



anthropologie

Le soignant et son rapport au corps malade

■ La relation soignant-soigné est aussi un "corps-à-corps" ■ Celui-ci met en jeu des perceptions sensorielles générant une interprétation cognitive et émotionnelle ■ L'établissement d'une juste distance permet aux soignants de rester professionnels en maîtrisant le risque de "contamination symbolique" et de débordement émotionnel.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – corps ; distance ; émotion ; perception ; relation ; symbole ; tabou

The caregiver's relationship with the sick body. The patient-caregiver relationship is also a 'body-to-body' relationship. It brings into play sensory perceptions generating a cognitive and emotional interpretation. Maintaining the proper distance enables caregivers to remain professional while controlling the risk of 'symbolic contamination' and emotional overflow.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – body; distance; emotion; perception; relationship; symbol; taboo

CATHERINE MERCADIER
Directeur des soins,
docteur en sociologie,
conseillère pédagogique
régionale

Agence régionale de santé
Occitanie, 10, chemin du raisin,
31000 Toulouse, France

Le travail de soin a de multiples composantes : technique, relationnelle et organisationnelle. Il implique nécessairement une interaction soignant-soigné qui, fréquemment, est aussi une interaction corporelle, un véritable corps-à-corps. Cette interaction met en jeu de multiples perceptions sensorielles. En effet, comment toucher, regarder l'autre sans être touché et regardé à son tour ? Les perceptions sensorielles nous servent d'"instruments de connaissance" et, simultanément, éveillent en nous des sentiments [1]. D'un simple coup d'œil, l'infirmière évalue l'état d'un patient, sa gravité et, dans le même temps, ce dernier lui inspire sympathie ou aversion. L'évaluation cognitive du malade est indissociable d'un affect émotionnel chez le soignant [2].

L'anthropologie permet de donner du sens à l'intensité émotionnelle éprouvée par les infirmières dans ce corps-à-corps soignant-soigné. Contrairement aux apparences, les notions de "tabou" et celle de "contamination symbolique" qui lui est rattachée ont toute leur place au sein du royaume de la science médicale qu'est l'hôpital. Pour s'en protéger, les soignants mettent en place tout un ensemble de mesures qui consistent en une mise à distance du danger, en l'occurrence, le malade.

UN IMPACT SENSORIEL ET ÉMOTIONNEL

■ Dès qu'elle entre dans la chambre d'un patient, tous les sens de l'infirmière sont sollicités.

Son regard rencontre celui du patient et décèle, sur son visage, des mimiques douloureuses, peut lire dans les yeux de celui-ci, au-delà de la couleur de l'iris, différents sentiments, de l'inquiétude à la lassitude, en passant par la colère ou la peur. Impressions esthétiques, informations cliniques, interprétations affectives sont mêlées. Son oreille capte différents sons : paroles du patient, plaintes ou gémissements, mais aussi musique du scope et des appareillages. Simultanément, son odorat peut se trouver envahi d'odeurs mêlées, du parfum habituel du patient aux odeurs pestilentielles d'une plaie.

■ **En s'approchant du patient**, le toucher entre alors en action, quel que soit le soin à réaliser. Aider le patient à se mobiliser, lui prendre le pouls, lui faire sa toilette, refaire un pansement, poser une sonde, etc. : par le toucher, l'infirmière pénètre au cœur de l'intimité de la personne soignée. Lors de la réfection d'un pansement, le regard de l'infirmière évalue la plaie du patient et son œil la "photographie". Une plaie purulente peut répugner le soignant, sensation qu'il s'efforcera de cacher pour ne pas humilier le soigné, de même que des plaintes importantes peuvent entraîner son exacerbation jusqu'à l'agacement. La colère du malade risque d'effrayer le soignant à moins qu'elle n'entraîne une surenchère de colère. En effet, les perceptions sensorielles déclenchent des émotions chez le soignant et chez le soigné, et celles-ci interagissent en cascade les unes avec les autres.

Adresse e-mail :
catherine.mercadier@ars.sante.fr
(C. Mercadier).



ENCADRÉ 1

L'odorat et le dégoût, exemple emblématique du lien sens-émotion

De l'odorat, les soignants parlent peu. Et pourtant, il est sans doute le sens le plus sollicité dans l'interaction soignant-soigné, et le plus souvent désagréablement.

■ **L'odorat déclenche le dégoût**, émotion difficile à maîtriser. En effet, si nous pouvons détourner le regard, sélectionner ce que nous ne souhaitons pas entendre, mettre des gants ou prendre des pinces pour ne pas toucher, nous ne pouvons pas ne pas sentir ! L'odeur s'impose à nous, elle nous envahit, nous assaille, nous "colle à la peau". « *L'odeur d'un corps c'est ce corps lui-même que nous aspirons par la bouche et par le nez, que nous possédons d'un seul coup... L'odeur en moi, c'est la fusion du corps de l'autre à mon corps.* » [3]

■ **Qualifié de "sens de la survie"**, l'odorat ne trompe pas : l'odeur de pourri, de décomposition annonce la mort prochaine. Elle pousse les soignants à se laver les mains, le corps, à se changer. Il est parfois difficile de s'en débarrasser. « *Je l'ai sur moi* », disent certains, même s'ils sont les seuls à la sentir. L'odorat, ainsi que le dégoût qui lui est souvent associé, sont emblématiques de ce lien entre la perception sensorielle et l'émotion.

LA PERCEPTION SENSORIELLE ET L'ÉMOTION

La perception sensorielle s'effectue par une "combinatoire" des cinq sens, qui diffère d'une personne à l'autre et selon les sociétés. Tous nos sens peuvent être mobilisés, simultanément ou non (encadré 1). Une signification à la fois rationnelle et émotionnelle est attribuée à nos perceptions et permet de produire l'intelligible qui guidera l'action.

Ainsi, l'émotion a bien sa place au sein du travail et n'est pas confinée à l'espace privé. À la suite des travaux d'Arlie Hochschild [4], la sociologie du travail s'est emparée de cet objet "émotions", rendant compte de leur prescription ou proscription, de leur maîtrise ou débordement, jusqu'à leur management [5,6].

Quelle est la particularité de la vie émotionnelle dans le travail de soin au sein de l'hôpital ?

REGARD ANTHROPOLOGIQUE SUR LE CORPS MALADE

Si, souvent, tableaux, œuvres cinématographiques, récits de malades ou d'agonisants nous bouleversent profondément, l'impact émotionnel de ces situations ne peut être comparé à celui du corps malade sur le soignant.

■ **Le corps malade se présente sous différents aspects** : un corps d'où jaillissent toutes sortes de sécrétions, d'excrétions, d'impuretés, un corps éventuellement déformé, voire décomposé par

la maladie parfois au point d'avoir perdu son apparence humaine, un corps souffrant, malade jusqu'à la mort. Plus rarement, il peut, dans sa nudité, revêtir l'aspect d'un corps érotique.

■ **Les travaux de l'anthropologie** permettent de comprendre le danger que peut présenter cette interaction soignant-soigné pour le soignant et la nécessité pour lui de s'en protéger. Pour tenter de saisir ce qui se passe dans le rapport au corps de l'homme malade, nous devons adopter un mode de pensée qui envisage d'autres relations entre les faits que la causalité, qui prenne en compte la dimension symbolique avec ses croyances, ses valeurs et ses représentations, qui permette d'appréhender le monde comme la cohabitation de deux univers, sacré et profane. L'écrivain et sociologue Roger Caillois [7] les caractérise comme deux mondes complémentaires qui ne se définissent que l'un par rapport à l'autre : ils s'excluent et s'appellent mutuellement.

■ **Dans le monde profane**, l'homme peut agir sans angoisse alors que le monde sacré lui impose un sentiment de respect particulier. Le sacré suscite à la fois des sentiments d'effroi et de vénération ; il se présente comme un "interdit", un "tabou" dont il est sage de se protéger : son contact est contagieux et fatal. Cet interdit n'a aucun caractère moral : il ne repose pas sur les notions de bien et de mal de la morale chrétienne. Pur et impur, sainteté et souillure coexistent dans le domaine sacré comme les deux pôles d'un domaine redoutable.

■ **Le sacré** est caractérisé par le fait qu'il inspire simultanément fascination et effroi, attraction et répulsion. Ce sentiment ambigu est retrouvé dans de nombreux témoignages et écrits sur le travail soignant [8]. Il suffit pour cela de faire appel aux souvenirs de l'éprouvé à proximité d'un corps mort, du respect que nous impose la pénétration de certains lieux comme les églises ou les cimetières.

■ **L'hôpital est le royaume par excellence de la médecine allopathique**. Le paradigme de cette science est fondé sur l'analyse de signes cliniques objectivables qui permettent d'expliquer des troubles physiques. Cette analyse requiert un mode de pensée fondé sur la raison intelligible et exclut toute sensibilité. Si la médecine occidentale ne laisse aucune place au mystère, aux forces occultes du monde sacré, ce dernier ne s'infiltre-t-il pas dans tous les interstices libres ?

L'anthropologue Mary Douglas, par son ouvrage *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou* [9], apporte un regard complémentaire



donnant ainsi du sens à tout un ensemble d'activités soignantes qui peuvent être lues comme participant d'une ritualité. Le rituel rencontré en tous lieux est celui de la toilette, purification par excellence. Selon Mary Douglas, les déchets corporels sont symboles de danger et de pouvoir. Elle analyse l'interdit, le danger en regard de sa position "marginale". Pour elle, « *Toutes les marges sont dangereuses. Il est logique que les orifices du corps symbolisent les points les plus vulnérables. La matière issue de ces orifices est de toute évidence marginale. Crachats, sang, lait, urine, excréments, larmes dépassent les limites du corps, du fait même de leur sécrétion. De même, les déchets corporels comme la peau, les ongles, les cheveux coupés et la sueur* ».

■ **Être malade, c'est avant tout être dans un monde à part**, un autre monde dans lequel on risque de tomber à tout instant comme on tombe en enfer. La maladie est un état dangereux, entre la vie et la mort, un entre-deux. Elle est l'espace frontalier qui sépare les vivants – dont font partie les soignants – des morts. Ceux qui occupent cet espace sont plus ou moins proches des uns ou des autres – des vivants ou des morts – donc plus ou moins dangereux pour les soignants, le danger étant celui de la contamination symbolique.

GESTION DES ÉMOTIONS ET MISE À DISTANCE

L'hôpital concentre en son sein ce que la société ne veut pas voir : la maladie et la mort. Les soignants sont donc confrontés à une pression émotionnelle plus forte qu'ailleurs et ils ne peuvent s'en libérer facilement par la parole. Car de "ça", nous ne parlons pas. La norme émotionnelle qui encadre notre expression émotionnelle au sein de la société pèse de la même façon pour les soignants, au sein de l'hôpital et à l'extérieur. Ils ne peuvent aisément confier leur journée à leur conjoint ou confident peu enclin à entendre ce qui peut susciter dégoût ou effroi.

■ **Pour se protéger du risque de contamination symbolique** et maîtriser leurs affects, les soignants ont donc recours à des pratiques de mise à distance du malade, à la fois au cœur même de l'interaction soignant-soigné et à distance de celle-ci. Les modalités d'entrée et de sortie de l'interaction dérogent aux règles habituelles de prise et de rupture de contact. L'intrusion est le

plus souvent brutale : nous frappons avant d'entrer mais n'attendons guère la réponse ! Et la sortie sur un « *À tout à l'heure !* » ne présage en rien de la suite. Cette "brutalité" assure au soignant une certaine maîtrise de l'interrelation.

■ **Le soin lui-même est le plus souvent instrumentalisé**, ce qui contribue à une mise à distance sensorielle. La technique s'accompagne d'une mise en protocole du soin, qui peut être lu comme une forme moderne de ritualisation. Pansements, injections, sondages, etc. sont codifiés et reproduits à l'identique par l'ensemble des professionnels. Le protocole prescrit un ensemble de rôles pour chacun des acteurs, sur un mode théâtralisé. Il s'apparente bien à un rite comportant une succession d'étapes dont l'ordonnancement est à respecter scrupuleusement. En l'occurrence, un

rituel d'évitement qui vise à limiter le contact entre le sacré et le profane. Pour le sociologue américain Everett Hughes, sa fonction serait également « *de fournir un ensemble*

d'assurances et de contrepoids émotionnels et même organisationnels contre les risques objectifs et subjectifs de l'activité » [10].

La toilette est le rite le plus emblématique "célébré" par les soignants, à la fois rite de séparation et de purification, il comporte un grand nombre d'étapes (nous en avons recensé jusqu'à 28).

■ **Parmi les séparations opérées par les soignants**, nous pouvons observer celle qui est réalisée entre les soins du corps et ceux de l'âme : quand nous parlons, nous ne touchons pas et quand nous touchons, nous ne parlons pas si ce n'est pour faire tomber la gêne ou pour annoncer les gestes à venir (« *Je vous pique* », « *Je vous lave les fesses* », etc.). Cette parole permet de maintenir le soin dans le champ technique et d'éviter toute ambiguïté. Elle peut aussi renforcer la distance entre soignant et soigné quand les professionnels, tout en réalisant un soin, parlent entre eux, ignorant la présence même du malade.

À ces mises à distance au cœur même de l'interaction s'ajoutent celles au-delà de cette dernière.

■ **Au sein de l'unité de soins cohabitent deux univers distincts** : celui des soignants et celui des malades. Entre la chambre et la salle de soins, le couloir a une fonction d'espace frontalier où peuvent cohabiter les deux mondes. Les malades savent très bien que leur présence n'est guère autorisée en salle de soins ou de détente, des espaces réservés aux soignants. À l'image d'un



RÉFÉRENCES

- [1] Simmel G. Sociologie et épistémologie. Paris: Presses universitaires de France; 1981.
- [2] Mercadier C. Le travail émotionnel des soignants. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Paris: Seli Arslan; 2017.
- [3] Sartre JP. In: Le Guérin A. Les pouvoirs de l'odeur. Paris: Odile Jacob; 1988.
- [4] Hochschild A. Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel. Paris: La Découverte; 2015.
- [5] Soares A. Les émotions dans le travail. Travailler. 2003;9:9-18.
- [6] Fortino S, Jeantet A, Tcholakova A. Émotions au travail, travail des émotions. La Nouvelle Revue du Travail. 2015;6.
- [7] Cailliois R. L'Homme et le sacré. Paris: Gallimard; 1950.
- [8] Danou G. Le corps souffrant. Seyssel: Champ Vallon; 1994.
- [9] Douglas M. De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou. Paris: La Découverte; 2005.
- [10] Hugues EC. Le regard sociologique. Essais Sociologiques. Paris: Éditions de l'EHESS; 1996.
- [11] Bonnet T. La régulation sociale du risque émotionnel dans le travail. Une étude comparative dans les pompes funèbres, à l'hôpital et dans la police. [Thèse pour le doctorat de sociologie]. Toulouse: Université Jean-Jaurès; 2016.

théâtre, les espaces sont bien distincts au sein d'un service de soins, et les costumes, de même.

■ Le costume établit également une distinction claire entre ces deux mondes : blouse pour les soignants, pyjama pour les patients. Ceux-ci l'enfilent dès leur arrivée à l'hôpital, ce qui contribue à la fois à les séparer des soignants mais aussi à les agréger aux malades. Quand l'infirmière enfle sa blouse, elle met non seulement un vêtement qui la distingue mais surtout qui lui confère un rôle avec toutes les normes et valeurs attendues. La blouse est aussi protection : elle garde les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses. Quand elle l'enlève à la fin de sa journée, une partie de son vécu y reste collée. La blouse contribue également à l'identité de groupe, à l'acquisition d'un sentiment d'appartenance. Le besoin d'appartenir à une équipe est très fort et sont également observés des rituels d'initiation, d'adoubement, d'agrégation comme les pauses-café ou les transmissions.

■ D'autres pratiques de mise à distance – irrationnelles au regard des risques bactériologiques et des connaissances en hygiène hospitalière – sont plus particulièrement révélatrices du risque de contamination symbolique. Ne pas manger dans la vaisselle réservée aux malades, jeter systématiquement tout aliment, bonbon non emballé qui provient d'une chambre de patient, ou encore passer à l'alcool tout objet touché par une personne hospitalisée en psychiatrie, etc. : nombreux sont ces comportements la plupart du temps partagés au sein d'une équipe, comme un code implicite qui témoignent du danger de la contagion.

Il arrive toutefois que ces moyens de protection soient inefficaces. Les émotions vont alors "déborder", sur deux modes différents : soit une

exacerbation de la colère qui va s'exprimer dans des comportements violents, soit un sentiment d'impuissance, d'écrasement, identifié en psychopathologie du travail sous le terme de *burn out*. Les différents rituels ont une fonction protectrice et font partie d'un ensemble plus vaste de stratégies qui permettent au soignant de garder la maîtrise de ses affects.

CONCLUSION

Toute pratique a un sens. Comprendre des pratiques d'un point de vue sociologique ne veut pas dire les légitimer sur un plan éthique. Réaliser

que cette mise à distance est nécessaire pour les soignants, afin de continuer de soigner sans être "contaminés" à leur tour, entendre sa nécessité, devrait conduire les décideurs à mettre en place un accompagnement des soignants au regard de ce danger et les aider à trou-

ver les mises à distance à la fois protectrices et respectueuses des patients.

C'est pour que le travail de soin se déroule correctement que les soignants sont tenus en permanence d'ajuster leur niveau émotionnel. Il s'agit d'un facteur primordial de régulation sociale [11]. Par la maîtrise de ses affects et, simultanément, par un effort de régulation des sentiments des soignés et de leur entourage, le soignant réalise un véritable travail émotionnel qui vise à instaurer un climat de confiance pour assurer le bon déroulement de l'activité de soin.

Faudra-t-il que les soignants se résignent à lui attribuer des indicateurs pour sortir ce travail émotionnel de son invisibilité et qu'il soit enfin pris en compte par les gestionnaires ? Considérer celui-ci répond à un double enjeu, à la fois pour les soignants et pour les soignés, et devrait être intégré dans les démarches visant la qualité de vie au travail. ■

Les points à retenir

- **L'évaluation cognitive du malade** est indissociable d'un affect émotionnel chez le soignant.
- **La maladie** peut être considérée comme un état dangereux entre la vie et la mort, un entre-deux.
- **Pour que le travail de soin se déroule correctement**, les soignants ajustent en permanence leur niveau émotionnel.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.