

**URGENCE : VENEZ COMME VOUS ETES**

**QUAND LES ASTICOTS ME COUPENT LA PAROLE**

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION DU  
DIPLOME D'ETAT INFIRMIER**

***Alexandre DESCHAMPS***

**IFSI CCM 2015**

---

# Remerciements

---

Dans un premier temps, je tiens à remercier Mr Arnaud Bakowski, cadre de santé formateur, pour m'avoir suivi durant ces trois années de formation. Je le remercie également pour sa guidance tout au long de la réalisation de ce travail de fin d'étude.

Dans un second temps, je souhaite remercier l'ensemble des professionnels qui ont participé à mes entretiens afin de m'apporter un éclairage pratique. Je tiens à les remercier pour la richesse de nos échanges ainsi que pour l'authenticité de ceux-ci. Je remercie également l'ensemble des professionnels qui ont contribué à me former sur mes différents parcours de stage.

Je tiens également à remercier ma famille, et plus particulièrement ma tante Brigitte ainsi que ma cousine Marine pour leur précieuse relecture.

Je remercie également mes amies d'enfance Estelle, Charlotte et Laura qui m'ont toujours soutenu dans les meilleurs moments, comme dans les plus difficiles et sans qui je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui.

Je remercie également mes collègues de promotion Jérôme, Jean-Baptiste, Marianne et Charlotte qui, au fil de ces trois années d'études, sont devenus des amis. Je les remercie pour leur soutien pendant la réalisation de ce mémoire ainsi que pour les moments inoubliables qu'ils ont su créer lors de notre formation.

Pour finir, je souhaite dédier ce travail de fin d'étude à ma maman qui est décédée en juin 2009.

**« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »**

**Louis Pasteur.**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	1
<b>1. Description de la situation</b>	4
<b>2. Questionnement et question de départ</b>	7
<b>3. Cadre théorique</b>	15
3.1. L'hygiène	15
3.1.1. Historique de l'hygiène en Europe	16
3.1.2. L'hygiène hospitalière de l'antiquité à nos jours	17
3.1.3. L'incurie	19
3.2. Les représentations sociales	20
3.2.1. Définition des représentations sociales	20
3.2.2. Les représentations sociales de l'hygiène chez le soignant	21
3.3. La relation soignant-soigné	22
3.3.1. Définition d'une relation	23
3.3.2. Le soignant	24
3.3.3. Le soigné	26
3.4. La communication	27
3.4.1. La communication verbale	28
3.4.2. La communication non verbale	28
3.4.3. Les freins à la communication	28
3.5. Les émotions	29
3.5.1. Définitions	30
3.5.2. Les émotions chez le soignant	30
3.6. Le « cure » et le « care »	31
3.6.1. Le care	31
3.6.2. Le cure	32
<b>4. Phase exploratoire</b>	33
4.1. Présentation	33
4.2. Outils d'enquête	34
4.3. Essai de l'outil d'enquête	34
4.4. Présentation des personnes interrogées	35
4.5. Déroulement des entretiens	36
4.6. Analyse des entretiens et discussions	36
<b>5. Conclusion</b>	48
<b>6. Analyse réflexive</b>	49
<b>Bibliographie</b>	51
<b>Liste des annexes</b>	54

---

## Liste des sigles utilisés

---

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation.

SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation.

CSG : Court Séjour Gériatrique.

SDF : Sans Domicile Fixe.

CLIN : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

RFCLIN : Réseau Franc Comtois de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

## Introduction

Je veux devenir infirmier depuis mon plus jeune âge. Cela remonte au collège quand j'ai découvert la biologie humaine au programme des sciences de la vie et de la terre.

En parallèle, je rendais régulièrement visite à mon grand-père à l'hôpital. En effet celui-ci était pris en charge en pneumologie pour une maladie professionnelle : la silicose. Il était mineur. Il était suivi par l'unité de soins palliatifs. Je pense que ces deux éléments ont déclenché chez moi l'envie de devenir infirmier et de prendre soin des autres. Cette idée ne m'a plus jamais quitté, j'ai d'ailleurs rapidement orienté mon parcours scolaire en ce sens.

Dès l'obtention de mon baccalauréat sciences et technologies de la santé et du social, j'ai continué à m'orienter vers cette profession car ce métier rassemblait qualités humaines et relationnelles. Avant mon entrée en formation, j'avais donc des représentations du soignant idéal, une idée du soignant que je voulais devenir.

A l'occasion d'un stage au service des urgences effectué en début de troisième année, j'ai pris conscience de la difficulté, de la précarité dans laquelle pouvait se trouver certaines personnes. Au cours de mes différents stages, je me suis rendu compte de l'importance de l'hygiène, et que celle-ci en fonction de la situation pouvait être différente.

Par le biais des interventions SMUR, je me suis aperçu en me rendant au domicile des patients, que ceux-ci vivaient parfois dans des lieux insalubres.

Grâce à une analyse de la pratique, j'ai constaté que ma représentation de l'hygiène pouvait avoir une incidence dans la relation que j'entretenais avec les patients. J'ai constaté que lorsque je devais prendre en charge un patient en manque d'hygiène, je ressentais un mal être, j'avais des difficultés d'un point de vue relationnel. J'avais du mal, à reconnaître ce comportement qui ne correspondait pas à mes valeurs de soignant.

Face à cette prise de conscience, désireux de réinterroger mes pratiques et de progresser dans la prise en charge des patients en état d'incurie ; j'ai choisi d'orienter mon travail de fin d'étude sur les effets de la représentation de l'hygiène chez les soignants.

Dans un premier temps, j'exposerai la situation d'appel vécue en stage à l'origine de ce travail de fin d'étude et je vous ferai part du questionnement suscité par cette situation. Dans une seconde partie, j'aborderai le cadre théorique qui me permettra d'éclairer la situation et d'apporter des éléments de réponse. Enfin, une enquête de terrain me permettra d'analyser plus finement cette situation et de proposer une conclusion.

**Première partie : de la situation d'appel à la question de départ.**

## 1. Description de la situation

La situation que j'ai choisi d'étudier s'est déroulée au cours de mon stage au service des urgences, durant ma troisième année d'étude.

Au sein de l'organisation du service, les patients sont d'abord reçus dans un premier box par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation qui est chargé de prendre les coordonnées de la personne, mesurer ses paramètres vitaux, de l'installer dans le service en fonction de sa pathologie et de son degré d'urgence. Le patient est alors dirigé vers l'un des deux infirmiers de soins. L'IAO fait une transmission orale et écrite de ses observations.

Dès mon arrivée dans le service, il était 11h00, l'IAO me présente le cas de Mme D, patiente amenée par les pompiers et installée au box n°4. Elle était atteinte d'ulcères des membres inférieurs. Celui-ci me dit : « *tu ne seras pas surpris, elle a les jambes couvertes d'asticots* ».

J'ai alors rejoint l'infirmière qui allait m'encadrer pour la prise en charge de Mme D. Nous nous sommes donc rendus dans la salle de suture pour préparer le matériel nécessaire à la réalisation du soin. Dans ce box se trouve tout le matériel nécessaire à la réalisation des pansements. Nous avons donc pris deux absorbex, un set à pansement, du tulle vaseliné, des pansements américains, un tube de vaseline, des bandes, et de l'hypafix.

A ce moment, je n'avais pas encore vu la patiente mais déjà, des représentations me venaient à l'esprit et je ne ressentais pas une grande envie d'aller faire ce soin. Dans le couloir, nous avons croisé le médecin qui venait d'ausculter la patiente et celui-ci dit, en s'adressant à l'infirmière : « *mets de l'éther sur les vers, ça va les tuer* ».

Lorsque je suis entré dans le box, la patiente, allongée sur le brancard, était face à moi. La première chose que j'ai vue fut donc les nombreux asticots qui grouillaient sur ses jambes. Je n'ai alors vu que ça. Ma vision est restée bloquée, mon cœur s'est emballé, j'ai ressenti une sensation de chaleur, des picotements sur tout le corps. Je pense qu'à ce moment-là, mon faciès s'est figé.

J'ai été affecté par la vue de ces vers, je n'avais jamais vu cela auparavant. J'en ai même omis de saluer la patiente et de me présenter à elle, ce qui n'est pas dans mes habitudes.

La vue de ces vers m'était insupportable et dans mon esprit, il n'y avait qu'une seule chose à faire : les enlever le plus rapidement possible. J'avais l'impression qu'ils étaient en train de la grignoter.

La patiente me renvoyait l'image d'une personne vivant dans la solitude et l'isolement. Ses vêtements tachés, usés, d'une autre génération, accentuaient ce sentiment. Omnibulé par les asticots, je n'ai pas été en mesure de vérifier mes hypothèses auprès d'elle.

Lors de stages précédents, j'ai eu l'occasion de prendre en charge des patients atteints d'ulcères des membres inférieurs et donc, de participer à la surveillance des plaies et à la réfection des pansements. J'ai le souvenir, lors de ma première année de formation, d'avoir pris en soin une patiente atteinte d'ulcères surinfectés. Dès l'entrée dans la chambre, l'odeur était très forte, nauséabonde, mais cela ne m'avait pas posé de difficulté dans la relation que j'entretenais avec cette dame.

Dans le box, auprès de Mme D, j'étais tellement déstabilisé, que j'ai perdu mes moyens au point de ne pas savoir par quoi commencer. La présence de l'infirmière chargée de mon encadrement a été rassurante pour moi. Celle-ci tenait la jambe de la patiente et me guidait pendant que je réalisais le soin.

Nous avons, dans un premier temps, mis des gants non stériles, placé des absorbex sous ses jambes tout en faisant des gestes larges. L'idée d'effleurer la jambe de la patiente avec mes bras et de toucher ces asticots m'était insupportable. J'ai pris la bouteille d'éther comme nous l'avait indiqué le médecin et j'ai renversé le produit directement sur les plaies d'ulcères afin de tuer les vers. Je dois dire que ce fût très efficace mais pas sans conséquences, tant pour la patiente, que pour nous.

Pendant le soin, Mme D, me signala à plusieurs reprises qu'elle avait mal et que le produit la brûlait. A cet instant, je n'ai malheureusement pas été réceptif à la douleur de ma patiente, j'ai continué la réalisation du soin. La communication verbale entre elle et moi était quasi inexistante, j'étais devenu l'exécutant d'un soin.

Après quelques minutes, les vapeurs d'éther commencèrent à nous monter à la tête et nous avons ouvert la fenêtre sans l'approbation de la patiente. Madame D, simplement vêtue d'une chemise d'opérée, nous signala alors, qu'elle avait froid. Là encore, au moment de la réalisation du soin, trop centré sur mes émotions, je n'ai pas entendu sa demande. Je n'avais qu'une obsession : éliminer les asticots vibrionnant.

Plus je tuais les vers, plus j'éprouvais un sentiment de satisfaction ; comme si cela était gage de réussite et de bon déroulement du soin.

Nous avons ensuite rincé les plaies avec du sérum physiologique, mis de la vaseline, le tulle gras, des compresses, des pansements américains et bandé ses jambes.

Une fois le soin terminé, j'ai enfin commencé à me sentir mieux. Il n'y avait plus les vers, le pansement était clos, il était blanc, propre, j'éprouvais un sentiment de satisfaction et de sérénité. C'est alors que mon regard croisa celui de Mme D qui nous demanda très gentiment : « *Et maintenant, peut-on fermer la fenêtre ? S'il vous plait, j'ai très froid* ».

C'est seulement à ce moment-là que, pour la première fois, j'ai entendu la demande de ma patiente. J'ai pris conscience, que derrière l'objet de soin : le pansement ; se trouvait une personne qui aurait dû être le sujet de toute mon attention.

J'ai été choqué de cette prise de conscience. J'avais été jusque-là insensible à son ressenti, à ses appréhensions, à ses questions, à sa douleur. Trop centré sur mes émotions, n'avais-je pas délaissé l'essentiel ?

La prise de conscience de cette difficulté, à ce stade de la formation, a été assez violente et m'a amené à devoir réinterroger mes pratiques au travers d'une profonde réflexion.

## 2. Questionnement et question de départ

De ce vécu, je vous propose dans la partie suivante, le cheminement de ce travail de fin d'étude.

### Quelle perception de la patiente ai-je eu lors du soin ?

Au cours de cette situation, ma perception des choses s'est modifiée au gré des différentes étapes du soin.

Avant même de rencontrer madame D, j'ai reçu oralement les transmissions la concernant. Je pense qu'inconsciemment, je les ai interprété de façon négative. Ce comportement est inhabituel chez moi, ce qui m'a conduit à me questionner.

De ce fait, j'appréhendais le soin qui allait suivre avant même de rencontrer la patiente.

Je me suis rendu auprès de madame D, installée dans un box, sur un brancard. Dès l'ouverture de la porte mes yeux se sont fixés sur les plaies. Inconsciemment, je suis alors rentré dans un processus d'objetisation : j'ai réalisé le pansement sans prendre en compte la personne que je soignais. Je pourrais l'imager comme si je n'avais vu qu'un seul arbre qui aurait caché une forêt toute entière.

A l'heure d'aujourd'hui je me pose toujours la question du ressenti de Mme D, quand je suis entré dans le box sans même me présenter à elle. Je regrette fortement ce comportement. A-t-elle perçu des craintes, des appréhensions ? A-t-elle eu peur des soins que j'allais lui prodiguer ?

C'était la première fois que je me retrouvais confronté à une telle situation. J'avais seulement entendu parlé, en cours de dermatologie, « *d'asticothérapie* » ou encore de l'expérience de certains soignants qui me racontaient une situation similaire dans laquelle ils avaient éprouvé du dégoût.

Pour la première fois, j'étais réellement acteur d'un soin aussi particulier. Les difficultés que j'ai ressenties sont l'une des nombreuses raisons qui m'ont poussé à me questionner. En réalité je ne savais pas réellement comment m'y prendre. Après réflexion, je me suis demandé : est-ce humain d'en arriver à un tel point d'incurie ?

Lors de la réalisation du soin, la patiente m'a dit à plusieurs reprises qu'elle avait froid, que cela lui faisait mal. N'ayant pas entendu ses messages, je me demande si j'ai fait preuve d'humanité avec elle. J'ai repensé au déroulement de cette situation et, bien plus tard, des images me sont revenues à l'esprit. J'ai profité des groupes d'analyse de la pratique à l'IFSI pour exposer cette situation à mes collègues afin d'obtenir des pistes de réflexion. Ai-je vraiment été empathique envers la patiente à ce moment-là ?

Cette attitude est inhabituelle chez moi et ne fait pas partie de mes valeurs. A cet instant, je n'ai pas été en capacité de recevoir les messages que m'envoyait la patiente : je n'ai pas perçu sa douleur, ses émotions, ses appréhensions, et son inconfort, d'où mon mal être.

Je me suis également interrogé à propos de ma posture auprès de madame D, peut-être n'était-elle pas adaptée.

Le soignant que j'ai été ce jour-là auprès d'elle, ne correspond pas à mes représentations du soignant idéal. Il correspondrait plutôt au soignant que je voudrais surtout ne pas être. C'est pourquoi j'ai été amené à m'interroger : en quoi cette patiente a-t-elle provoqué chez moi un tel dégoût, au point de l'oublier en tant que personne ?

La vue des asticots qui grouillaient sur les plaies m'était insupportable, très vite mon cœur s'est emballé. Cela m'a renvoyé une image qui s'apparente à la mort. Pour moi les asticots sont présents sur les cadavres et non pas sur les êtres vivants. L'image a été trop forte à ce moment-là. Je ne suis malheureusement pas fier de mon comportement, je peux même dire que j'ai honte de moi.

Au-delà de la perception que j'ai eu de la patiente pendant la réalisation du soin, je n'ai pas été en capacité de communiquer avec elle. C'est pourquoi je me questionne :

**Pourquoi n'ai-je pas été en capacité de communiquer avec la patiente, de lui poser des questions ?**

La communication verbale permet principalement de donner du sens à ce que l'on fait, de s'intéresser à la personne, d'échanger et d'obtenir des informations.

Si j'avais communiqué avec ma patiente, j'aurais pu vérifier mes hypothèses à propos de sa précarité et de son isolement. J'aurais également pu lui demander qui

s'occupait de ses pansements. Cela m'aurait peut-être aidé à comprendre comment elle en était arrivée là.

Ordinairement, je ne pense pas avoir de problème de communication dans la relation que j'entretiens avec les autres ou avec mes patients. Mais grâce à cette situation j'ai pu prendre conscience d'une de mes difficultés : dépasser les a priori du premier contact. La communication avec les patients est quelque chose à laquelle je suis très attaché, cela fait partie de mes valeurs de soignant.

Dans cette situation, je pense que j'ai occulté le dialogue avec la patiente car j'étais trop submergé par mes émotions et je n'ai pas réussi à les dépasser.

C'est lorsque je suis retourné dans le box auprès de Mme D pour lui annoncer son transfert que j'ai pris conscience de l'avoir traité comme un objet et non comme un être humain.

Cette prise de conscience, cette défaillance, m'a amené à me remettre totalement en question. Selon moi, la communication est un atout majeur de la profession infirmière, cela fait partie de mes motivations, c'est une source d'épanouissement personnel. A l'inverse, j'éprouverais moins de plaisir à exercer un métier solitaire avec peu de communication, d'interaction avec les autres.

Dans cette situation, la communication verbale entre la patiente et moi était quasiment inexistante. Ce n'était pas volontaire, j'étais centré sur mes émotions et concentré sur mes actes à réaliser. Je pense que mes émotions ont freinées la communication verbale avec Mme D.

Concernant la communication non verbale, comme je le disais ci-dessus, je pense que mon regard s'est figé quand je suis entré dans le box. Cela veut donc dire, qu'inconsciemment, j'ai envoyé un message négatif à la patiente.

La seule communication verbale était avec l'infirmière qui était mon encadrante et nos échanges étaient orientés sur la technicité des gestes à réaliser.

Après réflexion, j'ai regretté de ne pas avoir communiqué avec la patiente car je n'étais plus satisfait du soin que j'avais réalisé. Ce qui m'amène à me demander si la communication verbale est adaptée à toutes les situations.

Je me demande pourquoi je n'ai pas été en capacité de communiquer avec la patiente. Est-ce dû à son incurie par rapport à mes représentations de l'hygiène ?

### **Quelles sont mes représentations de l'hygiène ?**

L'hygiène corporelle, l'hygiène de vie, l'hygiène alimentaire, les codes vestimentaires sont des notions inculquées par ma famille, l'école, les campagnes de santé publiques, mais aussi par les groupes de pairs auquel j'ai pu appartenir dès mon plus jeune âge. Cela fait partie de ma personnalité et contribue à mon bien-être.

En parallèle, dans mes souvenirs, à l'école primaire, nous avons des séquences de prévention à propos de l'hygiène corporelle, de l'hygiène buccodentaire auxquelles j'adhérais pleinement. Pendant le cursus à l'IFSI, ces messages se sont renforcés, professionnalisés, au cours des soins d'hygiène et d'asepsie.

Les SDF n'ont pas forcément accès à la douche tous les jours. Pour autant sont-ils sales ? Comment faire pour ne pas leur renvoyer une image négative, pour ne pas les juger.

Par exemple, lorsque j'ai un rendez-vous important, je suis très vigilant à soigner mon image, cela me permet de prendre confiance en moi et de gagner en assurance. De plus, je considère que c'est une marque de respect envers mon interlocuteur.

Selon moi, l'hygiène est également une façon de rester en bonne santé. Jusquelà, je n'avais jamais été réellement confronté au manque d'hygiène. Durant le stage aux urgences, je me suis retrouvé rapidement déstabilisé. C'est pourquoi je me demande quelle est l'influence de mes représentations de l'hygiène.

La sensation des vers qui me parcourent le corps ne m'a pas quittée de la journée, jusqu'à ce que je me douche en rentrant chez moi. Avant le stage aux urgences, je n'avais pas forcément mesuré les difficultés, la précarité dans lesquelles pouvaient se retrouver certaines personnes.

Je n'avais jamais pris en charge de patients provenant directement du monde extérieur à l'hôpital. Je connaissais uniquement « *le patient uniformisé* », ayant bénéficié d'une première prise en charge. Les sorties SMUR ont également été aidantes dans ce processus de prise de conscience.

Mon intention auprès de la patiente n'était pas de lui renvoyer une image négative d'elle-même, bien au contraire. Je voulais l'aider mais j'ai été déstabilisé par les asticots. Cette situation m'a amené à me demander comment cette femme a-t-elle pu se laisser envahir à un tel point par ce manque d'hygiène. Comment se fait-il que malgré les facilités d'accès aux soins, des gens se retrouvent encore dans cet état.

De par mon caractère, je fais toujours passer les autres avant moi, je suis toujours prêt à aider, à rendre service. C'est une des raisons pour lesquelles je pense que le métier d'infirmier me convient. Hors forcé de constater que dans cette situation j'ai négligé le corps sujet au profit du corps objet. Croyant prodiguer des soins de qualité, cette situation m'a permis de prendre conscience que ma prise en charge n'avait peut être pas été optimale.

En conclusion, je pense que mes représentations de l'hygiène ont eu une réelle influence sur la relation que j'ai entretenue avec Mme D. Ce qui m'amène à me demander en quoi mon comportement à t-il eu un impact sur la prise en soin, sur le relationnel que j'ai entretenu avec la patiente.

### **Qu'est ce qui a fait que le soin relationnel n'a pas été une priorité dans cette situation?**

Ici, mon esprit a été préoccupé dans un premier temps par la réalisation de ce soin qui reste particulier. En effet, je ne savais pas réellement comment m'y prendre. J'ai été très impressionné par les asticots.

Or, selon moi, la technicité d'un soin ne doit pas venir freiner la relation entre le soignant et son patient. La relation passe beaucoup par la communication verbale, mais aussi par la communication non verbale. C'est une approche globale de la personne qui permet de guérir les maux par les mots.

Il n'est pas dans mes habitudes de soignant de relayer les soins relationnels au profit des soins techniques. Je me demande également si ma posture auprès de Mme D, a été adaptée.

### **Ma posture a-t-elle été soignante ?**

Comme je le disais dans la description de ma situation, après la réalisation du soin, j'ai dans un premier temps éprouvé un sentiment de satisfaction. Ce n'est qu'au moment où je suis retourné voir la patiente pour lui annoncer son transfert au CSG que j'ai pris conscience que mon comportement, ma façon d'agir, ma posture n'avaient peut-être pas été adaptés.

C'est pourquoi je me demande quelle est la bonne posture à adopter face à la prise en charge d'un patient en état d'incurie. Je me demande pourquoi ma façon d'être à-t-elle été modifiée à ce point. Je me demande si ce jour-là mon attitude a été celle attendu d'un soignant ?

### **Quelles sont mes valeurs en tant que soignant ?**

En tant que personne je suis très attaché à mes valeurs personnelles. Cela fait partie de mon caractère et de mon éducation. Je n'aime pas être en désaccord avec mes valeurs.

Or, durant la réalisation de ce soin, j'ai le sentiment que m'a façon d'agir, de procéder ne correspondait pas à mes valeurs de soignant. Je me demande si je n'ai pas jugé Mme D ?

Pour moi, un soignant se doit d'être souriant, sympathique, disponible, à l'écoute, respectueux. Dans cette situation, j'ai lésé ces valeurs.

En tant que futur infirmier, j'ai des représentations du soignant idéal, de celui à qui je voudrais ressembler, ainsi que celui que je voudrais surtout ne pas être. Or, si je me questionne à propos de mes valeurs, c'est parce que j'ai eu le sentiment, pendant le déroulement du soin, de ne pas avoir été le soignant que je voudrais être.

Lors du déroulement de ce soin, j'ai l'impression d'avoir bafoué mes valeurs personnelles ainsi que mes valeurs de soignants. Auprès de madame D, je n'ai pas été le soignant que j'aurais voulu être.

Grâce à cette situation et au questionnement qui en a suivi, je souhaiterais avoir des éléments de réponse quant à l'origine de ces différents comportements qui restent fort heureusement inhabituels chez moi. Mon objectif serait que cette situation ne se reproduise jamais et qu'elle me permette de devenir un meilleur soignant.

Grace à ce questionnement, j'ai pu faire émerger la question de départ suivante :

**Dans quelle mesure les représentations de l'hygiène chez les soignants influencent la relation soignant-soigné lors d'une prise en charge d'un patient en état d'incurie ?**

Afin d'envisager des éléments de réponse je vous propose d'aborder un éclairage théorique. Dans un premier temps, j'aborderai le concept de l'hygiène puis, dans une seconde partie, je traiterai les représentations sociales. Dans une troisième partie je traiterai le concept de relation soignant-soigné puis j'aborderai la communication et les émotions. Enfin, je clôturerai ce cadre conceptuel par les concepts de « *cure* » et de « *care* ».

**Deuxième partie : de la question de départ au cadre conceptuel.**

### 3. Théorie :

Afin d'envisager une réponse à ce questionnement, je vous propose d'aborder la partie théorique des concepts en sciences infirmières, en commençant par le concept d'hygiène qui est un axe majeur de mon travail de fin d'étude.

#### 3.1. L'hygiène :

Le mot hygiène, « *dérive du nom de la déesse grecque Hygie, qui était la déesse de la santé et de la propreté<sup>1</sup>* ».

Pour aborder le concept de l'hygiène, voyons tout d'abord comment le définit un dictionnaire commun. Le Larousse définit l'hygiène comme : un « *Ensemble des principes, des pratiques individuelles ou collectives visant à la conservation de la santé, au fonctionnement normal de l'organisme. Ensemble des soins apportés au corps pour le maintenir en état de propreté. Qualité de quelqu'un qui respecte les principes visant à conserver la santé et la propreté. Ensemble des conditions sanitaires des lieux publics et des lieux de travail<sup>2</sup>* ».

Selon moi cette définition définit assez clairement ce qu'est l'hygiène. Néanmoins, je pense que chaque personne a sa propre conception de l'hygiène en fonction de son éducation, de ses représentations, de ses valeurs, de son appartenance sociale...

La représentation de l'hygiène varie en fonction de l'époque à laquelle nous nous situons. Prenons l'exemple de la toilette corporelle. A l'époque de nos grands-parents, qui ne possédaient pas l'eau courante au sein des foyers, les pratiques de l'hygiène corporelle étaient différentes. Pour autant étaient-ils sales ? A l'heure d'aujourd'hui, grâce aux facilités d'accès à l'eau chaude, il est coutume pour les nouvelles générations de prendre une douche quotidiennement.

Ainsi sur ces cent dernières années, nous pouvons constater une évolution du concept de l'hygiène.

---

<sup>1</sup> WIKIPEDIA. *Hygiène* [en ligne]. < <http://fr.wikipedia.org/wiki/Hygiène> > (consulté le 17/04/2015).

<sup>2</sup> LAROUSSE. *Hygiène* [en ligne]. < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hygiène/40927> > (consulté le 17/04/2015).

### 3.1.1. Historique de l'hygiène en Europe :

Les prémices de l'hygiène remontent à l'époque de l'antiquité avec les romains et les grecs. « *Attentifs aux soins corporels, les romains passaient beaucoup de temps à se baigner dans les termes collectifs*<sup>3</sup> » Les termes publics étaient gratuits pour la populations et accueillaient toute les catégories sociales. Pour eux, cette coutume avait un sens de soin, de loisir mais aussi un sens de purification. Ces lieux pouvaient être utiliser pour : « *s'adonner à l'exercice physique, se restaurer, voire entamer des discussions philosophiques*<sup>4</sup> ».

Puis à l'époque du moyen âge et de la renaissance, la notion d'hygiène connaît un déclin « *petit à petit, les bains publics deviennent des lieux mal fréquentés*<sup>5</sup> » ; « *lieux de débauche* ». Les bains publics ferment les uns après les autres « *25 bains publics pour 250 000 habitants étaient dénombrés à Paris en 1292* » tandis que « dans les années 1970, Paris ne comptait plus que 9 établissements de bains ».

De plus, on pensait que « *l'eau pénètre dans le corps par les pores de la peau et transmet la maladie* » ; « *pensait-on qu'une couche de crasse assurerait une protection contre les maladies* ». Nous pouvons voir, qu'à cette époque l'utilisation de l'eau est abandonnée, la toilette corporelle devient sèche « *Lorsque les livres de santé évoquent, au XVIème siècle par exemple, certaines odeurs du corps, ils évoquent, aussi la nécessité de les effacer. Mais frottements et parfums l'emportent dans ce cas sur tout lavage*<sup>6</sup> ». Ces pratiques auront lieu jusqu'à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle.

Ensuite, au 19<sup>ème</sup> siècle, l'hygiène connaît a nouveau un rebond, grâce notamment au découvertes de Louis Pasteur. « *Le lavage des mains et la toilette quotidienne à l'eau et au savon* » entre petit à petit dans les pratiques. A cette même époque sont inventés les water-closets ainsi que le tout à l'égout.

La compréhension des mécanismes de contamination et d'infection va contribuer à faire changer les croyances et habitudes.

---

<sup>3</sup>COMITE EDITORIAL PEDAGOGIQUE DE L'UVMAM. *L'hygiène individuelle et collective*. [en ligne]. 2011. < <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-hygieneind.pdf> > consulté le 17/04/2015).

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale : L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*. Paris : Edition le seuil, 1985. p25.

Comme nous pouvons le constater, grâce à ce bref rappel historique l'hygiène n'est pas un concept nouveau puisque qu'il remonte à l'époque de l'antiquité. Déjà les romains et les grecs se baignaient. Puis, le concept d'hygiène a connu un déclin, car les bains publics sont devenus petit à petit mal fréquentés. Nous constatons que cette période va perdurer dans le temps jusqu'au 18<sup>ième</sup> siècle. On pensait alors que l'eau était vectrice de maladies qui pénétraient par les pores de la peau. Ces croyances n'étaient pas basées sur des faits scientifiques. C'est grâce à Louis Pasteur et à sa découverte des micro-organismes que l'hygiène va connaître un regain d'intérêt.

Plus récemment, à l'échelle des cent dernières années, nous pouvons constater une grande évolution du concept d'hygiène. A l'époque de nos grands parents : « *Le corps, outil de travail et façonné par le travail, devait être propre pour recevoir les habits du dimanche, jour de fête et de parade bien distinct des jours de labeur*<sup>7</sup> ». Alors qu'à l'heure d'aujourd'hui, le concept d'hygiène s'est élargi. En plus de notre hygiène corporelle, nous sommes vigilent à notre hygiène alimentaire, à pratiquer une activité sportive. Je pense que nos comportements évoluent aussi grâce, en partie, à des mesures de prévention en santé publique.

Malheureusement, concernant les pays en voie de développement, le concept d'hygiène ne peut pas s'appliquer de la même façon. Comment envisager de prendre un bain alors que l'on a tout juste assez d'eau potable pour boire ? Ces pays connaissent la réapparition de maladies autrefois éradiquées.

Pour conclure, grâce à ces différents éléments nous pouvons comprendre que le concept d'hygiène est en constante évolution. Celui-ci a parfois connu un déclin selon les époques, pour être ce qu'il est aujourd'hui. Je pense que ce concept sera encore amené à évoluer dans le futur notamment dans les pays en voie de développement où l'accès à l'eau potable est en cours de démocratisation.

### **3.1.2. L'hygiène hospitalière de l'antiquité à nos jours :**

A ses débuts, l'hygiène hospitalière consistait à rassembler les malades contagieux dans les léproseries pour éviter de contaminer le reste de la population. Les malades n'étaient pas séparés. Les indigents, les malades contagieux, les malades dénutries

---

<sup>7</sup> DELOMEL, Marie-Annick. *La toilette dévoilée : Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Seli Arslan, 2011. 30 p.

étaient rassemblés dans des pièces uniques, parfois même plusieurs malades par lits.

Les locaux étaient non individualisés, mal aérés et construit dans des matériaux peu lavables (planché en bois). Les hôpitaux de l'époque n'étaient pas dotés de système d'adduction d'eau, ni de système d'évacuation des eaux usées.

Le personnel soignant de l'époque était constitué essentiellement de religieuses très dévouées mais relativement peu formées.

A cette époque, la découverte des micro-organismes n'avait pas encore été faite. Les chirurgies sont réalisées sans règles d'asepsie, ni stérilisation des instruments. La mortalité des suites opératoires est donc importante à cette époque. « *De tous temps une des principales complications de la chirurgie a été et reste la survenue d'infections<sup>8</sup>* ».

Par la suite, juste avant les découvertes de Louis Pasteur, les nouvelles structures sont construites en pavillons, dans des zones exposés au vent. Les premiers circuits du propre et du sale apparaissent avec des arrivées d'eau potable et la construction de latrines pour les eaux usées.

De nos jours l'hygiène au sein d'un hôpital est une notion très importante puisqu'une grande partie du budget hospitalier y est consacrée. Chaque centre hospitalier doit avoir un service d'hygiène composé de professionnels chargés d'établir des protocoles en matière de lutte contre les infections nosocomiales, des règles d'asepsies, et de stérilisation. Au sein de nos hôpitaux, nous avons vu apparaître des comités de lutte contre les infections nosocomiales : « *Avant 1988, la France accusait un retard important dans la prévention des infections nosocomiales. Depuis, la mise en place en 1988 des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans chaque établissement<sup>9</sup>* ».

Ces dernières années, d'énormes progrès ont été effectués en matière de règles d'hygiène. L'hôpital et la chirurgie ne sont plus ce qu'ils étaient aux premières heures de notre siècle. Grâce aux connaissances et à l'application de règles rigoureuses, la mortalité au sein de nos hôpitaux a fortement diminué. Pour finir, l'enseignement de l'hygiène fait partie intégrante de notre programme de formation.

---

<sup>8</sup>RICHET, Hervé. *Les infections associées aux soins*. [en ligne]. <[http://www.mediterranee-infection.com/arkotheque/client/ihtumed/\\_depot\\_arko/articles/341/ifsi-les-infections-associees-aux-soins\\_doc.pdf](http://www.mediterranee-infection.com/arkotheque/client/ihtumed/_depot_arko/articles/341/ifsi-les-infections-associees-aux-soins_doc.pdf)> (02/05/2015).

<sup>9</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROIT DES FEMMES. *Les infections nosocomiales : recommandations aux établissements de soins*. [en ligne]. <<http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales-recommandations-aux-etablissements-de-soins.html>> (02/05/2015).

### 3.1.3. L'incurie :

Ce terme est souvent utilisé dans le domaine de la psychiatrie pour décrire l'état d'un patient. D'après le dictionnaire du petit Larousse illustré ; l'incurie signifie : « *Manque de soin ; négligence, laisser-aller<sup>10</sup>* ».

Afin d'avoir une idée plus précise, de ce qu'est l'incurie, j'ai souhaité compléter cette définition, par une autre proposée par le guide national issu d'une délégation interministérielle et à l'accès au logement.

Ce guide définit l'incurie comme : « *L'incurie désigne essentiellement le fait pour une personne donnée d'apporter trop peu de soins à ce qui la concerne. Elle est à rapprocher d'un certain abandon de soi, du soin porté à soi. Elle peut concerner l'état de la personne elle-même (son apparence, sa propreté et son hygiène, d'éventuels soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé), mais aussi son environnement, et en particulier son habitat. Elle peut constituer un signe non spécifique dans plusieurs tableaux pathologiques tels que la démence, le syndrome dépressif, la schizophrénie<sup>11</sup> ...* ».

En comparant ces deux définitions, nous pouvons nous apercevoir que nous retrouvons une même notion commune : « le manque de soin ». Cette caractéristique est un élément essentiel pour définir ce qu'est l'incurie.

En revanche, la seconde définition nous apporte d'avantage de précisions. Elle nous permet de comprendre que l'incurie peut être utilisé pour caractériser l'état de la personne, mais aussi son habitat et son environnement.

Pour terminer, la seconde définition apporte à l'incurie une précision à propos d'une pathologie dont serait atteint le patient en état d'incurie : « *démence, le syndrome dépressif, la schizophrénie* ». Je pense, que dans le cas de ma situation, il s'agissait peut-être d'une démence de la personne âgée. L'ensemble de ces éléments me permet d'affirmer que Mme D, lorsque je l'ai prise en charge, était dans un état d'incurie.

---

<sup>10</sup> MERLET, Philippe. *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005. p575.

<sup>11</sup> MINISTERE DE L'EGALITE DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT. *Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement accompagner les personnes en difficultés*. [en ligne]. Octobre 2013. < [http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal\\_pnlhi\\_-\\_guide\\_incurie\\_dans\\_le\\_logement.pdf](http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf) >. (consulté le 02/05/2015).

## 3.2. Les représentations sociales :

### 3.2.1. Définition des représentations sociales :

Le concept de représentations sociales est un concept très vaste utilisé dans différents domaines comme la psychologie, la sociologie, l'histoire et le domaine de la santé. Voyons comment ce concept est défini par différents auteurs.

Bien que ce concept soit utilisé depuis l'antiquité notamment dans le domaine de l'esthétisme, c'est à Emile DURKHEIM sociologue Français que nous devons une des premières définitions de ce concept. Selon lui : « *la représentation impose à l'individu des manières de penser et d'agir, et se matérialise dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales, juridiques*<sup>12</sup> ».

Après lui, d'autres auteurs ont défini le concept de représentations sociales. Selon ABRIC « *La représentation est l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique*<sup>13</sup> ».

Pour JODELET les représentations sociales sont « *Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune ou encore un savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique*<sup>14</sup> ».

Pour finir, FISCHER définit les représentations sociales comme : « *Une construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événements, catégorie sociales, etc.) et donnent lieu à une vision commune des choses, que se manifeste au cours des interactions sociales*<sup>15</sup> ».

---

<sup>12</sup> JOUET LE PORS Michèle. *La théorie des représentations sociales*. [en ligne]. Avril 2006. < <http://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations.html> > (consulté le 02/05/2015).

<sup>13</sup> ABRIC, Jean Claude. *Psychologie de la communication : Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin, 1999.

<sup>14</sup> JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : Presse Universitaires de France, 1989.

<sup>15</sup> FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Montréal : Dunod, 1987.

D'après ces différentes définitions, nous pouvons comprendre que les représentations sociales sont issues d'un processus cognitif. D'après ces auteurs, elles seraient une manière de penser qui s'imposerait à nous. Elles seraient constituées d'un ensemble de croyances, d'attitudes, d'opinions. Les représentations sociales influenceraient notre manière de penser, notre façon d'agir.

De plus, les représentations sociales ont différentes fonctions : « *Elles permettent aux individus d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée*<sup>16</sup> ».

Concernant les fonctions cognitives, elles ont pour but de nous permettre : « *d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée*<sup>17</sup> ». De plus elles ont une fonction d'interprétation : « *Elles sont une manière de penser et d'interpréter le monde et la vie quotidienne* ». Pour finir les représentations sociales orientent nos comportements : « *Elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir* ».

Dans le cas de ma situation, comme le disent les auteurs ci-dessus, je pense que les représentations sociales ont été un facteur qui a influencé mon comportement auprès de Mme D.

### **3.2.2. Les représentations sociales de l'hygiène chez le soignant :**

Comme nous avons pu le voir ci-dessus, nous émettons plus ou moins consciemment des représentations à propos d'un objet donné. Afin de nous apporter un éclairage théorique à propos des représentations de l'hygiène chez les soignants, j'ai trouvé une recherche qui étudiait ce phénomène : « *La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants*<sup>18</sup> ». Cette recherche a été réalisée par Edith Salès-Wuillemin, Rachel Morlot, et Aurélie Fontaine en étroite collaboration avec le réseau Franc Comptois de Lutte contre les Infections Nosocomiales (RFCLIN).

Cette étude fait suite à des audits menés dans les établissements de santé visant à observer les pratiques en matière d'hygiène. Ces observations ont mis en avant des écarts entre les protocoles et les pratiques d'hygiènes.

---

<sup>16</sup> ROUQUETTE, Michel-Louis et RATEAU Patrick. *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Presses universitaires de Grenoble, 1998.

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> SALES-WUILLEMIN, Edith ; MORLOT, Rachel ; FONTAINE Aurélie. *La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants*. [en ligne]. Mai 2011. < <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00596046/document> > (04/05/2015).

J'ai trouvé l'apport de cette étude intéressant car elle vise à analyser les représentations de l'hygiène chez les professionnels de santé, leur construction au cours de la formation ainsi que leurs impacts dans les pratiques.

Pour cela cette recherche est composée de trois études. La première est réalisée auprès d'étudiants infirmiers. Elle a pour objectif : « *de mettre en évidence la construction de la représentation de l'hygiène au cours de la formation spécialisée en soins infirmiers*<sup>19</sup> ».

La seconde étude est réalisée auprès d'infirmières et aide-soignante diplômées. Et vise à « *mettre en évidence la représentation que les professionnels de santé ont de l'hygiène*<sup>20</sup> ».

Et pour finir, la troisième recherche vise à étudier les pratiques d'hygiènes chez ces mêmes catégories de professionnels. L'enquête porte plus particulièrement sur la pratique du lavage des mains chez les professionnels.

Cette recherche, conclue sur le fait que : « *le concept de propreté est central dans l'hygiène*<sup>21</sup> ». Que, selon la catégorie professionnelle la notion de propreté ne fait pas appel à la même signification.

### **3.3. La relation soignant-soigné :**

Je souhaite aborder ce concept car je pense que c'est l'un des fondements de notre profession infirmière. Les relations sont omniprésentes dans notre vie de tous les jours, mais également au travers de notre métier. Nous sommes sans cesse en relation avec les autres.

Il existe plusieurs types de relation. Néanmoins, dans le cadre de mon travail je souhaiterais développer les relations concernant ma future profession ; c'est-à-dire le concept de relation soignant-soigné.

---

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Ibid.

### 3.3.1. Définition d'une relation :

D'après Alexandre MANOUKIAN, psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier, une relation se définit comme : « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoire<sup>22</sup>* ».

De plus, selon lui, la relation peut être influencée par d'autres facteurs comme : « *les facteurs psychologiques : principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication* » ; mais aussi « *les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelles, à une classe d'âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun* » ; mais aussi « *les facteurs physique : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique* ».

Selon Edouard ZARIFIAN, psychiatre, « *Il suffit que deux êtres humains se rencontrent, qu'ils créent du lien réciproque en échangeant de la parole et du sens pour qu'une relation s'instaure<sup>23</sup>* ».

Ces deux définitions nous permettent de mieux comprendre ce qu'est une relation. Les deux auteurs se rejoignent sur le fait qu'une relation naît de la rencontre entre deux personnes. Alexandre Manoukian complète sa définition par le fait qu'une relation peut être influencée selon des facteurs.

De plus, dans le livre intitulé « soins relationnels » de Marlyne Dabrion, nous apprenons qu'il existe différents types de relations en fonction de l'interlocuteur et du contexte dans lequel nous nous situons. Parmi les différents types de relations, nous pouvons distinguer la relation sociale de civilité, la relation amicale, la relation amoureuse, la relation professionnelle, la relation familiale, la relation pédagogique, la relation thérapeutique, et pour finir la relation soignant-soigné<sup>24</sup>.

Dans la situation qui m'a amené à réaliser ce travail de fin d'étude, pendant le déroulement du soin, j'étais en relation avec ma patiente. N'étant pas habitué à être confronté à la prise en charge de patients en situation d'incurie, j'ai été rapidement envahi par mes émotions. Ainsi, la relation entre la patiente et moi en a été influencée. J'ai

---

<sup>22</sup> MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. p9.

<sup>23</sup> ZARIFIAN, Edouard. *Objectifs compétence*. Paris : Editions Liaisons.

<sup>24</sup> DABRION, Marlyne. *Soins relationnels*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. p 4-8.

tellement été déstabilisé que dans ce contexte de soin, la relation s'est rapidement retrouvée modifiée, voir quelque peu altérée. C'est pourquoi, je pense avoir eu du mal à gérer cette situation.

Je pense qu'à l'hôpital les relations entre les patients et les soignants sont majoritairement influencées par le contexte de soins. La réalisation d'un geste technique, doit se faire dans un contexte d'échange entre le soignant et le patient.

Pour finir le décret<sup>25</sup> n°2004-802 précise que : « *les soins infirmiers, préventif, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec malade* ». Ce décret du code de la santé publique stipule le fait que la qualité des soins relationnels fait partie intégrante des soins infirmiers.

Selon moi, l'art infirmier est un équilibre entre les soins techniques et les soins relationnels.

### **3.3.2. Le soignant :**

Pour continuer à définir le concept de relation soignant-soigné je souhaite agrémente mes recherches par la définition d'un soignant.

Le dictionnaire Larousse définit le soignant comme une personne qui : « *donne des soins en particulier quand elle n'est pas médecin*<sup>26</sup> ». Afin d'essayer de compléter cette définition, je me suis intéressé à définir le verbe soigner : « *S'occuper avec soin de quelque chose, être attentif à son bon état, à son aspect, à sa propreté ou à son bon fonctionnement ; Procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal ; Essayer de faire disparaître une maladie, de l'éliminer par des soins, des remèdes* »<sup>27</sup>.

D'un point de vue plus philosophique, Yves Gineste concepteur avec Rosette Marescotti de la « *philosophie de l'humanité* », et Jérôme Pellissier chercheur en psycho-gérontologie nous apporte dans leur livre intitulé, « *Humanité* », une définition du mot soignant.

---

<sup>25</sup> LEGIFRANCE. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. [En ligne]. 2004. <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339>>. (Consulté le 02/05/2015).

<sup>26</sup> MERLET, Philippe. *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005. P991.

<sup>27</sup> LAROUSSE. *Soignant, soignante*. [En ligne]. <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>>. (Consulté le 02/05/2015).

Selon eux, un soignant est « *un professionnel qui prend soin d'une personne (ou d'un groupe de personne) ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour aider à l'améliorer, à la maintenir ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit, en aucun cas, détruire la santé de cette personne.* »<sup>28</sup>

Cette définition nous éclaire à propos du terme « *soignant* ». Les rôles et missions de l'infirmier ainsi que ce qu'il ne doit pas faire. De plus, je constate que cette définition détaille les fondements du métier d'infirmier.

Dans leur livre, ces deux même auteurs rajoutent que : « *Les soignants sont des professionnels payés pour accomplir leur profession, et ayant de par leur profession des droit et de devoirs*<sup>29</sup> ».

Selon Marlyne Dabron, Docteur en science sociales, définit un soignant comme : « *un être humain, qui, poussé par une aspiration fondamentale de soulager autrui, prend soin des autres, lutter contre la maladie, guérir, a choisi de suivre une formation professionnelle dans le domaine de la santé*<sup>30</sup> ».

Grâce a ces différents apports théoriques, nous pouvons comprendre qu'un soignant est avant tout un être humain. En tant que personne humaine, nous sommes tous différents, donc nous sommes tous des soignants différents. Cela peut-être en fonction de notre personnalité, de notre histoire ou de notre vision du soin. Je suis convaincu que c'est la particularité de chaque soignant qui fait la force d'une équipe.

Ces définitions précisent qu'un soignant est un professionnel ayant suivi une formation dans le domaine de la médecine. Et qu'à ce titre, le soignant a des droits définis par le code du travail, mais aussi des devoirs auprès des malades.

Si l'on reprend ces définitions, par rapport à ma situation de départ, je pense que j'ai été soignant dans le sens où j'ai pris soin de la personne qui m'était confié. J'ai contribué à améliorer sa santé par la réalisation de mes gestes techniques.

---

<sup>28</sup> GINEST, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude*. Paris : Armand Colin, 2008. p 194.

<sup>29</sup> GINEST, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude*. Paris : Armand Colin, 2008. p 195.

<sup>30</sup> MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. P13.

### 3.3.3. Le soigné :

D'après Marlyne Dabrimon un soigné est : « *un patient ou toute autre personne qui se retrouve en situation de vulnérabilité. Dans cette posture, certaines personnes ont une idée claire de leur problème de santé, d'autres moins. Cependant, les besoins en matière de santé sont souvent dictés par une pathologie ou toute autre difficulté psychosociale*<sup>31</sup> ».

Selon moi, un soigné est une personne qui a besoin d'une prise en charge médical, paramédical. Grâce à la définition ci-dessus, nous pouvons comprendre qu'un soigné est une personne qui fait appel à un tiers pour l'aider à résoudre ses problèmes de santé, qu'ils soient psychologiques ou somatiques. Notons que parfois le soigné peut-être contraint à l'hospitalisation par une décision de justice. Dans ce cas, le consentement du patient n'est pas respecté, il pourra être contraint à une obligation de soin.

Pour conclure, selon Alexandre MANOUKIAN, « *Malgré la qualité des soins ou la compétence des soignants, il arrive que l'on soit mis en difficulté par des patients ou des familles*<sup>32</sup>. »

Dans la situation de soin que j'ai vécu aux urgences, au delà du soignant que j'ai été et de la relation qui s'est créée, je pense pouvoir dire que j'ai été en difficulté ce jour là.

En effet, c'était pour moi la première fois que je me retrouvais face à une telle situation. J'ai été submergé par mes émotions. Celle-ci ont influencées la relation soignant-soigné. C'est à dire que j'ai eu des difficultés à concilier la réalisation des gestes techniques tout en créant une relation de qualité avec ma patiente.

Néanmoins, cette expérience a été riche en enseignements et m'a permis de comprendre que la mise en difficulté n'est pas synonyme de l'incompétence d'un soignant. La relation soignant-soigné peut-être influencée par une multitude de paramètres.

Pour finir, je souhaiterais terminer ce concept par une citation d'Alexandre Manoukian : « *Certaines relations avec le patient et avec les collègues atteignent cette*

---

<sup>31</sup> DABRION, Marlyne. *Soins relationnels*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. p 13.

<sup>32</sup> MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. P10.

*qualité d'échange et redonne au travail l'aspect humain que la technique à parfois tendance à évacuer<sup>33</sup> ».*

### **3.4. La communication :**

La communication est très importante pour moi, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle. Aujourd'hui différents moyens de communiquer s'offrent à nous, comme par exemple les téléphones mobiles, les réseaux sociaux. Nous sommes sans cesse en train de communiquer verbalement. A l'inverse nous communiquons également non verbalement par notre posture. A ce propos nous avons vu récemment apparaître le phénomène des selfies. Ce nouveau mode de communication consiste à se prendre en photo pour l'envoyer à des destinataires. Pour conclure, je pense que vivre sans communiquer n'est pas possible.

La relation entre un soignant et un soigné ne peut pas se faire sans communication. C'est pourquoi, au regard de ma situation il m'apparaissait pertinent d'aborder ce concept au sein de mon cadre théorique. Je voulais comprendre quels étaient les différents modes de communications et leurs freins éventuels.

Margot PHANEUF, professeur de sciences infirmières et Docteur en didactique, définit la communication comme : *« un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage, et de mise en commun des sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière verbale et non verbale, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants<sup>34</sup> ».*

Selon Didier ANZIEU et Jacques-Yves MARTIN, la communication est : *« un ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personne(s) – l'émetteur – avec une ou plusieurs personne(s) – le récepteur en vue d'atteindre certains objectifs ».*

Ces trois auteurs nous apportent une définition générale du concept de communication. En effet, communiquer fait partie intégrante de notre vie, de notre future profession. Nous ne pouvons pas réaliser un soin sans communication qu'elle soit verbale ou non verbale. Dans ma situation, j'ai essentiellement entretenu une communication

---

<sup>33</sup> MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. P12.

<sup>34</sup> PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné*. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p15

verbale avec l'infirmière à propos de mes gestes techniques, tandis que j'ai entretenu une communication non verbale avec la patiente grâce à mon regard, ma posture, mes expressions, ma voix. C'est pourquoi je vais tenter, dans les paragraphes suivants, de vous définir la communication verbale et non verbale.

#### **3.4.1. La communication verbale :**

La communication verbale est : « *Un message est verbale lorsqu'il est constitué par une symbolique écrite ou orale, telle qu'une langue ou un langage. Celle-ci comprend la voix, l'écriture, la langue des signes* <sup>35</sup> ».

Grâce à cette définition, nous pouvons comprendre que l'homme, émetteur, transmet des informations à un récepteur par le langage.

#### **3.4.2. La communication non verbale :**

Ce même ouvrage définit un message non verbale comme : « *lorsqu'il se base sur la compréhension de gestes et des postures corporelles* ».

Comme nous venons de le voir ci-dessus, la communication se fait également par nos gestes, le regard, l'expression de notre visage, notre tenue professionnelle, le touché, nos silences. Tous ces moyens sont des techniques de communication non verbales. Ils nous permettent de faire passer un message de l'émetteur au récepteur sans utiliser le langage verbal. L'usage de ce moyen de communication peut-être chez l'homme volontaire ou non pour exprimer sa, ses émotions.

#### **3.4.3. Les freins à la communication :**

Comme nous venons de le voir précédemment, la communication, quelle soit verbale ou non verbale est le passage d'un message d'un émetteur à un récepteur. Parfois dans certaines conditions, à causes d'obstacles le message peut moins bien passer.

Selon Didier Anzieu, Jean-Yves Martin, « *les obstacles à la communication peuvent être relatifs au locuteur (l'émetteur) et à l'allocuté (le récepteur), ou bien à d'autres*

---

<sup>35</sup> LADNER, Joël. *Sciences humaines, sciences sociales et droit*. Paris : Maloine, 2013. p13.

*matériels*<sup>36</sup> ».

Au niveau de l'émetteur, différents éléments peuvent influencer la communication. Par exemple, la personnalité du sujet, son statut social, son rôle, son comportement, son langage. Au niveau du récepteur, la perception qu'il a du sujet, sa compréhension du message, son intelligence, peuvent être parfois des obstacles à la communication.

Pour finir, la fatigue d'un des deux sujets peut également devenir un frein à la communication tout comme la perte d'informations causée par un message trop long.

Lors de mes trois années d'études, j'ai pu observer l'évolution de ma façon de communiquer, tant avec mes patients, qu'avec les gens en général. Premièrement, concernant mon langage, celui-ci s'est professionnalisé au fur et à mesure de ma progression dans la formation. De plus, grâce au cours de soins relationnel j'ai appris à gagner en assurance et à adapter ma communication en fonction de l'interlocuteur que j'ai en face de moi.

Au service des urgences, là où s'est passée la situation que j'ai choisi d'étudier, l'entrée en relation et la communication sont des compétences à part entière. En effet, dans le cadre d'une prise en charge en urgence, nous avons très peu de temps pour rentrer en relation avec le patient et acquérir sa confiance. Cela reste pourtant un élément déterminant pour la prise en charge du patient.

Grâce à cet apport théorique, je pense pouvoir identifier que l'état d'hygiène de Mme D est devenu un frein à la communication que j'ai entretenue avec elle.

### **3.5. Les émotions :**

#### **3.5.1. Définition :**

Lors de la réalisation du soin auprès de Madame D, je pense que mes émotions ont pris le dessus sur mon comportement, ma façon d'être. C'est pourquoi je souhaiterais dans la partie qui va suivre éclairer ce concept.

---

<sup>36</sup> DABRION, Marlyne. *Soins relationnels*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. p 27.

Le dictionnaire le petit Larousse défini l'émotion comme : « *trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, de colère, etc*<sup>37</sup> ».

Selon N Sillamy : « *l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable* ».

Selon Didier Anzieu, R Doron et F Parot « *l'émotion est un état particulier survenant dans des conditions indéfinie (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales* ».

Pour finir, le grand dictionnaire de psychologie défini l'émotion comme : « *des constellations de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typique qui s'accompagnent généralement de tendance d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport au processus qui était en cours chez le sujet au moment de leur apparition* ».

Ces quatre définitions nous permettent de mieux comprendre qu'une émotion est une réaction de l'organisme, positive ou négative. Et que celle-ci s'accompagne de manifestations chez l'individu. Dans le cadre de ma situation, les émotions que j'ai ressenties auprès de madame D, ont été d'une telle intensité que je n'ai plus perçu les messages que ma patiente m'envoyait.

### **3.5.2. Les émotions chez le soignant :**

En tant qu'infirmier, nous pouvons être amenés à partager avec les patients et leur famille des moments forts en émotions. Celles-ci sont omniprésentes dans notre vie professionnelle. Nous pouvons être amenés à vivre des émotions positives, comme des émotions plus tristes. En tant que soignant, nous devenons parfois le récepteur des émotions des patients et de leur entourage. Mais que faire de nos émotions ? A ce propos les soignants ne sont pas tous du même avis.

A propos des émotions dans le soin, au cours de mes différents parcours de stage, j'ai pu m'apercevoir que les soignants ne partagent pas tous le même point de vue. Certains pensent que les émotions sont nécessaires dans les soins alors que d'autres pensent qu'il est préférable de faire abstraction de ses émotions.

---

<sup>37</sup> MERLET, Philippe. *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005. P 406.

### 3.6. Le « cure » et le « care » :

Pour finir l'élaboration des concepts théoriques, nous allons étudier deux concepts en sciences infirmières d'origine anglophone : le « cure » et le « care ».

Ces concepts sont en fait une façon de diviser les actions soignantes.

Il y a en premier lieu le « care » qui désigne « *une attitude personnelle de sensibilité aux besoins d'autrui [...] le souci des autres* »<sup>38</sup>. Ce terme désigne la sphère relationnelle. Le soignant s'intéresse à l'autre, prend en considération l'être humain qu'il soigne.

Le « cure » quant à lui désigne les soins plus techniques. En France, à l'heure d'aujourd'hui, les soins infirmiers sont regroupés en sous-groupes : soins relevant du rôle propre, soins relevant du rôle conjoint et soins relevant du rôle sur prescription médicale.

#### 3.6.1. Le Care :

D'après Joan Tronto professeur de sciences politiques à l'université de Minnesota aux Etats-Unis, le care signifie : « *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. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie*<sup>39</sup> ».

Pour Walter Hesbeen, infirmier Belge, qui a écrit « *Prendre soin à l'hôpital* », définit le care comme « *Porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé*<sup>40</sup> ».

Ces deux définitions nous permettent de mieux comprendre le concept de « care ». Ainsi, nous comprenons que ce concept sert à qualifier les soins liés aux fonctions de la vie, en d'autres termes ce sont les soins relevant de notre rôle propre : les soins de nursing. Ils concernent par exemple, l'aide à la prise des repas, l'aide à l'hydratation, l'aide à la toilette.

---

<sup>38</sup> BRUYER, Marie. *Le care penser une nouvelle citoyenneté*. 2013.

<sup>39</sup> TRONTO, Joan. *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. La découverte. 2009.

<sup>40</sup> HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital*. Masson. 1997.

### 3.6.2. Le Cure :

A l'inverse, le cure désigne : « *Les soins de réparations, qui ont pour but de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer aux causes. L'objet de réparation est devenu la fonction organique, la fonction mentale, l'organe, le tissu, voire la cellule isolée de son tout*<sup>41</sup> »

Grâce à la définition de ces deux concepts en science infirmière, nous pouvons comprendre les deux sous parties de soin. Il y a, d'une part les soins liés aux maintient de la vie « *le care* », et les soins de réparation. Au sein de ma situation, il est clair que le concept de « *cure* » a pris le dessus sur le concept de « *care* ». De façon complètement involontaire et inconsciente, j'ai privilégié l'objectif de traiter la pathologie dont était atteinte madame D au détriment de sa prise en charge globale. Madame D est devenue un objet de soin, au lieu d'être sujet.

---

<sup>41</sup> GRIEPS. Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie. [en ligne]. < [http://www.grieps.fr/actualites-le\\_concept\\_de\\_laquo\\_care\\_raquo\\_\\_\\_\\_les\\_soins\\_lies\\_aux\\_fonctions\\_de\\_la\\_vie-49](http://www.grieps.fr/actualites-le_concept_de_laquo_care_raquo____les_soins_lies_aux_fonctions_de_la_vie-49) >. (03/05/2015).

## 4. Phase exploratoire

### 4.1. Présentation :

Afin d'enrichir mon travail, et de m'apporter un éclairage différent de celui du cadre conceptuel, j'ai mené une enquête de terrain par le biais d'entretiens directifs.

L'objectif de mon enquête était d'avoir une idée de la conception personnelle de l'hygiène chez les soignants. J'ai cherché à savoir si leurs représentations avaient une influence lorsqu'ils étaient amenés à prendre en charge une personne en situation d'incurie.

Au travers de leurs expériences, j'ai cherché à savoir si ceux-ci avaient déjà été troublés, déstabilisés d'un point de vue relationnel à propos du manque d'hygiène de leur patient. Je leur ai demandé s'ils avaient par exemple déjà passé le relais auprès d'un collègue ou utilisé des protections supplémentaires pour prendre en charge le patient.

A travers cette enquête de terrain, j'ai voulu comprendre pourquoi parfois, la posture et la communication non verbale, n'étaient peut-être pas adaptées. Pour finir, le but était de comparer les pratiques des professionnels afin de pouvoir les mettre en relation avec mes recherches théoriques précédemment effectuées.

J'ai fait le choix d'interroger des infirmiers exerçants au service des urgences ainsi qu'en service de soins intensifs. Le choix de ces deux services a été stratégique. En effet, le service des urgences est un des premiers maillons de la chaîne hospitalière. De plus, ce service est amené à prendre en charge une grande diversité de patients. J'étais donc certain d'obtenir des témoignages de professionnels confrontés à la prise en charge de patients en situation d'hygiène précaire. Lors de la réalisation de mon enquête, j'ai élargi le concept d'incurie car celui-ci était trop restrictif. Ainsi, les professionnels m'ont parfois parlé d'autres situations qui avaient influencées la relation soignant-soigné.

A l'inverse, j'ai choisi d'interroger des infirmières en service de soins intensifs. Parce que celle-ci prennent en charge les patients dans la continuité du service des urgences. De plus, les exigences en matière d'hygiène dans un tel service sont très pointues. Je m'attendais donc à ce que le récit des expériences diverge.

Ce choix a été volontaire afin de comparer les rapports à l'hygiène dans les deux services. Pour cela, j'ai établi un outil d'enquête unique me permettant d'interroger les infirmiers exerçants au sein des deux services.

## **4.2. Outils d'enquête :**

Tout d'abord, je me suis inspiré des mémoires de mes prédécesseurs. A travers les différentes méthodes de recueil, j'ai fait le choix de réaliser une enquête qualitative. J'ai privilégié la qualité des informations recueillies plutôt que le nombre de personnes interrogées. Cette méthode me paraissait plus adaptée afin de favoriser le recueil des expériences des professionnels que j'ai interrogé. De plus, je voulais favoriser l'échange entre eux et moi. J'ai accordé une attention particulière à être présent lors des recueils d'informations. Je pense qu'un questionnaire n'aurait peut être pas été adapté afin de recueillir les témoignages et de répondre à mes objectifs de recherche. Je craignais que l'écrit devienne un frein et me fasse perdre des informations, des sentiments, de l'authenticité.

Si j'avais procédé d'une telle façon je pense que mon recueil aurait été moins riche. Voilà pourquoi j'ai fait le choix de réaliser une enquête qualitative par le biais d'entretiens directs. Toutes les questions étaient préparées à l'avance. Cette façon de procéder a été rassurante pour moi, n'étant pas habitué à réaliser des entretiens.

Avant de tester mon outil d'enquête, j'ai pris soin de le faire valider par mon référent pédagogique. Celui-ci m'a suggéré quelques premières modifications.

## **4.3. Essai de l'outil d'enquête :**

Concernant la réalisation de l'essai de mon outil d'enquête, j'ai fait le choix de le tester auprès d'une amie. Celle-ci exerce la profession de sage-femme depuis moins d'un an. L'avoir choisie pour tester mon outil d'enquête présentait un double intérêt pour moi. D'une part, cela ma permis de tester mon outils assez facilement et d'autre part étant récemment diplômée, je pouvais bénéficier de son expérience et de ses conseils méthodologiques à propos de l'exercice demandé.

Celle-ci est venue chez moi et nous nous sommes mis en conditions réelles. Je lui ai demandé l'autorisation de l'enregistrer au dictaphone, je lui ai lu la consigne suivante, « *Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je me questionne à propos des représentations de l'hygiène chez le soignant et en quoi celle-ci influencent la relation soignant-soigné dans le cadre de la prise en charge d'un patient en état d'incurie. L'objectif de ce guide d'entretien est de confronter les pratiques des professionnels avec les recherches théoriques que j'ai précédemment effectuées* ». ».

Puis je lui ai posé mes questions en conditions réelles. J'ai rapidement pris conscience que certains termes tels que « *incurie* », n'était pas adaptés, j'ai dû lui définir oralement ce que ce terme voulait dire.

L'entretien a duré 10 minutes et 23 secondes. Grâce à cette simulation, j'ai pu m'apercevoir que je n'étais pas du tout à l'aise dans l'exercice. J'obtenais des réponses oui/non, j'avais du mal à relancer les questions spontanément. Mes questions, comme elles étaient construites, ne favorisaient pas assez le dialogue.

Par la suite, nous avons alors repris le guide d'entretien ensemble et celle-ci m'a aidé à reformuler mes questions. En effet j'avais construit trop de questions fermées, qui favorisaient la réponse oui/non. Ainsi mon amie m'a aidé à retravailler mes questions, pour en faire des questions ouvertes.

#### **4.4. Présentation des personnes interrogées :**

J'ai fait le choix d'interroger des infirmiers exerçants au service des urgences ainsi qu'en service de soins continus. De plus, j'ai veillé à interroger des infirmières nouvellement diplômées ainsi que des infirmières plus expérimentées.

La première infirmière que j'ai interrogée sera appelée « *infirmière n°1* » afin de préserver son anonymat. Celle-ci, diplômée depuis 2 ans est âgée de 35 ans. Elle exerce au service des urgences depuis 2 ans. La seconde infirmière appelée « *infirmière n°2* », diplômée depuis 14 ans et exerçant aux urgences depuis 12 ans, est âgée de 36 ans. La troisième infirmière appelée « *infirmière n°3* » est âgée de 31 ans, elle est diplômée depuis 8 ans et exerce aux urgences depuis 7 ans.

Concernant les infirmières interrogées au service des soins intensifs, la première est âgée de « 24 ans », elle est donc la plus jeune, on la nommera « infirmière n°4 ». Elle est infirmière depuis 4 ans et exerce au service de soins intensifs depuis trois ans et demi. La seconde infirmière interrogée aux soins intensifs et appelée « infirmière n°5 », est âgée de 36 ans, elle est diplômée depuis 14 ans et exerce au service des soins intensifs depuis 13 ans.

Ayant trouvé dans mes recherches théoriques des différences à propos des représentations de l'hygiène selon les catégories professionnelles, j'ai choisi d'interroger uniquement des infirmières.

#### **4.5. Déroulement des entretiens :**

Avant le déroulement de mes entretiens, j'ai écrit à la direction de soins du centre hospitalier où j'allais mener mon enquête afin de lui demander l'autorisation de questionner le personnel.

Puis, afin de réaliser mes entretiens, j'ai pris contact directement avec les infirmières pour les interroger, dans la mesure du possible, en dehors de leur temps de travail. En effet, je pense qu'interroger les infirmières pendant leur temps de travail aurait pu être un frein. Je craignais que celle-ci aient moins de temps à m'accorder et que leurs disponibilités intellectuelles soient altérées. Pour des raisons de disponibilité je n'ai interrogé qu'une seule infirmière sur son temps de travail : « l'infirmière n°4 ».

J'ai commencé mes entretiens en demandant l'autorisation des personnes interrogées de les enregistrer au dictaphone. Elles ont toutes accepté.

Ensuite, je leur ai lu la consigne suivante : « *Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je me questionne à propos des représentations de l'hygiène chez le soignant et en quoi celles-ci influencent la relation soignant-soigné dans le cadre de la prise en charge d'un patient en état d'incurie. L'objectif de ce guide d'entretien est de confronter les pratiques des professionnels avec les recherches théoriques que j'ai précédemment effectuées* ».

Après leur avoir lu cette consigne, j'ai commencé à leur poser mes questions. Les infirmières ont été très intéressées par mon sujet et appliquées à répondre du mieux possible à mes questions.

#### **4.6. Analyse des entretiens et discussion :**

Afin de pouvoir analyser mes entretiens plus facilement, j'ai tout d'abord synthétisé les informations recueillies dans un tableau situé en Annexe n° 4.

##### **Question n°1 : *Quel âge avez-vous ?***

Je constate que sur les cinq infirmières interrogées, quatre se situent dans la tranche d'âge 31- 36 ans. Une infirmière est âgée de 24 ans. Nous pouvons considérer que l'échantillon de personnes interrogées se situe dans la même classe d'âge.

**Question n°2 : Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

Les infirmières interrogées sont diplômées depuis au moins deux ans et jusqu'à quatorze ans pour deux d'entre elles.

**Question n°3 : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?**

Le premier groupe est composé de trois infirmières dont l'expérience au service des urgences est comprise entre deux et douze ans. Le second groupe est constitué de deux infirmières exerçant au service des soins intensifs et dont l'expérience varie de trois ans et demi pour la première et de treize ans pour la seconde.

Il était intéressant pour moi de choisir des infirmières avec des expériences variées. En effet, les plus jeunes diplômées peuvent avoir un vécu récent similaire au mien. Les infirmières plus expérimentées peuvent me témoigner d'avantages de situations et me faire part de leur évolution, du changement de leur posture professionnelle face à des situations de soins déstabilisantes.

**Question n°4 : Pouvez-vous me définir ce que représente le mot hygiène ?**

Premièrement, lors de cette question, l'ensemble des infirmières m'ont parlé de la « *propreté du corps* », « d'hygiène corporelle ». Pour trois infirmières, l'hygiène est synonyme de prendre soin de soi, et d'hygiène de vie.

Une seule infirmière rattache le mot hygiène avec notre profession en me parlant de l'asepsie.

Une des cinq infirmières interrogées m'a fait remarquer que pour elle : « *je pense qu'on n'a pas tous la même définition, ni les mêmes notions* ». Selon elle, l'hygiène serait donc un concept individuel et propre à chacun.

**Question 5 : Quelle est votre conception de l'hygiène d'un point de vue personnel, quelle importance y accordez-vous ?**

A l'unanimité, l'hygiène personnelle est très importante pour les cinq infirmières interrogées. Deux des infirmières parlent de l'hygiène comme un bien être, un état d'esprit.

Trois infirmières me parlent de leur hygiène personnelle dans le cadre de leur travail. Elles insistent sur le fait que l'image qu'elle renvoient auprès des patients est importante pour elle. L'infirmière n°1 identifie le manque d'hygiène comme un frein à une relation. Celle-ci lors de l'entretien me dit : *« Il y a des odeurs, qui sont parfois gênantes. Et qui peuvent mettre un frein, à une relation, à une discussion »*.

L'infirmière n°4 affirme même que *« le lien de confiance avec ton patient ça commence ici »*. Dans cette même idée, l'infirmière n°5 m'explique qu'elle ne se verrait pas aider les patients à faire leur toilette alors qu'elle serait, elle-même, selon ses termes *« négligée »*.

L'infirmière n°4 apporte un autre élément lors de cet entretien. En effet celle-ci nous parle d'une évolution des pratiques de l'hygiène. En effet, elle mentionne le changement des pratiques en matière d'hygiène corporelle. Elle explique ce changement par l'apparition de la douche dans les foyers. Il est vrai que les anciennes générations pratiquaient la toilette dite : *« au lavabo »* avec un gant de toilette. Alors que maintenant, la prise de la douche de manière quotidienne s'est démocratisée. Il n'est pas rare de remarquer en service que les patients les plus âgés sont parfois réticents aux soins d'hygiène quotidiens et encore plus à l'utilisation de la douche.

Pour finir, l'infirmière n°3, fait un lien entre les représentations de l'hygiène personnelles et l'impacte que celles-ci ont sur nos comportements. Elle affirme que l'apparence impacte notre posture. Au cours de l'entretien, celle-ci me cite l'exemple des patients qui arrivent en robe de chambre aux urgences. Elle me dit : *« Je pense qu'ils se disent si jamais je viens en robe de chambre euh, ça va faire très urgent quoi »*.

L'infirmière n°2 ajoute même *« : Quand bien même dès fois on se dit la même chose pour dans l'autre sens. C'est à dire que quand quelqu'un arrive hyper algique et qu'il est tout pomponné »*. A travers leur témoignage, ces deux infirmières, interrogées en même temps, m'expliquent que l'apparence physique des patients fait partie de leurs observations et oriente leur posture.

**Question n°6 : Avez-vous déjà été confronté à l'hôpital à des odeurs, des images désagréables, voir insupportables ?**

A cette question, chaque infirmière m'a fait le récit d'une ou deux expériences chacune, à propos de leur vécu en matière d'odeurs, d'images désagréables.

L'infirmière n°1 me fait part de son expérience de la prise en charge d'une dame qui avait les cheveux très long et collés. Celle-ci m'explique que ces cheveux étaient tellement sales que cela lui faisait un bonnet et que le personnel soignant a été obligé de les lui couper après avoir été douchée. Ensuite, elle ajoute au récit de ses expériences les personnes qui viennent avec des asticots au niveau des jambes.

L'infirmière n°2 me fait part de son expérience à propos de la prise en charge d'une ancienne SDF relogée qui, selon ses termes, « *s'est laissé aller dans son logement* ». Elle m'explique que cette personne est arrivée avec ses sous-vêtements imprimés dans la peau. Elle avait une escarre au niveau du soutien gorge, sur tout le dos, ainsi qu'au niveau du siège. Elle précise : « *je pense que ça me restera toute ma vie* ».

L'infirmière n°3 me détaille la prise en charge d'une patiente qui n'avait jamais fait soigner son cancer du sein. Elle m'explique que celui-ci s'était complètement extériorisé. Et que : « *tout ressortait, ça purulait, ça saignait, ça croutait* ». Elle ajoute que, dans cette situation, d'une part la vue des plaies était impressionnante, et que, d'autre part, l'odeur était assez difficile à supporter.

Puis, j'ai questionné les infirmières exerçant au service des soins intensifs. L'infirmière n°4 me précise, dès le début de la question, qu'elle n'irait pas jusqu'à qualifier son expérience d'insupportable et que le terme désagréable serait plus adapté par rapport à son expérience. Elle me cite la prise en charge d'un monsieur en état d'hygiène précaire. Elle me décrit : « *il avait de la crasse en fait vraiment sur les jambes* ».

A cette question, l'infirmière n°5 ne m'apporte pas vraiment de réponse, en revanche plus loin dans l'entretien celle-ci me raconte l'histoire d'un monsieur qui vivait seul chez lui et qui était également dans un état d'hygiène précaire. Elle me décrit sa barbe très épaisse, le fait qu'il vivait seul chez lui et que son appartement était insalubre. Lors de l'entretien, elle ne m'apporte pas d'autres éléments à propos de la description physique.

A ce stade de l'enquête, grâce au récit des expériences de ces cinq infirmières, nous pouvons constater une différence notable entre le vécu des infirmières aux urgences et le vécu des infirmières aux soins intensifs. L'infirmière n°3, affirme lors de son entretien : « nous, aux urgences, nous sommes la première ligne de front, par rapport aux autres services qui connaissent très peu ça ». L'infirmière n°2, complète par : « il ne vont pas voir les asticots. Ils ne vont pas voir les mêmes images que nous ».

**Question n°7 : Quelle attention, sensibilité portez-vous à l'hygiène de vos patients en générale ?**

A travers cette question, je cherchais à savoir si l'hygiène des patients était un facteur important dans leurs observations.

L'infirmière n°1 me confie que le manque d'hygiène de ses patients ne la dérangeait pas.

L'infirmière n°2 y est plutôt sensible. Elle me cite l'exemple des gens qui viennent avec les pieds sales. Ces deux infirmières se rejoignent sur le fait que les soins seront réalisés de la même façon.

L'infirmière n°3 précise : « y a tout le non verbale qui te trahi » ; « je pense qu'on a les sourcils au plafond, on n'arrête pas de souffler ». A l'inverse, cette même infirmière me cite l'exemple de la prise en charge d'une patiente ayant des vomissements fécaloïdes, en m'expliquant son attitude empathique et bienveillante auprès d'elle.

Grâce à ces témoignages, nous pouvons comprendre que les postures soignantes varient en fonction de la personne soignée et du contexte dans lequel elle est hospitalisée. Certains soignants sont plus sensibles que d'autres au manque d'hygiène de leur patient. Elles semblent se rejoindre sur le fait que les soins techniques et thérapeutiques sont réalisés de la même manière. En revanche comme le dit l'infirmière n°3 en nous parlant de la communication non verbale, je pense que nous pouvons observer des disparités en matière de posture, d'un soignant à un autre.

L'infirmière n°4 m'explique que sa sensibilité à l'hygiène des patients se porte sur un intérêt professionnel. Elle fait un lien entre hygiène du patient et le risque infectieux auquel elle est susceptible d'être confrontée.

Enfin, l'infirmière n°5 m'informe qu'elle porte une certaine sensibilité à propos des pieds des patients, de leurs oreilles et de leur nombril. Elle ajoute être plus sensible aux odeurs la nuit.

**Question n°8/10 : Pouvez-vous me citer des exemples ou le manque d'hygiène de vos patients vous a troublé ? Avez-vous déjà pris en soin des patients en état d'incurie ?**

L'infirmière n°1 me cite l'exemple de la prise en charge d'une dame qui était surveillée depuis quelques temps par la police municipale pour un comportement suspect.

Elle m'explique que cette dame vivait seule chez elle et était légèrement désorientée avec l'équipe soignante. Dans sa description, elle ajoute que la patiente avait une quinzaine d'épaisseur de vêtements sur elle. Elle faisait ses excréments au milieu de sa pièce chez elle et s'essuyait avec du papier journal.

L'infirmière n°2 m'expose la situation d'une femme SDF relogée ayant perdu ses repères et ne quittant plus ses vêtements. Ceci lui avait abimé la peau au point de lui créer des escarres au niveau de la poitrine et du siège à cause de ses sous-vêtements. Elle me dit « *ça sentait l'escarre* », « *je m'en rappellerai toute ma vie* ».

L'infirmière n°3 me raconte avoir pris en soin un patient diabétique présentant une plaie au niveau du pied. Lorsqu'il l'a suivi dans le couloir des urgences, l'infirmière m'a décrit que son pied faisait : « *flop, flop* ». Il avait une plaie au niveau du pied grosse comme le poing, elle dit, je cite « *pour le coup, ça puait la mort* ».

L'infirmière n°4 me dit qu'elle avait instauré une bonne relation avec un « petit papi » qui était dans son service et que le « *feeling* » passait bien entre eux. Lors de la toilette intime, elle a été choquée par son état d'hygiène. En effet, selon elle il n'avait pas effectué sa toilette intime depuis des mois. Dès lors, sa relation avec le patient a changé.

L'infirmière n°5 m'expose plusieurs types de situations qui l'ont choqué : des ongles de pieds sales et longs, des oreilles et des nombrils sales... Puis, elle me souligne avoir pris en soin un patient vivant seul chez lui, dans un état d'hygiène plus précaire encore : Il avait une barbe très épaisse et ils ont été obligés de faire appel à une

assistante sociale afin de mettre en place des aides pour réaménager son logement devenu insalubre.

Comme nous pouvons le constater, les infirmières aux urgences semblent avoir été confrontées à des situations plus insalubres que les infirmières des soins intensifs. Ceci s'explique par le fait que le patient hospitalisé passe par les urgences avant d'être admis en service. Du fait, on peut s'apercevoir que l'expérience en matière de prise en soin de patient en situation de manque d'hygiène ou d'incurie diverge entre les deux services interrogés. En effet, les infirmières des urgences sont beaucoup plus exposées aux patients nécessitant de réels soins d'hygiène.

Lorsqu'un patient nécessite une hospitalisation (pour un motif d'incurie), d'ordre général, il passe par le service d'urgence. Ainsi, ce sont les infirmières de ce service qui vont lui prodiguer les premiers soins de nursing. Comme nous cite l'infirmière n°3 « *et puis nous aux urgences, nous sommes la première ligne de front par rapport aux autres services qui connaissent très peu ça* », sa collègue ajoute « *il y a quand même un premier décapage qui est fait* ». Les infirmières du service de soins intensifs vont ensuite avoir ce patient moins sale, sans ses vêtements civils et vêtu d'une chemise d'opéré. Il devient en quelque sorte standardisé. Les ressentis seront alors différents entre les deux services.

**Question n°9 : *Quelle prise en charge avez vous accordé a ces personnes ? Avez-vous perçu des différences dans votre prise en charge ?***

L'infirmière n°1 m'explique avoir perçu plusieurs différences dans sa façon de prendre en charge les patients en situation d'hygiène précaire. Elle m'explique avoir du mal à supporter les « *odeurs* » et que pour réaliser les soins, elle a besoin d'utiliser un masque avec de la pommade. Son deuxième changement serait au niveau de sa posture soignante. Elle dit : « *j'aurais tendance à être plus empathique avec eux* ».

L'infirmière n°2 m'avoue que dans ce genre de situations, elle reste moins longtemps auprès du patient. Elle dit : « *c'est un petit peu comme si on faisait un soin éco+* ».

L'infirmière n°3 m'explique que, parfois, ses collègues utilisent une bombe désodorisante afin de camoufler les odeurs disgracieuses. Elle insiste sur le fait qu'elle ne l'a jamais fait et dit que parfois ils écourtent le soin et ça impacte beaucoup sur la situation. Elle parle d'un soin « *low cost* ».

L'infirmière n°4 dit que pour elle, malgré ses difficultés de prise en soin, cela n'impacte pas son attitude ni sa posture face au patient.

L'infirmière n°5 exprime le fait qu'elle ne pense pas être moins professionnelle face à un patient étant dans un état d'hygiène précaire.

Comme nous pouvons le constater, une différence apparaît entre les infirmières aux urgences et les infirmières en service de soins intensifs. En effet, comme nous l'avons dit précédemment, les infirmières aux urgences font face à des situations plus marquantes. Je pense que la différence se ressent également dans la posture soignante puisque l'impact est plus important aux urgences.

**Question n°11 : *En quoi cet état d'incurie peut altérer la prise en charge d'un point de vue relationnel ?***

L'infirmière n°1 affirme qu'effectivement l'état d'incurie d'un patient peut altérer la relation.

L'infirmière n°2, au travers son expérience, me raconte qu'elle s'adressait à sa collègue et en oubliait la patiente. Elle me dit « *j'ai agit comme si c'était qu'un corps* ». Elle a pris conscience d'avoir objetisé la personne et a essayé d'y remédier en lui parlant. Elle dit que dans des cas comme ça, nous avons tendance à se focaliser sur le soin et non sur l'être humain.

L'infirmière n°3 ajoute que c'est « *le corps objet* ».

L'infirmière n°4 me parle de sa vision de la propreté et de l'apparence. Elle établit un lien entre vie sociale et apparence soignée. Pour elle, le manque d'hygiène aboutirait à l'isolement de la personne.

L'infirmière n°5 me dit que selon elle, cela n'altère pas la relation à l'autre.

Comme nous pouvons à nouveau le constater une différence se fait entre les deux types de service. La réponse de l'infirmière n°4 n'était pas adaptée et je n'ai pas pu l'utiliser.

De plus, pour faire le lien avec ma situation, je peux remarquer que les infirmières adoptent parfois la même position que moi. En effet lors de mon soin, je n'ai absolument pas considéré la patiente en tant que personne et je me suis concentré sur mes émotions et appréhensions.

**Question n°12/13 : *Dans cette situation, qu'avez-vous mis en place pour maintenir une relation soignante ? Avez-vous déjà questionné le patient à propos de son état ?***

L'infirmière n°1 utilise la communication. Dans la situation précisée dans l'entretien, pour gagner la confiance de la patiente, elle dit « *on a commencé par lui emmener ce qu'elle avait envie* ».

L'infirmière n°2 essaye de créer une relation de confiance afin que le patient se livre à elle et lui explique plus ou moins les éléments qui l'ont amené à se retrouver dans cette situation.

L'infirmière n°3 explique qu'avec l'expérience elle se permet de poser les questions qui concernent le mode de vie de ses patients. Elle ajoute qu'elle n'osait pas le faire au début de sa carrière.

L'infirmière n°4 n'a pas de réponse à apporter car elle n'a pas d'exemple.

L'infirmière n°5 dit qu'elle essaye de creuser un petit peu afin de savoir pourquoi il est devenu comme cela.

Le fait que l'expérience ait permis à l'infirmière n°3 de gagner en authenticité et en aisance apporte une piste de réponse à mon questionnement. Pour faire le parallèle avec la situation que j'ai vécue, j'ai en effet été fortement déstabilisé, au point de ne pas penser à interroger la patiente. Cela serait-il lié à mon manque d'expérience ? A ce stade de ma formation, même si je m'étais questionné sur l'origine des asticots, je ne pense pas que j'aurai eu la capacité de l'interroger sur son mode de vie.

**Question n°14 : *Avez-vous déjà passé le relais auprès d'un collègue car la réalisation du soin était trop difficile pour vous ?***

L'infirmière n°1 me dit n'avoir jamais passé le relais sur une situation d'incurie. En

revanche, elle m'explique qu'il y a des collègues qui le demandent parfois.

L'infirmière n°2 dit qu'elle aussi ne passe pas la main, néanmoins certains collègues ne supportent vraiment pas cette prise en soin et la délèguent.

L'infirmière n°3 essaye de rester auprès du patient. Elle me raconte tout de même une situation pendant laquelle, une collègue et elle se sont relayées à plusieurs reprises « afin de prendre l'air et respirer » avant de retourner dans le box.

L'infirmière n°4 me dit elle aussi n'avoir jamais passé le relai. Mais par contre, elle s'est déjà retrouvée dans une situation où elle avait relayé sa collègue qui ne supportait pas une situation trop difficile pour elle.

Pour finir, l'infirmière n°5 dit prendre sur elle même et ne jamais avoir passé le relais.

Nous pouvons constater à l'unanimité que les cinq infirmières interrogées n'ont jamais passée le relais dans une situation de soin difficile. En revanche, deux d'entre elles disent avoir déjà repris le relais pour un collègue.

**Question n°15 : *Est ce que le port d'une protection (surblouse, masque parfumé, gants) vous semble nécessaire dans ce cas ?***

L'infirmière n°1 me dit que lorsqu'elle est confrontée à des odeurs désagréables, elle a besoin du port d'un masque parfumé. Cependant, elle précise qu'elle a tendance à être vigilante et ne pas se protéger à outrance.

L'infirmière n°2 reconnaît utiliser une protection telle qu'une chemise d'opérée par-dessus sa blouse pour se protéger des infections.

L'infirmière n°3 dit que ces protections sont nécessaires pour lui permettre d'optimiser la prise en soin du patient.

L'infirmière n°4 dit avoir déjà utilisé, au cours de sa pratique, des masques parfumés lorsque la situation était insoutenable pour elle.

L'infirmière n°5 utilise les gants, le masque et la sur blouse pour se protéger en cas

de nécessité, comme l'indiquent les protocoles d'hygiène. Cependant, elle refuse de porter le masque uniquement pour son confort personnel. Selon l'excès de protections freine la relation soignant-soigné.

Comme nous pouvons le constater, chaque soignant utilise au moins une protection. Le motif est souvent la protection face aux risques d'infections. Une infirmière dit ne pas vouloir mettre le masque car cela altère, selon elle, la relation de soin. A contrario, une autre infirmière interrogée se dit être plus optimale dans la prise en soin lorsqu'elle se sent protégée et est plus à l'aise derrière une protection. Ces deux infirmières travaillent chacune dans un service différent. L'infirmière des urgences est plus amenée à être confrontée à des odeurs fortes et des états d'incuries importants, c'est pourquoi elle souhaite se protéger davantage afin d'être optimale dans sa prise en soin.

**Question n°16 : *Pensez-vous qu'avec l'expérience professionnelle le soignant s'habitue au manque d'hygiène des patients ?***

L'infirmière n°1 pense que cela ne varie pas selon l'expérience mais plutôt selon le caractère individuel du soignant et de sa capacité à prendre sur lui.

L'infirmière n°2 dit qu'avec l'expérience, le soignant est moins dans le jugement et éprouve de plus en plus d'empathie avec le patient. Elle explique cette évolution parce qu'elle s'est aperçut au fil de ses expériences qu'elle prend en considération l'histoire de la personne.

L'infirmière n°3 dit qu'avec le temps, le soignant devient moins sensible aux odeurs. Il ose plus facilement leur demander leurs histoires de vie, il les écoute et essaye de les comprendre davantage. Elle dit avoir gagné en authenticité auprès des patients au fil des années.

L'infirmière n°4 pense qu'effectivement avec le temps le soignant s'habitue, néanmoins cela dépend aussi du caractère de la personne. Elle dit aussi qu'il n'est pas évident de s'habituer à des patients en état d'hygiène précaire. En effet, ceux-ci sont plutôt rares en service de soins intensifs car ils ont souvent bénéficiés préalablement de premiers soins d'hygiène aux urgences.

L'infirmière n°5 dit ne pas pouvoir évoluer sur ce point car cela ne l'a jamais dérangé au cours de sa carrière.

Les réponses sont variées sur les capacités à s'habituer au manque d'hygiène des patients. Trois soignants distinguent la notion d'expérience et le caractère même du soignant.

**Question n°17 : *Pensez-vous être en capacité de soigner tout le monde de façon équitable ?***

L'infirmière n°1 explique que certaines situations pourraient mener, selon ses termes, « *à faire plus vite et moins bien* ».

L'infirmière n°2 dit être « *humaine avant d'être soignante* » et avoir des ressentis comme tout le monde. Du fait, elle ne pense pas être en capacité de prendre en soin tous les patients de façon équitable. Elle suppose que c'est inconscient, « *au niveau thérapeutique on sera équitable, au niveau prendre soin on ne sera pas équitable* ».

L'infirmière n°3 partage le même point de vue que l'infirmière n°2. Pour elle, la prise en soin thérapeutique sera le même mais elle note une différence dans la sphère du prendre soin et du non verbal. Elle illustre ses propos d'un exemple « *tu prends le premier boloss du coin qui vient pour un trauma d'orteil ou le directeur de l'hôpital, on ne va pas être pareil* ».

L'infirmière n°4 souligne la nécessité de disposer d'une légère expérience afin d'être en capacité de réaliser des soins équitables. Selon elle, elle est en capacité de prendre en soin chaque patient de la même manière.

Pour l'infirmière n°5, le soin est un droit pour tous. Chaque patient est en droit de disposer des mêmes soins indépendamment de leur niveau de vie ou de leur contexte social. Elle ne pense pas faire de différence.

Visiblement, l'approche du soin est différente selon le service dans lequel exercent les infirmières interrogées. Celles des urgences reconnaissent ne pas pouvoir effectuer une prise en soin égale à chaque patient, à contrario, en service de soins intensifs, les professionnelles pensent ne pas faire de différences entre les patients. Ayant été en stage dans les deux services questionnés, je prends conscience que la prise en charge au service de soins intensifs est globalisée alors que celle des urgences est priorisée. En effet, aux urgences le patient s'adresse pour un problème x et généralement seulement celui-ci est traité.

## 5. Conclusion

Au début de cette recherche, j'avais des représentations erronées à propos de l'hygiène.

Ce travail de recherche, m'a permis de prendre conscience, que nos représentations pouvaient influencer nos soins, ainsi que la relation que l'on pouvait entretenir avec les patients.

Après avoir questionné la situation vécue, j'ai trouvé une partie de mes réponses à travers les concepts suivants : L'hygiène, les représentations sociales, la relation soignant-soigné, la communication, les émotions, et le « *cure* » et le « *care* ».

J'ai beaucoup appris à propos de l'évolution de l'hygiène. En effet il apparaît dans mes recherches que celles-ci évoluent en fonction des générations mais aussi des cultures.

Grâce à mes entretiens, j'ai mis en évidence, le fait que la conception de l'hygiène était propre à chaque soignant.

J'ai également pu montrer que les pratiques et les postures varient d'un soignant à l'autre quand ceux-ci étaient confrontés à la prise en charge de patients en situation d'hygiène précaire. Les différents témoignages, m'ont permis de prendre conscience de la difficulté dans laquelle pouvait être certaines personnes.

Pour finir, grâce à cette situation, je serais vigilant tout au long de ma carrière, à la relation que j'entretiendrai avec les patients qui me seront confiés.

Ce travail de fin d'études offre de nouvelles perspectives de recherches :

**« Dans quelle mesure l'expérience du soignant influence la relation soignant-soigné lors d'une prise en charge d'un patient en état d'incurie ? »**

## 6. Analyse réflexive

Lorsque j'ai commencé mes études d'infirmier, je savais que celles-ci allaient se terminer par la production d'un travail de fin d'étude. Mais à cette période de la formation, la réalisation de ce travail restait relativement abstraite pour moi.

Lors de notre deuxième année de formation, nous avons eu les premiers cours de méthodologie afin de nous aider à réaliser notre mémoire. A la fin de notre deuxième année, nous avons eu pour consigne de commencer à réfléchir à un sujet pour la rentrée suivante.

Ce n'est qu'au début de ma troisième année que j'ai trouvé mon sujet complètement par hasard, lors d'un rendez-vous avec mon formateur référent. Je lui expliquais le déroulement de mon stage aux urgences. A ce moment-là, j'ai compris que lors d'une situation, tout n'avait pas bien fonctionné. C'est pourquoi, désireux de ne pas reproduire cette situation dans ma future pratique, j'ai choisi de traiter ce sujet et d'en faire l'objet de mon travail de fin d'étude.

Avant de le choisir comme sujet de mémoire, j'ai commencé par traiter ce sujet en situation d'analyse de la pratique. Cette étape m'a beaucoup aidé à décrire la situation et à la questionner. A cette étape est apparue ma première difficulté puisque j'avais tendance à vouloir répondre aux questions. Comme s'il n'y avait qu'un seul mode d'emploi pour être un bon soignant. La compréhension de cette étape a été très compliquée pour moi. Pour cela, j'ai dû me faire aider par l'une de mes collègues de promotion.

Afin de tenter d'apporter un éclairage théorique à mon questionnement, j'ai effectué des recherches. Là est apparue ma deuxième difficulté. Je suis dyslexique dysorthographique et ce handicap a été un gros frein à la compréhension et à l'analyse des articles de recherches. De plus, j'ai eu du mal à retranscrire mes idées à l'écrit.

A l'inverse j'ai éprouvé moins de difficultés à réaliser la seconde partie de ce travail : la phase exploratoire. Celui-ci étant d'avantage basé sur l'oralité.

Pour finir, même si la réalisation de ce travail a été une grande source de stress, il a aussi contribué à m'enrichir professionnellement. Par exemple, au-delà de mes difficultés lors de la réalisation de mes recherches théoriques, cette étape a contribué à me donner le goût de la lecture scientifique.

De plus, ce travail m'a démontré que la prise en charge d'une personne en situation d'incurie ne s'improvise pas et que la remise en question permanente de mes pratiques doit faire partie intégrante du praticien réflexif que je m'appête à devenir.

Pour finir, ce travail a cheminé tout au long d'une année de formation, je l'ai vu grandir et évoluer. Il est devenu, au fil du temps et de mon appropriation, une sorte de challenge et de défi personnel.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

- VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale : L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*. Paris : Edition le seuil, 1985. p25.
- DELOMEL, Marie-Annick. *La toilette dévoilée : Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Seli Arslan – de boeck, 2000. 220P.
- MERLET, Philippe. *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005. P 406.
- MERLET, Philippe. *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005. p575.
- MERLET, Philippe. *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005. p991.
- ABRIC, Jean Claude. *Psychologie de la communication : Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin, 1999.
- JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : Presse Universitaires de France, 1989.
- FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Montréal : Dunod, 1987.
- ROUQUETTE, Michel-Louis et RATEAU Patrick. *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Presses universitaires de Grenoble, 1998.
- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. p9.
- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. p10.
- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. p13.
- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. P12.
- ZARIFIAN, Edouard. *Objectifs compétence*. Paris : Editions Liaisons.
- DABRION, Marlyne. *Soins relationnels*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. p 4-8.
- DABRION, Marlyne. *Soins relationnels*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. p 13.
- DABRION, Marlyne. *Soins relationnels*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. p 27.

- PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné*. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p15
- GINEST, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude*. Paris : Armand Colin, 2008. p 194.
- GINEST, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude*. Paris : Armand Colin, 2008. p 195.
- LADNER, Joël. *Sciences humaines, sciences sociales et droit*. Paris : Maloine, 2013. p13.
- BRUYER, Marie. *Le care penser une nouvelle citoyenneté*. 2013.
- TRONTO, Joan. *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. La découverte. 2009.
- HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital*. Masson. 1997.

## REFERENCE INTERNET

### SITE INTERNET

- WIKIPEDIA. *Hygiène* [en ligne]. < <http://fr.wikipedia.org/wiki/Hygiène> > (consulté le 17/04/2015).
- LAROUSSE. *Hygiène* [en ligne]. < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hygiene/40927> > (consulté le 17/04/2015).
- LAROUSSE. *Soignant, soignante*. [En ligne]. <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230> >. (Consulté le 02/05/2015).

### DOCUMENT EN LIGNE

- COMITE EDITORIAL PEDAGOGIQUE DE L'UVMAM. *L'hygiène individuelle et collective*. [en ligne]. 2011. < <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-hygieneind.pdf> > consulté le 17/04/2015).
- RICHET, Hervé. *Les infections associées aux soins*. [en ligne]. <[http://www.mediterranee-infection.com/arkotheque/client/ihumed/\\_depot\\_arko/articles/341/ifsi-les-infections-associees-aux-soins\\_doc.pdf](http://www.mediterranee-infection.com/arkotheque/client/ihumed/_depot_arko/articles/341/ifsi-les-infections-associees-aux-soins_doc.pdf)> ( 02/05/2015).

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROIT DES FEMMES. *Les infections nosocomiales : recommandations aux établissements de soins*. [en ligne]. <<http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales-recommandations-aux-etablissements-de-soins.html>> (02/05/2015).
- MINISTERE DE L'EGALITE DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT. *Lutter contre l'habitat indigne : agir face aux situations d'incurie dans le logement accompagner les personnes en difficultés*. [en ligne]. Octobre 2013. <[http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal\\_pnlhi\\_-\\_guide\\_incurie\\_dans\\_le\\_logement.pdf](http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_pnlhi_-_guide_incurie_dans_le_logement.pdf) >. (consulté le 02/05/2015).
- JOUET LE PORS Michèle. *La théorie des représentations sociales*. [en ligne]. Avril 2006. < <http://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations.html> > (consulté le 02/05/2015).
- SALES-WUILLEMIN, Edith ; MORLOT, Rachel ; FONTAINE Aurélie. *La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants*. [en ligne]. Mai 2011. < <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00596046/document> > (04/05/2015).
- LEGIFRANCE. *Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004*. [En ligne]. 2004. < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339> >. (Consulté le 02/05/2015).
- GRIEPS. Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie. [en ligne]. < <http://www.grieps.fr/actualites-le-concept-de-laquo-care-raquo-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49> >. (03/05/2015).

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1 : Demande d'autorisation, pour interroger le personnel du service des urgences et soins continus.
- Annexe n°2 : Autorisation d'entretiens auprès du personnel soignant.
- Annexe n°3 : Guide d'entretien.
- Annexe n°4 : Tableau de retranscription des entretiens

## Annexe n°1 : Demande d'autorisation, pour interroger le personnel du service des urgences et soins continus.

DESCHAMPS Alexandre  
13 rue des genévriers  
71420 GENELARD  
E.Mail : [alex71.deschamps@hotmail.fr](mailto:alex71.deschamps@hotmail.fr)  
☎ : 06.30.95.78.79

Mme  
Direction des Soins  
Centre Hospitalier

Fait à Gévelard

Le 17/04/2015

Objet : Demande d'autorisation, pour interroger le personnel du service des urgences et soins continus.

Pièce jointe : Guide d'entretien directif.

Madame,

Actuellement, étudiant en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI Montceau/Le Creusot, dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je sollicite votre bienveillance pour interroger quelques membres du personnel du service des urgences et soins continus.

En effet, suite à une situation vécue en stage, je réalise mon mémoire sur le thème de l'incurie, et des représentations de l'hygiène chez les soignants.

Ma question de départ est la suivante : « **Dans quelle mesure les représentations de l'hygiène chez les soignants, influencent la relation soignant-soigné lors d'une prise en charge d'un patient en état d'incurie ?** »

Cette enquête, viendra compléter mes recherches théoriques effectuées en amont.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma demande, et vous joint mon guide d'entretien.

Dans l'attente d'une réponse, veuillez agréer mes salutations les plus respectueuses.

*Mr Deschamps Alexandre*

## Annexe n° 2 : Autorisation d'entretiens auprès du personnel soignant.



Centre Hospitalier

Le 20 Avril 2015

Monsieur DESCHAMPS Alexandre  
13 rue des Genévriers

71 420 GENELARD

### DIRECTION DES SOINS

Référence :

**OBJET** : Entretiens

SECRETARIAT  
ADMINISTRATIF

☎ :  
✉ :

Monsieur,

En réponse à votre courrier du 17 Avril, je vous donne mon accord pour effectuer des entretiens auprès du personnel soignant du :

➤ service DES URGENCES ⇒ vous voudrez bien prendre contact avec la responsable du service,  
Madame ☎ , poste

➤ service SOINS CONTINUS ⇒ vous voudrez bien prendre contact avec le responsable du service,  
☎ , poste

Afin de l'informer de votre passage.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes sincères salutations.

Direction des Soins

✉ Mme  
M.

## Annexe n°3 : Guide d'entretien

### Guide d'entretien du travail de fin d'étude d'Alexandre DESCHAMPS

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je me questionne à propos des représentations de l'hygiène chez le soignant et en quoi celle-ci influencent la relation soignant-soigné dans le cadre de la prise en charge d'un patient en état d'incurie<sup>42</sup>. L'objectif de ce guide d'entretien est de confronter les pratiques des professionnels avec les recherches théoriques que j'ai précédemment effectuées.

1. Quel âge avez-vous ?
2. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
3. Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce service ?
4. Pouvez vous me définir ce que représente le mot hygiène ?
5. Quelle est votre conception de l'hygiène d'un point de vu personnel, quelle importance y accordez-vous ?
6. Avez-vous déjà été confronté à l'hôpital à des odeurs, des images désagréables, voir insupportables ?
7. Quelle attention, sensibilité portez-vous à l'hygiène de vos patients en générale ?
8. Pouvez-vous me citer des exemples ou le manque d'hygiène de vos patients vous a troublé ?
9. Quelle prise en charge avez-vous accordé à ces personnes ? Avez-vous perçu une différence dans votre prise en charge ?
10. Avez-vous déjà pris en soin des patients en situation d'incurie ?
11. En quoi un état d'incurie peut altérer la prise en charge du patient d'un point de vu relationnel ?
12. Dans cette situation, qu'avez-vous mis en place afin de maintenir une relation soignante ?
13. Avez-vous déjà questionné le patient à propos de cet état ?

---

<sup>42</sup> Incurie : L'incurie désigne essentiellement le fait pour une personne donnée d'apporter trop peu de soins à ce qui la concerne. Elle est à rapprocher d'un certain abandon de soi, du soin porté à soi. Elle peut concerner l'état de la personne elle-même (son apparence, sa propreté et son hygiène, d'éventuels soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé), mais aussi son environnement, et en particulier son habitat. Elle peut constituer un signe non spécifique dans plusieurs tableaux pathologiques tels que la démence, le syndrome dépressif, la schizophrénie<sup>42</sup>.

14. Avez-vous déjà passé le relais auprès d'un collègue, car la réalisation du soin était trop difficile pour vous ?
15. Est-ce que le port d'une protection (surblouse, masque parfumé, gants), vous semble nécessaire dans ce cas ?
16. Pensez-vous qu'avec l'expérience professionnelle le soignant s'habitue au manque d'hygiène des patients ?
17. Pensez-vous vous sentir en capacité de soigner tout le monde, de façon équitable ?

**DIPLÔME D'ETAT INFIRMIER  
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFSI Montceau / Le Creusot**

**URGENCE : VENEZ COMME VOUS ETES  
QUAND LES ASTICOTS ME COUPENT LA PAROLE**

**Emergency: come as you are! When maggots cut me off.**

**>ABSTRACT**

L'imprévisibilité des urgences amène le personnel à faire face à des situations d'hygiène précaire.

L'objectif de cette recherche est de montrer en quoi les représentations personnelles de l'hygiène peuvent influencer la relation soignant soigné.

Ce travail de recherche est issu d'une situation vécue en stage lors de ma troisième année de formation. C'est à ce moment que j'ai réellement pris conscience de la difficulté dans laquelle pouvait être certaines personnes.

La première partie de cette étude est constituée du cadre théorique et vise à présenter les concepts d'hygiène, de représentations sociales, la relation soignant-soigné, la communication et les émotions.

La seconde partie de cette étude est constituée d'une enquête de terrain réalisée à l'aide d'entretiens directifs menés auprès d'infirmiers novices et expérimentés exerçant aux urgences et en service de soins continus.

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des soignants interrogés ont parfois été déstabilisés au sein d'une situation de soin au point d'entraver la relation soignant-soigné.

The unpredictability of the emergencies leads the staff to deal with situations of precarious hygiene.

The purpose of this research is to show how the personal representations of the hygiene can influence the relationship between the nursing staff and the patient.

This searching work comes from a situation that occurred during a training course in my third year. Then I realized the deep difficulty in which could be some people.

The first part is the theoretical frame and is focused on presenting the concepts such as hygiene, social pictures, relationship between the nursing staff and the patient, the communication and the feelings.

The second part is constituted by a field survey. It is realized through directives interviews with novice and experienced nurses who work in emergencies and in continuing care service.

The results of this search show that most of the nursing staff is sometimes so destabilized during a situation of care that it hinders the relationship between the nursing staff and the patient.

**Mots clés :** Hygiène, valeur, émotions, représentations sociales, communication, incurie, relation soignant-soigné.

**Keywords :** Hygiene, value, feelings, social representation, communication, carelessness, relationship nursing staff-patient.

*L'IFSI de la CCM n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*