que moi, j'ai fait comme si je n'avais rien vu* » (E.28). En revanche, si le patient considère que c'est une occasion sexuelle ou que la toilette lui procure du plaisir : « *je me souviens d'un petit vieux, il me disait allez y mademoiselle, allez-y !* » (E.28), la gêne se transforme en colère.

L'érection sera alors vécue comme un dérapage, un détournement pervers et provoque de la colère, comme nous le raconte Babette, qui a dû se fâcher avec un patient. « *Avant de me lancer toute seule, j'ai déjà observé. Du jour où je me suis retrouvée seule, les toilettes avec Mr D. sont devenues bien différentes que lorsque c'était l'aide-soignante qui les faisait. Déjà Mr D. s'est mis à m'appeler 'ma jolie', ceci peut être appréciable dans certaines conditions, mais dans ce contexte, c'était déplacé d'autant plus que j'aurais pu être sa petite-fille ! Mr D. est hémiparétique et a besoin d'aide pour sa toilette. Lors de ce soin, il est souvent en érection ; je n'y prêtais pas attention au départ en me disant que c'est compréhensible. Mais ses paroles sont devenues très gênantes, il me disait que j'étais douce, que c'était vraiment bon. Ne sachant pas comment m'y prendre et par peur de mal formuler ma réponse, j'ai préféré dans un premier temps me taire et faire comme si je n'entendais pas. Mais il est devenu insistant et là j'ai explosé, je me suis arrêté de le laver et je lui ai dit que ça suffisait, que son attitude était malsaine et que je ne m'occuperais plus de lui... il s'est excusé à plusieurs reprises en m'expliquant qu'il était difficile pour lui d'être confrontée à une si jolie femme* » (A.P. 4)

La réaction du corps sexué peut être traumatisante lorsqu'elle est intentionnelle, les mains baladeuses sont souvent vécues de façon négative. Les scènes de séduction plus lourdes, la

vulgarité ou les gestes volontairement déplacés ne sont pas tolérés et sont considérés comme du harcèlement sexuel ; ils restent inacceptables et vécus comme des situations humiliantes.

Nous nous demandons, non pas si la sexualité a une place dans la pratique professionnelle, mais plutôt comment l’appréhender et comment l’aborder dans la formation.

2.3.1. L’erotisation

L’erotisation prend place dans la relation de soin.

Au-delà de la toilette des organes génitaux, tout ce qui est lié à l’érotisme est susceptible de provoquer des difficultés. Devoir choisir les sous-vêtements d’une patiente, culotte et soutien-gorge, peut être porteur d’une charge érotique inattendue qu’il va falloir gérer. Un étudiant nous dit s’être retrouvé paniqué face à cette jeune femme qui, dans l’impossibilité de le faire elle-même, lui demande de lui accrocher son soutien-gorge. Il a l’impression de sortir de son rôle et de s’occuper de choses qui ne le concernent pas.

Les organes sexuels, les poitrines des femmes sont considérées comme des parties du corps sensibles et complexes à toucher dans les premiers soins.

2.4. La culpabilité

La culpabilité apparaît dans son discours lorsque l’étudiant s’autorise à nous confier qu’il ressent du dégoût à réaliser les soins d’un patient « dégoûtant ». L’étudiant minimise ses propos et parle plus volontiers de gêne ou de désagrément. Le terme est employé à l’oral mais rarement à l’écrit, qui laisse plus de traces et engage davantage. Oser dire que l’on est dégoûté, c’est s’éloigner du rôle de soignant capable de tout endurer.

Certains étudiants redoutent de se confronter aux situations jugées trop difficiles et anxiogènes. Ils vont jouer l’esquive, tout faire pour ne pas rentrer dans la chambre et éviter le patient : « *il m’était impossible de m’occuper de ce patient, c’était trop dur pour moi, j’ai prétexté que je devais aller à la médecine du travail pour ne pas avoir à m’en occuper* ». Différentes formes de culpabilité sont retrouvées dans les discours, culpabilité à ressentir certaines émotions, à avoir des pensées négatives ou à porter un jugement de valeur : « *je ne suis pas là pour juger* »... « *J’ai le droit d’y penser mais je n’ai pas le droit de le dire* »... « *Je n’ai pas le droit de l’exprimer* » (E.9). Cette culpabilité n’est pas propre aux soignants en formation, elle domine les infirmières ; c’est une des traces de

l'ordre moral imposé par les fondements religieux de la profession. L'empathie caractérise la relation de soin, avoir une attitude empathique est une règle de base que l'étudiant s'efforce d'appliquer, excluant tout sentiment de sympathie ou d'antipathie. Enoncer un quelconque jugement négatif sur un patient est une faute aux yeux des professionnels.

La culpabilité se retrouve en filigrane dans les discours lorsque ceux-ci dénoncent un manque de temps pour faire le travail : « [...] *même si nous avons réussi à faire toutes les toilettes dans la matinée, j'ai un sentiment de travail mal fait et je me sens un peu coupable* ».

2.5. Les différents visages de la peur et de l'angoisse

Le premier stage peut se dérouler dans une unité de géro-psycho-geriatrie et le novice va devoir s'occuper d'un patient présentant une pathologie psychiatrique ou en état de démence. Il est mis à l'épreuve d'une réalité insoupçonnée et la peur sera la première réaction. Les étudiants vivent et redoutent l'agressivité des patients qui peut se transformer en violence ; l'agressivité s'exprime par les coups, les insultes et fait peur : « *pendant toute la toilette, la personne a crié, elle s'accrochait aux barrières et elle hurlait, j'étais terrorisée* » (E.28). L'effet de stupeur passé, certains prendront la décision de se protéger de toutes nouvelles confrontations en prenant leur distance et en écartant les services de gériatrie de leur futur professionnel : « *mon premier jour de stage, je me suis dit que je ne pourrai pas travailler dans un EHPAD. On m'avait pourtant prévenu que cela allait me surprendre, mais je ne pensais pas que ça serait à ce point* » (E.4).

Paradoxalement, c'est de cette peur que va naître l'extrême attention que les novices portent à la douleur de l'autre, les gestes sont précautionneux. « *Le summum de mon angoisse a été le jour où j'ai dû faire la toilette d'une patiente cancéreuse, elle était tellement maigre qu'il ne lui restait plus que la peau, une peau très fine, sur les os... rien que de passer le gant de toilette, la peau partait... j'avais mal pour elle* » (E.24). Ils vont tout faire pour rendre supportable un geste connoté d'agressif car il n'est bien sûr pas question qu'ils renoncent à l'exécuter.

Le visage n'est pas un lieu comme les autres dans la géographie du corps, rencontrer le visage dans le cours du soin peut profondément troubler l'étudiant, faisant naître l'angoisse : « *j'ai pris son bras et ses hanches de manière à l'amener sur le côté gauche, face à moi. J'ai regardé son visage, ses yeux étaient toujours ouverts, figés, ils ne*

clignaient pas, ses joues creuses, son teint jaunâtre... J'ai été perturbée par son état, son visage, son extrême maigreur ; il semblait mort. Cela m'a mise très mal à l'aise et ma tête a commencé à tourner. J'ai demandé aux aides-soignantes si je pouvais sortir un peu et, face à ma mine défaite, elles ont accepté et l'un d'elle a pris ma place pour tenir Monsieur X » (A.P.6). Le visage est toujours expressif même s'il ne veut rien montrer. Même mort, le visage dit quelque chose de la tranquillité dans laquelle le patient se trouve après des jours de souffrance.

2.5.1. L'effet miroir suscite l'inquiétude

Les corps nus des personnes âgées font également peur : *« ce qui me fait le plus peur, c'est de les voir nues et de me dire que je vais devenir comme ça ! »* (E.4) ; *« On a une image de notre corps plus tard »*. À cette perception première s'ajoute le discours insistant de la personne âgée elle-même : *« vous verrez lorsque vous aurez mon âge ! Regardez comme je suis, je ne vous souhaite pas de devenir comme ça »*, traduisant combien il est aussi difficile pour elle de supporter la réalité de son corps vieilli.

Les étudiants peuvent aussi être pris à témoins : *« vous avez vu à quoi on ressemble en vieillissant... vous avez vu comme je suis ridée, ce n'est pas beau »* ; et le plus difficile est de l'entendre répéter sans cesse : *« chaque jour, on l'entend au moins une fois, vous verrez à mon âge...c'est la même rengaine tous les matins... ces paroles me mettent mal à l'aise »* (E.4).

La vision du corps malade est angoissante, mettant à mal le sentiment d'invulnérabilité que chaque individu porte en lui. La vision de la souffrance d'Autrui suscite l'angoisse, l'étudiant prend brusquement conscience qu'il est susceptible des mêmes fatalités.

La peur peut aussi être liée à celle de faire mal : *« quand je pique un patient, j'ai peur de lui faire mal »* (E.21). L'inexpérience est favorable à la peur ou à la crainte de *« rater »*, verbe souvent employé pour les soins plus techniques : *« j'ai peur de rater ma prise de sang », « j'ai pris peur, j'ai tout laissé en plan, j'ai demandé qu'on me relaye »...« J'ai toujours eu peur de faire ce soin [sondage urinaire à un homme], j'ai toujours repoussé ce soin, je ne sais pas pourquoi mais j'avais peur »* (E.21) ; *« La peur de rater, la peur de faire mal »*.

2.5.2. La transposition et le mimétisme

Le soignant peut éprouver des affects relativement comparables à celui du soigné : « *quand je pique un patient, j'ai l'impression de me piquer moi-même, je ressens sa douleur* » ; ou bien appréhender de s'occuper d'un patient en pleurs : « *je pleure facilement alors voir quelqu'un pleurer me fait pleurer, je travaille sur moi car je sais que ce n'est pas normal* ». Cette hyper sensibilité est souvent jugée péjorativement, étiquetée de « sensiblerie ».

Dans ses recherches, Jacques Cosnier a souligné le caractère mimétique et empathique dans l'expression de l'émotion lors des interactions de la vie quotidienne. Les interlocuteurs ont tendance à extérioriser « en miroir » des mimiques, des gestes et des sourires, signes d'une interaction réussie. Le sourire appelle en retour le sourire, les pleurs provoquent quelquefois les pleurs ou tout du moins une mimique compassionnelle. Les « mines de circonstance » sont fréquentes et le plus souvent contagieuses. Cosnier a conceptualisé ce procédé d'accordage affectif qu'il nomme « phénomène d'échoïsation ou de synchronisation mimétique »⁴⁸⁷. Le mécanisme décrit fait penser à l'empathie, cette capacité à ressentir dans son propre corps ce que les autres ressentent. En intériorisant et en s'appropriant les états intérieurs exprimés par autrui, il est possible de les comprendre et d'en reproduire au moins partiellement les sensations associées. Ces phénomènes d'échoïsation permettent à chacun des interactants de s'ajuster et de s'identifier à l'autre ; cette réciprocité encourage l'échange et facilite la relation.

Dans l'interaction de soin, le soignant essaie de tendre vers cette attitude empathique prescrite par le rôle. Cependant, se mettre à la place du patient pour mieux comprendre ce qu'il ressent peut faire prendre le risque d'une contamination par mimétisme. Anne Vega a identifié ces phénomènes de mimétisme dans son étude monographique sur les soignants de neurologie, « à force de vivre entourées de « psy », les infirmières de neurologie parviennent souvent à revendiquer malgré elles d'étranges symptômes »⁴⁸⁸. Tous les soignants ne sont pas atteints de mimétisme, mais ce processus est fréquent dans les discours d'étudiants. L'effet miroir est source d'inquiétude pour eux-mêmes ou bien pour leur entourage. En début de formation, les étudiants disposent d'un accès au savoir

⁴⁸⁷ COSNIER, Jacques. « Les gestes du dialogue, la communication non verbale », *Revue Psychologie de la motivation*, 1996.

⁴⁸⁸ VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : eac, 2010, p. 122.

médical suffisant pour connaître les maladies et leurs symptômes, mais insuffisant pour raisonner et faire les liens entre toutes les données rationnelles médicales.

L'identification est à Freud ce que l'empathie est aux psychologues.

2.5.3. La contamination symbolique

La contamination est à comprendre ici dans le sens anthropologique du terme et rejoint le phénomène de transposition. Fréquente et très souvent évoquée par les étudiants dans leurs écrits, ce phénomène est abordé à l'IFSI en termes de risques dont il faut se protéger à tout prix.

Les étudiants appréhendent de devoir s'occuper d'un patient de l'âge de leurs parents ou de leurs grands-parents. Le phénomène de transposition fait prendre conscience de la vulnérabilité de chaque être humain et vient ébranler l'image de force et de puissance rassurante des parents : *« je me suis sentie mal à l'aise parce que je me représentais mes parents, je me disais que cela pourrait aussi leur arriver »*. Devoir faire la toilette et voir nu le corps d'une personne qui incarne l'image parentale provoque un sentiment pénible de faute ou de culpabilité. Cette relation prend une forme incestueuse majorée lorsque la transposition est symétrique : *« je les incite à me parler de leur petits-enfants, mais une fois la personne m'a dit que je lui rappelais sa petite-fille qui devait avoir le même âge que moi et cela m'a figée sur place »*. Cette relation génère de la confusion dans les rôles.

L'émotion sera d'autant plus vive lorsque la distance protectrice est difficile à prendre : *« ...mes grands-parents sont en EHPAD alors je prenais vraiment tout à cœur en me disant "fais comme si c'était eux et si tu devais t'occuper d'eux", alors c'est dur de tout prendre à cœur et d'être confrontée à la souffrance. Une résidente est décédée la toute dernière semaine et euh, là ça a été vraiment difficile pour moi. Je pensais à mes grands-parents qui allaient mourir du coup. Ça c'était difficile. J'ai pensé à sa famille, la mort ce n'est pas forcément des trucs qu'on peut nous apprendre à l'IFSI »* (E.2).

S'occuper d'une personne du même âge n'est pas plus facile, le novice s'identifie à lui : *« c'est plus facile pour moi de m'occuper de personnes âgées que de jeunes de mon âge, je transpose lorsqu'elle a mon âge, je me dis que ça pourrait être moi »* (E.10).

« De le voir dans cet état-là, ça me fait de la peine. J'ai les larmes aux yeux. En effet, ce monsieur me fait penser à quelqu'un que je connaissais et à qui je tenais beaucoup ».

2.6. De la tristesse au débordement émotionnel

Affronter le chagrin de l'autre apparaît le plus difficile à supporter, il fait écho à tout ce qui est enfoui : *« parfois ça déborde, tu es trop remplie, cela te ramène plein de choses, les émotions c'est vachement traîtres parce que des fois tu y vas, tu fais comme d'habitude et tu sais pas pourquoi ce jour-là, y a un truc qui est déréglé et là pouf !... tout remonte et tu sais pas pourquoi, moi je me suis vue en larmes avec des patients, parce que ce qu'ils me racontaient... »* (E.9).

Le débordement émotionnel peut aussi être lié à des émotions positives de joie : *« ça m'est arrivé de pleurer avec des patients. Mais le plus souvent c'est pour des choses qui sont plutôt gaies, c'est rarement pour des choses tristes ... je sais que je ne peux pas avancer sur ce terrain-là. Par contre, tout ce qui est bon, là je me lâche... Il y a un monsieur, on a réussi à lui faire remarquer sa main [...] je revenais de week-end, et je m'en souviendrai toute ma vie, il a pris la balle avec son autre main et il m'a regardé dans les yeux avec un sourire complice et là euh... pffé... j'ai fondu en larmes, cela faisait des semaines que je m'occupais de lui, je l'encourageais, un petit peu tous les jours [...] rien que d'en parler j'ai la chair de poule [montre ses bras] et voilà. Ce petit temps de bonheur... du coup cela l'a remotivé ! »* (E.9).

2.7. Fierté et satisfaction

Les émotions ressenties peuvent aussi être positives. La notion de plaisir au travail est retrouvée dans les discours des étudiants : *« pour l'instant, j'ai la chance d'aller au travail tous les matins avec plaisir et de me dire que je ne vais pas m'ennuyer... je vis quelque chose... même si la journée n'a pas été spécialement bonne, à la fin de la journée j'arrive toujours à trouver quelque chose de bon »* (E.19). Ils abordent cette notion de satisfaction à s'occuper des autres, le plaisir de se sentir utile est très gratifiant.

L'étudiant essaie de maximiser l'affect positif et minimiser l'affect négatif en adoptant des comportements visant à obtenir de la satisfaction dans son travail, *« je n'ai pas envie de me laisser submerger par les émotions [...] Je cherche le positif parce que j'aime être positive, rire avec les patients, je suis toujours de bonne humeur »* (E.30).

La densité relationnelle, le sentiment d'être utile, la réussite d'un geste difficile sont autant de satisfactions évoquées par les étudiants : *« ... heureusement que l'on a des petits*

moments de bonheur sinon on ne tiendrait pas, ça compense avec tout ce que l'on voit de difficile » (E.9).

Lorsque la relation est « réussie », l'étudiant ressent une grande fierté et en retire les plus grands bénéfices ; *a contrario*, de nombreux aléas peuvent venir contrarier la qualité de la relation et entraîner les plus douloureuses désillusions.

Les patients nous remercient souvent et nous leur disons qu'ils n'ont pas à nous remercier. Ces remerciements font souvent suite à une situation où l'émotion a été particulièrement intense, il s'agit aussi de remerciements pour avoir passé du temps avec eux. Nous protestons souvent contre ces remerciements au lieu de les accepter : « *vous n'avez pas à me remercier, je suis là pour ça* ».

2.8. L'ambivalence de l'émotion

Dans l'expérience de la rencontre avec le corps malade, l'émotion ou le sentiment ne sont pas d'une seule teinte, ils sont souvent mêlés et marqués par l'ambivalence. L'étudiant peut donner à voir un visage souriant alors que l'angoisse est présente, il peut sembler être très à l'aise dans l'exécution du soin alors que la gêne et l'embarras sont présents. Il peut faire bonne figure devant le patient, et pour autant ressentir de la peur ou du dégoût. Il nous racontera ensuite son expérience sur le mode humoristique sans se départir de l'angoisse qui l'aura envahi dans la situation qu'il nous relate. « L'émotion n'a pas la clarté d'une eau de source, elle est souvent un mélange insaisissable, dont l'intensité ne cesse de varier et de se traduire plus ou moins fidèlement dans l'attitude de l'individu »⁴⁸⁹.

Certains étudiants expriment une ambivalence entre « faire taire » ces émotions mal venues et en même temps vouloir vivre des relations émotionnellement intenses. Ils trouvent un juste milieu en s'autorisant un ressenti émotionnel, tout en gardant le contrôle sur son intensité : « *si c'est normal d'être touché par ce que l'on vit, le tout est de bien doser, ne pas trop se laisser emporter par les émotions et en même temps on n'est pas de marbre, il est vital de ressentir les choses, on est des humains avant tout et pas des machines* » (E. 9).

⁴⁸⁹ LE BRETON, David. In MARZANO, Michela. *Dictionnaire du corps*. Paris : PUF, 2010, p. 337.

2.9. L'émotion comme moteur

La régulation émotionnelle en tant que mécanisme adaptatif ne vise pas nécessairement à se sentir calme et apaisé lorsque la situation est tendue et propice au stress. Certains étudiants recherchent cet état émotionnel en choisissant plus tard de travailler en service de réanimation ou d'urgences, parce que *« ça bouge, on ne sait jamais ce qui va arriver dans une journée »*, *« j'aime ces journées bien remplies »* (E.19). Nous retrouvons cette particularité en unité de soins palliatifs qui exposent les soignants à la mort et à la tristesse. Et que dire des soignants qui font le choix de travailler en chambre mortuaire ?

3. Entre régulation, contrôle et travail émotionnel

Les états affectifs que nous venons d'aborder ne représentent que la partie immergée de l'iceberg, ce que les étudiants ont bien voulu nous raconter ou nous écrire. Chaque étudiant ressent et s'exprime selon son histoire de vie et sa sensibilité. Ce qui est source d'émotion pour l'un ne le sera pas pour l'autre. L'émotion est située dans l'espace-temps particulier des premiers soins, elle se définit dans son rapport indissociable avec le contexte et le stimulus sensoriel en cause. Elle est liée non seulement à une situation dont l'issue est inconnue, mais également à une forte implication de l'étudiant qui souhaite donner le meilleur de lui-même.

3.1. Le travail de figuration

La scène où se joue la rencontre donne à voir l'étudiant essayant de s'ajuster au personnage, interprétant la partition à jouer. Il envoie des signes au patient pour l'assurer qu'il connaît le rôle. L'étudiant veut renvoyer une image qui correspond à ce qu'il veut présenter de lui-même : une personne ayant les qualités requises pour être soignant. Il est plein de bonnes intentions et veut paraître aux yeux de tous, équipe et patient, comme responsable et digne de confiance. La *façade* présentée permet de ménager les apparences. La première fois que cette étudiante se retrouve seule face à une vieille femme qu'elle doit laver, elle se rassure et se motive, elle se dit : *« il va falloir y aller, tu dois apprendre la vie et dans la vie il y a des trucs pas drôles qu'on doit faire quand même. Arrête de faire ta chochette »* (E.7). La première répulsion refoulée, elle se donne à corps perdu dans le soin : *« je lave à grande eau, je frotte au savon, je ne pense plus à rien, je le fais comme si je l'avais fait toute ma vie, j'ai la tête vidée »*.

Toute interaction doit respecter une règle fondamentale : celle de préserver la face de chacun des interactants. Chacun gère à la fois son expression et l'impact qu'elle peut avoir sur l'autre de façon à contrôler les effets qu'elle produit et ainsi réguler les émotions. Mais ce travail de figuration impose de l'attention car il n'y a pas d'interaction sans risque et le jeu se déroule sous les regards d'autrui et dans un contexte de forte vulnérabilité. L'individu n'est jamais en sécurité dans une rencontre, Goffman note qu'il n'est « aucune rencontre qui ne puisse devenir embarrassante pour un ou plusieurs de ses membres »⁴⁹⁰ et ne puisse donner naissance à ce que l'on nomme incident ou fausse note. Un désaccord est toujours possible entre la *façade*, le *moi* professionnel que le soignant désire projeter dans l'interaction et le *soi* réel qui peut se révéler, ce *moi* privé embarrassant qu'il cherche à dissimuler. Un *consensus temporaire*⁴⁹¹ entre les acteurs en présence va s'établir et cet accord mutuel, appelé *contrat interactionnel* par Goffman, va permettre de protéger la *face* des uns et des autres, conditionnant le maintien de l'ordre social. Les apparences doivent être maintenues pour ne pas troubler l'interaction.

3.1.1. Sauver la face, se protéger soi et le patient

L'étudiant va tout faire pour entretenir chez le patient l'impression qu'il ne se passe rien d'anormal, qu'il gère bien la situation. Il est socialement autorisé à jouer le rôle de soignant, il va tout faire pour que son comportement semble naturel, il va maintenir les apparences et tenir son rôle avec une certaine franchise. Il n'est pas là par hasard, il ne connaît pas encore bien le scénario mais il va réaliser le soin comme s'il l'avait réalisé plusieurs fois, comme si tout était normal. Il va tout faire pour éviter la rupture.

Il va user de certains stratagèmes pour protéger le patient et faire comme si le « dégât » n'était pas arrivé : « *j'arrive et j'ouvre grand la fenêtre... je sais que ce n'est pas forcément agréable pour le patient mais sinon, je ne peux pas... je ne pourrais pas m'occuper de lui, ça sent trop fort, et cela me permet en même temps de parler de la météo, d'entrer en contact avec lui...* » (E.22). Il agit comme s'il n'avait rien senti, ou comme s'il n'avait rien entendu : « *[...] difficile de mettre quelqu'un sur le bassin et de rester à côté, je préfère sortir. Mais il y a des patients qui demandent à ce qu'on reste*

⁴⁹⁰ GOFFMAN, Erving. *Les rites d'interaction*. Paris : Les éditions de minuit, 1974, p. 27.

⁴⁹¹ GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. la présentation de soi*. Paris : les éditions de minuit, 1973, p.18-19.

près d'eux, et ça me gêne vraiment » (E.28). L'étudiant s'efforce de dissimuler tout signe qui pourrait alerter le patient et va s'arranger pour ne rien laisser paraître.

Nous retrouvons les mêmes formes « d'inattention polie » sur le plan social, autorisant à feindre l'indifférence devant un gargouillis d'estomac ou l'émission d'une flatuosité. Nous faisons semblant de ne pas avoir entendu. « Par l'intermédiaire de la discipline sociale, on peut maintenir en place, du dedans, le masque d'une attitude »⁴⁹². Devant les situations sociales embarrassantes, l'indulgence autorise à passer sur les dérapages afin de faire l'économie d'un conflit. Goffman nous le dit : « d'une manière générale, on peut faire confiance aux gens en ceci : ils feront tout pour éviter une "scène" [...] ces petites offenses, suivies d'autant de pardons de surface, sont permanentes au cours de l'interaction »⁴⁹³.

Les étudiants sont nombreux à penser qu'il faut protéger le patient contre l'impression que certaines tâches sont difficiles à accomplir et qu'ils les réalisent à contrecœur. « *Dans la vie de tous les jours, mon chat qui fait dans sa litière ça m'horripile au plus haut point. Ici, je m'interdis de ressentir des émotions négatives parce que forcément cela va influencer sur le patient à un moment ou à un autre donc... je ne sais pas si je fais exprès ou pas, si c'est un réflexe ou si c'est une posture, si c'est moi qui me l'impose ou si elle est imposée par la blouse ou le règlement ou le fonctionnement... mais jamais je ne ferai ressentir à un patient ce que je vis ou ce que je fais... cela peut toujours influencer sur la prise en charge* » (E.9). Il est important de ne pas se dévoiler, ne laisser paraître aucun sentiment de malaise.

3.1.2. La réciprocité du sentiment de gêne et d'embarras

La présence du corps s'impose, il faut faire avec et trouver un arrangement et une cohérence dans son expression. L'étudiant se sert de son corps, support et instrument de sa présentation et ressource dont il peut jouer dans la mise en scène interactionnelle. La relation de soin devient un jeu de dissimulation. La *façade* présentée permet de ménager les apparences et autorise à se distancier grâce à la dissimulation. « On peut donner l'impression d'être tout à fait attentif à ce qui se passe alors qu'on pense tout à fait à autre

⁴⁹² GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. la présentation de soi*. Paris : les éditions de minuit, 1973, p.60.

⁴⁹³ GOFFMAN, Erving. *Les moments et leurs hommes*. Textes recueillis et présenté par Yves Winkin, Paris : seuil, 1988, p. 63.

chose »⁴⁹⁴. Prendre de la distance permet de se protéger contre toutes ces agressions et poursuivre le soin. Chaque étudiant va user de moyens pour gérer le sentiment de gêne et va déployer tout un éventail de techniques que nous présentons plus loin.

La gêne ressentie dans les rapports au corps malade est le plus souvent la même que celle occasionnée dans la vie sociale. Elle se rapporte au corps et à ses fonctions. À travers l'éducation et différents mécanismes qui servent à maintenir l'ordre social, nous apprenons à contrôler notre corps et à gérer la gêne si ce contrôle s'avère inefficace.

Le jeu de figuration est réciproque. Les règles d'interaction de face-à-face seront telles que le patient aidera également le soignant à préserver la *face* qu'il s'est constituée. Le patient va faire semblant d'être en confiance dans l'interaction : « *allez-y, j'ai l'habitude* » ou bien « *il faut bien que vous appreniez* » dira-t-il à l'étudiant pour le mettre plus à l'aise. Le patient va ritualiser la scène, se laissant soigner comme s'il n'éprouvait pas de gêne. Cependant, le moindre faux pas ou signe alarmant peut menacer le fragile ordre apparent et aller jusqu'à rompre le cours de l'action. Le patient peut arrêter la comédie si elle lui semble périlleuse.

3.1.3. La distance au rôle

La distance au rôle illustre la différence entre « les obligations du rôle et la performance effective de celui-ci »⁴⁹⁵. Il y a des cas où la scène d'activité produit chez l'individu un *soi* qu'il répugne apparemment à accepter ouvertement, sa conduite suggère qu'il y a peu d'affiliation entre lui et son rôle. La *distance au rôle* est repérable empiriquement en situation de soin, traduisant un refus du *soi* produit par le rôle et laissant apparaître la personne derrière le personnage.

La *distance au rôle* peut venir perturber l'interaction si elle apparaît, par exemple lorsque le soignant a une attitude décalée par rapport à la situation. Souvent ce sera son visage qui le trahira par son incapacité expressive à simuler et à dissimuler. Le soignant va alors adopter un *pare-engagement* derrière lequel il pourra en toute quiétude exprimer son malaise, porter un masque chirurgical par exemple pour limiter les odeurs qui lui paraissent insupportables.

⁴⁹⁴ DURET, Pascal, ROUSSEL, Peggy. *Le corps et ses sociologies*. Coll. 128. Paris : Armand Colin, 2005.

⁴⁹⁵ WINKIN, Yves. *Les moments et leurs hommes*. Op. Cit.

L'interaction sera réussie si aucun des participants ne perd la face. L'étudiant fera tout pour éviter le faux pas et remplir les conditions de réussite, de félicité de l'ordre de l'interaction.

Capucine nous raconte une situation où elle aide une infirmière dans la réalisation d'un pansement : *« Les suintements étaient séreux, gluants, verdâtres et ils sentaient l'infection, l'odeur prend au coeur, c'était immonde. L'infirmière enlève la première couche de compresses et elle me dit de continuer. Je continue donc de déballer, deuxième couche de compresses, j'essaie tant bien que mal de cacher à la patiente les grimaces que je fais, heureusement que j'ai un masque... La cicatrice descendait jusqu'entre les seins, tout était désuni, quand on appuyait sur le sein, des écoulements marrons sortaient de la cicatrice... La dame avait la tête sur le côté car le lambeau remontait, il ne fallait pas qu'elle tourne la tête, heureusement, elle ne voyait pas la tête que je devais faire. Tout coulait dans le lit, sa salive dans le pansement, les restes du bain de bouche que je venais de lui faire, en plus de l'infection verte, la couleur était particulière. J'ai réussi à prendre sur moi jusqu'à un certain point où je ne me suis pas sentie bien, je ne pouvais plus rester dans la chambre, il fallait que je vomisse. L'infirmière a vu que je ne me sentais pas bien, elle m'a dit de sortir aller boire un verre d'eau et de revenir avec des compresses et des seringues de 50 ml. J'ai jamais courru aussi vite de ma vie pour aller jusqu'aux toilettes »* (A.P.1). Lors du soin, le novice est engagé dans son rôle, mais il peut produire de la distance au rôle ; car il ne cesse jamais d'être un individu, avec une personnalité qui n'appartient qu'à lui.

Ce témoignage montre bien l'effort pour dissimuler l'émotion, ne rien laisser paraître du ressenti pour protéger la patiente. Cependant, la stratégie de dissimulation a ses limites et la distance symbolique n'est pas toujours suffisante, l'étudiant peut quitter physiquement la chambre pour se reprendre et pouvoir poursuivre le soin. Il a la possibilité d'adhérer au rôle ou de quitter la scène.

L'étudiant va « jouer » avec l'expression de ses états affectifs s'il les considère trop éloignés de ceux socialement conformes. Les situations de soin où il y a un décalage entre le ressenti et son expression donnée à voir aux autres sont nombreuses : *« comme j'étais gênée, j'essayais de ne pas regarder son corps en fait... je lui souriais beaucoup parce que je ne voulais pas lui montrer que j'étais gênée, j'avais peur de la vexer... et surtout cela faisait assez rire l'aide-soignante car j'étais toujours en train de lui mettre des*

serviettes sur le corps, j'avais peur de... qu'elle soit trop enfin voilà quoi... J'essayais aussi de lui parler, de lui parler d'autres choses, d'instaurer un premier contact... je lui disais... je me présentais, je lui parlais de la pluie et du beau temps » (E31).

Le soignant, après quelques années d'exercice, acquiert une relative maîtrise de ce qu'il souhaite montrer de lui-même. Il arrive à donner le change par un bricolage personnel sur l'expression de son ressenti, il contrôle l'image qu'il souhaite donner de lui-même tout en ménageant le patient. Il émet des signes apparents d'une émotion qu'il n'éprouve pas. Cette expression de *soi* qui devient impression de l'*autre* s'apparente à une forme de manipulation.

Le soignant expert dispose de cette faculté de jouer le rôle en se jouant des signes qui annoncent au patient une signification dont il contrôle soigneusement la portée. Cette capacité de détachement permet d'introduire une distance, physique ou symbolique, pour se protéger des émotions sollicitées par le rôle et les siennes propres, pour donner le change grâce à l'usage approprié des signes. Cette capacité fait partie des compétences à acquérir pour devenir soignant.

Ce travail de « masque » est surtout utilisé pour les situations à faible intensité émotionnelle et permet de maintenir la ritualité de la situation. Un travail en profondeur va concerner les situations à fortes intensités émotionnelles.

3.2. Le travail émotionnel

Il peut sembler surprenant d'associer travail et émotions. Ce sont des notions qui renvoient à des univers qui s'opposent dans leurs approches. Le travail se trouve du côté de la rationalité, de l'ordre et du contrôle de *soi*, tandis que les émotions relèvent de l'imprévisible et ont ce caractère spontané et perturbateur. L'état de trouble est incompatible avec la maîtrise de *soi* nécessaire à l'activité professionnelle.

Dans la vie sociale, les pleurs où autres réactions expressives de décharge ont un rôle dans l'équilibre du fonctionnement individuel. Ils permettent un état de soulagement cathartique bénéfique. Ces manifestations n'ont pas leur place à l'hôpital. Comment imaginer entendre crier un soignant après un patient ou bien pleurer à chaudes larmes lors d'un décès ? « *Il ne faut pas pleurer* », on touche bien à une norme de la relation au patient transmise durant les années de formation. Rappel aux normes et aux valeurs soignantes : distance, pas de transfert, pas d'effet miroir...

La notion de travail émotionnel appartient à Arlie Hochschild. Dans le milieu du travail, tout groupe professionnel comprend des règles d’affichage, des conventions sur l’expression des émotions qui doivent être appropriées à chaque situation. La maîtrise de ces règles par l’employé est un gage d’insertion professionnelle. Le processus de gestion et de régulation par lequel l’émotion exprimée devient congruente avec le pré-requis du rôle professionnel représente le travail émotionnel.

Les règles d’affichage créent une pression à gérer ses émotions, les occasions où l’écart entre le ressenti et les normes requises étant nombreuses en début de formation. L’étudiant se retrouve dans un état de dissonance émotionnelle, il doit réaliser un travail de gestion et de régulation visant à produire ou à inhiber des sentiments de façon à les rendre appropriés à la situation. Ce travail implique une importante mobilisation de ressources, d’autant plus lorsque les émotions ressenties ou leur expression mettent en tension les normes professionnelles prescrites et les normes sociales intériorisées auxquelles se mêlent tous les mécanismes de défense propres à chaque individu, venant complexifier les processus à l’œuvre.

Différents niveaux sont retrouvés dans les entretiens. Un « travail sur soi » ou « travail de soi » qui consiste à manifester le comportement expressif qui convient et correspondant au « travail de surface » ou de figuration de Goffman. Un autre niveau porte sur l’effort de mise en conformité avec ce qui est attendu dans la situation, c’est le « travail en profondeur » de Hochschild. La régulation et le contrôle sont intimement mêlés. L’aspect individuel et les mécanismes de défense se mêlent au contrôle social des règles affectives.

La littérature a identifié deux stratégies de régulation comme étant le cœur du travail émotionnel : la première stratégie, nommée *acting* de surface, se réfère à la modification des manifestations externes de l’émotion afin qu’elles soient conformes aux règles d’affichage émotionnel. Le travail émotionnel de surface consiste à cacher les émotions ressenties d’une part ou à feindre celles non ressenties d’autre part. Dans les deux cas, l’expression comportementale ne concorde pas avec les sentiments intérieurs. La deuxième stratégie, appelée *acting* de profondeur, consiste en une tentative de modifier profondément les sentiments intérieurs afin d’être en conformité avec les règles d’affichage.

Le plus souvent, il y a congruence entre l’expérience émotionnelle et son expression, les émotions ayant une fonction adaptative, l’expression peut être dissociée de l’expérience et

être modifiée, voire inversée à des fins de dissimulation. Cette modification ne contredit pas la cohérence de la réaction émotionnelle initiale ; elle démontre la possibilité d'une décontextualisation de son expression. Le sourire en est un exemple évident, le soignant arborant un magnifique sourire ne sera pas la preuve d'un état euphorique du sourieur, mais plutôt la dissimulation d'une gêne et la volonté de montrer une face positive au patient.

En raison de sa nature spontanée, de son déroulement rapide, de sa perception automatique, l'émotion n'est ni volontaire ni raisonnée et il est difficile de l'éviter. Son anticipation permet cependant de la réduire en partie, dans la mesure où elle diminue l'effet de surprise et permet de prévoir des ajustements régulateurs.

3.2.1. La parole, objet et instrument de régulation

La parole joue un rôle important dans la régulation émotionnelle et son statut est double, à la fois objet et instrument de la régulation. L'étudiant va utiliser la parole comme moyen pour réduire la tension corporelle ou pour camoufler ses sentiments. Amélie nous expose sa stratégie de régulation : « *je parle beaucoup, j'énumère ce que je suis en train de faire, j'explique tout ce que je fais au patient* » (E.31). Elle se justifie en précisant : « *il a besoin de savoir* ». Certes, l'énonciation à voix haute des différentes étapes du soin joue un rôle prépondérant dans le processus d'apprentissage : « la mémorisation par énumération à voix haute et la répétition des gestes s'incorporent progressivement pour parvenir à la maîtrise du geste »⁴⁹⁶ ; mais avant tout, entendre sa propre voix permet de se raccrocher au réel et de se rassurer.

La parole est instrument de régulation, elle peut être également objet de la régulation. L'étudiant va aborder un sujet plus léger tout en réalisant le soin : « *Tout au long du soin, je parle avec le patient de choses banales, telles que le temps, l'état des routes avec la neige ou la couleur des murs de sa chambre* ». Cette diversion va permettre de se mettre à distance symbolique de l'émoi : « *je parle de la pluie et du beau temps, du programme télé, je les incite à me parler de leurs petits-enfants* » (E.31).

⁴⁹⁶ THOUVENIN, Pascale. « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *Regards Sociologiques*, n°29, 2004, pp.35-53.

La parole peut aussi servir de décharge au même titre que les pleurs : *« j'avais tellement envie de pleurer, je me suis mis à parler de tout et n'importe quoi » ; « quand je suis stressée, je parle, je saoule tout le monde, ça me permet d'évacuer tout ça »* (E .35).

Si certains étudiants sont bavards, d'autres vont *« en dire le minimum »* et s'efforcer de parler seulement si cela est vraiment nécessaire : *« je ne dis rien ou alors je parle très peu car si je parle, j'ai l'impression que cela va me rentrer par la bouche et que je vais vomir »* (E.35), ou bien ne parlent pas du tout. Le silence est aussi un bon moyen de régulation émotionnelle : *« ... j'ai fini par croiser le regard de Mme D, empli de détresse et de souffrance, elle n'arrivait même plus à parler de façon intelligible. Pour ne pas être submergé par les émotions, je lui ai pris la main et je me suis tu, sentant que ma voix allait trahir mes émotions, j'ai simplement tenu sa main jusqu'à son départ, je ne pouvais plus parler »* (A.P.4).

L'absence de parole est objet de régulation car elle permet de se protéger. *« Lorsque je fais un soin, on peut me parler, je n'entends rien, je suis concentrée sur mon soin, j'ai les oreilles bouchées, j'ai besoin de silence... »* (E.21). Ne pas parler et ne pas entendre font partie des stratégies de protection. En se refermant sur elle, Virginie reconstruit une distance symbolique protectrice, une bulle intime qui la protège d'une effraction sonore. Le silence lui permet de se concentrer sur ses gestes et d'oublier en même temps qu'elle s'occupe d'un corps humain.

3.2.2. Reconstruction et déplacement des frontières symboliques

L'étudiant mobilise son intelligence pratique pour éviter les contacts visuels, odorants et surtout tactiles, avec les matières organiques. Lors de la première exposition au *stimulus*, la réaction de rejet est spontanée et immédiate, le geste est réflexe comme pour s'éloigner d'un danger potentiel. Cette réaction semble excessive et surprend le novice qui, sans expérience, ne peut l'anticiper. Il n'a pas été suffisamment exposé au *stimulus* pour pouvoir dépasser le premier niveau perceptif et l'effet de surprise. Il fera preuve d'ingéniosité et multipliera les stratagèmes les fois suivantes.

Le port de gants va créer une barrière symbolique entre la peau et la matière qui répugne : *« normalement, on doit mettre des gants que pour les petites toilettes, moi j'en mets pour tous les soins ; je ne supporte pas de toucher le corps du patient à mains nues »*. L'interposition de gants réintroduit la frontière entre leur corps et la matière dégoûtante

rendue ainsi moins offensive. Recouvrir le corps de serviettes, comme nous l'avons vu précédemment dans le témoignage de Lucie (E.31), revient à détourner le regard pour ne pas voir.

La réfection de pansement se fait avec des pinces, ils peuvent aussi se réaliser avec des compresses tenues par les doigts gantés. Cette technique est rarement utilisée par les novices, la conjugaison de ces filtres protecteurs permet la mise à distance de la peau, ils suppriment toute perception sensorielle.

D'autres conduites opèrent une rupture sensorielle comme respirer par la bouche si l'odeur est insupportable ou bien s'arrêter de respirer : *« lorsque je rentre dans certaines chambres, je me mets en apnée jusqu'à ce que j'ouvre la fenêtre »* (A.P.2). Le port de masque chirurgical est coutumier avec quelques bricolages, comme cet étudiant qui badigeonne de Baume du tigre son masque pour atténuer l'odeur. Ces techniques constituent une réhabilitation symbolique de la situation.

Enfin, la blouse est un protecteur symbolique contre les multiples stimulations sensorielles et aussi contre les réactions du patient : *« quand je suis là il peut m'insulter... et je garde mon calme, cela va faire partie du job mais je te dis pas, quand je vais enlever le truc [montre sa blouse], le soir je vais y repenser et je ne tolérerai pas cela dans la vie de tous les jours »* (E.9). Elle sert aussi de filtre contre les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses : *« ma blouse est comme une éponge, elle absorbe les odeurs mais garde les traces des mauvais moments de la journée ; enfin de journée, quand j'enlève ma blouse, je me débarrasse de toutes les émotions de la journée »* (E.7).

La tenue est aussi barrière symbolique entre soignant et soigné, elle marque la distance professionnelle à respecter de part et d'autre. Le soignant peut se retrancher derrière sa blouse si une situation le dérange, elle lui permet parfois de sauver la face. La blouse lui confère également une autorité, un pouvoir mais en contrepartie elle l'oblige, car elle indique son statut, son grade, sa fonction et *a fortiori* ses compétences.

3.2.3. Le monde juste

Nous avons été surprise, lors d'un échange informel, par les propos d'un étudiant pétri d'angoisse à l'idée *« d'attraper toutes ces maladies, surtout le cancer »*. Ses propos ont fait écho à la théorie du « monde juste » de Bernard Rimé, théorie qui explique comment les individus interprètent la situation vécue par l'autre comme responsable de ce qui lui

arrive. Cette théorie naïve véhicule la conviction « qu'on reçoit ce qu'on mérite et qu'on mérite ce qu'on reçoit »⁴⁹⁷. Dans cette logique, il suffit de rechercher chez la personne malade ce qui l'a rendue responsable de son malheur. Par exemple, un patient atteint d'une tumeur de l'œsophage sera rendu responsable de sa forte consommation d'alcool et de tabac. Le soignant se met ainsi à l'abri de l'angoisse d'être atteint du même mal. Cette théorie du monde juste constitue un outil de défense largement retrouvé dans la vie ordinaire, parfois chez le soignant, mais ne laissant aucune place à l'altruisme. En étant convaincu que l'autre est responsable de ce qui lui arrive, on est moins disposé à l'aider.

3.2.4. La ritualisation du soin

La toilette est, nous l'avons vu précédemment, l'exemple type du soin qui, bien que banal et relevant du bon sens, a été protocolarisé au même titre que les soins plus techniques. Tous les protocoles sont conçus sur le même principe, découpant en une succession d'étapes le soin. L'ordonnancement est à respecter scrupuleusement. La toilette devient une véritable cérémonie, le soin est réalisé selon la procédure apprise à l'école, les différentes parties du corps sont lavées selon un ordre bien établi. La ritualisation permet de révéler sa fonction protectrice.

La codification des séquences de travail en gestes simples permet au soignant de se concentrer sur la part technique de son activité et de donner moins de prises à ses émotions : *« en fait, j'ai l'impression de couper la personne en morceau. Il y a d'un côté le haut, c'est la partie 'personne' et puis quand je fais la petite toilette, c'est la partie on va dire 'objet'. Donc quand je lave le haut, je regarde la personne et je suis très attentive à ce qu'elle fait. Quand je lave le bas, je suis moins attentive à la personne... on va dire que je la considère pas vraiment comme une personne, enfin, je la considère comme une 'chose' vivante »* (E.7). L'étudiante poursuit en expliquant que sa façon de procéder permet à la fois de gérer sa propre gêne et d'en protéger le patient : *« la tête c'est la personne et le bas c'est un objet qui appartient à la personne et il faut que j'en prenne soin... je les associe pas en fait et je ne suis pas gênée et la personne non plus... mais je me dis tellement que le soin doit être bien fait qu'en fait, je préfère que la personne soit un petit peu gênée mais propre »* (E.7). Le protocole permet de limiter l'impact de l'émotion par une répétition des mêmes gestes et des mêmes mots qui l'accompagnent. L'aspect

⁴⁹⁷ RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. Paris : PUF, 2005, p. 183.

ritualisé va permettre à l'étudiant de se concentrer sur tout autre chose, de ne pas prendre conscience que les règles sociales sont transgressées. Cette *dramatisation* va permettre de faire abstraction des conventions sociales, de les dépasser pour pouvoir déshabiller et toucher les parties du corps, pratiques socialement proscrites. Le corps s'efface derrière la procédure à dérouler. Les interactions les plus délicates font l'objet d'une banalisation du corps, le corps du patient devient *quasi* invisible pour l'étudiant.

L'étudiant réalise le soin dans le respect de la technique apprise à l'école, déroulant dans sa tête la procédure. Il découpe le corps en parties à laver sous couvert du respect des règles d'hygiène : *« on nous apprend à laver du plus propre au plus sale, à ne pas poser le linge sale par terre, à faire le lit bien au carré... c'est toujours compliqué pour moi, toutes ces choses à penser et en plus il faut bien penser à respecter la pudeur du patient et le couvrir avec la bonne serviette, aussi pour qu'il ne prenne pas froid »* (E.7). Le respect de la pudeur est abordé, mais sous la dimension pratique du soin.

L'application d'une procédure dépersonnalise la relation. La douleur exprimée par le patient sera bien souvent le premier élément qui empêchera d'oublier que le soin s'adresse d'abord à un être humain. Les soins douloureux sont souvent associés à des plaintes, voire des cris, chez les patients perturbés. Cette violence induite par le geste peut être à l'origine d'une souffrance pour l'étudiant se retrouvant contraint d'infliger cette souffrance à autrui. La douleur peut également être morale lorsque l'étudiant est obligé de faire manger de force un patient, ou bien de lui faire sa toilette sans son consentement. Ces violences sont souvent intolérables pour les étudiants.

3.2.5. La réification du corps

La ritualisation du soin s'accompagne d'un vocabulaire spécifique. L'incorporation au rôle passe par le langage, dimension essentielle de la socialisation professionnelle. S'imprégner de la culture soignante présuppose une modification des mots pour parler et écrire sur le corps, que ce soit dans les échanges entre patient et soignant ou bien entre professionnels, dans les transmissions orales, ou écrites dans le dossier de soins. L'IFSI fabrique le soignant par son discours sur le patient. Il va apprendre de nouveaux mots, un langage plus « opératif », plus technique et scientifique, qui permet de nommer de nouvelles réalités, de parler du corps autrement.

La personne humaine se transforme en une entité plus abstraite, techniquement décrite et permet une distanciation avec le vocabulaire profane. Par exemple, on ne dit plus « couché sur le dos » mais en « décubitus dorsal ». La formation opère également des modifications des qualificatifs associés à certaines connotations. On va parler de « belles plaies », de « beau pansement », de bourgeonnement « intéressant ». L'utilisation de qualificatifs positifs sont associés à des substantifs habituellement évalués de façon négative. Certaines parties du corps sont euphémisées, la toilette des organes génitaux devient la « petite toilette » ou « toilette intime ». L'étudiant va laver le « haut », puis le « bas ». Ainsi, le tabou de l'évocation corporelle semble levé. La formation propose une requalification des perceptions des soignants, on abandonne le sens commun pour le sens professionnel soignant. C'est ainsi un autre corps du patient qui se construit, morcelé et parcellisé, réifié et décrit autrement.

Le corps est pensé et parlé anatomiquement au lieu de le penser comme individu social avec son histoire. Le langage est une dimension professionnelle essentielle, et la maîtrise du vocabulaire constitue une condition nécessaire mais non suffisante du développement des compétences.

3.2.6. Le vocabulaire du corps

Bien que le corps soit omniprésent dans la pratique soignante, la formation en soins infirmiers en parle peu ou bien l'aborde sous ses aspects anatomo-physiologique, hygiéniste ou ergonomique. Dans les manuels scolaires, le corps est abordé sous un angle mécanique, découpé selon ses grandes fonctions. La question de la gestion de ses excréments est implicite, seuls ses aspects mesurables et quantifiables sont abordés. Le vocabulaire utilisé est policé, on ne parle pas de ces choses-là. Cette perspective fonctionnaliste du corps-objet laisse peu de place au corps-sujet voire au corps-sensible.

Le besoin du patient à assouvir devra pourtant bien être nommé. Communiquer sur ce besoin va provoquer un profond sentiment de gêne. Le vocabulaire utilisé sera modifié : on parlera de pistolet ou de chaise percée mais sans nommer explicitement le besoin, la seule évocation du mot en disant long sur la suite. Les étudiants vont apprendre de nouveaux mots sur le corps et l'acquisition de ce nouveau vocabulaire permet de renommer de nouvelles réalités et de s'en protéger. La puanteur de l'odeur des urines du

matin va se décliner en odeur putride, fécaloïdes, ammoniacales. La nouvelle qualification de l'odeur opère une protection symbolique.

L'acquisition d'un « vocabulaire » ne se résume pas uniquement à l'apprentissage de nouveaux mots, qualificatifs ou substantifs. Il s'agit d'une nouvelle façon de voir la réalité et d'y donner sens. Piaget souligne que c'est bien à travers le langage que l'enfant donne du sens aux objets qui l'entourent, et cette construction de la réalité s'amplifie lorsque l'enfant maîtrise le langage et devient par la suite le moyen de communication privilégié.

Les fonctions de vocabulaire nous amènent aux propos tenus par Anselm Strauss dans son ouvrage *Miroirs et Masques* et relayés ainsi : « la nature, ou l'essence d'un objet, ne réside pas mystérieusement en lui-même, mais dépend de la façon dont il est défini par celui qui le nomme »⁴⁹⁸. L'expérience des choses ne peut être un rapport direct aux choses et Strauss illustre ses propos par l'exemple de l'orange posée sur la table. L'orange ne sera pas goûtée si elle est définie comme objet décoratif. Pour la porter à sa bouche, il faudra la redéfinir comme fruit comestible. La peau morte de l'escarre sacrée ne sera pas découpée si elle est définie comme peau. Pour oser la couper, il faudra la redéfinir comme partie nécrosée empêchant la guérison.

Les qualités objectives de l'objet, en ce qui concerne notre exemple, la peau humaine, ne constituent qu'un champ des virtualités qui nécessitent d'être activées dans le cadre de significations dans lequel l'étudiant l'inscrit. William Isaac Thomas rend compte du fait que les comportements des individus s'expliquent par leur perception de la réalité et non par la réalité elle-même par sa célèbre formule : « *If men define situations as real, they are real in their consequences* »⁴⁹⁹.

3.3. Les techniques du travail émotionnel

Dans la perspective du travail émotionnel, Hochschild identifie plusieurs techniques pour se protéger des émotions trop envahissantes. La première est *cognitive* : l'étudiant va essayer de changer les images, les idées ou les pensées dans le but de changer le sentiment qui lui est associé. « *L'odeur était tellement insupportable que j'avais du mal à tenir, j'ai pensé très fort aux fraises Tagada. J'adore ce bonbon et ça marche à tous les coups* »

⁴⁹⁸ MAUGER, Gérard. « A. Strauss, Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme », *In Politix*, Vol. 6, n°21, 1er trimestre 1993, pp. 142-146.

⁴⁹⁹ Si les hommes définissent des situations comme réelles, alors elles sont réelles dans leurs conséquences.

(E.21). La deuxième est *corporelle*, elle consiste à changer les symptômes somatiques ou physiques de l'expression de l'émotion, en contrôlant sa respiration ou ses tremblements. Enfin, la troisième concerne le travail *expressif*, il s'agira de changer l'expressivité pour pouvoir modifier le sentiment plus profond, par exemple en tentant de sourire pour cacher son malaise. Cette dernière rejoint la façade de Goffman et ne répond pas seulement d'une figuration mais vise aussi à agir sur le sentiment pour le changer.

Ces techniques sont appliquées lorsque l'étudiant se rend compte que le sentiment ne convient pas à la situation : « *j'avais envie de pleurer mais je ne pouvais quand même pas le faire, alors je me suis concentrée sur ma respiration pour pouvoir retenir mes larmes* » (E.24). L'étudiant a conscience que le sentiment ne convient pas à la situation, les règles sociales sont intériorisées et se mêlent aux règles professionnelles, « *il aurait été malvenu que je pleure devant le patient* » (E.24). « C'est lorsque cette cohérence tripartite entre situation, cadre conventionnel et sentiment, se rompt, pour une raison ou une autre, [...] que règle et gestion deviennent le centre d'attention »⁵⁰⁰. Continuellement, les soignants s'efforcent de rendre le sentiment et le cadre compatibles à la situation. Ils le font en obéissant à des codes ou à des règles implicites. Ces règles sont partagées socialement, connues de tous les soignants mais écrites nulle part, transmises de façon empirique par le groupe de pairs.

L'étudiant va essayer de changer le degré ou la qualité de l'émotion ou du sentiment mais sans certitude d'atteindre le résultat attendu. Le travail émotionnel n'est pas de supprimer l'émotion mais d'éviter « une éventuelle dissonance entre l'éprouvé profond et l'expression de surface supposée lui correspondre »⁵⁰¹. L'étudiant peut aussi décider de s'extraire du soin si la situation est trop difficile à supporter et que ces techniques ne sont pas suffisantes. Pour sauver la face, il peut aussi se retirer de l'épreuve.

Mais comment s'extraire du soin ? La question n'est pas si évidente, tout va dépendre de la qualité de l'engagement.

⁵⁰⁰ HOCHSCHILD, Arlie. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003/01 n°9, p. 35.

⁵⁰¹ COSNIER, Jacques. *Psychologie des émotions et sentiments*. Coll. Psychologie Dynamique. Paris : Retz, 1994, p. 97.

3.3.1. Les stratégies de désengagement

Il peut arriver qu'il ne soit plus possible de retenir ses émotions. L'étudiant va alors se retirer provisoirement de la relation, le temps de « retrouver ses esprits ». Il va trouver une excuse plausible pour s'en extraire, prétexter l'oubli de matériel par exemple, rester en dehors de la scène le temps de retrouver son sang-froid. Il peut aussi sortir de la chambre et se réfugier en salle de soins ou à l'office⁵⁰², mettre au point un nouveau rôle pour pouvoir retourner dans la chambre. *Les coulisses du travail*, espace-temps durant lequel les comédiens peuvent quitter leur rôle de « façade », ôter le masque de soignant « modèle » et rester temporairement à l'écart des patients. Plus qu'un espace proprement dit, les coulisses constituent un moment pour souffler et se reprendre.

On retrouve ainsi deux régions d'activités et de comportements : la scène et les coulisses. Selon Goffman, « une grande partie de l'activité sociale est faite d'épisodes entre parenthèses, précédés et suivis par des périodes de travail en coulisses »⁵⁰³. C'est ainsi que les soignants alternent les moments d'implication forte auprès des patients et les moments de retrait en coulisses, espace où ils peuvent momentanément relâcher leur attention et préparer la scène suivante.

Si l'étudiant choisit l'évitement et sort de la chambre pour se désengager du soin, il risque de s'exposer à une sanction et mettre en péril la poursuite de sa carrière.

D'autres formes de désengagement peuvent également s'observer. Le soignant peut décider de rester, tenir physiquement dans l'interaction et en même temps la quitter psychologiquement. Il va s'absenter, se déconnecter de cette difficile réalité, ne pas regarder le patient ou bien démarrer une conversation avec son collègue si le soin se passe en binôme. Il peut également avoir recours à des exercices intellectuels et se concentrer sur les aspects mécaniques et techniques du soin. Goffman étudie ces formes d'exclusion de l'interaction et reprend l'expression de Bateson et Mead, *away*, pour décrire le retrait psychologique qu'opèrent certains acteurs ; tout en restant apparemment présents, ils sont ailleurs. Le soignant va être là physiquement et réaliser le soin, il va donner l'impression d'être attentif à ce qui se passe alors qu'en réalité il pense à tout à fait autre chose. Il va

⁵⁰² L'office et la salle de soins sont des lieux où les patients ne sont pas autorisés à pénétrer.

⁵⁰³ CEFAÏ, Daniel, GARDELLA, Edouard. *Comment analyser une situation selon le dernier Goffman ?* in CEFAÏ, Daniel, PERREAU, Laurent. *Erving Goffman et l'ordre de l'interaction*. MONTS : CURAPP-ESS/CEMS-IMM, 2012, p. 241.

s'évader mentalement pour pouvoir tenir et poursuivre le soin en mettant tout en œuvre pour que le patient ne se doute de rien.

Si le soignant s'octroie parfois ce droit à la distraction et laisse son attention vagabonder hors cadre, il doit tout faire pour dissimuler ces moments d'absence et témoigner de son implication sur scène.

Une distance plus grande est souvent nécessaire pour retrouver complètement ses esprits. Poser sa blouse au vestiaire et sortir de l'enceinte de l'hôpital ne suffit pas à s'extraire de l'ambiance et penser à autre chose. « *Lorsque je quitte le stage, j'ai besoin de faire le vide. Il y a le trajet de voiture... ce n'est peut-être pas une bonne idée car il faut être concentrée sur la route mais moi, c'est à ce moment-là que je me vide la tête et que j'essaie de passer à autre chose, j'arrive chez moi et... heureusement qu'il y a ce trajet de voiture...* » (E.10).

3.3.2. L'humour, un mécanisme de défense efficace

L'humour ou la dérision sont souvent utilisés comme esquive sociale pour éviter l'embarras et pour sauver la face ou celle de l'autre. Freud conçoit l'humour comme un mécanisme de défense visant à réduire l'angoisse ou tout ce qui menace l'intégrité psychique. Il permet au moi de se protéger d'un contexte délétère. Quant à Jacques Lacan, il considère l'humour comme un critère de santé mentale, allant jusqu'à prétendre que le « sens de l'humour » permet de distinguer l'être humain normal du malade mental.

Rire avec le patient

Marie Anaut aborde dans son ouvrage la question du mystère de la métamorphose du malheur en gaité. Comment la manière de présenter un malheur peut métamorphoser sa triste connotation en gaité relationnelle ?

« Rien n'est plus sérieux que l'humour, car il permet de dire de manière socialement partageable des vérités insupportables »⁵⁰⁴ écrit Boris Cyrulnik. L'humour permet de transformer la réalité à travers le jeu du langage et de la créativité comme Julie le montre lorsqu'elle explique comment elle a réussi à rire d'une situation dramatique où elle avait dû attendre seule l'arrivée des brancardiers pour transférer un résident dans l'unité voisine. « *Je n'étais vraiment pas à l'aise, Mr T. n'arrêtait pas de cracher du sang, j'avais du mal*

⁵⁰⁴ CYRULNIK, Boris, préface d'ANAUT, Marie. *L'humour, entre le rire et les larmes. Traumatismes et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2014.

à masquer mon inquiétude et je ne voulais surtout pas la transmettre à Mr T. Après une quinte de toux encore plus spectaculaire que les précédentes, il se met à expectorer un énorme crachat sur le mur de sa chambre. Je ne sais pas pourquoi, mais cela m'a fait rire et je lui ai dit sur le ton de l'humour que s'il existait un prix du meilleur cracheur, il aurait gagné la médaille... cela l'a fait rire à son tour et j'ai eu l'impression que toute mon angoisse avec celle du patient retombait » (E.30). L'étudiante présente une situation *a priori* traumatisante sous ses aspects insolites et ironiques. Le ton humoristique a réussi à abaisser son niveau d'angoisse et atténuer la gravité de la situation tout en mêlant un peu de plaisir à la souffrance. Elle transforme une situation dramatique en risible. Cette capacité à métamorphoser une représentation pénible permet d'appréhender la réalité depuis une perspective décalée et agit comme un mécanisme défensif, elle atténue les peurs en libérant les tensions internes. L'humour permet de s'ajuster à des conditions menaçantes ou stressantes lors des situations d'insécurité.

L'humour est un concept ambigu qui résiste à la formalisation. Il est souvent associé au rire et représente une expérience humaine qui contribue souvent à tisser des liens entre les hommes. « Il constitue une base essentielle des compétences relationnelles des individus et génère une puissance sociale et émotionnelle remarquable »⁵⁰⁵.

Rire avec l'équipe

L'humour permet également de transformer l'expérience vécue pour la rendre partageable avec les autres. « La distanciation humoristique permet d'endiguer les émotions trop fortes qui ressurgissent à l'évocation des souvenirs douloureux »⁵⁰⁶. Transmettre une information en la travestissant par l'humour autorise l'expression de l'inénarrable. Il permet de raconter l'irracontable.

Face à certaines situations particulièrement difficiles, l'attitude humoristique permet de se protéger en modifiant l'éclairage de la réalité et en lui donnant une coloration ironique. L'humour provoque une sensation de bien-être émotionnel qui se transmet facilement, ce qui lui confère une fonction cathartique. Il est fréquemment utilisé par les soignants comme un instrument de défense contre l'angoisse et de protection de l'envahissement des émotions négatives dans les situations difficiles. Les bénéfices sur le moral ne sont pas du

⁵⁰⁵ ANAUT, Marie. *L'humour, entre le rire et les larmes. Traumatismes et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2014, p. 17.

⁵⁰⁶ ANAUT, Marie. *Ibid.*, p. 19.

seul fait de rire mais se trouvent également dans les remaniements émotionnels que l'humour permet. « Du point de vue cognitif, l'humour aide à penser de manière rationnelle et à retrouver une maîtrise face à des pensées perturbées par des émotions morbides »⁵⁰⁷.

La dérision

Les étudiants font preuve de dérision ou « d'humour noir » pour se protéger, se défendre contre l'impensable. La distanciation humoristique va permettre de partager l'expérience traumatisante, le masque de la dérision aide à transmettre l'impensable. Il permet de rendre dicible l'indicible. L'humour permet à l'étudiant d'exprimer ses ressentis et de les partager avec les autres, mais également de se réapproprier ce qu'il a vécu et de donner du sens à cette expérience. La dérision permet cette distanciation et replace le sujet dans un espace émotionnel positif et lui redonne confiance.

3.3.3. Les espaces de régulation pour partager les émotions

En milieu hospitalier, le travail d'équipe est une des caractéristiques de l'organisation des soins. La dimension collective est soulignée dans de nombreux témoignages en tant que ressource pour le partage des émotions. Dans sa théorie du partage social des émotions, Bernard Rime souligne l'inclinaison des individus à vouloir partager leurs émotions et le bénéfice à le faire. « *J'en parle à mes copines de promo, je me vois mal en parler avec mes parents un dimanche midi au dessert ! Même s'ils se doutent de ce que je fais, je suis en stage dans un EPHAD où il y a beaucoup de grabataires, je ne me vois pas leur raconter les couches, les escarres, tout ça, tout ce que je vois, je ne me vois pas leur en parler... par contre on se raconte entre nous [copine] et c'est à celle qui a vu la plus belle escarre, on se raconte ça en mangeant du chocolat, c'est bizarre ça quand même....* » (E.35).

Selon Rimé, dans la vie privée, les partenaires de choix pour le partage des émotions sont de manière générale les proches, puis les amis et enfin les collègues de travail. Il y a inversion lorsque l'épisode émotionnel survient dans le cadre professionnel : les collègues sont le plus souvent les personnes avec qui l'on partage. De l'avis de la plupart des étudiants interrogés, pouvoir parler en équipe des situations est indispensable pour éviter

⁵⁰⁷ ANAUT, Marie. *Ibid.*, p. 117.

le débordement, sur la vie privée justement. Mais ils ne s'autorisent pas encore à le faire et partagent plus facilement avec d'autres étudiants.

Le partage des émotions se fait plus facilement dans le cadre du travail, lors des transmissions ou lors des pauses à l'office. Il est malvenu de se raconter à l'extérieur, une fois la blouse blanche au vestiaire.

L'analyse de pratique peut être un exutoire pour mettre des mots sur le vécu, mais peu s'en saisissent et le plus souvent les formateurs se retrouvent à lire des récits de soins énonçant les devoirs du soignant, le respect des règles éthiques professionnelles, faisant l'impasse sur le côté obscur des soins. La réalité dérangeante est refoulée et souvent exclue du récit. Le vécu est intime, il est insaisissable et de ce fait indicible. L'IFSI propose des moments formels pour exprimer ces émotions. Des temps de régulation sont prescrits par le référentiel de formation, rituellement organisés sur chaque période de stage et animés par un psychologue. Les étudiants sont en groupe de TD et ne se choisissent pas. Ces espaces de paroles mis à leur disposition par l'institution ne sont pas suffisants. Les étudiants nous ont confié ne pas partager leurs émotions dans ces moments formels. Bien que faisant tous partie d'un même collectif, avec des préoccupations similaires, ils ne se sentent pas en confiance pour se dévoiler. C'est ailleurs que cela se passe.

3.3.4. Les coulisses du travail

Pour Goffman, *les coulisses du travail* sont des espace-temps durant lesquels les comédiens peuvent quitter le rôle de « façade », ôter le masque de soignant « modèle » et rester temporairement à l'écart des bénéficiaires de soins. Plus qu'un espace proprement dit, les coulisses constituent un moment pour souffler, s'extraire de la scène de travail.

L'expression et le partage de l'expérience émotionnelle avec l'équipe favorisent aussi l'intégration dans le groupe soignant. Mais pour cela il faut qu'on le permette, que « l'expression de l'émetteur rencontre l'intérêt de la cible, que l'écoute du récit éveille l'empathie du récepteur, et que les besoins de l'émetteur suscitent l'aide et le soutien de son auditeur »⁵⁰⁸. Nous savons bien que ce n'est pas toujours possible.

Les étudiants recherchent à partager avec les membres de l'équipe, mais ces derniers ne sont pas toujours disponibles pour les écouter. Le manque de temps et la surcharge de

⁵⁰⁸ RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. Paris : PUF, 2005, p. 181.

travail sont souvent évoqués pour justifier du peu d'intérêt qu'ils accordent aux ressentis des étudiants. S'agissant le plus souvent du partage de vécu douloureux, en serait-il ainsi s'il s'agissait de partager des moments plus heureux ?

Partager le ressenti revient aussi à dévoiler ses faiblesses, indésirables dans le milieu soignant. Certains étudiants ne s'autorisent pas ce partage : « *à la limite, on te dit, il faut changer de métier* » ; « *j'en parle mais j'ai l'impression que ce n'est pas entendu, j'ai peut-être pas les bons mots ou ce n'est pas le bon moment* » ; « *j'ai peur du jugement de valeur, qu'ils pensent que je ne suis pas capable* ». Le jugement de l'équipe, qu'il soit réel ou fantasmatique, agit comme une autocensure sur l'expression de l'émotion.

Ce partage se fera à l'office ou dans le vestiaire, mais jamais en présence du patient. Il est autorisé dans la stricte intimité de la salle de soin, à certains moments clés de la journée, notamment lors des transmissions. En dehors de cet espace, dire les choses peut concourir à mettre en péril la symbolique soignante. Cette censure est intériorisée dès le début de la formation, encouragée par le manque de vocabulaire disponible pour signifier l'indicible de la souffrance.

Freud a dit qu'il n'y a pas de mémoire sans émotion. Damasio ajoute qu'il n'y a pas non plus d'émotion sans mémoire de cette émotion. L'individu garde les traces des émotions vécues dans d'autres situations critiques qui fondent les stratégies adaptatives qui seront réactivées dans des contextes ultérieurs similaires.

3.3.5. On ne s'habitue pas

Jade a essayé d'en parler à l'équipe, doutant de ses capacités et cherchant à être rassurée. Elle a été déçue par l'infirmière du service : « *elle m'a répondu, tu t'y feras, moi je m'y suis bien faite* ». L'aide attendue se réduit à un pronostic laconique d'accommodation, « *avec le temps* », mais à quel prix.

Les infirmières expertes ne se souviennent plus vraiment comment elles ont appris à gérer leurs émotions : « *on a appris de notre expérience, de la répétition de la confrontation aux mêmes situations, même si on ne rencontre jamais les mêmes choses. On apprend sur le tas et l'expérience fait aussi qu'en maîtrisant mieux les gestes techniques, on est détaché de ce côté stressant d'être tellement maladroit. On prend confiance en nous et nos réactions de défense sont bien rodées* ».

Mais ces affects ne disparaissent pas avec le temps, il s'agit de les maîtriser. On est bien là au cœur de l'ambivalence du rôle. *« La 1^{ère} fois, j'ai été très impressionnée, mais la seconde fois aussi et les fois suivantes. Ce n'est pas qu'on s'habitue mais on sait mieux gérer, il n'y a plus l'effet surprise, on sait à quoi on va s'attendre même si à chaque fois, c'est différent »*, nous relate une étudiante interviewée en début de recherche et croisée plus tard en fin de formation.

Certaines difficultés rencontrées en début de stage semblent s'estomper au cours du stage ou bien lors des stages suivants, plus ou moins rapidement, et concernent plus volontiers la vue des corps et le toucher. Les difficultés relatives aux odeurs restent celles qui perdurent durant toute la formation et bien au-delà durant toute la vie professionnelle.

L'étudiant réalise plusieurs stages durant sa formation, ces difficultés qu'ils pensaient « digérées » peuvent resurgir au décours d'une nouvelle rencontre.

3.4. Parler de son travail aux autres

Fort heureusement, Jade a pu trouver une oreille attentive auprès d'autres étudiantes de sa promotion, *« après le stage, nous nous retrouvons souvent pour nous raconter notre journée d'hôpital, cela nous fait du bien, on se rend compte qu'on a toutes les mêmes soucis »* (E.35) et nous ne pouvons que l'encourager à partager ses doutes et ses émotions.

Pour les infirmières, il est difficile de parler de son travail avec les personnes qui ne sont pas du monde hospitalier. Comment aborder les aspects concernant les soins aux corps et les déchets corporels, tout ce qui relève du domaine de l'intime et refoulé par la société ? *« Il est plus facile de parler de choses un peu dégoûtantes au travail, cela fait partie des transmissions. Par contre, parler de cela en dehors peut être déplacé ou vulgaire, je ne le fais pas »*. Comment en parler sans choquer, sans paraître inconvenant, voire grossier. Les soins au corps peuvent concerner des aspects de la vie considérés comme sales ou proches de ce qui touche à la sexualité. *« Je n'en parle même pas à mon mari, il ne comprendrait pas que je puisse laver le corps d'un homme de mon âge et risquer de provoquer une érection... il serait difficile de lui expliquer que ce sont les risques du métier ! »*

Il est plus facile de parler de ces choses-là à des professionnels du soin qui peuvent comprendre ce que signifie de réaliser des soins corporels. En identifiant cette difficulté à raconter aux profanes la nature des soins infirmiers, les infirmières reconnaissent leur nature sensible. *« Difficile d'arriver en retard à un dîner et de dire que je suis en retard*

car j'ai dû faire la toilette mortuaire d'une dame de mon service. Qu'est-ce qu'on peut dire derrière ça ? Ça plombe un peu l'ambiance, non ! ».

Et pourtant, certains aimeraient bien savoir ce qui se passe derrière les murs de l'hôpital : *« dans mon entourage il n'y a pas grand monde dans le milieu médical, donc ils sont très curieux, ils me posent plein de questions. Je leur parle de ce que je vis, cela les intéresse, ils sont friands des petites anecdotes... mais bon, je ne raconte pas tout non plus ! Il y a des choses qu'on ne peut pas raconter, il y a des choses qui restent à l'hôpital, qui doivent rester dans le service... oui, ils me posent souvent des questions... »* (E.6).

Les différentes facettes du travail infirmier ne sont pas des sujets de conversation acceptables en société, la pratique infirmière reste invisible même auprès des patients qui pourtant reconnaissent les infirmières comme admirables et faisant le plus beau métier du monde. De retour à domicile, un patient hospitalisé racontera son opération, le nombre d'agrafes, la douleur atténuée par la perfusion de Morphine, le contenu de son plateau repas, mais il n'abordera pas comment il a dû faire ses besoins sur un bassin, comment il s'est senti gêné par la toilette au lit. Tout cela, il ne veut plus y penser, il le relègue dans le domaine de l'intime, il n'en parlera certainement jamais.

3.5. Double peine et risque de *burn out*

Le soignant fait « à la place » du soigné, il le prend « en charge » et à cette charge physique s'ajoute le poids de la charge émotionnelle. Cette « double peine » exige impérativement des temps de repos. La fatigue affective, conjuguée à celle plus physique du travail, vient puiser de la force et de la vie chez le soignant qui, sans repos, perd ses forces et son énergie et risque de se consumer.

La prise en compte de cette dimension émotionnelle est centrale pour la santé des futurs soignants. La théorie du *burn out* explique que si l'étudiant s'investit trop émotionnellement auprès des patients, il risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Afin de se protéger d'un épuisement total, il va se désinvestir de la relation jusqu'à sa déshumanisation, considérant le malade comme une chose plutôt qu'une personne. Cette dépersonnalisation de la relation s'accompagne d'une diminution de l'accomplissement personnel, d'un désintérêt pour le métier. Les étudiants sont sensibilisés à ce risque et le conseil qui leur est souvent donné pour éviter ce que les

psychologues nomment « perte d'accomplissement professionnel » est de trouver la juste distance dans la relation !

3.6. Du travail sur soi au travail sur autrui : la compétence émotionnelle

Les émotions, qu'elles soient celles du soignant ou du patient, sont des données ou des objets du travail. Ils doivent s'en protéger par un travail de mise à distance. Ces émotions ressenties et ce travail émotionnel doivent être pris en compte, parce qu'ils forgent un *ethos* propre à leur métier.

Dans les soins infirmiers, l'émotion est encore trop souvent perçue comme un risque, un manque de professionnalisme. Seule l'intelligence rationnelle est reconnue et les émotions viennent la pervertir par le trouble qu'elles engendrent. Face à ces représentations, on comprend l'injonction souvent entendue de laisser ses émotions au seuil du monde professionnel car elles appartiennent à la sphère privée.

Il est un lieu commun chez les soignants de penser que gérer ses émotions équivaut à les faire disparaître, à les taire, à les dissimuler. Gérer ne se résume pas à contrôler et c'est précisément cette confusion entre ces termes qui explique le fait que la gestion de l'émotion est souvent tenue pour impossible. La notion de maîtrise émotionnelle ne signifie pas qu'il faille nier ou réprimer ses véritables sentiments.

3.6.1. Laisser sa vie au vestiaire

« L'indésirable séparation entre les affects et la notion de soin, ce "de soi à l'autre" dans un rapport aussi intime que non choisi, éclaire la rupture impossible entre une vie qualifiée de "personnelle" et la profession »⁵⁰⁹.

Les émotions circulent dans le flux des interactions de soin en même temps qu'elles sont vécues plus personnellement ; derrière l'identité professionnelle, c'est l'identité personnelle qui est en jeu. Les émotions peuvent concerner la confirmation ou au contraire le désaveu de ces identités.

Mais hors contexte hospitalier, l'infirmière redevient membre de la société, comme tout un chacun, et devrait être considérée, comme tel. L'identité infirmière est si forte que les gens la voient, non pas en tant qu'individu mais toujours en tant qu'infirmière, autorisée à

⁵⁰⁹ PERRAUT-SOLIVARES, Anne. *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: PUF, 2001, p. 124.

transgresser les tabous. Elle doit gérer cette image pour qui il est facile de toucher et manipuler un corps, de parler de ses souillures. Les infirmières ont à gérer cet amalgame identitaire où il n'y pas de différence entre le privé et le travail. « *Quand je dis que je suis infirmière, ça y est, j'ai droit à l'énumération de tous les détails de son existence... comme si je n'avais pas d'autre vie que d'être infirmière... comme si j'étais capable de tout entendre... j'entends "cela ne te fait rien, tu es infirmière"... Comme si j'étais insensible à tout, ils oublient que je suis d'abord une personne avant d'être une infirmière* » (E.12).

3.6.2. L'intelligence de nos émotions

La relation de soin met le soignant en contact avec les craintes, la souffrance, la colère voire le désespoir du patient. Il réagit à ce qu'il voit, à ses paroles, mais aussi à la douleur, aux plaintes, à la tristesse, aux différentes sollicitations et parfois même à l'agressivité autant physique que verbale. Certaines situations bouleversent, choquent ou laissent le novice dans une apparente indifférence, suscitant en retour des réactions émotionnelles de différentes natures, allant de l'empathie à l'agacement ou le rejet.

Il est essentiel que l'étudiant donne du sens à ce qu'il vit, comprenne et reconnaisse la résonance de l'émotion dans l'interaction. Développer une compétence émotionnelle nécessite de chercher à saisir le sens et la signification de chaque situation de soin dans laquelle l'étudiant est impliqué, d'analyser non seulement ses réactions mais aussi celle du patient. Réprimer les émotions ou vouloir les contrôler soulève tout un questionnement éthique. Un contrôle systématique des émotions risque de légitimer certaines procédures d'évitement telle la technicisation ou la fuite, accentuant alors la solitude des soignés... et des soignants. Le premier écueil de la distance est son glissement vers l'absence. Redouter l'émotion qui nous attend et se sentir piégé par son surgissement peut conduire à éviter toute situation à risque émotionnel. Normaliser une distance protectrice et sécurisante placerait l'émotion dans le registre de la faute professionnelle. Nier les émotions, c'est occulter leur nature profondément éthique.

3.7. Une injonction paradoxale

La question de la juste distance émotionnelle entre le soignant et le patient, est l'objet d'une attention et d'un questionnement constants de la part des soignants. Il leur est demandé d'être suffisamment proche du patient et de lui inspirer une image rassurante, en

même temps de maîtriser leurs affects et de ne pas s'attacher à lui. « *On n'est pas fait de bois, on a des sentiments pour les patients, on s'attache* » (E.9). Comment gérer cette double contrainte ? Les étudiants se retrouvent devant ces conseils paradoxaux, difficiles à appliquer. « *On nous dit à l'école de ne pas être trop proche des patients, de ne pas trop s'impliquer, de ne pas nous attacher, on nous dit "faut te faire une carapace, faut te blinder", mais rester attentif aux besoins du patient* ». Entre distance et proximité avec le patient, de quelle distance parle-t-on ? Certains étudiants culpabilisent de « trop » respecter la distance et considèrent que l'attachement est reconnu comme faisant partie pleinement du rôle de l'infirmière. « *[...] je me rends compte que je m'implique beaucoup dans certaines situations et qu'il m'est difficile de parfois prendre du recul* » (E.9). Le phénomène d'attachement est reconnu comme faisant partie pleinement du métier d'infirmière.

Nous l'avons vu précédemment, la mission de l'infirmière est de suppléer aux besoins du patient et de l'accompagner dans le vécu de sa maladie, l'aider à mettre des mots sur ce qui lui arrive. « *Je ne reçois pas ses confidences comme un fardeau, ni comme un élément de plus à accrocher dans le tourbillon du jour, mais comme un moment privilégié. Je reçois la confiance qu'elle m'accorde comme un cadeau* ». Les étudiants se demandent comment identifier les besoins du patient, accéder à cette connaissance de l'autre tout en restant à distance ?

Les émotions participent pleinement au processus de décision, elles jouent un rôle de repères qui nouent des liens entre une situation nouvelle et nos références passées. Notre vécu fonctionne comme un réservoir de références dans lequel nous puisons inconsciemment au moment de prendre des décisions et d'orienter notre vie. Sans ces liens, nous sommes privés d'une grande partie de notre expérience et de nos ressources. Ces questions relèvent d'un défi éthique pour le soignant à la recherche d'un engagement juste et adéquat, entre exigence professionnelle et posture authentique.

CONCLUSION

Lorsque nous nous sommes engagée sur le chemin de la thèse, désireuse d'éclairer un constat et un questionnement professionnel, nous étions loin d'imaginer combien notre objet de recherche aurait un tel écho chez les étudiants et les soignants. Rappelons notre postulat de départ : les premiers soins aux corps font événement dans la formation en soins infirmiers. Dans une démarche compréhensive, nous avons questionné l'expérience première de la rencontre avec le corps malade dans ses dimensions sensorielle, sensible et sociale, et au plus près des acteurs : les étudiants. Tout en naviguant entre une perspective microsociologique et une approche plus phénoménologique et macro, nous avons emprunté le chemin de la diversité conceptuelle. L'inscription de notre recherche en SIC nous a offert l'opportunité de croiser différents champs disciplinaires, d'articuler et de réaliser des ponts et des liens entre les questions émergeant du terrain et les concepts et notions qui nous ont semblé les plus adéquats. Notre posture de chercheur en SIC nous a permis d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche pour traiter cet objet, de dépasser notre expérience et nos connaissances, de passer d'un regard intuitif à scientifique, et de nous distancer du simple constat de départ guidant notre recherche. Une de nos principales difficultés a été de nous retrouver dans cette immensité théorique et d'interroger les concepts à forte portée sémantique sans les déformer.

Notre recherche s'origine dans un questionnement professionnel. Notre appartenance au corps soignant a guidé le travail de réflexion et nous a interrogée sur notre capacité à nous distancier pour permettre un élargissement de notre champ de vision. La double posture de soignant et de chercheur, double identité revendiquée sans effacement de l'une ou de l'autre, n'a pas toujours été facile à tenir. Nous avons dépassé cet obstacle en menant une réflexion sur notre posture et en questionnant la place et l'attitude à avoir, principalement durant le temps de l'enquête, afin de garantir la neutralité et la distanciation nécessaires à la rigueur scientifique.

Nous avons quelque fois douté de la scientificité de notre recherche, et plusieurs éléments ont été déterminants pour dépasser ce doute, et nous conforter dans la direction que nous prenions : le regard d'autres chercheurs sur notre travail. Régulièrement, nous avons eu l'occasion de présenter à d'autres chercheurs « extérieurs » au monde soignant les avancées et les résultats partiels de notre travail. Que ce soit lors des rencontres

rituellement organisées par et avec notre Directeur de thèse, dans le cadre de journées doctorales, ou bien lors de communications à des colloques ou à des journées d'étude, ces temps de présentations et de discussions ont été suivis à chaque fois d'une avancée significative. Les retours de chercheurs issus d'autres champs et d'autres disciplines nous ont ouvert à d'autres pistes, venant éclairer certains points obscurs et nous amenant à reconsidérer certaines de nos interprétations. Les échanges, questionnements divers et regards critiques portés par ces chercheurs sur notre cadre théorique, méthodologique et sur nos résultats, ont contribué à prendre conscience de certains manques dans la rigueur méthodologique qu'exige la posture de chercheur. Ce retour réflexif sur notre production a servi de système d'évaluation du cheminement scientifique par rapport aux objectifs de recherche poursuivis. L'intérêt porté à nos travaux nous a encouragée à poursuivre. Toutes ces possibilités de parler *de* et *sur* notre recherche ont contribué à une ouverture et un enrichissement théoriques qui ont donné corps à la thèse.

Toutes nos années d'expérience dans les soins nous ont fait prendre conscience de la place centrale des émotions dans la relation avec la personne malade et de la difficulté à les exprimer. Il est pourtant primordial pour le soignant qui vit des situations à forte charge émotionnelle de savoir reconnaître, comprendre, et gérer ses émotions, de ne pas les taire ou les refouler au risque d'un épuisement professionnel à plus ou moins long terme. Cependant, l'apprentissage de la gestion des émotions reste complexe et soulève bien des interrogations, que ce soit de la part des étudiants ou de celle des formateurs engagés dans cette difficile mission de passeurs des savoirs infirmiers.

L'entrée dans le métier se fait par l'entremise du corps. La rencontre avec le corps malade est un moment marquant qui fait traces dans l'histoire du soignant. L'expérience corporelle est non seulement formatrice mais également fondatrice. L'envie de travailler sur le sens donné aux premières expériences de soins vécues par les étudiants en soins infirmiers, et sur les émotions qu'ils ressentent, n'est pas le fruit du hasard. Il résulte de l'intérêt que nous portons à transmettre chaque jour le métier, de la tonalité et de la saveur que nous donnons à la mise en pratique de ce qui est réglementairement prescrit dans le référentiel de formation en soins infirmiers.

Cette recherche a été réalisée parallèlement à notre activité professionnelle. Un changement et la prise de nouvelles responsabilités au milieu du parcours de thèse a sans doute constitué un frein à l'approfondissement de certaines pistes de recherches entrevues.

Le manque de temps et de disponibilité nous ont cruellement fait défaut pour parfaire notre recherche.

Dans nos métiers de l'humain, le corps est au cœur même de la relation de soin. Il est média dans cette double rencontre : celle d'un étudiant avec son nouveau rôle et celle d'un soignant avec une personne malade. Le novice est venu apprendre son métier et le soin qu'il donnera va le contraindre à franchir la distance culturelle la mieux protégée : la distance intime. Le corps n'est plus effacé par le rituel : il s'expose. Il est sur le devant de la scène dans sa réalité concrète de corps malade et souffrant, où il est possible d'entrevoir sa propre finitude ou celle de ses proches. Ce corps à corps singulier étudiant-patient catalyse les doutes existentiels, et cette rencontre est le plus souvent mal préparée. Il est présage morbide d'une dépendance et illustre la vulnérabilité. Il ébranle le fantasme de la santé parfaite en incarnant l'aveu d'impuissance d'une médecine que l'étudiant pensait être infaillible et omnipotente.

C'est une personne que l'étudiant rencontre et non seulement un corps à soigner, corps pouvant être perçu comme une collection d'organes et de fonctions agencées selon les lois de l'anatomie et de la physiologie. L'étudiant s'engage dans cette relation, il a fait le choix de ce métier et il est là pour apprendre, sous le regard plus ou moins bienveillant d'autres soignants. Il fait le pari d'une interaction sans incident, mais l'irruption du non-familier va le déstabiliser, menaçant l'ordre établi et bousculant les repères clés de son existence. En l'absence de connaissances ou d'un guide comme tiers protecteur, le risque est grand de s'identifier au patient dans cette relation où l'investissement affectif est décuplé. L'expérience sensorielle est troublante, elle sollicite les cinq sens, faisant naître des perceptions et des sensations inédites. Un vrai dépaysement des sens s'opère et le novice se retrouve confronté à des odeurs inattendues, à des sons imprévus, des usages du regard et du toucher inhabituels qui le contraignent à sentir, toucher et regarder autrement et lui communique quelque chose d'aussi surprenant qu'inattendu. Il va s'ouvrir à une autre culture sensorielle, à une autre manière de sentir et ressentir le monde, l'expérience vécue est sensible et l'émotion sera la traduction de la perception sensorielle, la réalité est accessible par l'intermédiaire du corps. C'est par son corps et ses cinq sens, sentinelles l'informant et l'alertant sur ce nouvel environnement, que l'étudiant découvre l'univers hospitalier et entre en relation avec le patient. Les premières perceptions empêchent l'empathie, entraînant des émotions envahissantes teintées de projections. Passé le stade

de la surprise, l'étudiant va mettre en place des stratégies défensives risquant de parasiter la relation à l'autre.

L'expérience du soin est expérience sensible mais elle est aussi expérience sociale, le sujet sensible et l'acteur social étant une seule et même personne. Le corps est le lieu où se cristallisent les produits de la socialisation qui n'est jamais totale ni complètement terminée. Les sensations vont se conjuguer aux « déjà-là » issues des socialisations antérieures. L'articulation des différentes socialisations va se poser plus en termes de problèmes que d'évidences, et plusieurs « chocs biographiques » seront nécessaires pour accompagner le processus de transformation de l'étudiant. Le premier choc a lieu lors du premier stage, dispositif symbolique fort de socialisation.

Lorsqu'il arrive en stage, l'étudiant est cet étranger qui, pour paraphraser Albert Schütz, ne possède pas d'emblée la bonne distance avec les autres ; il se cherche et a du mal à trouver sa place. Il entre lentement dans les *allants-de-soi* du groupe d'accueil. Au cours du stage, il va être initié au rôle, et cette initiation se fait en situation. Le premier contact avec le terrain est considéré comme une véritable épreuve initiatique, un moment de vérité qui s'inscrit dans une logique de rituel. Immergé dans le réel des soins, l'étudiant va confronter un idéal soignant à une réalité de terrain, il va éprouver sa capacité à tenir le rôle que l'on attend de lui. Cette initiation se fait dans l'insécurité car cette étape est peu préparée et accompagnée. L'équipe sur qui il pensait pouvoir compter n'est pas disponible, pris dans la spirale de la rentabilité et de l'efficacité.

A partir de cette première expérience, l'étudiant construit ses propres cadres de référence qui lui seront utiles pour les situations à venir. Que l'on nomme ces cadres *habitude*⁵¹⁰, *schèmes*⁵¹¹ ou *habitus*⁵¹², chaque expérience va emprunter aux expériences antérieures, ce qui fait dire à Dewey que l'expérience est la vie même. L'expérience première soignante est le début de la vie professionnelle. Elle devient le moyen privilégié de faire l'expérience du monde dans toutes ses implications corporelles, sensorielles et sensibles. L'expérience est aussi un processus d'appropriation du sens, un processus de mise en sens du vécu par le sujet lui-même, qui participe à la fois à la transformation du monde dans lequel il s'engage pour la première fois et à sa propre transformation. C'est en communiquant sur

⁵¹⁰ John DEWEY

⁵¹¹ Jean PIAGET

⁵¹² Pierre BOURDIEU

le vécu de l'activité de soin que l'étudiant va prendre conscience des affects qu'il ressent dans le cours de l'action, qu'il va pouvoir les nommer en les objectivant. L'émotion est déterminante dans la construction de l'étudiant en formation, tout comme elle l'a été dans son inscription dans la vie sociale.

On retrouve dans l'interaction de soin les oppositions classiques de toutes les interactions, entre l'ordre lié à la contrainte sociale et la liberté de jeu des acteurs, un ensemble de devoirs s'imposent au soignant, mais il peut les remettre en jeu à tout moment. La proxémie avec le corps malade peut freiner l'engagement dans l'interaction et entraîner un conflit entre le *soi* privé et le *soi* professionnel.

Dans cet espace particulier, soignant et patient se donnent en représentation. Le scénario de l'interaction est codifié et le soignant n'a ni le loisir de jouer n'importe quoi, ni la liberté d'interpréter le rôle à sa guise. Les normes et les règles sociales vont faire l'objet d'une relecture constante, d'une redéfinition et d'une négociation sociale. Et c'est la rencontre effective avec le corps du patient, la concrétude de la relation humaine qui va créer et recréer, par les interactions successives, des connaissances sur le comportement à avoir, qui va permettre la transmission d'un savoir-être. Mais loin d'être un comportement arbitraire, la représentation doit satisfaire un ensemble de valeurs qui sous-tendent le métier d'infirmière.

Longtemps, on a considéré que le rôle social d'infirmière constituait leur identité. Autrement dit, le rôle donnait naissance à un personnage, à la fusion des codes culturels et de la personnalité. L'infirmière était « vraiment » une infirmière dont la subjectivité était formée à la fois par les représentations de la vocation et par les attentes sociales bien établies des autres soignants, des patients, de l'institution, de la société. L'étudiant « jouait » à l'infirmière et finissait par y croire parce que les autres y croyaient. Les programmes de formation en soins infirmiers ont évolué, une attention plus particulière est accordée au vécu émotionnel des étudiants lors des situations vécues en stages. Des espaces de parole et de réflexions leur sont proposés durant la formation, mais il serait intéressant d'approfondir davantage ces échanges qui semblent donner l'impression de n'être abordés qu'à demi-mots. Si l'échange se produit déjà durant la formation, les futures générations de professionnelles seront plus ouvertes à la nécessité d'aborder les émotions dans les équipes de soins où elles travailleront.

L'émotion dérange le monde rationnel médical, elle semble incompatible avec l'image de l'infirmière invulnérable et infaillible qui perdure encore aujourd'hui. En début de formation, les novices sont malmenés et rencontrent des difficultés dans la gestion de leurs émotions. Ils sont nombreux à penser qu'il faut protéger le patient contre l'impression que certaines tâches sont difficiles à accomplir et qu'ils les réalisent à contrecœur. Ils culpabilisent de ressentir des émotions leur semblant inappropriées, et sont convaincus qu'il faut apprendre à se « blinder » pour poursuivre dans ce métier. Un interdit recouvre en silence tous leurs ressentis, paralysant leurs expressions mais également leurs analyses. La posture distanciée prescrite par l'institution hospitalière et valorisée par la société est difficile à tenir dans les premières rencontres avec le corps malade.

Le travail émotionnel est mal reconnu car il semble faire naturellement partie du soin, voire d'une « aptitude féminine naturelle ». En permanence, le soignant doit travailler ses propres émotions pour agir sur celles du malade : ne pas exprimer son dégoût, garder son calme et réconforter un malade agressif ou agité, rire avec un malade déprimé par la dégradation de son état. Durant la formation, l'accent est mis sur le recul professionnel, la prise de distance ; avec le message implicite que les émotions sont « dangereuses » pour la santé. La priorité ne pourrait-elle pas être mise sur la potentialité de développement de la relation en prenant en compte les émotions de façon positive et constructive ?

Il ne va pas de soi de parler du corps et des difficultés corporelles dans la formation. Si le travail sur le corps n'est pas évident pour les étudiants, il ne l'est pas plus pour les formateurs. Les mêmes résistances culturelles les amènent à développer des stratégies où à recourir à des substituts tels que les mannequins, à proposer une approche plus théorique qui met le corps à distance. C'est un autre corps du patient qui se construit à travers les apports théoriques et lors des simulations sur mannequin.

Dans l'exercice quotidien du soin, la gestion des émotions possède plusieurs finalités : le bien être du patient, l'affirmation de l'identité soignante et la prévention de l'épuisement professionnel. L'infirmière doit maîtriser ses émotions pour ne pas provoquer celles du malade, pour ne pas l'inquiéter. Elle domine également ses émotions pour les autres soignants, pour ses collègues, dans le but de leur offrir le visage d'une professionnelle digne d'appartenir au groupe. Enfin, c'est également pour se protéger elle-même que la soignante cherche à maîtriser ses réactions, pour ne pas se laisser déborder par les

émotions et prendre le risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Le travail émotionnel est également central pour la santé des soignants.

Il est un lieu commun de penser que cette gestion équivaut à contrôler les émotions pour les faire disparaître, les dissimuler ou les taire. Cette confusion entre gestion et contrôle explique le fait que la gestion est souvent tenue pour impossible. Pour soigner, il faut accepter de quitter le terrain des certitudes pour suivre son intuition, même si rien de concret ne vient soutenir le raisonnement. Les émotions sont les indications que quelque chose se passe, les signes de l'élaboration inconsciente de la relation soignante. C'est dans la résonance que se révèle la qualité du lien thérapeutique, le savoir rationalisé est secondaire dans la capacité à comprendre.

Les traces laissées par le malaise ressenti lors des premiers contacts corporels sont précieuses, elles nous rappellent à nous-mêmes et aux patients dont nous prenons soin. Les perceptions sensorielles et les émotions nouent d'étroites relations avec le symbolique, elles se conjuguent dans l'expérience première du soin, donnant à l'activité soignante une épaisseur signifiante et sensible qui laisse son empreinte sur l'étudiant. La première rencontre avec le soigné devrait fonder l'étudiant en tant que soignant. Elle peut laisser une trace confuse. C'est à nous formateurs et soignants, de le guider dans la compréhension du sens des soins qu'ils prodiguent afin de devenir un professionnel capable de retenir le mouvement dangereux de la distanciation. Si les soignantes en général et les infirmières en particulier « tiennent bon », dans ces lieux de souffrance et de maladie, c'est que nulle part ailleurs elles ne trouvent une telle densité affective et émotionnelle, une telle satisfaction à leurs exigences de sens.

L'essentiel de ce que j'ai appris des soins m'est venu par le ressenti, l'éprouvé ; le reste n'est qu'accessoire, outillages plus ou moins sophistiqués. Refusant de laisser ma vie au vestiaire, c'est avec toutes mes références émotionnelles que j'ai pu appréhender les questions qui ont nourries en partie l'objet de ma recherche, dépassant évidemment mon expérience.

Ce travail de recherche constitue le point d'orgue d'une carrière de soignante hospitalière. Il arrive à un moment de ma vie où tout est possible, l'expérience est là et le désir d'apprendre est toujours aussi vif. Et si au départ, j'étais dans le temps de la valorisation d'un parcours professionnel, je suis davantage aujourd'hui dans le saisissement d'une

expérience marquante qui, je l'espère, pourra servir aux étudiants que j'accompagne dans leur parcours professionnel. Ce temps de réflexion, cette respiration au cours d'une vie professionnelle intense, m'ont permis de prendre du recul, de regarder en arrière afin de poursuivre le travail à venir. La thèse ouvre des pistes de recherche permettant au chercheur d'aller encore plus loin dans sa réflexion et sa compréhension.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC, Jean-Claude. *Psychologie de la communication – Théories et méthodes*. 3^e éd., Paris : Armand Colin, 2010.
- AÏACH, Pierre, FASSIN, Didier. *Les métiers de la santé. Enjeux et pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos, 1994.
- ACKERMAN, Diane. *Le Livre des sens*. Paris : Grasset, 1991.
- AMEISEN, Jean-Claude, BERCHE, Patrick, BROHARD, Yvan, collectif. *Une histoire de la médecine ou le souffle d'Hippocrate*. Paris : la Martinière, 2011.
- ANAUT, Marie. *L'humour, entre le rire et les larmes. Traumatismes et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2014.
- ANCET, Pierre. *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris : Dunod, 2010.
- ANZIEU, Didier. *Le moi peau*. (1^{ère} éd. 1985), Paris : Dunod, 1995.
- ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Coll. Sociologies, Paris : Economica, 2012.
- ARIES, Philippe. *L'homme devant la mort: le temps des gisants*. Coll. Histoire, Paris : Seuil, 1985.
- ARSLAN, Seli. *L'univers du soin. Idées reçues et propositions humanistes*. Paris : Seli Arslan, 2013.
- BACHELARD, Gaston. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : librairie Philosophique J. Vrin, 5^{ème} éd., 1967.
- BACHELARD, Gaston. *La poétique de la rêverie*. Paris : PUF, 1960 et 1993.
- BARDIN, Laurence. *L'analyse de contenu*. 9^{ème} éd., Paris : PUF, 1998.
- BATAILLE, Georges. *L'érotisme*. (1957), Lisieux : les éditions de minuit, 2011.
- BAUDRY, Patrick. *Le corps extrême. Approche sociologique des conduites à risque*. Paris : l'Harmattan, 2011.
- BEAUD, Michel. *L'art de la thèse*. Coll. Grands Repères, Paris : La Découverte, 2006.
- BECKER, Howard S. *Outsider. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié, 1985.
- BECKER, Howard S. *Les ficelles du métier. Comment construire sa recherche en sciences sociales*. Coll. Grands Repères. Traduction de l'anglais par Jacques Mailhos. Paris : La Découverte, 2002.

BERGER, Eve. « Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ? », *Corps et formation, Revue internationale Pratiques de formation*, Université Paris 8, n° 50, 2005/12, pp. 51-64.

BERNARD, Julien. « Les voies d'approche des émotions », *Terrains/Théories* [En ligne], 2 | 2015, mis en ligne le 17 octobre 2014, URL: <http://teth.revues.org/196> (consulté le 20 juillet 2015).

BERNARD, Yohan. « La netnographie : une nouvelle méthode d'enquête qualitative basée sur les communautés virtuelles de consommation », *Décisions Marketing*, n°36, 2004/oct-déc, pp. 49-62.

BERINI, Laure, CHAUVIN, Sébastien. *Introduction aux études sur le genre*. Paris : De Boek : 2012.

BERTAUX, Daniel. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*. 3^{ème} éd., Coll. 123, Paris : Armand Colin, 2010.

BENAROYO, Lazare, LEFEVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF, 2010.

BENNER, Patricia. *De novice à expert*. Paris : InterEditions, 1995.

BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. *L'entretien. L'enquête et ses méthodes*. 2^{ème} éd. Coll. 128, Paris : Armand Colin, 2012.

BOËTSCH, Gilles, HERVE, Christian, ROENBERG, Jacques. *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*. Belgique : De Boeck, 2007.

BOUGNOUX, Daniel. *La crise de la représentation*. Coll. La Découverte, Paris : 2006.

BOURDEAUT, Franck. « Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression », *Revue Éthique & Santé*, Vol 3, n°3 –2006/09, pp. 133-137.

BOURE, Robert. « L'histoire des sciences de l'information et de la communication. Entre gratuité et réflexivité (1) », *Questions de communication*, 10/2006, mis en ligne le 03 mai 2012, URL : <http://questionsdecommunication.revues.org/3611> (consulté le 16 mai 2012).

BOURE, Robert. « L'histoire des sciences de l'information et de la communication (2). Le cas des origines littéraires des SIC », *Questions de communication*, 11/2007, mis en ligne le 03 mai 2012, URL: <http://questionsdecommunication.revues.org/3280> (consulté le 16 mai 2012).

BOURGEON, Dominique. « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du Mauss*, 2013/1 n° 41, p. 153-166. DOI : 10.3917/rdm.041.0153.

BOUTAUD, Jean-Jacques. « Sémiotique et communication. Un malentendu qui a bien tourné », *Hermès, La Revue*, 2004/01 n° 38, p. 96-102.

BRUNO, Alain, GUINCHARD, Jean-Jacques. *Georg Simmel. Vie-œuvres-concepts*. Paris : Ellipses, 2009.

BUSCATTO, Marie, FUSULIER, Bernard. « Présentation. Les “masculinités” à l’épreuve des métiers “féminins” », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2013/2, n°44, p. 1-19. Mis en ligne le 20 janvier 2014, URL : <http://rsa.revues.org/1023> (consulté le 20 septembre 2015).

CAILLÉ, Alain, CHANIAL, Philippe. « L’amour des autres. *Care*, compassion et humanitarisme », *Revue du Mauss*, n°32, 2008/02, p. 5-31. DOI : 10.3917/rdm.032.0005

Van CAMPENHOUDT, Luc. *Introduction à l’analyse des phénomènes sociaux*. Paris : Dunod, 2007.

Van CAMPENHOUDT, Luc, QUIVY, Raymond. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4^e éd., Paris : Dunod, 2011.

CANDAU, Joël. « De la ténacité des souvenirs olfactifs », in *La Recherche*, n°344, juillet 2001, p.58. <http://www.larecherche.fr/savoirs/dossier/tenacite-souvenirs-olfactifs-01-07-2001-84993> (consulté le 10 aout 2015).

CANDAU, Joël et JEANJEAN, Agnès. « Des odeurs à ne pas regarder... », *Terrain* [En ligne], 47/2006/09. DOI : 10.4000/terrain.4251, URL : <http://terrain.revues.org/4251> (consulté le 22 avril 2014).

CAOUEITE, Martin, TOUPIN, Isabelle, MESSIER-NEWMAN, Karine et BARIBEAU, Colette, sous la direction de. *Actes du colloque de l'Association pour la recherche qualitative (ARQ), 29 octobre 2010* - Université du Québec à Trois-Rivière.

CARRICABURU, Danièle, MENORET, Marie. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004.

CASTEL, Robert, COSNIER, Jacques et JOSEPH, Isaac, sous la direction de. Recueil de textes des contributions du colloque « Lecture d’Erving Goffman en France » en 1987. *Le parler frais d’Erving Goffman*. Paris : Les Editions de Minuit, 1989.

CEFAÏ, Daniel, PERREAU, Laurent, sous la direction de. *Erving Goffman et l’ordre de l’interaction*. CURAPP-ESS/CEMS-IMM, MONTS : 2012.

CIOSI-HOUCKE, Laure, PIERRE, Magali, sous la direction de. *Le corps sens dessus dessous. Regards des sciences sociales sur le corps*. Paris : l’Harmattan, 2003.

COCHET, Hervé. *De la clinique comme d’un regard. Essai sur la compréhension humaine de l’autre*. Coll. Sciences du soin, Paris : de boeck-estem, 2014.

COLLIERE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : MASSON, 1982.

COLLIERE, Marie-Françoise, DIEBOLT, Evelyne. « Pour une histoire des soins et des professions soignantes », *cahiers de l’AMIEC* n°10, 1988.

COLLIERE, Marie-Françoise. *Soigner. Le premier art de la vie*. 2^e éd., Paris : MASSON, 2001.

CORBIN, Alain. *Le miasme et la jonquille : L’odorat et l’imaginaire social aux XVIIIe et XIXe siècles*. Paris : Flammarion, 2008.

CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges. *Histoire du corps, De la révolution à la Grande Guerre*. Paris : Seuil, 2005.

CORCUFF, Philippe. *Les nouvelles sociologies*. Coll. 128, 3^e éd., Paris : Armand Colin, 2011.

COSNIER, Jacques, GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle sous la direction de. *SOINS ET COMMUNICATION. Approches interactionnistes des relations de soins*. Coll. Ethologie et Psychologie des communications. Lyon : Presse universitaire de Lyon, 1993.

COSNIER, Jacques. *Psychologie des émotions et sentiments*. Coll. Psychologie Dynamique. Paris : Retz, 1994.

COSNIER, Jacques. « Les gestes du dialogue, la communication non verbale » *Revue Psychologie de la motivation*, 21, 129, 138, 1996. http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/II-9_Les_gestes_communication.pdf (consulté le 4 août 2015)

COSTEY, Paul. « L'*illusio* chez Pierre Bourdieu. Les (més)usages d'une notion et son application au cas des universitaires », *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 8|2005, mis en ligne le 20 janvier 2009, DOI : 10.4000/traces.2133 URL : <http://traces.revues.org/2133> (consulté le 04 juillet 2015).

CROIZET, Jean-Claude, LEYENS, Jacques Philippe. *Mauvaises réputations. Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*. Paris : Armand Colin, 2011.

DARGERRE, Christophe. *Enfermement et discrimination*. Grenoble : PUG, 2012.

DARGERRE, Christophe. *L'observation incognito en sociologie. Notions théoriques, démarche réflexive, approche pratique et exemples concrets*. Paris : l'Harmattan, 2012.

DARMON, Muriel. *La socialisation*. Coll. 128, Paris : Armand Colin, (2006), 2014.

DEBOUT, Christophe. « Théories de soins infirmiers, petit guide à l'usage des utilisateurs », *Revue Soins*, 2008, n°724, pp. 32-37.

DELOMEL, Marie-Annick. *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspective soignante*. Paris : Seli Arslan, 2014.

DEMAZIERE, Didier, GLADY, Marc. « Introduction », *Langage et société*, 2008/1 n°123, p.5-13. DOI : 10.3917/Is.123.0005.

DEMOL, Jean-Noël et GUILLAUMIN, Catherine. *Former et prendre soin*. Paris : l'Harmattan, 2014.

DETREZ, Christine. *La construction sociale du corps*. Paris : Seuil, 2002.

DIEBOLT, Evelyne. « Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/06, n° 109, pp. 93-107.

DOUGLAS, Mary. *De La souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte, 2001.

DUBAR, Claude. *La socialisation*. Coll. U, 4^e éd. Paris : Armand Colin, 2010.

- DUBET, François. *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil, 1994.
- DUBET, François. *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil, 2002.
- DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France*. Coll. Que sais-je ? Paris : PUF, 2011.
- DUCHARME, Francine, KEROUAC, Suzanne, PEPIN, Jacinthe. *La pensée infirmière*. Laval : Beauchemin, 2003.
- DUGRAVIER-GUERIN, Nathalie. *La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques*. Paris : Seli Arslan, 2010.
- DUPERRET-DOLANGE, Hélène. « Le nez du soignant », in *L'INTERdit*, n°30/31, 1995 AMIEC, (association des Amis de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon).
- DUPUIS, Michel, GUEIBE, Raymond, HESBEEN, Walter, coordonné par. *Les formations aux métiers de la santé. Du projet de formation au projet pédagogique en pratique*. Paris : Seli Arslan, 2013.
- DUPUIS, Michel. *Philosophie et anthropologie du corps*. Paris : Seli Arslan, 2015.
- DURET, Pascal, ROUSSEL, Peggy. *Le corps et ses sociologies*. Coll. 128. Paris : Armand Colin, 2005.
- ELIAS, Norbert. *La Civilisation des mœurs*. Traduction du tome I de *Über den Prozess der Zivilisation* (1^{ère} éd. 1939, 2^{ème} éd. 1969). Paris : POCKET, 2001.
- ELIAS, Norbert. *La solitude des mourants*. Paris : Pocket, 2002.
- ECO, Umberto. *Histoire de la laideur*. Paris : Flammarion, 2007.
- FERNANDEZ, Fabrice, LEZE, Samuel, MARCHE, Hélène. *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : ECONOMICA Anthropos, 2008.
- FISCHER, Gustave-Nicolas. *L'expérience du malade. L'épreuve intime*. Paris : Dunod, 2008.
- FLEURY, Béatrice, WALTER, Jacques. « Interdisciplinarité, interdisciplinarités, *Questions de communication* [En ligne], 12/2010, mis en ligne le 01 décembre 2012, URL: <http://questionsdecommunication.revues.org/409> (consulté le 01 décembre 2012).
- FONTANILLE, Jacques. *Corps et sens*. Mayenne : PUF, 2011.
- FORMARIER, Monique. « L'apport des sciences infirmières aux sciences humaines », *Recherche en Soins Infirmiers*, 2007/06, n° 89.
- FRANCEQUIN, Ginette. *Le vêtement de travail, une deuxième peau*. Coll. Sociologie clinique, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2008.
- FREUD, Sigmund. *Notre relation à la mort*. Paris: Payot, 1981.
- FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. Vendôme : PUF, 1988.

- GOFFMAN, Erving. « La "distance au rôle" en salle d'opération », traduit par Yves WINKIN, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3 (n° 143), p. 80-87. DOI 10.3917/arss.143.0080 <http://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2002-3-page-80.htm> (consulté le 15 août 2016)
- GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. la présentation de soi*. Paris : les éditions de minuit, (1973), 2009.
- GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. les relations en public*. Paris : Les éditions de minuit, (1973), 2009.
- GOFFMAN, Erving. *Les rites d'interaction*. Paris : Les éditions de minuit, (1974), 2008.
- GOFFMAN, Erving. *Stigmate. Les usages sociaux des handicapés*. Paris : Les éditions de minuit, 1975.
- GOFFMAN, Erving. *Façons de parler*. Paris : Les éditions de minuit, 1987.
- GOFFMAN, Erving. *Les moments et leurs hommes*. Textes recueillis et présenté par Yves Winkin, Paris : seuil, 1988, Points, 2016.
- GOFFMAN, Erving. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les éditions de minuit, 1991.
- GOFFMAN, Erving. *L'arrangement des sexes*. Paris : La Dispute, 1977, 2002.
- GOFFMAN, Erving. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les éditions de minuit, 2002.
- GRAWITZ, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*. 8^{ème} éd., Paris : Dalloz, 2004.
- GREVISSE, Maurice, GOOSSE, André. *Le Bon Usage. Grammaire, langue française*. 14^{ème} éd., Paris : De Boeck, 2007.
- GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF, 1999.
- GUEIBE, Raymond. « L'interrogation des paradigmes dans le soin », in *PERSPECTIVE SOIGNANTE*, n°33, Déc. 2008.
- GUILLET, Gérard. *Les pouvoirs de la peau. Secrets et messages*. Paris : Albin Michel, 2012.
- HABEREY-KNUESSI, Véronique. *Le sens de l'engagement infirmier. Enjeu de formation et défi éthique*. Paris : Seli Arslan, 2013.
- HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Traduit de l'anglais par Amélie Petita, Paris : Seuil et Points Essais, 1971.
- HALL, Edward T. *La dimension cachée*. Paris : Seuil, 1978.
- HALL, Edward T. *Au-delà de la culture*. Traduit par Marie-Hélène Hatchuel, Paris : Seuil et Points Essais, 1979.

- HARDY, Anne-Chantal, LE BODIC, Cédric, dirigé par. *Prescrire, proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé*. Coll. « Des Sociétés Rennes », Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2012.
- HEIDEGGER, Martin. *Etre et temps*. Paris: Gallimard, 1986.
- HENDERSON, Virginia. *Basic Principles of Nursing Care*. Londres : I.C.N., 1961.
- HENDERSON, Virginia. *The nature of Nursing*. 1966, traduit par COLLIERE, Marie-Françoise. *La nature des soins infirmiers*. Paris : Inter Editions, 1994.
- HINTERMEYER, Pascal, LE BRETON, David et PROFITA, Gabriel. *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy : PUN, 2016.
- HIRSCH, Emmanuel. *L'éthique au cœur des soins*. Paris : Vuibert, 2007.
- HIRSCH, Emmanuel, sous la direction de. *Traité de bioéthique II. Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*. Toulouse : érés, 2010.
- HOCHSCHILD, Arlie. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003/01 n°9, p.19-49. DOI : 10.3917/trav.009.0019.
- HUGHES, Everett Cherrington. *Le regard sociologique : essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie. Paris : Ed. de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.
- JEANTET, Aurélie. « L'émotion prescrite au travail », *Travailler*, 2003/1 n° 9, p. 99-112. DOI : 10.3917/trav.009.0099.
- JOURDAIN, Alain, NAULIN, Sidonie. *La théorie de Pierre Bourdieu et ses usages sociologiques*. Coll. 128, Paris : Armand Colin : 2013.
- JOSEPH, Isaac. *La microsociologie d'Erving GOFFMAN*. Coll. Philosophie, Paris : PUF, 2009.
- JOVIC, Ljiljana. « L'Histoire pour connaître le passé, comprendre le présent et se projeter dans l'avenir », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2 (N° 109), p. 5-5. DOI 10.3917/rsi.109.0005
- JOVIC, Ljiljana, COMPAGON, Annie, FABRE, Françoise. « Les outils de bonnes pratiques et d'aide pour l'action de soins », *Recherche en soins infirmiers*, juin 2002, n°69, p. 34.
- JULIEN, Bernard. « Les voies d'approche des émotions », *Terrains/Théories* [En ligne], 2 | 2015, URL : <http://teth.revues.org/196>. Mis en ligne le 07 janvier 2015, (consulté le 14 mars 2015).
- KAUFMANN, Jean-Claude. *Corps de femmes, regards d'hommes : Sociologie des seins nus sur la plage*. Paris : Nathan, 1995.
- KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Coll. l'enquête et ses méthodes, 2^{ème} éd., Paris : Armand Colin, 2008.

- KNIBIELHER, Yvonne. *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française*. Paris : Hachette, 1984.
- KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des infirmières. En France au XXe siècle*. Coll. Pluriel, Paris : Hachette, 2008.
- KRISTEVA, Julia. *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Coll. Points Essais, Paris : Le Seuil, 1983.
- LANRIEC, Thérèse. *L'Ecole à l'envers*. Paris : LAMARRE, 1992, p. 136.
- LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, 1986.
- LAPLANTINE, François. *Je, nous et les autres*. Coll. Manifeste, Paris : Le Pommier, 2010.
- LARDELLIER, Pascal. *A fleur de peau. Corps, odeurs et parfums*. Paris : BELIN, 2003.
- LARDELLIER, Pascal. *Théorie du lien rituel*. Paris : l'Harmattan, 2003.
- LARDELLIER, Pascal. *Les odeurs nous mènent-elles par le bout du nez ?* Coll. La question, Charmey : les Editions de l'Hèbe, 2009.
- LARDELLIER, Pascal. *Opéra bouffe. Une anthropologie gourmande de nos modes alimentaires*. Condé sur Noireau : Editions ems, 2011.
- LARDELLIER, Pascal. *Nos modes, nos mythes, nos rites. Le social, entre sens et sensible*. Editions ems, Condé sur Noireau : 2013.
- LARDELLIER, Pascal, dirigé par. *Actualité d'Erving Goffman, de l'interaction à l'institution*. Paris : l'Harmattan, 2015.
- LAWLER, Jocalyn. *La face cachée des soins*. Paris : Seli Arslan, 2001.
- LAWLER, Jocalyn. *Le sens du travail infirmier. Rapports au corps, à la recherche, à l'indicible*. Paris : Seli Arslan, 2012.
- LE BRETON, David. *Des visages. Essai d'anthropologie*. Paris : Métailié, 1992.
- LE BRETON, David. *La Chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humains*. Paris : Métailié, 1993.
- LE BRETON, David. « Pour une anthropologie des sens », *Vie sociale et traitements*, 2007/4 n° 96, p. 45-53.
- LE BRETON, David. « Avoir question à tout : les sciences sociales », *Revue du Mauss*, 2007/2 n° 30, p. 470-490. DOI : 10.3917/rdm.030.0470.
- LE BRETON, David. « La conjugaison des sens : essai », *Anthropologie et Sociétés*, vol.30, n° 3, 2006, p. 19-28. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014923> DOI: 10.7202/014923
- LE BRETON, David. « Des affects comme symboles », *Revue du Mauss*, 1998, n° 12, 2^{ème} semestre, La Découverte/MAUSS, pp.167-178.

- LE BRETON, David. *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*. Paris : Armand Colin, 1998.
- LE BRETON, David. *L'adieu au corps*. Paris : Métailié, 1999.
- LE BRETON, David. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris : Métailié, 2003.
- LE BRETON, David. *La saveur du Monde. Une anthropologie des sens*. Paris : Métailié, 2006.
- LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Essais débats, 5^{ème} éd., Paris : PUF, 2008.
- LE BRETON, David. *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF, 2008.
- LE BRETON, David. *La sociologie du corps*. Coll. Que sais-je ? Paris : PUF, 2010.
- LE BRETON, David. « Accueil des migrants à l'hôpital » in HINTERMEYER, Pascal, LE BRETON, David, PROFITA, Gabriel. *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy : PUN, 2016
- LE GOFF, Alice. « Care, empathie et justice Un essai de problématisation », *Revue du Mauss*, 2008/2 (n° 32), p. 203-241. DOI 10.3917/rdm.032.0203
- LETONTURIER, Eric. « La sensorialité, une communication paradoxale », *La Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05, p.17.
- LÉVY J, Joseph. *ENTRETIENS avec David Le Breton*. Coll. [RE] EDITION, Montréal-Paris : Téraèdre, 2010.
- LHEZ, Pierrette. *De la robe de bure à la tunique pantalon : Etude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière*. Paris : Inter Editions, 1995.
- LIVET, Pierre. *Emotions et rationalité morale*. Coll. Sociologies, Paris : PUF, 2002, p.16.
- LOMBARD, Jean, VANDEWALLEE, Bernard. *Philosophie et soin : les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique*. Paris : Seli Arslan, 2009.
- LOUX, Françoise. *Traditions et Soins d'aujourd'hui : Anthropologie du corps et professions de santé*. Paris : Inter Editions, 1990.
- MACKIEWICZ, Marie-Pierre. *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*. Paris : l'Harmattan, 2001.
- MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Paris : Masson, 2006.
- MAGNON, René. *Léonie Chaptal, la cause des infirmières (1873-1937)*. Paris : Lamarre, 1991.
- MANOUKIAN, Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 4^{ème} éd., Paris : LAMARRE, 2014.
- MARGAT, Claire. « Phénoménologie du dégoût » Inventaire des définitions, *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, p. 17-25. DOI : 10.3917/ethn.111.0017

- MARIN, Claire. *La maladie, catastrophe intime*. Paris : PUF, 2014.
- MARINOPOULOS, Sophie. *Le corps bavard*. Paris : Marabout, 2011.
- MARMILLOUD, Laure. *Soigner, un choix d'humanité*. Coll. Espace Ethique, Paris : Vuibert, 2007.
- MARQUET, Jacques, MARQUIS, Nicolas, HUBERT, Nathalie. *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*. Louvain : Academia L'Harmattan, 2014.
- MARQUIS, Nicolas. « Le cure et le care dans la socialisation professionnelle des étudiants en soins infirmiers ». *Penser le soin* (Bruxelles, du 14/3/13 au 15/3/13).
- MARTIN-JUCHAT, Fabienne. « Penser le corps affectif comme un média », *Corps*, 2008/1 n° 4, p. 85-92.
- MARTIN-JUCHAT, Fabienne. *Le corps et les médias. La chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. Bruxelles : De Boeck, 2008.
- MARZANO, Michela, sous la direction de. *Dictionnaire du corps*. 3^e tirage (1^{ère} éd. 2007), Paris : PUF, 2010.
- MARZANO, Michela. *La philosophie du corps*. Coll. Que sais-je ? 3^e éd., Paris : PUF, 2013.
- MASQUELET, Alain Charles, sous la direction de. *Le corps relégué*. Cahiers du Centre Georges Canguilhem, Paris : PUF, 2007.
- MASQUELET, Alain Charles. *Penser la relation de soin. Pour une approche clinique renouvelée*. Paris : Seli Arslan, 2011.
- MAUGER, Gérard. « A. Strauss, Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme ». In: *Politix*. Vol. 6, N°21. Premier trimestre 1993. pp. 142-146. DOI : 10.3406/polix.1993.2032
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/polix_0295-2319_1993_num_6_21_2032.
- MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie*. 1^{ère} éd. : 1950, Lonrai : 12^e éd. Quadrige, 2010.
- MAUSS, Marcel. *Les techniques du corps*. 1934
- MECHIN, Colette, BIANQUIS, Isabelle, LE BRETON, David, sous la direction de. *Anthropologie du sensoriel. Les sens dans tous les sens*. Paris : l'Harmattan, 1998.
- MEMMI, Dominique et al. « Introduction. La fabrication du dégoût », *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, p. 5-16. DOI : 10.3917/ethn.111.0005.
- MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Seli Arslan, 2002.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard, 1945, pp. 215-216.

- MIKOLAJCZAK, Moïra, QUOIDBACH, Jordi, KOTSOU, Ilios, NELIS, Delphine. *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod, 2009.
- MOLINIER, Pascale, LAUGIER, Sandra, PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Editions Payot & Rivages, 2009.
- MONGUILLON, Dominique. « Identité sociale et éthos infirmier », in revue *Recherche en Soins Infirmiers*, n°35, décembre 1993/12.
- MUNIER, Brigitte. « A vue de né », *Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n°74, 2016/05.
- MONTAGU, Ashley. *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris : Seuil, 1979.
- NADOT, Michel. « Au commencement était le 'prendre soin' ». *Revue Soins*, n°700, 2005, pp. 37-40.
- NADOT, Michel. « L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline », *Recherche en soins infirmiers*, 2009/3 (N° 98), p. 12-18. DOI 10.3917/rsi.098.0012.
- NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Nursing. What it is, and what it is not*. Londres : Harrison, 1960.
- NIZET, Jean, RIGAUX, Natalie. *La sociologie de Erving Goffman*. Coll. REPERES, Paris : la Découverte : 2014.
- OLIVIER-AMOUROUX, Michèle. *Chronique d'un vestiaire hospitalier*. Paris : l'Harmattan, 2004.
- OLLIVIER, Bruno. *Les sciences de la communication. Théories et acquis*. Paris : Armand Colin, 2007.
- OUDE-ENGBERINK, Agnès, ARINO, Martine, BOURREL, Gérard, JULIA, Brigitte, « Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative », *Recherches qualitatives – Hors Série – n°15 – pp. 96-115*. Du singulier à l'universel ISSN 1715-8702 - <http://www.recherchequalitative.qc.ca/Revue.html>
- PAILLE, Pierre. « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, n°23, 1994, p. 147-181. URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1002253> DOI: 10.7202/1002253.
- PAILLE, Pierre. « Les conditions de l'analyse qualitative. Réflexions autour de l'utilisation des logiciels », *SociologieS* [En ligne], La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain, URL : <http://sociologies.revues.org/3557> mis en ligne le 06 juillet 2011, (consulté le 22 février 2015).
- PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Colin, 2^{ème} éd., 2008
- PANDRAUD, Nadège. « Une théorie de l'observation *in situ* », *SociologieS* [En ligne], Premiers textes, URL : <http://sociologies.revues.org/4315> mis en ligne le 20 février 2013, (consulté le 22 mai 2015).

- PAPERMAN, Patricia, OGIEN, Ruwen, sous la direction de. *La couleur des pensées. Sentiments, émotions, intentions*. Paris : EHESS, 1995.
- PAPERMAN, Patricia. « Pour un monde sans pitié », *Revue du Mauss*, 2008/2 (n° 32), p. 267-283. DOI 10.3917/rdm.032.0267.
- PAUGAM, Serge, sous la direction. *L'enquête sociologique*. Paris : PUF, 2010.
- PAILLE, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2^{ème} éd. Paris : Colin, 2008.
- PENEFF, Jean. *L'Hôpital en urgence*. Paris : Métailié, 1992.
- PERRAUT-SOLIVARES, Anne. *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF, 2001.
- PERRENOUD, Marc sous la direction de. *Les mondes pluriels de Howard S. BECKER. Travail sociologique et sociologie du travail*. Paris : La Découverte, 2013.
- PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Montréal (Québec) : Chenelière Éducation, 2011.
- PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Coll. la nature humaine, Paris : PUF, 2010.
- POUCHELLE, Marie-Christine. « Quelques touches hospitalières », *Terrain* n° 49 | 2007. *Revue HERMES* n°43.
- POUCHELLE, Marie-Christine. *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Seli Arslan, 2007.
- POUCHELLE, Marie-Christine. *L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Seli Arslan, 2008.
- PULCINI, Elena. « Donner le care », *Revue du Mauss*, 2012/1 n° 39, p. 49-66. DOI : 10.3917/rdm.039.0049.
- RIGAUX, Nathalie. *Introduction à la sociologie par sept grands auteurs*. Coll. Ouvertures sociologiques, 2^é éd., Bruxelles : De Boeck, 2013.
- RIME, Bernard. *Le partage social des émotions*. Paris : PUF, 2005.
- ROZIN, Paul. « Des goûts et dégoûts », *Coll. Mutations/Mangeurs*, N°154, Paris, 1995, pp.96-104.
- SAILLANT, Francine. « Identité, invisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 1, 2000, p. 155-171. <http://id.erudit.org/iderudit/015641>.
- SANSOT, Pierre. *Les formes sensibles de la vie sociale*. Paris : PUF, 1986.
- SCHEPENS, Florent, sous la direction de. *Les soignants et la mort*. Coll. Clinique du travail, Toulouse : érès, 2013.
- SELZ, Monique. « Présentation », in *Le Coq-héron* 2006/1, n° 184, p. 11-13. DOI 10.3917/cohe.184.13.

- SICOT, François, MERCADIER, Catherine, DRUHLE, Marcel. *Sociologie, anthropologie et soins. Formations aux métiers du soin et de la santé*. Paris : SeliArslan, 2014.
- SIMMEL, Georg. *Sociologie et épistémologie*. Paris : PUF, 1981.
- SIMMEL, Georg. *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*. Paris : PUF, 2010.
- STRAUSS, Anselm. *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*. Paris : Métailié, 1992.
- SVANDRA, Philippe. *Le soignant et la démarche éthique*. Paris : Estem, 2009.
- SVANDRA, Philippe, « Le care, entre disposition morale et pratique sociale », 2009/07. <http://svandra.over-blog.com/article-33681864.html>.
- TAHON, Marie-Blanche. *Sociologie des rapports de sexe*. Editions les presses de l'université d'Ottawa, Rennes : presses de l'université de rennes, 2003.
- TAP, Pierre. *Marquer sa différence in HALPERN, Catherine, RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Identité(s), l'individu, le groupe, la société*. Auxerre : éd. Sciences Humaines, 2004.
- TISON, Brigitte. *Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris : Masson, 2007.
- TISSERON, Serge. *Vérités et mensonge de nos émotions*. Paris : Albin Michel, 2005.
- TISSERON, Serge. *Psychanalyse de l'image. Des premiers traits au virtuel*. Paris : Pluriel, 2010.
- TRONTO, Joan. « Du care », *Revue du Mauss*, 2008/2 (n° 32), p. 243-265. DOI 10.3917/rdm.032.0243.
- TRONTO, Joan. *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Paris : La Découverte, 2009.
- TUNESI, Thérèse, « Le toucher : acte réparateur dans la construction du lien corps-psyché chez le soignant », *Psychologie clinique* 2009.
<http://indexation.univ-fcomte.fr/nuxeo/site/esupversions/aa5b26a0-3455-4d95-9d16-1607b4ccc72a>
- VALADE, Bernard. « Les cinq sens : diversité et divergences des savoirs désunis », *La Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05.
- VAN DER MAREN, Jean-Marie. « Écrire en recherche qualitative et le conflit des paradigmes », *Actes du colloque de l'Association pour la recherche qualitative (ARQ)*, 10/09. Université du Québec à Trois-Rivière.
- VEGA, Anne. « Comment devient-on infirmière ? », *Revue Soins* n°645, 2000/05, pp. 47-49.
- VEGA, Anne. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : eac, 2010.

VEGA, Anne. *Soignants/soignés. Pour une anthropologie des soins infirmiers*. 2^{ème} éd., Bruxelles : De Boeck, 2012.

VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*. Paris : Seuil, 1985.

VIGARELLO, Georges. *Le corps redressé*. Paris : Armand Colin, (1978), 2004.

VIGARELLO, Georges. *Le sentiment de soi. Histoire de la perception du corps XVIe-XXe siècle*. Paris : Seuil, 2014.

VINIT, Florence. *Le toucher qui guérit. Du soin à la communication*. Paris : Belin, 2007.

VOLLAIRE, Christiane. « Le tabou du dégoût » L'anesthésie du soignant, *Ethnologie française*, 2011/1 Vol. 41, p. 89-97. DOI : 10.3917/ethn.111.0089.

WENNER, Micheline. *L'engagement professionnel infirmier. Comprendre ses choix*. Paris : Seli Arslan, (1999), 2004.

WENNER, Micheline. *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris : Seli Arslan, 2010.

WINKIN, Yves. *Portrait du sociologue Erving Goffman. Les moments et leurs hommes*. Paris : Seuil/Minuit, 1988.

WINKIN, Yves. *La nouvelle communication*. Paris : Seuil, 2000.

WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris : Seuil, 2001.

WINKIN, Yves. *Erving Goffman. Les moments et leurs hommes*. Textes recueillis et présentés par Yves Winkin, Paris : Points, 2016.

WINNICOTT, Donald. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Coll. Science de l'homme, Paris : Payot, 1969.

WOLTON, Dominique. « Avant-propos », *La Revue HERMES*, La voie des sens, CNRS Editions, n° 74, 2016/05, p. 14.

WOLTON, Dominique. *Penser la communication*. Paris : Flammarion, 1997.

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt132-etudes_et_recherches.pdf (consulté le 18 mars 2015)

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_gcs.pdf (consulté le 16 février 2016)

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (consulté le 16/02/16)

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html> (consulté le 18 mars 2015)

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>(consulté le 20 août 2016)

<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>(consulté le 13 juillet 2014)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037> (consulté le 1^{er} mai 2016).

GLOSSAIRE

Accompagnement : l'accompagnement fait partie intrinsèque du métier de soignant et concerne toute la sphère du soin. Il prend différentes formes et ne se limite pas à la simple présence qui a un aspect plus passif. L'accompagnement ne consiste pas plus à entretenir la dépendance de la personne accompagnée. Pour un formateur, il s'agira de fournir un appui concret à l'étudiant en cours d'apprentissage ; pour un soignant expérimenté, de procurer des conseils adaptés et d'accompagner le novice dans ses premiers pas.

Agent des services hospitaliers : les missions des ASH consistent principalement à procéder à l'entretien des locaux ou des chambres des patients et à la distribution des repas. Il arrive dans certains établissements que les ASH assistent les soignants dans les soins notamment en aidant les résidents à prendre leur repas, à se lever, à se déplacer etc... ou peuvent faire « faisant fonction » d'aides-soignantes sous supervision. Elles forment un maillon important des équipes.

Empathie : « empathie » est un terme qui est plus neutre que celui de « sympathie », où la personne éprouve des sentiments pour une autre, a des affinités avec elle, ce qui ne serait pas demandé à un soignant. Ces deux termes contiennent la même idée d'une présence assurée auprès d'une personne souffrante tout en cherchant à comprendre ce qu'elle ressent.

Face : la face est la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier. (Goffman, 1974)

Formateur : par formateur, nous entendons tout infirmier ou cadre de santé qui participe à la formation des étudiants en soins infirmiers au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers.

Adaptation : processus qui se réfère au savoir-faire d'un individu confronté à une situation nouvelle ou à un environnement nouveau.

Assimilation : il y a assimilation quand un groupe ou parfois une société entière adopte ou est contrainte d'adopter les habitudes, les croyances, les modes de vie d'une culture dominante.

Compétence : la signification de la notion de compétences est double : c'est une qualification pour accomplir des actes donnés dans un contexte donné, c'est la reconnaissance de l'aptitude pour exercer un travail. Les compétences correspondent aussi aux connaissances elles-mêmes, celles-ci conférant une capacité, une expertise dans un domaine. Dans le cadre de la formation professionnelle, c'est surtout la transmission de compétences qui est recherchée. A l'issue de sa formation, l'étudiant est censé détenir des ressources qu'il pourra mobiliser dans une situation de travail. Être compétent, c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriés de ressources : savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement.

Culture : la culture est entendue ici comme un l'ensemble des comportements, savoirs et savoir-faire caractéristiques du groupe soignant et cet ensemble est complexe. Il englobe les connaissances, les croyances et les normes partagées, l'éthique, les codes, le langage etc... Selon Ward Goodenough (1964), la culture est : « Tout ce qu'il faut savoir pour être membre [...] la culture d'une société donnée consiste en tout ce qu'il faut savoir ou croire pour se conduire d'une manière acceptable pour les membres de cette société, et ce dans tout rôle qu'ils accepteraient pour chacun des leurs ».

Déviance : qualité d'un comportement qui s'écarte des normes généralement admises dans un groupe donné. Dans l'approche interactionniste, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un « transgresseur » (Becker, 1963).

Experte : pour Patricia Benner, l'infirmière qualifiée d'experte a une énorme expérience, elle comprend de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème, sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. Elle va rapidement à ce qui est prioritaire pour le patient dans sa prise en compte globale de sa situation.

Fait social : toute manière d'agir, de penser, de sentir qui existe en dehors des consciences individuelles et qui exerce une contrainte sur l'individu (Durkeim).

Fiche technique : la fiche technique a une portée beaucoup plus restrictive que le protocole, elle lui est adjointe et sert de guide lors de la réalisation d'une tâche ciblée, afin d'en détailler une tâche très précise. Elle comporte la définition du soin, la description méthodique et chronologique des gestes à effectuer pour la réalisation du soin, la description du matériel nécessaire, les précautions à prendre. Ses limites résident dans l'impossibilité de réaliser la tâche dans une situation imprévue.

Habitus : ensemble de dispositions culturelles durables associées à une position sociale et résultant d'un processus d'inculturation. L'*habitus* primaire est inculqué par le milieu familial et la classe sociale d'origine. Se greffant sur l'*habitus* primaire, l'*habitus* secondaire s'acquiert à travers les activités scolaires et professionnelles notamment (Bourdieu).

Identité : ce dans quoi l'individu se reconnaît et est reconnu par les autres. L'identité est « l'ensemble des représentations et des sentiments qu'une personne développe à propos d'elle-même, comme ce qui permet de rester le même, de se réaliser soi-même, dans une société et une culture donnée, et en relation avec les autres » (Tap, 1998).

Interaction : au sens large, c'est l'influence réciproque entre deux ou plusieurs individus. Au sens strict, situation de face à face où les individus sont directement en présence physique immédiate les uns avec les autres (Becker, 1985, Goffman, 1973). L'interaction est une rencontre entre plusieurs individus qui cherchent, consciemment ou inconsciemment, à s'influencer réciproquement et à faire sens de leur coprésence. La durée d'une interaction peut varier énormément, et le découpage de l'activité sociale en interactions est de nature subjective.

Institution totale : un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1979).

Normes : précepte de conduite correspondant à une situation sociale donnée. « Les normes sociales définissent des situations et les modes de comportement appropriés à celles-ci ; certaines actions sont prescrites – ce qui est bien –, d'autres sont interdites – ce qui est mal » (Becker, 1985).

Novice : pour Patricia Benner, la novice n'a aucune expérience des situations auxquelles elle risque de se trouver confrontée. Elle est capable d'appliquer ce qu'elle a appris ou observé.

Partenariat : il repose sur deux idées apparemment contradictoire, l'idée d'association et de coopération (avec) et l'idée d'opposition, de contradiction (contre). Le partenariat sous-entend un minimum de partage dans les projets, les objectifs, les actions mises en œuvre pour l'étudiant. Cela implique également une collaboration, une coopération, un partage des tâches et des responsabilités pour les différents acteurs de la formation.

Procédure : la procédure formalise l'ensemble du processus de prise en charge, la manière spécifiée d'accomplir une activité. Elaborée au sein des établissements de soin par des groupes pluri-professionnels en prenant appui des recommandations, elle décrit «la manière d'accomplir l'action. Elle comporte l'objet et le domaine d'application de l'activité, l'intervenant, la manière de faire, le matériel utilisé et la façon dont est maîtrisée et enregistrée l'action. La procédure donne en effet une vision globale de l'activité, elle fournit «des précisions concernant, outre l'activité à réaliser, l'environnement dans lequel elle doit être appliquée et les personnes impliquées (Jovic, 2002).

Protocole : le protocole a une portée de niveau plus restreint que la procédure, il concerne un soin très précis. Le protocole de soins infirmiers est le descriptif des techniques à appliquer ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration de soins, il constitue une aide à la décision à l'usage des acteurs concernés par son application. Il permet d'adapter les soins en fonctions des besoins et de l'état de santé du malade (Jovic, 2002).

Réification : comportement humain qui viole des principes moraux ou éthiques, dans la mesure où il traite les autres sujets non pas conformément à leurs qualités d'êtres humains, mais comme des objets dépourvus de sensibilité, des objets morts, voire de 'choses' ou de 'marchandise' (Honneth, 2007).

Repère de signification : c'est l'ensemble des codes, des représentations, des cadres sociaux et des savoirs, performés dans une interaction, grâce auxquels l'individu cherche à faire sens de son expérience sociale. Les repères de signification sont socialement préfigurés, configurés par le contexte particulier de la rencontre (situation sociale) et actualisés ou redéfinis à travers les actes symboliques des interlocuteurs, au niveau de la figuration.

Représentation : nous entendons la représentation au sens de Goffman comme la totalité de l'activité d'une personne donnée qui se déroule dans un laps de temps, dans une occasion donnée, pour influencer d'une certaine façon un des participants (Goffman, 1973).

Rôle : ensemble de droits et d'obligations associés à un statut. Le rôle est le modèle d'actions pré-établies que l'on développe durant une représentation et que l'on peut présenter ou utiliser en d'autres occasions.

Situation sociale : c'est un environnement fait de possibilités mutuelles de contrôle, au sein duquel un individu se trouvera partout accessible aux perceptions directes de tous ceux qui sont 'présents' et qui lui sont similairement accessibles. Une situation sociale se produit lorsque deux ou plusieurs individus se trouvent en présence mutuelle immédiate, et se poursuit jusqu'à ce que l'avant dernière personne s'en aille. (Goffman, 1973,1974).

Statut : position reconnue à un individu ou à un groupe dans un système social.

Stéréotype : représentation rudimentaire et simplificatrice, relativement figée, servant à caractériser un objet ou un groupe. C'est l'image d'un sujet dans un cadre de référence donné, telle qu'elle y est habituellement admise et véhiculée.

Soi : le *soi* de Mead est un processus composé du *moi* et du *je*. Il résulte de l'interaction entre les attentes sociales projetées par ses interlocuteurs sur l'individu, par rapport à une identité propre à l'individu (le moi), et la manière dont l'individu se conforme ou non à ces attentes à travers les traits identitaires qu'il cherche à mettre en avant (le je). L'image de *soi* est un reflet de l'activité sociale, dans la mesure où elle dépend de la manière dont les interlocuteurs réagissent face à la figuration identitaire de l'individu.

Soignant : tout au long de notre travail, le terme « soignant » est utilisé. Bien que chacun comprenne ce qu'il signifie, les pratiques qu'il recouvre et les professionnels qu'il regroupe, le vocable « soignant » ne relève pas toujours de l'évidence, tiraillé entre un statut professionnel, une attitude ou une intention pour les autres, le terme mérite d'être clarifié.

Symbole : le symbole et le lien qui relie les êtres, les choses et les expériences singulières entre elles de manière significative.

Valeur : idéal moral en fonction duquel une personne est considéré comme digne d'estime et se voit conférer une importance. Les valeurs sont considérées comme un des

principes d'orientation de l'action. Ex : la vie humaine, la justice, la liberté, la richesse ou la santé.

ANNEXE 1

Présentation du groupe professionnel

Quelques données quantitatives⁵¹³ sur le groupe professionnel en général et les étudiants en soins infirmiers en particulier.

Les infirmiers représentent la première profession de santé en termes d'effectifs. Le 1er janvier 2015, le répertoire Adeli⁵¹⁴ recensait 638 200⁵¹⁵ infirmiers en activité en France. Les infirmiers sont majoritairement salariés (83,5%), l'exercice libéral ou mixte est en légère progression, il a notamment gagné trois points depuis 2001 pour atteindre 17 % en 2015. Les infirmiers restent une population relativement jeune et féminisée, avec 87 % de femmes, et près d'un praticien sur cinq ayant moins de 30 ans (17 %) en 2015⁵¹⁶.

Le diplôme d'Etat d'infirmier fait l'unité de la profession et l'éventail de la diversité des fonctions exercées est vaste. Peu de métiers offrent une aussi large étendue dans leur champ d'action. Durant sa carrière, un infirmier pourra passer indifféremment d'un service hospitalier à l'autre, de la gériatrie à la pédiatrie en passant par la réanimation et le bloc opératoire. Puis choisir de poursuivre en exercice libéral ou s'orienter vers la médecine scolaire ou d'entreprise, travailler un temps en PMI ou autre collectivité locale

⁵¹³ http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_gcs.pdf (consulté le 16/02/16)

⁵¹⁴ ADELI signifie Automatisation Des Listes. C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique.

⁵¹⁵ Il s'agit là d'un maximum historique, que l'on considère les effectifs, en augmentation constante, ou la densité (967 infirmiers pour 100 000 habitants), leur taux de croissance annuel depuis 2000 étant très supérieur à celui de la population française.

⁵¹⁶ Avec des départs en retraite plus tardifs qu'au début des années 2000, la proportion des infirmiers de plus de 50 ans est cependant, elle aussi, en forte hausse (de 23 % à 36 % entre 2001 et 2015). Finalement, l'âge moyen est resté relativement stable au cours de la période (entre 41 et 43 ans environ).

pour enfin se fixer dans un centre de rééducation ou EHPAD⁵¹⁷. Le soin est le point commun de ce large éventail.

En 2013, l'enquête Écoles⁵¹⁸ recense plus de 90 500 étudiants en formation d'infirmier, dont 31 100 inscrits en première année. À l'image de la profession, la formation d'infirmier est largement féminisée avec 83 % d'étudiantes en formation, même si cette part s'est progressivement réduite depuis 1970 où les femmes représentaient 95 % des diplômés. Les étudiants en soins infirmiers sont également plus âgés que ceux des formations paramédicales de niveau équivalent, avec un tiers des nouveaux inscrits ayant plus de 22 ans en 2013. Ceci peut être lié au fait que la formation au métier d'infirmier correspond souvent à une reprise d'études, 27 % des étudiants en soins infirmiers occupaient un emploi l'année précédant leur entrée en formation. L'abandon en cours d'études semble relativement important pour cette formation. On observe en effet une forte déperdition entre les quotas et le nombre de diplômés trois ans après, même si cet écart semble se réduire progressivement au cours des cinq dernières années⁵¹⁹.

Il est possible à l'issue de la formation, ou en cours de carrière, de se spécialiser : infirmier anesthésiste (en deux ans), infirmier de bloc opératoire (en 18 mois), infirmier puéricultrice (1 an) ou d'évoluer vers l'encadrement, le management d'équipes et la formation (cadre de santé, 1 an ; directeur des soins).

⁵¹⁷ Etablissement Hospitalier pour Personne âgée dépendante

⁵¹⁸ DREES, « La démographie des professions de santé », Données statistiques, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (consulté le 16/02/16)

⁵¹⁹ Écart de 16 % entre 2012 et 2014, contre 26 % en moyenne sur la période 2005-2011. Ce phénomène ne peut être expliqué par les seuls redoublements. D'une part, toutes les places ne sont pas pourvues chaque année : un écart d'environ 7 % à 8 % est en effet constaté entre les nouveaux entrants en institut de formation et le *quota* national. D'autres facteurs peuvent également jouer, sans qu'il soit possible de les chiffrer précisément : étudiants qui partent en fin de première année pour obtenir un diplôme d'aide-soignant, interruptions ou reports de formation, etc.

ANNEXE 2

Entretien n° 1 – Joseph (2012/11)

1^{er} stage réalisé au CCR (centre de convalescence et de rééducation).

[...] C'est la 1^{ère} fois que je mettais les pieds à l'hôpital, que je voyais un malade... la première personne que j'ai vu avait un fixateur externe et je suis tombé dans les pommes. Je me suis réveillé sur un *striker* quelques minutes plus tard... voilà ma 1^{ère} rencontre avec l'hôpital. On peut pas dire que j'ai été gêné ou étonné par les malades parce qu'en fait, en début de stage, j'étais dans un secteur où il y avait beaucoup de jeunes qui étaient paraplégiques, tétra, ils avaient le même corps que moi donc cela ne m'a pas choqué particulièrement... voilà. Ça s'est beaucoup plus dégradé après... quand je suis passé dans l'autre secteur... des patients plus âgés en rééducation, que des vieux !...

Vous entendez quoi par dégradé ?

Dégradé ? Ce n'est pas le corps qui m'a choqué c'est plutôt euh...la diarrhée, les vomissements, etc.... c'est plutôt ça qui me gênait que le corps lui-même. Le corps bah ! Qu'ils soient jeunes ou vieux, voilà, c'est un corps, ça m'a jamais trop bouleversé, qu'ils soient gros ou maigres. À part si il y a des escarres, des énormes escarres, ça peut être choquant, c'est plus l'altération du corps où ce qu'il y a autour.

Pour les jeunes, je me dis surtout que, comme ils étaient tous esquinés de la vie, qu'ils n'avaient pas de bol. La plupart était paraplégique, la plupart était... para au mieux au pire tétra... ça donne plutôt à réfléchir sur la vie, sur ce que peut être la vie, et... la brièveté de la vie, comme toujours quand on est à l'hôpital, on voit souvent des malheurs et il faut toujours réfléchir la dessus [...]

Qu'est-ce qui vous a le plus gêné ?

L'odeur !

En quoi cela vous gênait ?

C'est insupportable, cette odeur de merde, de vomi, c'est insupportable ce mélange de tout ; ça puait, on arrivait le matin dans la chambre, ça puait. Nous, en étant en 1^{ère} année, on était là pour les nettoyer, les étudiants faisaient le tour des changes, les odeurs font parties du décor, on n'a pas le choix.

Joseph raconte une toilette faite à un homme

Ma formatrice était venue m'encadrer, elle me regardait faire la toilette intime d'un résident. À mon retour de stage, elle m'a confié que si j'avais été une fille, elle m'aurait sans doute arrêté tant je me suis appliqué dans sa réalisation en insistant beaucoup sur le décalottage, vous voyez ce que je veux dire ?

Entretien n° 2 - Jean-Louis (2012/11)

Racontez-moi votre 1^{ère} expérience

C'était en maison de retraite, à C... Donc, 1^{er} jour de stage de la formation infirmière – le stage de 5 semaines – ça se passait en gériatrie-psychiatrie, et puis... j'étais un peu largué dans le service après une brève visite de la maison de retraite par la cadre, on m'a mis assez rapidement dans les « pattes » de l'infirmière qui avait déjà bien entamé son service parce que moi j'arrivais à 9 heures et elle était là depuis déjà 2 heures. Donc, je suis arrivé dans le vif du sujet... et là, j'observe, je ne sais pas trop comment me positionner au sein de l'équipe et me rendre utile. On m'a mis avec les aides-soignantes et puis on m'a amené directement dans une chambre où ils faisaient une toilette à une patiente [...] Il y avait cette patiente âgée et qui était nue sur son lit et il y avait 2 aides-soignantes qui étaient en train (hésitation) ... de faire son soin d'hygiène. Ben moi j'étais choqué, forcément une personne nue, âgée. Des personnes âgées nues, on n'en voit pas tous les jours enfin, voire même jamais dans la vie de tous les jours. Et puis là, on arrive un matin, comme ça et on voit cette personne absolument nue et... qui ne comprend pas ce qu'on lui fait [...] Et puis, il y a aussi cette odeur qui règne, la personne était souillée et il y a forcément une odeur dans la chambre et puis, ouais... finalement on est assez vite dans le bain... et là on se dit finalement, de toute façon je dois y passer, je n'ai pas le choix, je me préparais psychologiquement et là, ben ça y'est, oui j'y suis....

Qu'est-ce qui vous avez pensé à ce moment-là ?

Dans la société, les personnes âgées c'est... pour nous le référentiel c'est les grands-parents et derrière cela il y a un respect énorme des grands-parents. Alors voir son grand-père ou sa grand-mère nu, c'est complètement impensable, ce n'est pas possible dans la société actuelle. Mes grands-parents, je ne les ai jamais vus en maillot de bain, je connais de leur corps que les mains et leur tête, ce qui dépassent des vêtements et ne peut pas être caché. J'ai l'impression d'avoir transgressé cet interdit, quelque chose qui depuis toujours est interdit et là oui, il y a peut-être un rapport avec nos grands-parents qu'on verrait nu en fait et on se met à la place. Si le petit fils ou la petite fille arrive, moi je peux me permettre de le voir nu mais moi, on ne m'a jamais autorisé, euh... Ça ce n'est pas possible en fait et aussi, ouais il y a peut-être un peu ça, cet interdit dans les mœurs. Quelque chose comme ça qui ressort [...] Mes grands-parents sont en EHPAD alors je prenais vraiment tout à cœur en me disant "fais comme si c'était eux et si tu devais t'occuper d'eux", alors c'est dur de tout prendre à cœur et d'être confronté à la souffrance. Une résidente est décédée la toute dernière semaine et euh, là ça a été vraiment difficile pour moi. Je pensais à mes grands-parents qui allaient mourir du coup. Ça c'était difficile. J'ai pensé à sa famille, la mort ce n'est pas forcément des trucs qu'on peut nous apprendre à l'IFSI.

Comment faites-vous pour tenir ?

Si je me suis engagé dans cette formation, c'était déjà pour aller jusqu'au bout et puis... je pense que le fait de m'être préparé psychologiquement avant. J'en ai parlé avec des 2^{èmes} années, des 3^{èmes} années qui m'ont parlé de ça et malgré tout ça, on n'est pas préparé à ce genre de situation[...] Je déconnecte quand je retire la blouse ou ... quand je vais en parler à d'autres gens mais je pense que sur le moment présent... je pense que le choc, on se souvient pas tout de suite, il vient surtout après, le soir dans son lit quand on commence à réfléchir à toute sa journée... je pense que le choc vient plus à ce moment-là....

A qui en parlez-vous ?

Je vais vers ceux que je connais, les 2^{èmes} années, vers les plus proches de nous finalement. Demander à un formateur, oui c'est bien mais il a un regard beaucoup moins proche du nôtre parce qu'il a vécu, parce qu'il a déjà enseigné. Le 2^{ème} année, il en sort à peine, donc c'est celui qui se souvient encore peut-être le mieux de ce qu'il a ressenti donc on va lui

demander. Et puis il y a un contact qui se fait assez facilement aussi parce qu'on a à peu près le même âge et tout. [...] Ils nous font une description, il y en a qui aime bien et qui en rajoute un peu et qui disent, « ouais tu vas voir des choses horribles machin » et il y en a d'autres qui sont plus dans le « ça va bien se passer ». Il y a un peu toutes les écoles alors bon, on essaie de se faire un mix de tout cela, et puis on attend finalement, on a que cela à faire, attendre que ça arrive. Après on s'habitue, après plusieurs matins, après 3, 4, 5 toilettes, finalement il y a une certaine habitude qui ... se crée et puis dès le lendemain, on est encore moins choqué et puis après on est plus choqué du tout. Au moins pour ce soin là (parlant de la toilette). Après il y a d'autres soins où il faut se mettre un peu plus dedans et voilà mais... si c'est comme tout, il y a une accoutumance et on s'habitue [...].

Finalement on ne parle pas trop aux infirmiers des services, pas trop. On ne parle pas non plus aux parents, pas trop, enfin pour ma part, pas trop. C'est plus les amis, oui, les amis mais encore une fois, j'ai l'impression qu'ils ne comprennent pas trop ce qu'on peut vivre donc on peut leur raconter mais... on sent qu'ils ne comprennent pas exactement, alors on reste soft. Alors on reste soft d'une part parce que ça pourrait vraiment les choquer. C'est vraiment avec les collègues Ifsiens qu'on en parle, ils peuvent vraiment nous comprendre, là ils comprennent et puis... et puis finalement on arrive à en rire des fois et ça fait du bien pour décompresser un peu.

Jean-Louis aborde la blouse et l'école

[...] c'est finalement en retirant cette blouse que... on revient un peu dans le monde réel... je ne dois pas avoir le même cerveau pendant le service. Ce 1er stage finalement, c'est un peu un rite de passage... savoir si on va tenir ou pas alors finalement c'est une bonne chose, je pense qu'on est mal préparé à l'école mais... est-ce que c'est réellement une mauvaise chose ? Les formateurs n'en parlent pas, c'est implicite, on se doute bien que ça va pas sentir bon.... d'un autre côté, je ne vois pas comment ils pourraient faire, lancer une boule puante en salle de TD et nous dire : « voilà ce qui vous attend » ! (rires).

Entretien n °3 - Mathieu (2012/11)

Le stage ne s'est pas très bien passé, enfin je pense que je m'étais préparé à un tas de choses, on s'imagine des choses, comment ça va se passer, etc....[...] Après, sans forcément se faire des films, enfin je ne sais pas trop comment dire mais là, j'étais

complètement désarçonné. C'était aussi par rapport aux autres, comment ils faisaient et comment moi je devais faire ou ne pas faire justement. Je n'ai pas essayé de copier certaines choses parce que je pense que c'est assez réflexe, on voit quelque chose de bien et on reproduit [...] j'ai surtout essayé de ne pas faire... de ne pas reproduire ce que je ne trouvais vraiment pas bien là, voilà.

C'était (1^{er} stage) en EPAHD avec 98% de démence. J'avais imaginé ce centre comme une maison de retraite, j'étais jamais allé dans une maison de retraite, j'ai la chance d'avoir encore mes 4 grands parents en bonne santé... j'ai jamais été confronté dans ma vie à la vieillesse, à la mort... à part une personne dans mon entourage qui était malade [...] C'était vraiment quelque chose de tout nouveau pour moi et j'y suis vraiment allé sans représentation. J'y suis allé tel quel, je voulais découvrir par moi-même, je n'ai pas eu le temps de me poser de questions, j'y suis allé puis voilà. [...] J'ai l'impression d'avoir vécu le pire. Il faut être très... comment dire, il ne faut jamais être prêt ou s'attendre à quoi que ce soit, c'est toujours de l'imprévu qui se passe, enfin j'ai l'impression, il y a toujours un truc auquel on s'attend pas qui va tomber, je me suis fait à cette idée là depuis.

Vous vous souvenez quand vous avez franchi la porte de l'établissement ?

Je me souviens, j'étais paniqué ... je ne le montrai pas [...]. Le 1^{er} jour, je suis resté en observation à me balader dans tous les sens, je ne savais pas trop où me mettre au final. On ne sait pas à quel moment on doit commencer, à quel moment il faut prendre les choses en main, la première journée, c'est désarçonnant. [...] On est pas du tout préparé à l'IFSI. Enfin c'est mon ressenti, en caricaturant, on sait se laver les mains voilà. 1h de TD, pour apprendre à se laver les mains, 1 h le mercredi alors qu'on prenait le stage le lundi... ça fait peu ! Il faudrait plus de concret et moins de concept. Pas forcément de la pratique, on nous apprend à faire la toilette en technique, mais il faudrait nous parler de façon concrète... « Voilà ce qui vous attend la première fois que vous serez confronté à un corps ». Les soins sont abordés de manière conceptuelle au lieu de nous parler franchement des choses auxquelles on sera vraiment confrontés en première année. Quand on est étudiant et quand on sait rien faire comme moi, la première fois on arrive comme ça, ... bonjour... on a l'impression d'être un peu en trop, on se sent pas accueilli, c'était mon ressenti à ce moment-là.

Alors comment s'est passé votre 1^{ère} toilette ?

Ma première toilette ? On m'a dit « ben tiens tu laves cette dame-là », et hop tu te débrouilles. Les bras ballants, je ne savais pas comment m'y prendre, laver quelqu'un d'autre est tellement différent que se laver soi-même. [...] C'était formateur dans un sens.... je pense que par contre cela peut être destructeur dans un autre sens [...] J'ai réussi à prendre plus confiance en moi. On a zéro expérience quand on arrive, on n'a pas d'expérience et on se rend pas du tout compte de la réalité, c'est c'est un monde nouveau en fait, il y a des termes que les gens utilisent et que tu ne comprends pas. En fait, c'est un peu ce qui m'avait dérangé au début, c'est tous ces termes. Encore maintenant, je ne m'y fais pas parce que pour moi... une protection, c'est une protection, ça a pas un nom particulier, c'est des petits trucs bien bête comme ça.... vous posez la question et on vous répond : c'est comme ça « tête de nœud » (rires) [...] Ma toute 1^{ère} toilette, c'était une dame qui avait un syndrome post chute... qui devenait démente qui avait la maladie d'Alzheimer plus ou moins prononcée et... c'est une personne qui s'agrippait à son lit, qui avait une sonde urinaire et... il fallait l'emmener dans le petit coin à côté... c'était une chambre individuelle où il y avait une salle de bain... et mon job consistait donc à l'habiller, la laver entre guillemets parce qu'au final enfin... je fais attention aux mots que j'utilise parce que... la laver ... c'est pas d'une manière péjorative que je veux vous dire bien entendu mais... même si c'est un peu à la chaîne, oui quand même, complètement [...]. Je prenais plus d'une heure avec cette personne-là, je prenais le temps. L'AMP avec qui j'étais me disait que quand je serai diplômé, je n'aurai que 10 mn par patient, je ne sais pas comment cela peut être possible... une toilette en 10 mn ! Comment faire alors que la dame se tenait à ses barrières et il fallait renégocier 10 fois pour qu'on puisse l'emmener jusqu'au fauteuil puis jusque dans la pseudo salle de bain. C'est assez compliqué ... j'avais pas encore dans l'optique de stimuler la personne comme on dit, j'étais plus dans la négociation, dans le sens de la personne âgée, en faisant attention à la personne... on transpose forcément en se disant est-ce que j'aurai aimé qu'on me fasse comme ça [...] Il y a aussi des choses pour lesquelles j'étais totalement désarçonné du type... faire la toilette d'une femme c'est pas pareil que la toilette d'un homme, il faut pas se le cacher, j'ai découvert les crèmes... les choses très importantes pour les femmes qui le sont pas du tout pour les hommes, sans le savoir on ne peut pas deviner, c'est ça que je veux dire, rien par rapport aux personnes âgées qui mettent du... comment ça s'appelle, une sorte de parfum... de l'eau de Cologne Mont St Michel, ça s'appelle oui ! on les frictionne tous

avec ça ! L'odeur est à tout jamais inscrite dans ma mémoire, je ne peux plus supporter cette odeur, elle me rappelle trop les frictions qu'on fait après chaque toilette. Il y avait une grosse bouteille familiale sur le chariot de soin et tout le monde y avait droit !

[...] Il y a un tas de choses qui sont dérangeantes, je me demande pourquoi on les réveille tous à 7 heures pile le matin. Est-ce que le patient en a vraiment envie, est-ce qu'il est en mesure d'exprimer ses ressentis ?

En avez-vous parlé ?

Non je n'en ai absolument pas parlé. Après, je pense que c'est relatif à mon caractère, je suis pas du tout du genre à... j'en parle pas du tout ou si... des choses rigolotes qui peuvent apparaître marrantes comme ça, mais jamais j'ai fait part de mon ressenti qui est assez lourd quand même pour le coup. J'ai dû être très pénible chez moi – j'habite chez mes parents – mon entourage a dû en pâtir à ce moment-là aussi. J'ai plus pris mon mal en patience, on va dire ça comme ça. La gestion des émotions, ce n'est vraiment pas facile, je reste très impassible enfin je ne sais pas comment dire, un peu comme Lady Gaga ! Par contre oui, il y a des conséquences sur le reste, je pense. Quand ça se passe bien en stage, ça se passe bien ailleurs. Moi mes moyens de défense entre guillemets par rapport à ça c'est euh... je fais du sport, quand j'y pense. Je suis pas du style à sortir, à voir des amis, ce n'est pas mon style, je suis plutôt quelqu'un de casanier entre guillemet, je ne suis pas pantouflard non plus mais je vis très bien tout seul, dans mon petit monde mais... du coup cela fait une difficulté en plus qui se ressent par la suite. Gérer ses émotions c'est très dur, en tout cas au début parce qu'après on met des stratégies en place, comme faire du sport, parce que c'est la première chose à laquelle on pense. Il faut du temps pour lâcher prise, je me doutais que cela serait difficile avec certaines personnes, avec les patients mais là où je n'avais pas calculé la chose, c'est que ce soit difficile avec les autres soignants. [...] J'ai eu énormément de mal à trouver ma position en temps qu'étudiant parce que je suis quelqu'un de discret, ça m'arrive de poser des questions et je m'intéresse toujours à quelque chose mais c'est souvent pris pour un manque d'intérêt, le fait d'être discret. [...] Moi je suis quelqu'un de discret, j'essaie toujours de me mettre à la place, enfin d'avoir une position empathique mais ... il y a un moment où ça coupe net entre ce que va sentir la personne et ce que je vais ressentir pour elle. [...] Souvent ce sont des petits riens qui font des grands tout, une main posée sur sa main c'est des petits trucs qui changent tout à mon avis, qui change complètement la prise en charge de la personne. Après, ce n'est pas

venu d'un coup comme ça non plus aussi. [...] La première fois que je suis sorti de ce stage je me suis dit que jamais je ne mettrai mes parents en maison de retraite ![...]Je me souviens pratiquement de toutes les têtes des patients dont je me suis occupé. Je suis incapable de mettre un nom sur chacun, mais j'ai leurs visages gravés en mémoire, je me souviens de toutes les têtes, de toutes les personnes comme on traîne un peu ses fantômes. D'ici 10 ans, je pense que je serai incapable de vous dire qui est qui à l'exception de certains qui m'ont vraiment marqué.

Nous abordons les odeurs

Oui, il y a un truc qui m'a par contre beaucoup dérangé, je suis tombé sur une personne qui avait un cancer, et j'avais l'impression qu'elle avait une odeur particulière et cette odeur-là, c'est la seule odeur qui me dérange au final et si je devais le dire là comme ça, je dirai que ça sentait la mort et c'est la seule odeur qui m'a véritablement dérangé, c'est ça. Après les odeurs de sécrétions, de selles, d'urines, je retiens ma respiration, je ne vais pas vous le cacher.

Entretien n° 4 – Catherine (2012/11)

Racontez-moi votre 1ère expérience

Pour moi, ça n'a pas été facile parce que déjà j'ai du mal avec les personnes âgées. Du coup, j'ai vraiment du mal avec le corps vieillissant des personnes et en plus, le fait de faire une toilette au lit, je ne me sens pas du tout à l'aise parce qu'en fait c'est pas du tout naturel. C'est pas une habitude qu'on a, cela me choque un peu et en plus les personnes ne prennent plus du tout soin d'eux, il y en a beaucoup qui prennent pas soin d'eux, enfin c'est ce que j'ai vu dans le service où j'étais (EHPAD). [...] Mon premier jour de stage, je me suis dit que je ne pourrai pas travailler dans un EHPAD. On m'avait pourtant prévenu que cela allait me surprendre, mais je ne pensais pas que ça serait à ce point. Cela m'a vraiment choqué le fait qu'il y ait plein de... qu'ils soient tout sales ou bien qu'il y ait des croûtes, enfin tout cela, cela n'a pas été facile la première fois. Après, c'est la dégradation du corps, les cheveux qui tombent, les muscles qui fondent, les chairs qui pendent..., les corps des vieux sont ridés, la peau est flasque, c'est vraiment moche tout ça, et cela m'a choqué. Je ne pensais pas que c'était à ce point-là. [...] Ce qui me fait le plus peur, c'est de les voir nues et de me dire que je vais devenir comme ça en fait je me suis mis un peu à leur place et c'est pour cela que cela m'a beaucoup choqué. Je me dis que, dans 60 ans je

serai comme ça ! Et en plus, il y avait une résidente qui me disait : « vous verrez quand vous serez comme moi ! » Chaque jour, on l'entend au moins une fois, vous verrez à mon âge... c'est la même rengaine tous les matins... ces paroles me mettent mal à l'aise.

Elle me raconte sa 1^{ère} toilette

J'ai pris sur moi, mais par contre le problème c'est que du coup, je ne parle pas du tout au patient, enfin j'ai vraiment un problème de communication et je me renferme sur moi pour vraiment pas faire voir que je suis mal à l'aise. En fait, j'ai du mal avec leur corps, enfin voilà quoi. [...] Je pense à ce que je dois faire, à la technique en fait je vais vraiment faire en technique et là je vais plus penser à ça, et ne pas expliquer ce que je fais alors qu'ils peuvent appréhender certains gestes et je ne vais pas essayer de faire un dialogue avec eux alors que par exemple pour l'accompagnement à la douche, cela va beaucoup mieux se passer. Je les vois pas pareil, pour moi c'est différent et pour moi, ils sont quand même un petit peu autonomes alors c'est différent et puis, j'ai pas le même rapport du tout avec le corps car c'est vraiment nous qui faisons pour une toilette au lit on est vraiment dans leur intimité alors que la douche pour moi c'est différent, j'ai moins de mal à leur parler, je peux facilement leur poser des questions sur leur famille tout ça alors qu'au lit pas du tout.

[...] L'odeur me dérange aussi, j'ai vu des personnes qui sentaient vraiment une odeur affreuse, je ne pensais pas que cela pouvait être à ce point-là, que les gens pouvaient sentir comme ça ! L'odeur te rentre à l'intérieur de toi, tu es envahie et tu ne peux pas l'empêcher, même en te bouchant le nez. Ça te poursuit jusque chez toi, même après la douche, tu as encore l'impression de sentir l'hôpital. L'odeur imprègne tes cheveux, tes habits, il est difficile de t'en débarrasser.

Les bruits aussi me gênent. Par exemple quand on met sur le bassin quelqu'un et bien moi ça me gêne de rester dans la chambre. Il y en a qui reste, moi je ne peux pas ; je trouve totalement déplacé. Il y a même des patients qui vous demandent de rester dans la chambre, ça va pas du tout les gêner.

Comment vous faites ?

Je prends sur moi, je me renferme sur moi en fait, je ne dis rien. Je vais parler avec l'infirmière si elle est avec moi ou s'il y a un collègue, mais je ne parlerai pas au patient lui-même. Du coup, j'ai du mal avec la personne. J'adore le contact avec les gens, j'ai déjà travaillé dans un commerce et cela se passe super bien, je parle beaucoup et j'aime bien le

contact avec les gens mais là, dans cette situation-là, cela me paraît tellement bizarre, je ne suis pas du tout comme ça en temps normal en fait. Avec les personnes plus jeunes, cela ne me fait pas du tout ça, c'est vraiment ceux qui ont 70 ans, les personnes de 30 ans ça me fait rien.

Plus tard je sais que je ne travaillerai pas vers la personne âgée, je sais que je veux être infirmière mais pas avec la personne âgée.

Pensez-vous avoir été assez préparé à l'IFSI pour votre premier stage ?

Ce qui m'a manqué c'est de la pratique sur les toilettes car quand je suis arrivée je ne savais pas faire. C'est pour ça aussi que je me suis sentie mal à l'aise car déjà je ne savais pas faire le geste technique et en plus, je me renfermais sur moi, les 2 n'allaient pas forcément ensemble... en fait on voit sur des mannequins mais c'est pas du tout la même chose en vrai, on voit sur un mannequin qui n'est pas un corps comme en vrai, on ne se rend pas compte de ce que va être la réalité [...].

Entretien n° 5 - Lucas (2012/12)

J'ai toujours voulu faire ce métier, m'occuper des autres, me rendre utile à la société. C'est sûrement grâce à ma mère. [...] J'aime l'odeur de l'hôpital parce que je l'ai toujours associé à ma mère. Dès qu'elle rentrait du boulot – elle est auxiliaire puéricultrice – et dès qu'elle rentrait je disais « ça sent bon l'hôpital » et quand je rentre moi à l'hosto, j'ai le clin d'œil de ma *madre*, rien que ça, ça m'a toujours étonné. On a l'odeur quand on rentre à l'hôpital, c'est l'odeur des produits pour laver le sol mais aussi quand je viens bosser au centre, je retrouve l'odeur, pas à l'entrée principale mais l'entrée après le self, là ... c'est bizarre hein ? Mais c'est comme ça [...] Toutes les odeurs sont différentes, au bloc, c'est l'odeur de cautérisation qui est bien particulière, l'odeur des changes, des selles et de l'urine forcément, l'odeur de la fameuse eau de Cologne des personnes âgées waouh (mimique de dégoût) celle-là elle est mémorable... l'odeur du parfum pomme-cannelle d'une patiente dont je me suis occupée, je m'en rappellerai toujours... elle avait une tumeur ORL et ils avaient mis sur l'extracteur d'air un désodorisant à la pomme-cannelle. Ils font tout le temps ça là-bas, c'est juste horrible... Pour tout le service c'est la même odeur, cette odeur de mélange de pomme et de cannelle... depuis, à chaque fois que je la sens, je vois cette personne-là. [Soupir et silence]... Cette odeur... dès que je passe devant

une chambre et qu'il y a cette odeur-là, avec ce désodorisant, je vois cette dame, je vois cette tumeur-là... je me souviens de sa peau si fine, je n'osais la toucher pour faire ses soins...je dis une personne car au début, je ne savais pas si c'était un homme ou une femme, il a fallu que je regarde ses mains pour le savoir car elle était tellement Ah ! Cette odeur ! Alors je feinte, je bloque ma respiration, je ne mets pas de masque.

Qu'est-ce que vous appelez feinte ?

Ben pour un confort, le confort du soignant. Je me suis dit : « ne mets pas de masque » car pour moi, c'est un manque de respect, je préfère prendre une grosse apnée à la limite et je fais mon soin comme ça. [...] Ça se voit si on est dégoûté.

Ça se voit comment ?

Ça se voit dans nos yeux, ça se voit dans nos mimiques je pense. Ça se sent... j'ai lu un livre super intéressant « je ne peux plus me sentir », le mec a plus d'odorat et il rentre dans une espèce de psychose, il dit qu'il va plus sentir le feu, pense qu'il ne va plus pouvoir plaire à une femme parce que il sent mauvais, je peux plus lui faire l'amour parce que j'aurai plus l'odeur de son corps, il rentre dans un spirale... c'est quand même important l'odeur. Mon ressenti sur les odeurs n'est que positif, je pense qu'on a une certaine tolérance à la mauvaise odeur. Cela veut dire, j'y vais une fois et la deuxième fois cela ne sera pas pareil et la troisième on est habitué. Surtout ne pas bâcler le soin parce que ça pue.

Entretien n° 6 - Luc (2012/12)

1^{er} stage en EHPAD.

[...] Ma 1^{ère} toilette, c'était un monsieur, j'étais extrêmement attentif à ce qu'elle me disait (l'AS) pour ne pas faire de conneries, mais c'est vrai qu'au niveau... quand on lave tout ce qui est petite toilette... on regarde ce que l'on fait et du coup on ne regarde pas la personne... c'est pas qu'on fait moins attention à la personne, mais du coup on est pas gêné, en tout cas moi je me suis jamais senti moins gêné en faisant une toilette. [...] J'ai été en stage que chez les personnes âgées, jamais avec des personnes de mon âge, j'ai jamais été dans cette situation mais c'est vrai que... j'ai eu un refus de soin, au début une dame a refusé que je lui fasse sa toilette. Cela n'est pas grave, car il y a plus de femmes de toute façon dans les services ! (rires) [...] La blouse change tout, ça permet de passer en

mode professionnel... Moi je suis quelqu'un de gentil et à côté je fais du hockey sur glace, quand je mets le casque, je deviens différent, quand on enfle la blouse le matin, c'est comme quand j'enfile le casque, je vois le monde à travers ma grille et je pense différemment. Quand on enfle la blouse, on entre dans un mode professionnel, ce n'est pas la même ! [...] Il y a un soin que j'appréhende, le soin de bouche ; un truc qui m'a toujours dégoûté, ce sont les bouches vraiment sales... faire un soin de bouche, c'est un truc qui m'a toujours euh... dégoûté... lorsqu'il faut aller mettre les doigts pour le soin de bouche, je me suis toujours dit que je ne pourrais pas être dentiste, parce que la bouche c'est vraiment dégueulasse. [...] J'ai eu l'occasion de faire une toilette d'une personne amputée des 2 jambes et je ne le savais pas... du coup je suis rentré dans la chambre et... je commence toujours par le haut en gardant le drap en bas pour ne pas que la personne ait froid et du coup j'ai dit « on va faire le bas maintenant », la petite toilette et... enfin j'étais très gêné (rires !).

Vous en parler ?

Oui, à ma sœur qui est en 2^{ème} année. Quand on a des soucis, on se parle entre nous. Des fois, j'en parle le week-end mais mon petit frère en a marre.

Entretien n° 7 – Morgane (2012/12)

1^{er} stage en EHPAD

[...] En fait quand je fais la toilette, je commence par les zones que je vois d'habitude et après je fais les autres, enfin moi je sais que je fais comme ça, j'aime pas déshabiller tout d'un coup car quand je dois faire ça, déshabiller tout d'un coup et rester toute nue sur un lit pendant 10 mn, j'aimerais pas qu'on me le fasse...., je fais comme pour moi, donc je fais le visage après je déshabille le haut, je fais le haut, je rhabille le haut, je déshabille le bas, je fais le bas et puis voilà je finis par la petite toilette et puis du coup vu qu'on a fait tout le corps avant, il reste la petite toilette à la fin, il y a déjà une relation qui est installée et la personne est un peu en confiance je pense. Commencer par le visage, la personne se réveille bien, et après je descends parce que aussi, on doit faire du plus propre au plus sale. En fait, j'ai l'impression de couper la personne en morceau, il y a ... pour moi la tête c'est la personne, et puis quand je fais la petite toilette, c'est cette partie-là. Alors on va dire que la petite toilette, c'est la partie on va dire « objet » et la tête c'est la partie « personne ».

Donc, quand je regarde la personne, je suis très attentive à ce qu'elle fait, je suis attentive à ce que je fais en bas on va dire... il y a la partie... on va dire que je la considère pas vraiment comme une personne, enfin, je la considère comme une chose vivante, j'ai du respect pour elle mais... je ne sais pas comment dire....

[...] A l'IFSI, on nous apprend à laver du plus propre au plus sale, à ne pas poser le linge sale par terre, à faire le lit bien au carré... c'est toujours compliqué pour moi, toutes ces choses à penser et en plus il faut bien penser à respecter la pudeur du patient et le couvrir avec la bonne serviette, aussi pour qu'il ne prenne pas froid.

[...] Je m'occupais d'un patient en fauteuil roulant qui venait d'être amputé, il avait des pansements d'absorption, enfin il avait des redons accrochés à son siège, son fauteuil.... Voir la personne avec les pansements, on ne voyait pas, mais on se doutait bien de ce que c'était, ça suppurait un peu enfin on voyait bien que ça ressortait à travers les pansements et là (inspiration) je me suis sentie mal. [...] C'est l'odeur qui me dérange le plus car en fait l'odeur ne se contrôle pas on va dire. L'odeur ça vous prend même ici, quand il y a une personne qui a une gastro, qu'elle vomit et qu'elle a une diarrhée, l'odeur est pas top et cela m'est déjà arrivée de me dire « ouah ! Moi aussi je vais prendre un sac (rires) ».

Alors comment vous faites ?

J'arrête de parler déjà parce que moi quand je parle et que j'ai envie de vomir c'est bon et ... et pis oui en fait j'arrête de parler parce que si je parle, je parle comme ça (mime) donc on le sent tout de suite dans ma voix quand j'ai envie de vomir, ou j'essaie de sortir aussi, de prendre l'air mais enfin... je me contrôle en fait, car c'est gênant pour les personnes, elles ne sont déjà pas bien.... si en plus je dis « bah ! Ça pue », oui en fait on contrôle, on prend sur soi en fait.

[...] C'est aussi l'apprentissage de la vie qui fait que, en tant que soignant on s'adapte aussi différemment et après il y a aussi l'éducation qu'on nous a prodigué et il y a aussi le fait que, comment dire... je me dis « rappelle-toi que de toute façon la personne à qui tu fais le soin sera toujours plus gênée que toi, pense à elle d'abord ». Donc, c'est vrai qu'après, moi mes émotions, je les mets entre parenthèse aussi, je me dis : « tu t'en fous de toi, tu t'occupes de la personne, t'es pas là pour elle ». Quand j'ai la blouse, je suis en mode professionnel et je me surprends moi-même. En temps normal, je suis très pudique, faut pas qu'il y ait un bout de fesse qui dépasse et quand je suis en blouse, la nudité ne me gêne pas du tout. [...] Ma blouse est comme une éponge, elle absorbe les odeurs mais

garde les traces des mauvais moments de la journée ; enfin de journée, quand j'enlève ma blouse, je me débarrasse de toutes les émotions de la journée.

Entretien n° 9 – Severine (2013/01)

1^{er} stage a été en gériatrie-psychiatrie

[...] J'ai ouvert la porte, il était 7 heures du matin et je vous promets, on a allumé la lumière... la petite dame, même pas réveillée, l'odeur non mais y'avait plein de trucs, la bouche, les selles, les urines, le petit déj. qui arrivait enfin tout cela mélangé et là je me suis dit : « cela va être difficile ». Mais cela ne m'a pas empêché de continuer [...] Il y a certaines odeurs qui me gênent vraiment beaucoup, les odeurs comme le mélaena ou des tumeurs ORL (montre son cou) qui nécrosent en fait avec des odeurs... et même si tu mets quinze pansements de Flagyl partout dans la chambre, un extracteur d'odeur, ça sent encore... C'est difficile là d'aller vers le patient, on a beau se dire « j'y vais pour lui » et c'est normal que ça sente, mais on se préserve voilà, on a du mal à tenir. J'espère ne pas lui faire ressentir que (hésitations) je suis dégoûtée, enfin faut dire les termes tels qu'ils sont, les choses qui me dégoûtent, il n'y en a pas tant que cela. [...] On n'est pas complètement pareil dans les soins que dans la vie... C'est la blouse de soignante qui fait la différence, je ne suis pas là pour juger, j'ai le droit d'y penser, je n'ai pas le droit de le dire, je n'ai pas le droit de l'exprimer. Mais mon mode de fonctionnement est différent, je ne juge pas, je me souviens d'un monsieur qui avait des paroles un peu nauséabondes.... vraiment cela ne m'a pas choqué alors qu'en dehors d'ici cela me choquerait et là je n'ai pas à juger cette personne en fait. Quand je suis là il peut m'insulter, je garde mon calme, cela va faire partie de ma vie mais je te dis pas quand je vais enlever le truc (montre sa blouse), le soir, je vais y repenser.

Je m'interdis, enfin je ne sais pas si je m'empêche ou si je m'interdis... de ressentir des émotions négatives, parce que forcément cela va influencer sur le patient à un moment ou à un autre... je sais pas si je fais exprès ou pas, si c'est un réflexe ou si c'est une posture, si c'est moi qui me l'impose ou si elle est imposée par la blouse ou le règlement ou le fonctionnement mais... jamais je ne ferai ressentir à un patient ce que je vis ou ce que je fais...cela peut toujours influencer sur la prise en charge. [...] Il y a un truc et ça déborde des fois, des fois tu es trop remplie cela te ramène plein de choses, les émotions c'est

vachement trâtres parce que des fois tu y vas, tu fais ton truc, tu sais pourquoi tu le fais, t'es bien et puis des fois il y a un truc qui est dérèglé par rapport à d'habitude et là pfou !... tout remonte et tu sais pas, moi je me suis vu en larmes avec des patients, parce que ben voilà, ce qu'il me racontait résonnait en moi te que c'était pas le bonjour. Bien souvent, c'est plutôt des choses positives parce que je suis assez émotive quand même, j'ai tendance à pleurer... ça m'est déjà arrivé de pleurer avec des patients. Bien souvent c'est pour des choses qui sont plutôt gaies, c'est rarement pour des choses... enfin quand la personne pleure pour des choses tristes, je sais que c'est elle qui est triste, ce n'est pas moi par contre quand elle est heureuse, j'arrive à prendre... c'est bizarre en fait car je devrais prendre la peine mais ça... là je sais que je ne dois pas m'avancer là. Par contre tout ce qui est bon, là je me lâche... il y a un monsieur, on a réussi à lui faire remarcher la main. Le jour où il est venu, je revenais de week-end et je m'en souviendrais toute ma vie, il a pris la balle avec son autre main et il m'a regardé et là... pffe... j'ai fondu en larmes. Cela faisait une semaine que je me battais, allez-y un petit peu, un petit peu tous les jours... tiens, rien que d'en parler j'ai la chair de poule (montre ses bras) et voilà. Ce petit temps de bonheur... du coup cela l'a remotivé. On n'est pas fait de bois, on a des sentiments pour les patients, on s'attache. [...] je me rends compte que je m'implique beaucoup dans certaines situations et qu'il m'est difficile de parfois prendre du recul. Si c'est normal d'être touché par ce que l'on vit, le tout est de bien doser, ne pas trop se laisser emporter par les émotions et en même temps on n'est pas de marbre, il est vital de ressentir les choses, on est des humains avant tout et pas des machines.

[...] Dans la vie de tous les jours, mon chat qui fait dans sa litière ça m'horripile au plus haut point. Ici, je m'interdis de ressentir des émotions négatives parce que forcément cela va influencer sur le patient à un moment ou à un autre donc... je ne sais pas si je fais exprès ou pas, si c'est un réflexe ou si c'est une posture, si c'est moi qui me l'impose ou si elle est imposée par la blouse ou le règlement ou le fonctionnement... mais jamais je ne ferai ressentir à un patient ce que je vis ou ce que je fais... cela peut toujours influencer sur la prise en charge.

Entretien n° 10 - Alice (2013/01)

Alice, 20 ans, 1er stage dans une unité de chirurgie

[...] Mon premier stage était en chirurgie cardio-vasculaire, un service avec beaucoup d'entrées, beaucoup de sorties, ça bouge... faut suivre donc, déjà cela ce n'était pas simple. Après, pas de suivi du patient au long terme, que du court terme ... faut s'accrocher, ce sont des pathologies lourdes quand même, cela concerne le cœur... donc j'ai vécu mon premier décès du coup... 1^{ère} toilette mortuaire au bout de 2 ou 3 jours de stage je crois, donc pas évident et... il faut prendre du recul et puis se dire que ce n'est que le début et que on va rencontrer ce genre de cas toute sa carrière professionnelle et du coup il faut être à l'écoute de la famille, c'est un service où l'on est pressé mais il faut prendre le temps.

Alors comment j'ai fait exactement ? Comme on nous dit à l'école, « j'ai essayé de ne pas faire de transfert, mais c'est plus facile à dire qu'à faire » et puis.... malheureusement je me suis rendu compte qu'on s'habitue un peu...

Pourquoi vous dites malheureusement ?

Parce que ce n'est pas normal ! Pour beaucoup de personnes, ce n'est pas normal de s'habituer à la mort, à la maladie, au corps qui se dégrade...

Ces personnes, ce sont qui ?

Les personnes qui sont extérieures de l'hôpital, à l'hôpital c'est normal, il faut mais faut pas trop se protéger non plus... [...].

Curieusement, je n'ai pas été impressionnée au bloc, ils travaillent super bien. C'est impressionnant après, lorsqu'il faut refaire le pansement et toucher la plaie, heureusement qu'il y a les pinces que l'on ne touche pas avec seulement la compresse. J'ai vu des trucs, je ne pensais pas que ça existait, le pied était tout nécrosé, son orteil ne tenait qu'à un fil, il se dégageait une odeur de mort.... bizarre d'avoir une partie de son corps qui puisse être mort et qui part en décomposition. Je ne pensais pas que c'était possible de sentir aussi fort, qu'une personne vivante sente la mort.

[...] Je dis cela mais je n'aimerais pas travailler au bloc, l'odeur, ça sent le cochon grillé (rire)... les bruits des outils c'est assez impressionnant. J'étais pas forcément bien et je ne pourrai pas travailler en bloc opératoire, c'est sûr. J'aime pas le manque de lumière aussi au bloc, on est en sous-sol, j'aime pas l'odeur, je n'aime pas les bruits, je ne suis pas à

l'aise et à voir c'est impressionnant alors peut être que là aussi on s'habitue aussi parce que bon, il y a des élèves de ma promo qui adorent aller au bloc, dès qu'ils peuvent, ils y vont et ça ne leur fait rien. Même la première fois, au contraire, ils ont trouvé cela génial alors oui c'est génial mais il y a du sang partout (à peine audible).

Alice aborde la toilette plus loin...

Bon cela ne m'est jamais arrivé mais faire une toilette à quelqu'un de mon âge ou quelqu'un de ... soit une ado, soit une jeune parce que, jusqu'à présent les toilettes je les ai faites aux personnes âgées et là non, je n'ai pas eu de problème, homme ou femme...

Vous dites une ado, mais cela peut-être un ado ?

Ah oui et d'autant plus, je pense que cela doit être encore plus compliqué mais quelqu'un de mon âge cela doit être compliqué surtout pour le patient. [...] C'est plus facile pour moi de m'occuper de personnes âgées que de jeunes de mon âge, je transpose lorsqu'elle a mon âge, je me dis que ça pourrait être moi.

Elle aborde les pansements

En chirurgie cardio-vasculaire, un des premiers pansements que j'ai fait, c'était une amputation. Là, déjà très douloureux pour le patient et assez impressionnant à voir et pour le coup c'était une b... [hésitation]... belle plaie mais bon, c'est quand même très rouge, très inflammatoire, très ... et puis voilà quoi, c'est ... le moignon.... c'est assez impressionnant et en plus c'est difficile à faire, c'est quand même un pansement complexe avec des mèches avec ... l'odeur ne m'a pas marqué par rapport au bloc, je n'ai pas remarqué et en plus il y a plein de choses qui s'accrochent à... les douleurs fantômes par exemple, des choses que je ne connaissais pas du tout que j'ai découvert. C'était mon tout premier stage, du coup c'était un pansement très impressionnant à faire, bon j'étais guidé par une infirmière et ça c'est bien passé.

Elle aborde sa 1ère toilette mortuaire

La toilette mortuaire c'est pas évident au sens pratique comme au sens moral... au sens pratique parce que... la personne est... morte et que le poids de la personne n'est pas facile à manipuler, c'est compliqué. Après moralement ben voilà, le corps est mort devant soi, il faut faire vite...

Quand vous rentrez, vous repensez à votre journée ?

...oui mais il y a le trajet en voiture ... c'est peut-être pas une bonne idée car il faut être concentrée sur la voiture mais moi, c'est à ce moment-là que je me vide la tête et quand

j'arrive chez moi j'essaie de... et je passe à autre chose, j'arrive chez moi et... heureusement qu'il y a ce trajet de voiture ...

Vous en parlez autour de vous ?

Ouais, dans mon entourage il n'y a pas grand monde dans le milieu du soin donc ils sont très curieux, ils me posent plein de questions. Je leur parle de ce que je vis, cela les intéresse, ils sont friands des petites anecdotes... mais bon, je ne raconte pas tout non plus ! Il y a des choses qu'on ne peut pas raconter, il y a des choses qui restent à l'hôpital, qui doivent rester dans le service... oui, ils me posent souvent des questions...

Entretien n° 12 – Floriane (2013/01)

Mon 1er stage, c'était en cancéro. On m'a dit « t'as de la chance ! », tu parles d'une chance. [...] Les odeurs de cancer de l'utérus et des ovaires, et bien, c'est impressionnant... je sais pas comment les décrire, c'est de l'œuf pourri en moins acide... c'est horrible... alors que tu n'as pas forcément d'écoulement purulent, c'est ça qui est incroyable... je sais pas d'où vient cette odeur... mais t'as une odeur et quand tu rentres dans la chambre, c'est vraiment une odeur de pourriture du corps oui... les patients vivent tout le temps avec, ils ne le sentent plus...

[...] Je ne peux pas travailler sans gants, normalement, on doit mettre des gants que pour les petites toilette, moi j'en mets pour tous les soins ; je ne supporte pas de toucher le corps du patient à mains nues. [...] Quand je dis que je suis infirmière, ça y est, j'ai droit à l'énumération de tous les détails de son existence.... comme si je n'avais pas d'autre vie que d'être infirmière...comme si j'étais capable de tout entendre... j'entends « cela ne te fait rien, tu es infirmière »... Comme si j'étais insensible à tout, ils oublient que je suis d'abord une personne avant d'être une infirmière.

Entretien n° 16 – Sandra (2013/01)

Racontez-moi votre premier stage

Le premier jour de mon premier stage, on m'a demandé de faire la toilette d'une patiente. Je me suis retrouvée devant elle... je ne savais pas comment m'y prendre, comment l'approcher, quoi lui dire, je n'osais la toucher, j'étais très gênée.

J'ai dédramatisé complétement les choses, je me suis dit c'est le métier, c'est comme ça et il va falloir trouver les choses pour que cela se passe bien et puis dans la communication, pas dans la gêne, tout en préservant l'intimité. C'est vrai que tout de suite après j'ai pu dédramatiser la chose en soi, c'était vraiment sur le moment, peut être ma jeunesse aussi quoi.

J'avais jamais vu un corps vieux en fait.... c'était vraiment une découverte, je ne peux pas poser de mots là-dessus en fait, c'était un autre monde pour moi et j'essayais de ne pas trop le montrer en fait... c'était un autre monde, je crois que c'est ça.

Vous en avez parlé à l'aide-soignante ?

Non, car en fait c'est tellement naturel pour elle, je ne sais pas si elle aurait compris. Cela m'aurait peut-être permis d'avancer, mais je n'en ai pas parlé. Les autres jours cela allait de mieux en mieux et puis je n'étais presque plus gênée et je pensais surtout à instaurer une bonne communication et faire en sorte que cela se passe le mieux possible.

Pour mon premier stage je n'ai pas eu l'occasion de faire la toilette à des hommes, je ne sais pas si cela m'aurait dérangé en fait c'est surtout par rapport au comportement de l'homme en lui-même, on sent le regard. Il y a de la bienveillance ou pas et cela dépend de la personne, je ne sais s'il y a une grande différence en fait.

[...] Le week-end, on n'a pas le temps de laver tous les patients, l'équipe est en effectif réduit. Alors on ne lave que ce qui se voit, les bras et le visage, le reste est caché sous les draps... c'est pour ne pas avoir de reproches de la part des familles qui viennent leur rendre visite.

Entretien 19 – Elliot (2013/01)

[...] Les personnes âgées nous disent « ah ! Monsieur vous verrez quand vous aurez mon âge ! ». C'est leur première défense généralement. Ça me choque pas, je me dis que c'est la vie, il y a souvent quelque chose que j'aimerais leur dire et je m'interdis de le faire, leur dire justement qu'à la fin de la vie on meurt généralement, à peu de chose près. Donc tout ce qui est entre c'est dérisoire, que l'on ait 20 ou 80 ans, il faut juste éviter la souffrance, vivre toutes ces années le mieux possible. [...] Moi, j'ai particulièrement peur du sang, sauf du mien. J'ai un peu de mal pour les pansements d'escarre, pour la personne, vous voyez la chair à vif, quand j'y vais – j'ai fait 2 pansements depuis le début de mon stage –

quand j'y vais avec le tampon je... humm (mouvement de recul), il doit avoir mal quand même mais quand je vois qu'il y a pas de réaction, petit à petit ça vient et quand je vois qu'il n'y a pas de douleur et bien je me dis, finalement que c'est une partie du corps, comme une autre que l'on a moins l'habitude de voir, il faut la soigner aussi, voilà...

[...] Moi je n'ai pas trop de soucis avec les odeurs, bon après il y en a des plus difficiles que d'autres, je peux vous distinguer les odeurs d'escarres dans l'établissement, je rentre dans la chambre je sais vous dire si il y a une escarre. Sans dire que je me suis habituée complètement aux odeurs, j'ai développé mon odorat contre la face obscure des mauvaises odeurs corporelles, je sais reconnaître l'odeur du pyo et du méléna, du rotavirus, j'arrive à savoir si le patient est en hyper-glycémie d'après son haleine. [...] Mon souci, c'est quand il faut y aller au scalpel pour enlever la fibrine et tout, je ne suis pas à l'aise pour le coup. Les odeurs, ça va encore, mais planter une lame dans quelque chose, voilà, je ne suis pas à l'aise. Je pense qu'on prend de l'assurance mais voilà... on ne s'attend pas à découper du tissu pour soigner quelqu'un. [...] Pour l'instant, j'ai la chance d'aller au travail tous les matins et de me dire : « ben je ne vais pas m'ennuyer, je vis quelque chose », et de repartir le soir à 21 heures, tout le monde est couché ou presque et je pars avec une banane, je suis lessivé, à la limite de l'hypoglycémie... Tu as eu une journée chargée quoi, riche aussi au niveau des sentiments, c'est.... émotionnel, c'est ça notre moteur.

Entretien n° 20 – Nora (2013/02)

Quand je suis rentrée, il y a avait une odeur insupportable. [...] En allant respirer un peu ailleurs de l'air frais et puis en revenant, j'ai réussi à faire le soin, en essayant de ne pas respirer en fait... enfin, de respirer plus par la bouche que par le nez... comme ce que tout le monde fait, je pense... ou une autre stratégie, mais ça, tu ne le fais pas les 1^{ères} fois puisque tu n'oses pas, c'est de mettre un masque... parce que ça veut dire que tu refuses cette odeur... que tu ne serais pas capable de soigner presque... enfin, quand c'est ta 1^{ère} fois, c'est toujours pareil avec toute la représentation que t'as du devoir de l'infirmière. [...] Je devais refaire tous les jours le pansement d'un patient dont la plaie était infectée et qui sentait une forte odeur de pyo [pyocyanique]. J'arrivais avec mon masque, mes gants, mes pinces, mes produits désinfectants, tout un attirail pour m'éloigner le plus possible de l'odeur mais rien à faire. Tout le reste de la journée je savais que j'allais avoir l'odeur

dans le nez et même après avoir quitté ma blouse, j'avais toujours l'odeur sur moi. En rentrant à la maison, il m'arrive parfois de demander à mon copain de me sentir.

Entretien n° 21 – Alicia (2013/02)

Raconter comment s'est passée cette 1ère toilette ?

[...] Moi, j'ai été gênée pour elle, en fait. Je me suis dit, je suis là moi, jeune et jolie, enfin toute fraîche, à vouloir laver cette dame, en plus c'est vraiment une relation intime, je ne savais pas en fait comment faire, pour me faire accepter, j'ai eu du mal au départ mais au final, c'est un soin comme un autre. C'est pas comme ma toilette à moi, c'est un soin que je donne à la dame pour qu'elle se sente mieux et qu'elle vive bien. [...] Je sais que ça ne se dit plus mais j'ose le dire, c'est une vocation pour moi, je veux faire ce métier depuis que j'ai l'âge de quatre ans. Pour mon 1^{er} stage, je me suis tout de suite projetée et je me suis dit : « je vais être infirmière et je saurai faire seule les soins les plus difficiles ». [...] Je trouve que c'est un métier quand même difficile aussi car il faut être débrouillard, faut vraiment être compétent. C'est pour ça que j'écris tout ce que je fais, mes émotions pendant le soin, le déroulement du soin dans les règles de l'art pour l'hygiène et tout...

Qu'entendez-vous pas soin difficile ?

Le sondage, chez les hommes et chez les femmes mais surtout chez l'homme. Sonder un homme ! J'ai toujours eu peur de faire ce soin [sondage urinaire à un homme], j'ai toujours repoussé ce soin, je ne sais pas pourquoi mais j'avais peur... Pourquoi, je ne sais pas, c'est quelque chose qui me... comment dire... entrer une sonde comme ça, j'ai du mal, ouais beaucoup de mal. Je l'ai déjà fait, j'ai perdu mes moyens, même Youssef me l'a dit, il m'a dit : « je ne t'ai jamais vu comme ça, c'est la première fois que je te vois quand tu perds tes moyens ». J'étais hyper concentrée, sur le soin et sur la voix de Youssef qui m'a carrément guidé, il m'a guidé, dans tous mes gestes. Il m'a dit : « tu vas faire comme ci et comme ça », et après je me suis dit que c'était pas si compliqué que ça. C'était vraiment du stress, du manque de confiance en moi, de la peur de rater, de faire mal, tout était mélangé

Et le patient ?

Oh, il était terrorisé, on se connaît bien du coup avec ce monsieur. C'est vrai qu'on rigolait aussi parce qu'il n'arrêtait pas de dire à Youssef... oh mais là, ça y est, elle va

m'ouvrir en deux ! Il tenait les barrières, il a senti que j'étais mal, j'ai senti que le monsieur n'avait pas confiance en moi. J'ai réussi le soin, j'ai compris en fait tout le cheminement de ce soin, pourquoi il fallait faire comme ça, pourquoi les gants stériles...et donc le soir même, j'ai tout renoté...

Elle me raconte ensuite sa 1^{ère} prise de sang

Ma 1^{ère} prise de sang ça a été...,ça m'a impressionnée avant d'y aller. [...] Moi je ressentais la douleur, j'avais l'impression quand je piquais que je me piquais, c'était vraiment... rentrer dans la peau.... au début, j'me suis dit, j'arriverais jamais à faire ce métier, c'est trop, trop dur. [...] Je joue beaucoup pour contrôler mes émotions sur la respiration... j'essaye de faire le travail dans ma tête...

D'intellectualiser ?

Oui, et je suis aussi beaucoup dans le visuel... avant de faire mon soin j'imagine où est tout mon matériel... où, je vais le mettre, comment je vais procéder, dans ma tête, je répète tout ça.... Si je ne discute pas avec la personne, je ne suis plus concentrée dans le soin et je fais des erreurs. Lorsque je fais un soin, on peut me parler, je n'entends rien, je suis concentrée sur mon soin, j'ai les oreilles bouchées, j'ai besoin de silence...

[...] La 1^{ère} fois que j'ai fait un pansement d'ulcère, j'ai du procéder à un curetage avec la curette mécanique alors là... l'infirmière, elle rigolait, elle me disait : « ça va pas du tout, tu ne fais pas de curetage en fait, tu glisses, faut vraiment que t'enlèves tout ». Je n'arrivais pas à enlever cette fibrine, je voyais les lambeaux de peau, ça saignait... ça me prenait au ventre, je souffrais avec la personne. Ça ne me dégoûtait pas, mais ça me crispait, j'avais du mal à voir la chair comme ça à vif. Pour le faire, je me suis dis que la fibrine, ça ne sert à rien, qu'il faut l'enlever, je me dis que c'est important que je fasse ce soin parce que ce sera bénéfique pour la plaie en fait. [...] Et en plus, ça sentait très mauvais, j'ai pensé très fort aux fraises Tagada. J'adore ce bonbon et ça marche à tous les coups ... je pensais à mes bonbons, j'oubliais cette odeur parce que c'était vraiment insupportable. [...] L'odeur de méléna, affreux, ça m'est arrivé ici, un Monsieur qui avait beaucoup d'hémorragie au niveau rectal et c'était dur aussi l'odeur. Je prends sur moi, j'essaye d'oublier ou de l'accepter et de me dire que ça va, enfin que je ne vais pas rester non plus longtemps dans cette chambre très longtemps. Par contre, après, j'ai l'impression d'avoir cette odeur sur moi. J'ai un petit parfum dans la voiture (rires) mais c'est vrai, je m'en mets parce que chaque fois, j'ai l'impression de garder ces odeurs sur moi.

Entretien n °22 - Paolo (2013/03)

Racontez-moi comment s'est passé la rencontre avec le patient dont vous parlez dans votre analyse de pratique...

En fait le patient est arrivé et se dégageait une forte odeur, enfin très gênante avec cette notion-là de distance que l'on a parce que l'odeur est trop forte et c'est insupportable. Même si au début on respire par la bouche, on essaie d'adapter pour pouvoir justement rentrer en communication avec le patient, une sorte de mécanisme de défense. Ce qui est difficile c'est de voir aussi l'état physique de la personne en fait, parce que souvent, il y a un état physique difficile de la personne qui accompagne l'odeur. En plus, cette personne avait des plaies, au pied, des escarres au pied et qui amplifiait encore cette odeur de... de pourriture en fait. Ce qui était le plus difficile pour entrer en contact, c'est cette distance là que l'odeur met entre nous et puis la personne et puis ensuite, ce que j'avais noté, c'est un peu un genre de protection. J'ai rencontré pas mal de personnes en errance par rapport à d'autres situations et l'odeur permet d'être tranquille en fait, c'est une manière de se protéger aussi certainement des autres avec une accumulation de vêtements qui sont sales, une accumulation de couvertures, une carapace et c'est vrai que la crasse, la transpiration, tous les éléments qui vont se retrouver sur la peau cela fait comme un genre de crouste, de protection. Notamment, quand on lave la personne, il faut y aller petit à petit parce que c'est aussi quelque chose de difficile. On ne va pas jeter la personne dans une baignoire... se pose la question du soin, jusqu'où on peut aller avec cette personne-là, euh... jusqu'où elle est prête à aller car c'est elle aussi qui

Jusqu'où vous, vous êtes prêt à aller ?

Pour moi c'est un peu un challenge car c'est tellement... les réactions, enfin je veux en savoir plus en fait, la personne m'interpelle, c'est quelle histoire la personne a derrière elle. C'est ça, moi, qui m'intéresse donc c'est essayer de tisser des liens avec la personne, au départ par la parole, ce qui est beaucoup déjà car il y a la problématique du toucher avec ces personnes-là, personne qui souvent n'ont pas eu de contact alors déjà au niveau oral, mais de contact physique, ce sont des personnes qui pendant des mois ou des années n'ont pas de contact physique avec d'autres personnes et... c'est très difficile pour eux.

Et vous, comment vous vous êtes senti ?

J'ai commencé avec l'infirmière qui ensuite est allée chercher du matériel mais ... c'était un hasard si je me suis retrouvé seul avec la personne. La difficulté, c'est l'odeur, on ne décide pas en fait. Respirer par la bouche permet d'abaisser un peu cette gêne mais cela ne dure qu'un moment. Au bout d'un certain nombre de minutes, on s'habitue, on ouvre un peu la fenêtre, mais pour moi cela reste toujours difficile, c'est quelque chose qui reste. Je n'ai pas de solution. Essayer de comprendre quelle personne se cache derrière cette odeur car ça reste une barrière en fait.

Avez-vous vécu d'autres expériences marquantes ?

Oui, les corps abimés, une des odeurs les plus difficiles pour moi est l'odeur des escarres. Réaliser des pansements d'escarre c'est quelque chose qui prend, on a quand même une réaction de repli en fait, de protection, c'est vraiment agressif. D'autres situations, des gens sans domicile et qui arrivent avec une odeur, une très forte odeur corporelle, qui prend vraiment à la gorge, qui gêne, alors on a envie de boire, de faire partir, en fait. Mais l'odeur ne laisse pas le choix. Quelle solution ? Je sais que les gens qui sont confrontés à de fortes odeurs de corps, aux odeurs de mort mettent des masques, ils mettent sous le nez des produits qui empêchent l'odeur.

Peut-être que ensuite, quand on a discuté avec la personne, on va au-dessus de l'odeur, je pense qu'on s'habitue. Après, peut être que le corps s'habitue et va au-dessus de cette barrière-là. Bon, ce n'est pas non plus tout le temps.

La différence avec la vue d'escarre, on peut tourner la tête. L'odeur s'impose c'est ce qui est particulier.

[...] J'arrive et j'ouvre grand la fenêtre... je sais que ce n'est pas forcément agréable pour le patient mais sinon, je ne peux pas... je ne pourrais pas m'occuper de lui, ça sent trop fort, et cela me permet en même temps de parler de la météo, d'entrer en contact avec lui.

Entretien n° 24 – Johanna (2013/03)

Honnêtement, je n'ai pas été surprise mais on va dire que pour la toilette au lit j'étais surtout gênée. Oui, j'étais gênée mais j'essayais de me dire que c'était pour le bien de la

personne, c'était pour faire le soin, pour elle en fait. Je n'étais pas là pour regarder ni pour juger, ce n'était pas ça du tout, j'étais là pour faire le soin, c'était gênant pour moi car c'était l'intimité de la personne. [...] Je me concentrais sur mon soin, je me disais « il ne faut pas que tu le regardes sinon tu vas perdre tes moyens ». C'est dur ce que je vous dis mais c'est vrai, je faisais tout pour ne pas le regarder, son regard était insoutenable pour moi, je savais que si je croisais son regard, ça serait fini [...]. J'avais peur de leur faire mal. C'est sensible une personne âgée, on la voit comme une personne encore plus fragile, alors forcément on essaye de faire attention. Pour la petite toilette, j'ai mis des gants mais pas pour la toilette du visage. C'est mieux sans gant, sauf pour la petite toilette car il faut des gants, mais c'est mieux de laver sans gant parce que cela met encore une barrière entre la personne qui fait le soin et le patient. C'est comme si on avait peur de la toucher. Mettre des gants, c'est monter à la personne qu'on ne veut pas trop la toucher et que l'on fait le soin parce qu'on doit le faire. Non, ça ne me gêne pas de faire un soin sans gant.

[...] Le summum de mon angoisse a été le jour où j'ai dû faire la toilette d'une patiente cancéreuse, elle était tellement maigre qu'il ne lui restait plus que la peau, une peau très fine, sur les os... rien que de passer le gant de toilette, la peau partait... j'avais mal pour elle. [...] J'avais envie de pleurer mais je ne pouvais quand même pas le faire, alors je me suis concentrée sur ma respiration pour pouvoir retenir mes larmes. [...] Il aurait été malvenu que je pleure devant la patiente, c'est de notre devoir de ne rien montrer.

C'est le devoir de l'infirmière ?

Oui, pouvoir supporter toutes ces odeurs et toutes ces difficultés, c'est notre devoir. Oui... Quand t'es étudiant la 1^{ère} fois, quand tu arrives... Après quand tu travailles et que tu es professionnel et que tu acquiers une expérience, tu te rends compte que ce n'est pas forcément que ça, non... et qu'on a le droit aussi de ne pas supporter les odeurs... je ne supporte pas l'odeur du vomi.

Et il n'y a que le vomi ?

Moi, c'est surtout le vomi... et les odeurs de trachéo aussi mais les 1^{ères} fois que j'ai vu un patient, il n'avait pas de trachéo... encore heureux... sinon, je serai peut-être partie, ça aurait été difficile... y'a l'odeur de la trachéo qui est importante et puis, il y a les expectorations, les crachats, tout ce qui est propulsé à l'extérieur que tu peux récupérer enfin que tu peux recevoir...

Vous vous souvenez de la première fois où vous avez porté la blouse blanche ?

Ah oui ! je m'en souviens, j'étais...fière (rire). Depuis mon enfance, je veux faire ce métier, la blouse me fascine. Ah oui, j'étais fière parce que déjà j'avais réussi à rentrer dans l'école et après j'allais apprendre le métier que je veux faire, j'étais fière. [...] Je ne me vois pas faire des toilettes sans blouse, la blouse permet de nous démarquer. La sorte de blouse classe un peu les professions, les infirmières elles ont la blouse blanche, les ASH en vert ou blanche. Parce que la blouse ça classe un peu chaque profession.

Comment vous envisager prendre des patients de votre âge ?

J'y ai déjà réfléchi en fait. Je pense que je vais revenir à l'étape du début, je pense que je serais gênée par la personne mais pas par le fait qu'elle ait mon âge. De me mettre un peu à la place de la personne et me dire que si moi j'étais à cette place là et ben moi je serai vraiment gênée d'être à cette place-là, d'être soignée par une étudiante du même âge que moi.

Et si c'est un garçon ?

En plus si c'est un garçon, en n'étant pas du même sexe, c'est encore plus gênant. Mais quand je vois comme j'ai déjà évolué depuis le début du stage, je pense que je serai moins gênée par rapport au départ mais je pense que je serai quand même gênée. Je pense que je mettrai une barrière entre guillemets, je serai là professionnellement, ça sera pas comme si c'était un ami ou quelqu'un dans la rue de mon âge, ça sera différent donc j'attends de voir.

Entretien n° 28 – Céline (2014/02)

Je n'ai pas d'enregistrement pour cet entretien – plus de piles – je note rapidement sur un papier des bribes de phrases. Céline aborde l'érection d'un patient [...] Je sors de la chambre, prétextant l'oubli de quelque chose, j'attends que ça redescende. Le patient semblait encore plus gêné que moi, j'ai fait comme si je n'avais rien vu. [...] Puis elle aborde ses craintes. Je me souviens d'un petit vieux, il me disait allez y mademoiselle, allez-y. [...] Pendant toute la toilette, la personne a crié, elle s'accrochait aux barrières et elle hurlait, j'étais terrorisée. [...] Je ne savais pas comment m'y prendre pour le mettre

sur le bassin, j'avais honte alors que c'est lui qui aurait dû être gêné et il ne semblait pas l'être. [...] Difficile de mettre quelqu'un sur le bassin et de rester à côté, je préfère sortir. Mais il y a des patients qui demandent à ce qu'on reste près d'eux, et ça me gêne vraiment.

Entretien n°30 – Julie (2014/02)

[...] Je n'étais vraiment pas à l'aise, Mr T. n'arrêtait pas de cracher du sang, j'avais du mal à masquer mon inquiétude et je ne voulais surtout pas la transmettre à Mr T. Après une quinte de toux encore plus spectaculaire que les précédentes, il se met à expectorer un énorme crachat sur le mur de sa chambre. Je ne sais pas pourquoi, mais cela m'a fait rire et je lui ai dit sur le ton de l'humour que s'il existait un prix du meilleur cracheur, il aurait gagné la médaille... cela l'a fait rire à son tour et j'ai eu l'impression que toute mon angoisse avec celle du patient retombait [...]. Depuis cet épisode, Mr T. est toujours content de me voir – son pronostic est mauvais – j'essaie d'avoir un regard gai, je ne montre pas que je suis triste lorsque je rentre dans sa chambre [...] J'ai compris dans son regard qu'il voulait me remercier... Son regard était plein de malice, il riait avec les yeux, j'avais réussi à lui changer les idées, à le sortir de son isolement, il était bien.

Je n'ai pas envie de me laisser submerger par les émotions. [...] Je cherche le positif parce que j'aime être positive, rire avec les patients, je suis toujours de bonne humeur.

Entretien n° 31 – Lucie (2014/02)

Racontez-moi comment s'est passé votre premier stage

Mon 1^{er} stage c'était dans un EPHAD auprès de personnes âgées grabataires. Ma première matinée, en fait on m'a tout de suite balancé dans une chambre, pour faire une toilette. Je n'avais jamais vu de corps vieillissant si je puis dire, j'étais largement beaucoup plus gênée pour la personne que pour moi. J'ai été étonnée qu'elle soit finalement...que pour elle, ça paraisse naturel en fait. Montrer son corps comme ça, se laisser laver. [...] On m'a pas du tout préparé, on m'a dit « allez viens, on va faire une toilette », c'est vrai que cela m'a fait vraiment bizarre. [...] J'ai déroulé le soin dans ma tête, j'ai réalisé la toilette en technique, une serviette pour le haut, une pour le bas... le patient s'est laissé faire, je n'ai

pas eu de difficultés. J'ai une technique, je parle beaucoup, j'énumère ce que je suis en train de faire, j'explique tout ce que je fais au patient.

Vous avez été préparé à l'IFSI ?

Oui mais très peu, en fait on ne nous pas préparé à cela, à la vision du corps nu, moi ce n'est pas trop le fait que le corps soit vieux, c'est que le corps soit nu, par rapport à l'intimité de la personne, ça m'a un petit peu dérangé au début. Entre en parler à l'IFSI et le faire, c'est complètement différent et puis, il y avait la peur de mal s'y prendre parce que c'est quand même délicat, et on ne peut pas tricher, on est vraiment dans l'intimité de la personne là...

Comment vous vous y êtes pris pour faire la toilette ?

Alors comment je m'y suis pris ? J'essayais de ne pas regarder son corps en fait. Je lui souriais beaucoup, je ne voulais pas lui montrer que j'étais gênée, j'avais peur de la vexer... et surtout cela faisait assez rire l'aide-soignante car j'étais toujours en train de lui mettre des serviettes sur le corps, j'avais peur de... qu'elle soit trop enfin voilà quoi...

J'essayais aussi de lui parler, de lui parler d'autres choses, d'instaurer un premier contact... je lui disais... je me présentais, je lui parlais de la pluie et du beau temps, c'était une manière pour moi de pouh... et puis... je parle de la pluie et du beau temps, du programme télé, je les incite à me parler de leurs petits-enfants.

Entretien n° 34 – Noémie (2014/03)

Racontez-moi votre premier stage

C'était en maison de retraite, je n'avais jamais fait de toilette, j'avais déjà vu des personnes âgées, été en contact mais en fait, jamais fait de soin. C'est vrai qu'au début, j'avais une appréhension au fait de faire mal, la toute première fois que j'ai fait une toilette – je prends l'exemple de la toilette – je n'osai pas toucher, on peut dire que j'étais soucieuse de ne pas faire mal à la personne. C'est vrai que je ne frottais pas trop, j'avais peur d'abimer entre guillemets la personne. Donc au début j'avais un peu peur quand même. J'avais des appréhensions, mais je ne pensais pas faire autant attention à la personne. On se rend compte que c'est une vraie personne, forcément faut faire attention à

ne pas lui faire mal, de pas la brusquer non plus, de lui parler aussi. Donc heu...oui, j'avais un peu peur.

Vous vous souvenez de la première toilette ?

La toute première toilette ? Mon premier jour de stage, je suis avec une aide-soignante. Je suis en observation, les étudiants ne font jamais de toilette le premier jour de stage... On entre dans la chambre, elle allume les lumières et hop, découvre la patiente sans lui demander son avis, elle entre dans son espace comme ça, sans autorisation... Elle me dit de regarder ce qu'elle fait... Je la vois mettre la patiente sur le côté, doucement mais sans prévenir. Celle-ci se met à hurler sans qu'on ne puisse comprendre ce qu'elle dit, pendant que l'aide-soignante lui retire ses habits. Elle retire la protection de la patiente et nettoie son intimité. Elle me tend ensuite la protection sale et m'en demande une propre. J'essaie d'avoir l'air calme alors que je suis complètement paniquée devant une scène aussi inattendue, et qui me paraît brutale pour la patiente. L'odeur de selles s'ajoute au spectacle, je ne peux retenir une grimace de dégoût qui ne manque pas d'agacer l'aide-soignante. Je lui tends une protection taille M qu'elle enfle en essayant d'apaiser la patiente. Elle ressort après lui avoir enfilé une robe de chambre et fermé les volets. La patiente ne s'est pas levée, et n'a fait que hurler tout le temps qu'a duré le change. Voilà ma première toilette.

Entretien n° 35 - Laurène (mars 2014/03)

Racontez-moi votre première expérience de stage...

Alors, j'étais dans un EHPAD. Les premiers jours, on ne fait pas de soins, on observe. Je suis avec les aides-soignantes, je ne sais pas trop où me mettre, j'ai du mal à trouver ma place et ... c'est vrai que... la première fois que je suis rentrée dans l'établissement, quand on m'a attribuée un service... c'est vrai que c'était assez particulier, je n'avais jamais mis les pieds dedans et de voir autant de personnes âgées, tout de suite ça m'a surpris de voir des différents âges aussi, et... c'est vrai que, comment dire, ça fait quand même... un choc. Parce que c'est la vision de ce qu'on deviendra plus tard. C'est vrai que je me considère encore comme jeune et euh, on se dit on va être comme ça, peut-être, peut-être pas et heu... il y en a qui était dans cet EHPAD, ils étaient quand même assez jeune et c'est vrai qu'on se dit, on ne sait pas ce que l'avenir nous réserve quoi.

J'ai des grands-parents, j'en ai deux mais que je vois jamais, mes parents sont encore assez jeunes. J'ai pas cette vision de corps vieillissants, du coup, là, je ne pensais pas que le corps pouvait arriver à ce niveau-là. Sous les vêtements, on ne voit pas. On voit que le visage et les mains. Ce corps qui vieillit, c'est ce qui m'a le plus choqué.

C'est ce qui vous a le plus surpris ?

Ce qui m'a perturbée le plus c'est la vision du corps d'une personne âgée, c'est l'aspect de la peau, l'aspect euh... le fait que la personne dont je me suis occupée était assez mince avec un excédent de peau de la vieillesse avec plus ou moins de taches, tout plissé... y'avait plus de forme en fait et ça m'a quand même surprise. Aussi, le fait d'essayer de communiquer, ils comprennent plus ou moins, ils nous répondent plus ou moins... c'est vrai je me suis trouvée dans une situation où je me suis demandée si c'était moi qui faisait quelque chose de mal parce que la personne ne me comprenait pas, est-ce que je n'emploie pas des mots qui sont pas compréhensibles, sans réponse en retour, je me suis dit « qu'est-ce que j'ai fait de bien ou de mal, pourquoi on ne me répond pas », pourquoi ?... voilà.

Comment s'est passé votre première toilette ?

Dans le global, ça c'est plutôt bien passé, la personne était quand même réceptive, elle s'est laissée faire mais... ne l'ayant jamais fait à quelqu'un d'autre et de commencer sur une personne d'un certain âge, on n'a pas la même vision que celle de notre propre corps qui est quand même en forme et c'est vrai qu'il y avait une certaine odeur aussi qui est bizarre. Une odeur de cellules plutôt vieillissantes et... ce n'était pas forcément très agréable au début mais après, c'est une habitude... comment dire, la première entrée est assez particulière et après, quand on est dans l'environnement on s'y habitue et puis comment dire, globalement, cela s'est plutôt bien passée. La personne était réceptive, quand je lui demandais de m'aider ou de faire sa toilette un peu elle-même, des fois elle ne comprenait pas tout, des fois je l'aidais....

Vous étiez toute seule ?

J'étais avec une aide-soignante. Les premiers jours j'ai regardé, elle m'expliquait tous ses gestes, pourquoi elle faisait ça et tout. Elle expliquait en même temps à la personne, pourquoi j'étais là, que j'étais étudiante, qui fallait que j'apprenne. Après deux trois jours, c'est moi qui faisais les toilettes avec l'AS à côté de moi qui vérifiait ce que je faisais, et

puis après elles m'ont laissé faire seule avec certaine personne que j'avais déjà vu. Elles avaient vu que j'y arrivais et elles me laissaient la possibilité de faire seule. [...] Mais on ne nous apprend pas tout, on nous apprend qu'il faut parler au patient, établir une relation de confiance, le prévenir du soin que l'on va lui faire mais on ne nous apprend pas comment... je vous lave le dos, les pieds, ça va encore... les fesses, tout le monde comprend mais si je dis « je vais vous faire la toilette du périnée » ou bien « je vous lave le prépuce », je ne pense pas que beaucoup de résidents comprennent !

Vous avez dû toucher le corps... qu'avez-vous ressenti ?

En premier je dirai que... (long silence), la première fois je me suis dit que, personnellement j'aimerais pas qu'on me le fasse. C'est vrai que du coup, le fait d'aller toucher, j'étais un peu hésitante, j'y allais mais je n'osais pas forcément bien tenir, bien toucher de peur de faire mal ou d'avoir une mauvais geste qui peut être mal perçu. C'est vrai que, c'était assez... je me suis sentie un peu euh... aller dans l'intimité de la personne, comment dire, pas la forcer mais lui obliger que je sois présente pour l'aider à ça.

C'est vraiment, c'est la première fois que je lavais le corps de quelqu'un d'autre que le mien. [...] Je savais que j'allais devoir faire ça. J'ai quelqu'un dans ma famille qui est infirmière et avant de m'engager je lui ai posé plein de questions sur le métier. Elle m'avait bien expliqué sur ce que c'était réellement et à quoi je devais m'attendre, elle m'avait parlé assez crument pour être sûr que c'était vraiment ça que je voulais faire. Elle m'a dit par exemple, tu vas voir de tout, des gens sales, des infections, des choses qui peuvent être... comment on pourrait qualifier euh... de dégoûtant. Elle m'avait bien expliqué sans tact pour voir ma réaction....

Qu'avez-vous ressenti ?

Je me souviens toujours d'une personne qui avait des excréments partout et ces excréments avaient une odeur très forte et c'est vrai que j'ai eu à ce moment-là des hauts le cœur très forts. Bien évidemment je n'ai rien laissé paraître, j'ai essayé de ne pas le montrer, surtout à la patiente mais aussi pour que l'AS ne se doute de rien ! Pour ne plus penser à ça, je regardais plus la patiente, j'essayais de parler à l'AS pour ne pas penser à ses odeurs, sans lui montrer, ni le montrer à la patiente autant que possible. Je suis restée dans la chambre car pour moi c'est une forme de respect aussi. Elle n'a pas choisi d'être là. Je suis restée mais j'avais envie de vomir.... Dans ces moments-là, je ne dis rien ou

alors je parle très peu car si je parle, j'ai l'impression que cela va me rentrer par la bouche et que je vais vomir.

Et pourquoi vous ne vouliez pas montrer à la soignante ?

Je ne sais pas... comme c'était la première fois, je voulais vraiment être là dans tous les moments, et je ne voulais pas me sentir faible en fait, lui montrer que je peux avoir certaine faiblesse par rapport à mon apprentissage en fait. Je ne voulais pas qu'elle pense que je n'étais pas faite pour le métier....

En avez-vous parlé autour de vous ?

Oui, et quand je suis stressée, je parle, je saoule tout le monde, ça me permet d'évacuer tout ça. Oui, j'en ai parlé à une infirmière, et elle m'a dit que c'était tout à fait normal ; elle m'a dit « moi au bout de trente ans de service, j'en ai toujours, en fonction des gens, chacun à des odeurs différentes et tout et en fonction des gens, j'en ai toujours, pas forcément tous les jours mais souvent encore, j'ai ces sensations de hauts le cœur en fonction de tel ou tel patient ». Elle me dit, la 1^{ère} fois ça fait bizarre et après on s'habitue, on est tous humain, et du coup on a tous des choses qui nous semblent plus répugnantes que d'autres, donc c'est tout à fait normal. Au début je me suis dit, si ça se trouve je ne suis pas normale de ressentir ça, si ça se trouve, les personnes avec qui je suis ne le ressentent pas et le fait d'en avoir parlé, ça m'a confortée car en fait on est tous humain, on a tous des odeurs qui nous dérangent plus ou moins...

[...]Moi ce que je fais quand c'est trop fort, j'y pense pas. Si je n'y pense pas ça va passer, je ne vais pas le ressentir. Si j'y pense, il va falloir que je sorte de la chambre.

J'en parle à mes copines de promo, je me vois mal en parler avec mes parents un dimanche midi au dessert ! Même s'ils se doutent de ce que je fais, je suis en stage dans un EPHAD où il y a beaucoup de grabataires, je ne me vois pas leur raconter les couches, les escarres, tout ça, tout ce que je vois, je ne me vois pas leur en parler... Par contre on se raconte entre nous [copines] et c'est à celle qui a vu la plus belle escarre, on se raconte ça en mangeant du chocolat, c'est bizarre ça quand même.... Après le stage, on se retrouve souvent pour nous raconter notre journée d'hôpital, cela nous fait du bien, on se rend compte qu'on a toutes les mêmes soucis.

Elle aborde de nouveau la toilette

[...]L'aide à la toilette est plus simple, au lavabo. C'est plus simple car la personne elle nous aide, elle se met debout, on l'aide à se rasseoir. Dans l'établissement où j'étais, les personnes étaient assez autonomes, on les aidait. On leur donnait le gant préparé et elle le faisait ? Ce n'était pas à nous de le faire, c'est plus facile. Alors qu'une toilette au lit, les gens ils savent plus rien faire alors il va falloir qu'on aille au niveau du visage... y'a des gens qui aiment plus ou moins qu'on leur touche le visage. Si j'explique bien à la personne pourquoi je fais ça sur elle, je me dis qu'elle a compris et qu'elle me laissera faire, j'y vais.

Et si vous devez faire la toilette à un jeune homme de votre âge ?

Rires... tout d'abord je pense que ça va être un peu particulier s'il a le même âge que moi. Je me dis que je suis là en tant que soignant et qu'il a besoin de moi pour réaliser ses soins. Du coup, c'est un acte de la vie quotidienne et je le ferai. Je sais que s'il a une réaction, j'en ferais abstraction et je continuerai mon soin, s'il y a des réactions ou quoi, je continuerai. N'ayant jamais rencontré cette situation, je ferai comme ça. Je suis le soignant, je ne suis pas là pour autre chose, je suis là pour ses soins.

Vous souvenez-vous de la première fois que vous avez porté la blouse blanche ?

Rires... oui, je me suis sentie bizarre. En fait j'étais dans la peau des gens qui m'ont soignée. Je me disais, maintenant c'est moi à leur place, c'est moi qui vais aider.

Vous êtes bien dans cette place ?

Oui...

Y a-t-il un soin que vous appréhendez ?

Oui, la pose de sonde urinaire. J'ai peur de faire mal. J'en ai déjà vu en stage et les gens se sont plaints de beaucoup de douleur et le fait de faire mal aux gens, cela me fait peur. Les infirmières qui faisaient ce soin m'ont expliqué, ça fait mal quoiqu'il arrive. Donc, il faut que tu te dises que ça fait mal.

Quelles odeurs vous dérangent le plus ?

Euh... les excréments. Sinon, je n'en ai pas senti trop encore. Celle qui m'a vraiment le plus perturbée, c'est les excréments de cette personne-là. Il y en avait d'autres, mais les excréments n'avaient pas une odeur si forte. Mais cette dame-là, à chaque fois... y'avait cette odeur là et chaque matin, j'avais une appréhension et du coup j'imaginai tout de

suite l'odeur et quand j'entrais dans la pièce, je me préparais, je me disais, il y aura cette odeur, il faut que je me contrôle, que je reste calme, que je n'y pense pas. Je savais que ça allait sentir ça mais quand je sortais de la chambre, ça sentait de nouveau l'odeur de l'établissement et j'étais déjà habitué à ces odeurs là et je perdais l'odeur de cette patiente.

Analyse de pratique n°1 – Capucine

Lieu de stage : Service de chirurgie réparatrice, orthopédique et maxillo-faciale.

La deuxième semaine de stage, j'étais de matin, il y avait un pansement de lambeau grand pectoral à faire. J'avais déjà entendu parlé de ce pansement car le lambeau n'avait pas pris, il était infecté. Le professeur venait donc faire le pansement tous les jours pour pouvoir surveiller l'évolution de la plaie.

Ce matin là, l'infirmière appelle le medecin pour qu'il vienne faire le pansement, il ne pouvait pas ce jour. L'infirmière et moi partons faire le pansement, personne ne savait ce qu'il fallait mettre sur la plaie, s'il fallait faire un lavage, avec quel produit ? Nous entrons donc dans la chambre, nous mettons une surblouse, un masque. L'infirmière commence à déballer le pansement, il était saturé. J'ai cru halluciner en voyant la personne je n'ai pas pu regarder, j'ai baissé les yeux, c'était trop pour moi, j'étais tétanisée par la vue de ce grand lambeau de peau qui pendait. Je n'en croyais pas mes yeux. Les suintements étaient séreux, gluant, verdâtre et ils sentaient l'infection, l'odeur prend au coeur, c'était immonde. L'infirmière enlève la première couche de compresses et elle me dit de continuer, elle va appeler le médecin pour lui demander ce qu'il faut mettre dessus. Je continue donc de déballer, deuxième couche de compresses, j'essaie tant bien que mal de cacher à la patiente les grimaces que je fais (heureusement que j'avais un masque). Sous la deuxième couche, il y a de l'algostéril à certains endroits, de la jelonet à d'autres. La cicatrice descend jusqu'entre les seins, tout était désuni, quand on appuyait sur le sein, des écoulements marrons sortaient de la cicatrice.

La dame avait la tête de côté car le lambeau remontait il ne fallait pas qu'elle force ni qu'elle tourne la tête. Je devais enlever les compresses qu'il y avait entre le cou et le lambeau, je ne savais pas si en tirant elle aurait mal ou pas, si elle avait de la sensibilité dans le lambeau. Je ne pouvais pas lui demander de se tourner pour essayer d'y aller par derrière, en enlevant les compresses, tout coulait dans le lit, sa salive coulait dans le

pansement, ainsi que les restes du bain de bouche fait juste avant, en plus de l'infection verte, la couleur était particulière.

L'infirmière est revenue avec un interne qui a pu se libérer un tout petit coup pour voir comment c'était. Il a regardé et nous a dit qu'il fallait faire des lavages à l'eau oxygénée, béta scrub, serum phy et béta dermique. Il nous dit de bien passer le doigt dans le lambeau et là où la cicatrice était désunie car il y avait des mèches d'*algo* dedans, j'y vais avec les doigts, la dame avait mal et les mèches d'*algo* ressorties étaient marrons, presque noires. Je ne pouvais plus rester dans la chambre, il fallait que je vomisse. L'infirmière a vu que je me sentais pas bien, elle m'a dit de sortir d'aller boire un verre d'eau et de revenir avec des compresses, beaucoup d'algostéril, de la jelonet et des seringues de 50 ml. J'ai jamais courru aussi vite de ma vie pour aller jusqu'aux toilettes.

Quand je suis revenue dans la chambre, l'infirmière s'était installée, elle avait ouvert ce qui lui fallait, avait mis des gants stériles ; j'ouvre une seringue, prélève l'eau oxygénée et elle me dit d'en mettre partout sur la plaie. Je ne connaissais pas l'eau oxygénée, elle mousse sur les plaies, c'était désagréable pour la patiente et l'infirmière tamponnait autour des plaies avec les compresses pour que tout ne coule pas. Dans le cou comme il y avait un trou, il fallait laver la partie du lambeau qui n'était pas raccordée à la peau, tout traversait. Il y en avait plein le lit, plein le dos de la patiente. On lui faisait presque un pansement dans son infection, on transportait les germes partout.

L'interne nous a dit de continuer il a donné ses instructions et il est parti. On a continué le lavage et refermé le pansement. Après 1h30 de pansement, on a refait une toilette à la patiente, rechanger les draps, la chemise, tout ranger dans la chambre, bien aérer et transmis.

Analyse de pratique n°2 – Paolo

Je suis de retour dans le service de médecine, où je dois terminer mon stage. Ce matin, aux transmissions, les infirmières de la nuit, nous parlent de l'arrivée d'un patient de 52 ans, sans domicile fixe arrivé en fin de nuit dans un état cutané extrêmement difficile, et notamment en ce qui concerne ses pieds.

L'infirmière me demande l'aider pour réaliser un pansement. Je rentre dans la chambre, une très forte odeur se dégage dès le couloir avant même de rentrer dans la pièce. L'odeur est tellement forte et désagréable qu'il est difficile d'y rester.

J'annonce au patient qu'on va changer son pansement, il refuse le soin et d'être touché. L'infirmière décide d'aller chercher un masque. Je questionne le patient sur son refus, il est agressif. Il me dit être douloureux des pieds et des jambes. Je lui demande l'autorisation de regarder et de le toucher, il accepte. L'infirmière revient dans la chambre, il l'interpelle en lui disant qu'il n'est pas une bête de foire à qui on va réaliser des essais.

Pendant cette situation, je me suis senti mal à l'aise car l'odeur était vraiment forte, et prenante, j'ai réussi dans un premier temps à m'adapter simplement en respirant par la bouche ; mais le patient a certainement ressenti ce malaise. Il était agressif et dans le refus, j'ai ressenti sa méfiance vis-à-vis d'un quelconque contact et qui plus est d'une prise de sang. Pour lui, le plus urgent était sa douleur aux jambes et aux pieds. Face aux multiples plaies, matières, croûtes, à cette carapace de saletés, je me suis senti un peu démuni, ne sachant pas quoi dire. Je me tenais près du patient pendant que l'infirmière faisait son pansement, je le regardais en lui parlant pour le rassurer, il y avait une telle détresse dans son regard que je ne pourrais expliquer [...] je me sentais impuissant, je me souviens encore de son regard, bleu d'acier.

Dans un premier temps, je me suis intéressé à cette personne en lui posant des questions simples, sur les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, s'il était de Dijon, depuis combien de temps, qui il a rencontré (Samu Social, patient venant de foyer ***), quel âge a-t-il, comment il se nomme. Il ne m'a pas répondu tout de suite. Je lui ai dit que j'allais m'occuper de ses pieds, malgré sa forte réticence à se faire toucher, il accepte et commence à me parler, et me remercie. J'ai ensuite ouvert légèrement la fenêtre avec son autorisation en lui proposant de l'aider à réaliser la toilette de ses pieds et de ses jambes, avant de prendre une douche. J'étais assez content d'avoir réussi à tisser un premier lien, un premier contact avec ce patient.

Pourtant l'odeur âcre, même après la sortie de la chambre, est restée un moment dans mon nez, avec ce sentiment de dégoût, pourquoi ?

Si quelques fois, on peut éviter de regarder quelque chose de difficile, on ne peut pas éviter l'odeur. Ma technique de « l'apnée » a fonctionné à court terme car j'ai gardé cette odeur un bon moment. Cette sensation désagréable me semble extrêmement difficile

aussi pour le patient ; de sentir, de souffrir, voir son corps se décomposer, paraît assez horrible. Dans la rue son milieu de vie ou plutôt de survie, l'odeur protège un peu, elle refoule les gens, elle isole, elle met de la distance, j'ai essayé de faire abstraction de ça pour pouvoir rentrer en contact avec cette personne en souffrance physique et psychique. Je pense que pour cette personne, le toucher apparaît comme quelque chose d'extrêmement violent, je me suis efforcé de tisser un lien de confiance et surtout de lui demander son autorisation, ce dont il n'a plus l'habitude. Cette personne en rupture sociale a besoin d'être accompagné très progressivement sans être bousculé sinon elle risque de se refermer sur elle, pour se protéger.

Dans une autre situation, je pense qu'il me sera toujours difficile de supporter ce genre d'odeur, car elle s'impose au corps elle imprègne tout, de plus il n'existe pas de produit contre les « mauvaises » odeurs dans les services. Malgré cela, il faut agir et prendre soin de la personne en lui faisant le moins possible ressentir cette gêne.

Ce qui est le plus difficile c'est ce que le patient renvoie, c'est aussi la représentation qu'on a de la personne qui sent mauvais, qui pue en fait, ce sont les représentations que nous on a des personnes qui prennent pas soin d'elles, qui se lavent pas, qui sont en errance, qui sont sans domicile et qui n'ont pas accès au soin de base, d'hygiène.... cela renvoie à ça en fait, cela renvoie à la pauvreté, cela renvoie à ce que l'on voudrait pas être ; être à sa place tout simplement. Cela renvoie à des choses encore plus anciennes, les indigents, les gens qu'on met de côté...

Je renouvellerai dans la mesure du possible et suivant l'état psychopathologique du patient, ce travail progressif de tissage de la confiance qui me permettra de mettre en œuvre les outils pour les soins. Ce travail relationnel de prise en compte du patient me permettra plus simplement d'utiliser ma main bien-sûr comme un outil pour soigner mais aussi comme main tendue vers l'autre, un pont entre lui et moi.

Analyse de pratique n° 3 – François

La toilette au lit

Lors de mon premier stage, j'ai eu l'occasion de découvrir et de me perfectionner dans de nombreuses pratiques professionnelles dont la toilette au lit. Pour mon premier stage en IFSI, j'ai eu l'occasion de travailler dans le service de dermatologie de l'Hôpital ***

dans le service traditionnel de court séjour. La dermatologie est la branche de la médecine qui consiste à s'occuper de la peau, des muqueuses et des phanères. Il y avait aussi de nombreux cas de maladies vénériennes ainsi que la cancérologie. J'ai participé pendant trois semaines à la vie de ce service, et réaliser diverses activités (toilettes, aides au repas...). Dans cette analyse, je me centrerais particulièrement sur la toilette au lit d'un patient de ce service. Mr M., 85 ans, a développé des métastases cérébrales diagnostiquées suite à une chute ayant entraîné un hématome cérébral. Ce problème neurologique a provoqué chez Mr M. une altération de sa mobilité (perte de préhension) ainsi qu'une diminution sensible de son acuité visuelle. Mr M. était autonome en termes de choix et faisait preuve de volonté pour nous aider, l'aide-soignante et moi-même, lors de la réalisation de sa toilette. Cette expérience a été enrichissante pour ma pratique professionnelle car elle était très différente de ce que j'avais pu faire précédemment. Mr M. avait émis le désir que sa toilette soit faite tôt le matin car cette activité était éprouvante pour lui et il souhaitait pouvoir se reposer par la suite. Je me rendais donc dans sa chambre vers 9 heures. Mr M. ne pouvant se déplacer du fait de sa pathologie neurologique, et étant en repos strict au lit (sensation de vertige), je faisais sa toilette au lit.

Une toilette se fait du plus propre au plus sale. Dès que je rentrais dans la chambre de Mr M., j'appuyais sur la présence afin d'indiquer que je pratiquais un soin chez celui-ci. Grâce à cela, la famille savait qu'elle devait attendre si jamais celle-ci se présentait le matin. Ensuite, les collègues pouvaient nous trouver quand il y avait un problème. Suite à la mise de la présence, je commençais à préparer tout le matériel dont j'avais besoin pour réaliser sa toilette. En premier lieu, je m'équipais d'une charlotte et d'un tablier de protection. Ensuite, je prenais des gants en latex pour la toilette et le vidage de la sonde, des gants de toilettes jetables ainsi que deux serviettes de toilette. Je mettais sur son adaptable du savon doux. Je me lavais alors les mains avant de continuer mes préparatifs. Avec la collaboration de l'aide-soignante, j'installais confortablement Mr M. pour sa toilette et j'enlevais sa chemise d'hôpital que je mettais sur les pieds du lit. Tout d'abord, je rasais Mr M. avec ses effets personnels (son rasoir électrique) puis je prenais un premier gant que je trempais dans le bassin et je commençais par laver les yeux de Mr M. à l'eau claire (sans savon) car le savon irrite les yeux, puis je les rinçais et les séchais. Ensuite, je nettoyais le reste de sa figure au savon doux tout en oubliant pas de laver derrière les oreilles qui sont des endroits souvent omis et comme pour ses yeux, je rinçais et séchais sa figure. Après, je passais à l'ablution de la partie supérieure. Je débutais par le bras opposé

à mon emplacement pour aller vers le torse et le ventre puis le bras le plus proche de moi. Je procédais ainsi dans cet ordre afin de ne pas resaler une partie déjà lavée lors de mes passages pour rincer le gant. De plus, je ne passais qu'une fois par zone pour éviter de resaler à nouveau les parties déjà faites. Ensuite, comme pour la tête, je rinçais et séchais tout en gardant l'ordre utilisé pour le lavage. Pour terminer, je couvrais Mr M. avec la serviette utilisé pour le sécher pour son intimité et pour qu'il ait moins la sensation de froid. L'étape suivante de la toilette de Mr M. était le lavage de la partie inférieure. J'utilisais alors le même gant que pour la partie supérieure. Je le rinçais bien et comme pour la partie supérieure, je réalisais sa toilette de la jambe opposée à mon emplacement vers la jambe la plus proche de moi. Je demandais alors à Mr M. de fléchir ses genoux afin que je puisse laver sous ses jambes sans qu'il y ait une manutention supplémentaire qui est très douloureuse pour Mr M. Ensuite, je rinçais et séchais ses jambes. En dernier, je faisais les pieds et j'insistais surtout au niveau des interstices des pieds car c'est là que se nichent les germes tels que les mycoses et tout autre champignon. Ensuite, comme à chaque étape de la toilette, je rinçais et séchais les pieds tout en insistant bien encore entre les orteils pour éviter des mycoses car l'humidité est le risque principale d'apparition de champignons. Enfin, je jetais le gant de toilette dans le sac noir et je couvrais ensuite Mr M. avec la serviette ayant servi pour la partie inférieure. La partie suivante de la toilette au lit de Mr M est le lavage du dos et de ses parties intimes. Tout d'abord, je relevais la barrière pour que Mr M. ne tombe pas et j'allais vider le bassin pour remettre une eau à bonne température et une eau propre car comme je l'ai dit précédemment, les pieds sont porteurs de nombreux germes et il ne faut pas les déplacer sur d'autres parties du corps. A mon retour, je redescendais la barrière et avec la collaboration de l'aide-soignante, je mettais Mr M. je lui lavais le dos avec un deuxième gant tout en essayant de ne pas repasser aux endroits déjà faits puis je le rinçais et le séchais avec la même méthode. Ensuite, je passais à la toilette intime et pour éviter de trop manutentionner Mr M., l'aide-soignante qui était à la toilette avec moi nettoyait son pubis (car elle était de son côté) tout en oubliant pas de le décalotter car c'est une zone qui peut fortement s'infecter. Ensuite, l'aide-soignante le rinçait et le séchait. A ce moment, je rinçais le gant et je finissais par les fesses qui sont la partie la plus sale du corps humain (à laver du sexe vers le dos pour ne pas amener de salissures vers le sexe). Enfin, je rinçais et séchais les fesses de Mr M. et on pouvait, à son grand soulagement, le repositionner sur le dos. C'est alors que j'enlevais les deux serviettes du corps de Mr M. pour les mettre avec la chemise sale déjà mise sous

le lit et je mettais à Mr M. une chemise d'hôpital propre que l'aide-soignante avait préparé. Je repositionnais bien Mr M. en le remettant légèrement incliné puis je relevais la barrière et je redescendais le lit dans une position basse. Je récupérais tout le matériel utile à la toilette de Mr M. que je remettais dans sa salle de bain. Avant de sortir et d'enlever la présence, je donnais à boire à Mr M. qui avait toujours la bouche très sèche lors des toilettes. En sortant, je pensais bien à ne pas oublier le linge sale sous le lit que j'allais mettre dans le bac prévu à cet effet et je lui disais de passer une bonne matinée.

C'est un moment privilégié où le soignant peut se permettre de prendre du temps pour mieux comprendre son patient et ainsi de pouvoir réaliser ses attentes. Mr M. était une personne qui parlait peu mais au fur et à mesure, au fil des journées, une relation de confiance s'est instaurée entre Mr M. et moi-même et petit à petit, Mr M. s'est ouvert à moi et c'est comme ça qu'il m'a révélé quelques petits points que je pouvais améliorer ou que j'omettais comme le fait qu'il aimait l'eau très chaude car cela lui faisait du bien dans les douleurs occasionnées par les manutentions (même s'il me disait qu'il comprenait que l'on devait le mettre sur le côté). Il était reconnaissant que je prenne le temps d'écouter ses demandes et je pense que la reconnaissance du patient dans le bon travail que l'on accomplit est la plus grande victoire que l'on peut espérer. Je mettais beaucoup plus de temps que les 20 minutes réglementaires pour sa toilette car Mr M. avait un tel besoin de discuter avec moi, que mentalement cela lui faisait du bien. J'ai pu assister à un grand changement dans son comportement suite à ces discussions qui sont si importantes pour un patient étant dans une détresse morale. Je souhaitais faire participer le plus possible Mr M. en lui laissant le choix d'exprimer ses préférences. En effet, bien qu'handicapé par les contraintes dues à l'immobilisation, il était autonome en terme de choix (la température de l'eau, l'utilisation de son rasoir électrique plutôt que d'un rasoir à main) mais j'essayais aussi de le mobiliser comme pour la flexion de ses genoux pour que je puisse laver sous ses jambes sans le mettre sur le côté. Il me semblait que, malgré la fatigue générée par cette mobilisation, Mr M se sentait valorisé.

Analyse de pratique n° 4—Anaïs

Avant de me lancer toute seule, j'ai déjà observé. J'ai fait avec les aides-soignantes. Elles me montraient comment mettre sur le côté le patient, j'ai fait plusieurs fois la toilette de Mr D. La 1^{ère} fois, j'étais en train de lui faire sa toilette et il m'a attrapé par la taille, j'ai

pensé qu'il avait peur de tomber et je n'ai rien dit mais ses mains sont descendues plus bas, sur mes fesses... là je me suis dit « il faut faire quelque chose !, je ne savais pas comment lui dire... peut-être qu'après tout, il se tenait tout simplement.

Du jour où je me suis retrouvée seule, les toilettes avec Mr D. sont devenues bien différentes que lorsque c'était l'aide-soignante qui les faisait. Déjà Mr D. s'est mis à m'appeler 'ma jolie', ceci peut être appréciable dans certaines conditions, mais dans ce contexte, c'était déplacé d'autant plus que j'aurais pu être sa petite-fille ! Mr D. est hémiparétique et a besoin d'aide pour sa toilette. Lors de ce soin, il est souvent en érection ; je n'y prêtais pas attention au départ en me disant que c'est compréhensible. Mais ses paroles sont devenues très gênantes, il me disait que j'étais douce, que c'était vraiment bon. Ne sachant pas comment m'y prendre et par peur de mal formuler ma réponse, j'ai préféré dans un premier temps me taire et faire comme si je n'entendais pas. Mais il est devenu insistant et là j'ai explosé, je me suis arrêtée de le laver et je lui ai dit que ça suffisait, que son attitude était malsaine et que je ne m'occuperais plus de lui... il s'est excusé à plusieurs reprises en m'expliquant qu'il était difficile pour lui d'être confrontée à une si jolie femme.

Analyse de pratique n°5 – Aude

[...] Hier, il a fallu aspirer un monsieur qui était encombré, il avait pas mal d'eau dans les poumons et ça moussait un peu. L'infirmière m'a demandé de venir l'aider pour tenir les mains du patient. Une horreur pour moi. Ce bruit d'aspiration de mousse et ce patient qui se tord et tousse sa mousse. J'ai cru que je n'allais pas tenir. En fait, c'est le bruit qui m'a posé problème. Je craignais d'être écoeurée par l'odeur, c'est le bruit qui m'a le plus dérangé.

[...] J'ai fini par croiser le regard de Mme D, emplie de détresse et de souffrance, elle n'arrivait même plus à parler de façon intelligible. Pour ne pas être submergé par les émotions, je lui ai pris la main et je me suis tu, sentant que ma voix allait trahir mes émotions, j'ai simplement tenu sa main jusqu'à son départ, je ne pouvais plus parler.

Analyse de pratique n°6 – Céline

Lors de ma première semaine de stage en service d'urgences médico-chirurgicales, une aide-soignante m'a demandé si je me sentais capable de l'aider, avec sa collègue, pour la toilette d'un jeune patient arrivé la veille : Mr X, 16 ans, victime d'un accident de la voie publique, polytraumatisé et dans le coma. L'aide-soignante m'a précisé que je n'étais pas obligée d'accepter, j'étais un peu anxieuse mais voulant aider et apprendre je les ai accompagnées. Nous sommes donc entrées dans la chambre avec le matériel nécessaire à sa toilette. En passant la porte, j'ai été choquée par l'ambiance qui régnait dans la pièce, parfaitement silencieuse, seulement les « bips » réguliers du moniteur qui surveillait les paramètres vitaux du patient en permanence ; une odeur assez forte provenant des attelles en matière plastique et à ses suées importantes. Mr X était allongé, immobile, les yeux grands ouverts, fixés au plafond. Les aides-soignantes ont préparé l'eau et le matériel nécessaire et je me suis placée face à elles, de l'autre côté du lit. Etant au début de mon stage, je participais aux soins d'hygiène mais observais surtout. J'ai dans cette situation essentiellement aidé à la mobilisation du patient. Après avoir séché son bras gauche j'ai donc aidé à l'installer sur le côté pour qu'elles puissent effectuer la toilette de son dos. J'ai pris son bras et ses hanches de manière à l'amener sur le côté gauche, face à moi. J'ai regardé son visage, ses yeux étaient toujours ouverts, figés, ils ne clignaient pas, ses joues creuses, son teint jaunâtre... J'ai été perturbé par son état, son visage, son extrême maigreur ; il semblait mort. Cela m'a mise très mal à l'aise et ma tête a commencé à tourner. J'ai demandé aux aides-soignantes si je pouvais sortir un peu et, face à ma mine défaite elles ont accepté et l'un d'elle a pris ma place pour tenir Mr X. Je me suis installée dans la salle de repos des soignants pour boire un verre d'eau fraîche et reprendre mes esprits, cependant, je n'ai pas pu retourner les aider suffisamment tôt pour terminer la toilette.