

## Quand le dégoût s'invite dans le soin

Manon Rasmani-Villermoux

► **To cite this version:**

Manon Rasmani-Villermoux. Quand le dégoût s'invite dans le soin. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01250666>

**HAL Id: dumas-01250666**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250666>**

Submitted on 5 Jan 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# QUAND LE DÉGOÛT S'INVITE DANS LE SOIN

**Diplôme Universitaire d'Accompagnement et Fin de Vie**  
**Paris VI – Université Pierre et Marie Curie**  
**Année 2014 – 2015**



**Responsables d'enseignement :**

**Professeur Francis BONNET**

**Docteur Véronique BLANCHET**

**Docteur Yolaine RAFFRAY**

# Un hommage

À VOUS, M. Roger M.

J'ai gardé de vous des souvenirs de goût, le goût pour la vie jusqu'au bout, le goût pour les chansons, le goût de la gourmandise....

Un sourire

Vous m'avez touchée dans mon humanité. À votre contact, j'ai ouvert mes horizons.

# Remerciements

Comme nous sommes des êtres sociaux, notre réussite dépend aussi des autres.

Alors, je remercie les responsables de cette formation pour leur accueil, leur générosité et leur professionnalisme. Les intervenants qui, grâce à leur implication, nous ont transmis leur regard d'expert, chacun et chacune à sa façon avec pour objectif d'ouvrir le champ de nos réflexions sur l'accompagnement et la fin de vie.

Je remercie chaleureusement les collègues qui m'ont encouragée avec enthousiasme, en particulier ma collègue et maintenant amie, Séverine, qui m'a aidée à renforcer ma confiance en moi au fil de ce parcours.

Enfin, merci à mon mari pour son soutien, à ma belle-maman Évelyne et ma cousine Nora qui m'ont aidée à corriger ce RSCA avec bienveillance.

# Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
II. NARRATION DE LA SITUATION.....	2
III. ANALYSE.....	4
1 Les problèmes que présente cette situation.....	4
2 Les problèmes que ME pose cette situation.....	4
3 La problématique.....	5
IV. METHODOLOGIE.....	6
1 L'exploitation.....	6
2 La synthèse.....	6
3 La conclusion.....	6
V. EXPLOITATION.....	7
1 Définition de la relation de soin : « c'est quoi une relation de soin en soins palliatifs ?».....	7
2 Définition du soin.....	7
3 Le respect et la dignité de la personne malade.....	8
4 L'effet miroir.....	9
4.1 Pour le patient.....	9
4.2 Pour le soignant.....	9
5 Définir le dégoût.....	10
6 La nature du dégoût.....	11
6.1 Le dégoût.....	11
6.2 Le dégoût est l'opposé du goût.....	11
6.3 La manifestation du dégoût.....	12
7 Le dégoût fondamental.....	12
8 L'objet du dégoût.....	13
9 Le dégoût dans le soin.....	13
10 Faut-il extérioriser le dégoût ?.....	15
10.1 Incidences sur le patient.....	15
10.2 Incidences sur le soignant.....	16
VI. SYNTHESE.....	17
VII. CONCLUSION.....	19
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	21

# I. INTRODUCTION

Je suis aide soignante dans une unité de soins palliatifs à Orléans depuis deux ans. C'est un choix motivé par un besoin de vivre une expérience professionnelle et humaine profonde et riche.

Ce jour-là, parmi les patients pris en charge dans notre unité, il y avait M. Roger M.

C'est un patient qui souffre d'un Carcinome Épidermoïde de la face en phase palliative et une recrudescence délirante dans un contexte de schizophrénie probable, en état stable sans traitement en ce moment.

Ce patient a eu un parcours de vie très particulier. Né le 10 octobre 1941 en région parisienne, pupille de l'état, célibataire, sous tutelle depuis 1993, il a vécu à Orléans, un temps sans domicile fixe, avant d'être logé dans un hôtel, puis un appartement et enfin dans un foyer. Il connaît des hauts et des bas et une santé physique et mentale fragile.

Physiquement, ce patient est menu, pas très grand de taille, barbu et chevelu, avec un regard très expressif. Mais le plus impressionnant est ce carcinome qui a déformé son visage : sa bouche est constamment ouverte car sa langue est poussée par la tumeur qui prend toute la place à l'intérieur, sans parler de sa lèvre inférieure manquante et surtout de l'écoulement permanent d'un liquide purulent mélangé à la salive qui nécessite des soins de bouche plusieurs fois par jour.

Cependant, M. Roger M. est un patient qui respire la vie, qui aime la musique et regarder la télévision. Il fait de gros efforts pour communiquer avec l'équipe. Il ne souhaite pas de nutrition artificielle. Il veut surtout garder une alimentation plaisir.

## II. NARRATION DE LA SITUATION

C'est l'heure du dîner pour M. Roger M. Tout au fond du couloir, je le vois en train de me faire signe avec de grands gestes. J'ai compris que c'est un des moments sacrés de la journée de ce patient, et je n'ai pas le droit de le décevoir.

Je m'approche de lui, je lui dis : « Vous voulez une crème à la vanille, une crème au chocolat, et un jus de pomme ? », et là je vois son regard qui pétille et un début de sourire. A ce moment là, j'ai ressenti sa fébrilité et son enthousiasme.

J'informe mes collègues et je prépare le plateau du repas avec soin : chaque détail a son importance pour ce repas.

En arrivant dans la chambre, je lui demande de bien s'installer comme la dernière fois avec ma collègue car nous avons trouvé ensemble une posture qui facilite la déglutition.

Je l'aide à protéger ses vêtements avec un bavoir à usage unique. Sur la table, j'ai posé le plateau, les gants, un paquet de mouchoir et le nécessaire d'un soin de bouche à proximité. Avec un sourire échangé, nous avons commencé le repas, cuillerée après cuillerée, tout doucement et en essuyant l'écoulement jaunâtre. C'est un mélange de bave, de sécrétions purulentes et de vanille, mais le plus important est de voir M. Roger M. prendre plaisir à déguster ce repas avec un bonheur immense.

Une fois la crème à la vanille finie, je lui donne à boire à l'aide d'une seringue, par des petites doses au fond de la gorge tout en faisant attention à la fausse route et en affichant un sourire d'encouragement.

Ouf, le plus dur est passé !

C'est ce que je me dis pendant que je change son bavoir, car le meilleur reste à venir : c'est la crème au chocolat. Le chocolat, c'est ce que ce patient préfère.

Comme au début du repas, cuillerée après cuillerée, le patient déguste. Moi, j'encourage et je surveille. Entre deux bouchées, il veut me dire quelque chose et je reçois une projection de chocolat mélangé avec de la bave ! Tout d'un coup, je ressens du dégoût et de la répulsion, alors que jusque là, j'ai réussi à me concentrer uniquement sur le bon déroulement du repas.

Je me suis essuyée discrètement, sans me laver tout de suite, et nous éclatons de rire tous les deux.

Puis je continue normalement et je me lave le visage plus tard à la fin du soin. Je ne veux surtout pas que ce patient ressente mon dégoût envers lui. Je veux respecter sa dignité même dans un moment de dégoût incontrôlé de ma part.



# III. ANALYSE

## 1. Les problèmes que présente cette situation

- Une pathologie psychiatrique (Schizophrénie).
- Un Carcinome d'Épidermoïde de la face en phase palliative.
- Risque de fausse route.
- Refus de l'alimentation artificielle.
- Le patient veut continuer une alimentation plaisir par la bouche.
- Le problème d'une communication verbale limitée.

Ce patient cherche le contact par le toucher et l'attention de certains soignants à certains moments (exemple : il prend la main de infirmière pour la garder quelque temps pour dire bonjour).

## 2. Les problèmes que ME pose cette situation

- Trouver la juste distance dans la relation de soin.
- Pouvoir faire le soin sans ressentir de dégoût et sans la culpabilité qui en découle.
- Ne pas manifester ce ressenti négatif.
- La réaction du fou rire pendant le soin.
- Pouvoir partager avec lui un moment de plaisir (le repas).

Je dois dépasser la réalité brutale du corps d'un patient en fin de vie, et ce quelle que soit la nature du soin ou l'image que ce patient me renvoie de lui, afin d'avoir un échange humain, dans le respect de sa dignité.

### 3. La problématique

Ma démarche de soignante me pousse à préserver l'estime de soi d'un patient vulnérable, en fin de vie et fragilisé par la maladie.

Cela m'impose d'avoir un regard respectueux envers lui, de l'empathie et de la bienveillance.

Si je ressens le dégoût lors d'un soin :

- C'est quoi une relation de soin en soins palliatifs ?
- Qu'est ce que le dégoût ?
- Quelles sont les incidences sur notre relation à ce moment-là ?
- Comment cela peut-il se manifester ?
- Faut-il l'extérioriser ?

Ces interrogations me conduisent à une exploration de moi-même, en cherchant des éléments de réponse d'une part dans des apports théoriques, d'autre part dans mon Moi profond ; ceci dans l'objectif de comprendre et d'analyser ce ressenti pour mieux l'appivoiser et le canaliser.

Cette réflexion m'aidera à prodiguer le soin au patient dans le cadre d'un échange humain, en dépassant sa vulnérabilité, celle d'une personne abîmée par la maladie, et mes craintes d'échec dans ma mission de soignante.

# IV. METHODOLOGIE

## 1. L'exploitation

- Je donne tout d'abord une définition de la relation de soin.
- J'établis l'importance de l'effet miroir dans la relation soigné / soignant, la répercussion du dégoût exprimé dans cette relation par nature asymétrique.
- Je définis le dégoût, sa nature « physiologique et physique » incontrôlable.
- J'analyse cette émotion au maximum, pour mieux la connaître et la cerner.

## 2. La synthèse

- Je reviens à mon expérience dans cette situation, à mon dégoût.
- Je refais un scénario où mon dégoût est exprimé par des haut-le-cœur (la réaction la plus courante).
- J'imagine les répercussions sur notre relation soigné / soignant.
- Après documentation, je propose des stratégies utilisées pour contourner cette répulsion.

## 3. La conclusion

Pouvons-nous traiter le dégoût du soignant, non plus comme un tabou, mais comme un sujet de réflexion ? Et pouvons-nous traiter de ce dégoût comme un véritable sujet de réflexion sérieuse, et non comme une question secondaire, annexe, presque sans importance ?

# V. EXPLOITATION

## 1. Définition de la relation de soin : « c'est quoi une relation de soin en soins palliatifs ? »

La relation de soin dans une démarche palliative impose une prise en charge de la personne soignée dans sa globalité, un accompagnement dans le confort et la bienveillance.

Le soigné est une personne digne malgré la dégradation de l'image d'un corps altéré par la maladie. Il faut réussir à voir cette personne digne avec respect au-delà d'une apparence qui peut susciter la répulsion.

## 2. Définition du soin

J'ai choisi cette définition car elle correspond à mon rôle d'aide soignante :

Les soins infirmiers se centrent sur les dépendances d'une personne et ses besoins primaires comme ceux proposés par Virginia Anderson, une infirmière américaine à l'origine du livre *les quatorze besoins fondamentaux* :

« Ils ont comme objectif de promouvoir son autonomie en fonction de l'évaluation de son degré de dépendance. Ils comprennent la réalisation des soins fondamentaux, l'aide aux actes de la vie quotidienne, ou encore la rééducation simple. Ils se centrent également sur **le bien être**. »<sup>1</sup>

---

1

[source : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin\\_infirmier](http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier), 21 février 2015 à 14h]

### 3. Le respect et la dignité de la personne malade

Un regard dans le respect.

« L'appel d'un visage... Respecter la personne, c'est la reconnaître dans son intimité intrinsèque, irréductible et unique, mais au-delà de l'obligation morale de respecter la personne, il y a la rencontre avec elle et ce que la rencontre fait surgir en moi au moment même où mon regard se pose sur elle. »<sup>1</sup>

Le soigné est un être digne dans sa vulnérabilité, car l'humain ne perd jamais sa dignité. Mais le regard dégoûté du soignant peut lui faire perdre son estime de soi.

Selon le philosophe et maître de conférence Eric Fiat : « Le soin a été laïcisé, le soin ne se fait plus au nom de l'amour du prochain, mais au nom du respect à la dignité. »<sup>2</sup>

Alors, dans cette relation, une asymétrie existe dans la rencontre entre la fragilité du patient et le regard du soignant. Dans ce contexte, ce dernier est tenu de prodiguer les soins en prenant en compte la vulnérabilité du premier pour respecter sa dignité.

Le patient qui ne peut être guéri, en fin de vie, peut malgré tout profiter de ses derniers instants dans un confort physique et psychologique. Le soignant doit l'accompagner dans l'empathie, le respect et dans l'intention de préserver son estime de soi.

---

1

Sylvie Pandelé, *La Grande Vulnérabilité : Fin de Vie, Personnes Âgées, Handicap – 2<sup>ème</sup> édition* (Ed. Seli Arslan, 2010, p. 48)

2

Eric Fiat, XI<sup>ème</sup> Journée Régionale de Soins Palliatifs en Région Centre, Conférence *Variations sur le Talon d'Achille* du Jeudi 25 Septembre 2014, rapportée par Marie José Buzon, Psychologue à Unité de Soins Palliatifs d'Orléans

## 4. L'effet miroir

### 4.1 Pour le patient

Le soin représente un jeu de miroir : c'est une interaction entre le patient et le soignant. Cela se passe même à des moments de silence et de calme, dans une chambre à l'hôpital : par un regard, un sourire, une posture, un toucher ou une mimique. Beaucoup de choses circulent dans les deux sens...

À ce moment-là, le patient aperçoit son image corporelle à travers le regard que les soignants portent sur lui. Quand nous, les soignants, réalisons cette vérité, nous sommes pris dans une dynamique d'empathie, de regard humaniste, et de toucher réparateur à travers les soins.

Tout cela est fait pour un objectif précis : se rendre utile et transformer l'insupportable en « un peu plus supportable », le mal vécu en « un peu mieux vécu ».

### 4.2 Pour le soignant

L'effet miroir nous renvoie aussi beaucoup de satisfaction ; celle d'une mission bien accomplie, partagée avec l'équipe, concrétisée par le confort du patient, un sourire et un merci...

Selon Donald W. Winnicott, psychiatre et pédiatre : « Mais nous, nous recevons notre récompense même si nos patients ne guérissent pas, ils nous sont reconnaissants de les voir tels qu'ils sont, ce qui nous procure une profonde satisfaction »<sup>1</sup>.

---

1

Donald W. Winnicott, *Jeux et Réalités : l'Espace Potentiel* (Ed. Éditions Gallimard, 1975, p. 162)

## 5. Définir le dégoût

Comment définir le dégoût ? Le plus simple est peut-être de commencer par la définition proposée dans une encyclopédie en ligne<sup>1</sup>.

Le dégoût (nom masculin) :

- Sensation d'écœurement, haut-le-cœur provoqué par quelque chose qui dégoûte.
- Sentiment d'aversion, répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose, fait d'être dégoûté, de ne plus avoir de goût pour quelque chose, d'intérêt, d'attachement ou d'estime pour quelqu'un.

Expressions :

- Prendre quelque chose en dégoût : ressentir de la répugnance pour quelque chose.

Synonymes :

- écœurement, haut-le-cœur, nausées, répulsion.
- Sentiment d'aversion, provoqué par quelqu'un.
- antipathie, aversion, exécration, haine, horreur.

Contraires :

- appétence, attrait, envie, le goût.
- attraction, attrait, engouement, inclination, penchant, sympathie.

---

<sup>1</sup>

[source : <http://www.larousse.fr>]

## **6. La nature du dégoût**

### **6.1 Le dégoût**

Il est difficile de définir le dégoût d'une façon concrète. Pourtant, tout le monde a déjà ressenti du dégoût, par surprise, sans réflexion, spontanément, comme un tsunami qui secoue le corps, comme un bouleversement qui envahit tout l'intérieur et jaillit vers l'extérieur.

### **6.2 Le dégoût est l'opposé du goût**

Le dégoût est traité comme le négatif du goût. Le goût esthétique ou gustatif semble répondre à des normes sociales et culturelles. Il n'est pas donné une foi pour toute, il n'est pas inné, car il varie selon les sociétés, les époques, les individus. Il est construit depuis la petite enfance. Il en va de même pour le dégoût : nous n'éprouvons pas le même sentiment dégradant, avilissant ou répugnant devant les mêmes choses.

Le bon goût, quand à lui, se vit comme étant conforme à la critique morale et sociale. Au contraire, le mauvais goût ne réponds pas aux normes esthétiques majoritairement admises comme étant de valeur positive.

Le goût est une expérience pluriel, inspirant plaisir et satisfaction. Le dégoût est au contraire une expérience unique, souvent violente, qui se traduit par un rejet, une répugnance. Le bon goût est un sentiment doux, à l'opposé du mauvais goût, qui peut se transformer en dégoût si il est vraiment trop désagréable.

Alors qu'on peut feindre face à une chose de mauvais goût, on peut difficilement contrôler un dégoût. C'est une émotion beaucoup plus forte, une réaction physique, quasiment un réflexe.



## 6.3 La manifestation du dégoût

Le dégoût représente une émotion forte de répugnance, et provoque une réaction de rejet. Incontrôlable, il se traduit par un mouvement de recul, de haut-le-cœur et de nausée qui peuvent aller jusqu'au vomissement.

Ce n'est pas un jugement ni un ressenti ; le dégoût, c'est physique et physiologique. Il peut se déclencher par tout les sens: l'odorat, le toucher, l'ouïe, le goût et la vue. Tous ces sens peuvent induire une réaction de rejet vis-à-vis de l'objet répugnant.

Selon Freud (1897) :

« De même que nous détournons notre organe sensoriel "nez" devant les objets qui puent, de même le pré-conscient et notre compréhension consciente se détournent du souvenir. C'est là ce qu'on nomme le refoulement. »<sup>1</sup>

D'après Freud, le dégoût permet de comprendre l'ambivalence qu'il suscite : toute répulsion peut être la conscience du refoulement et d'une attirance. C'est une ambivalence.

Cette ambivalence entre répugnance et attirance, je le vis dans mon quotidien de soignante vis-à-vis de certains soins, sans avoir une explication concrète.

## 7. Le dégoût fondamental

C'est la manifestation du dégoût par des nausées, qui peut être provoqué rien qu'en lisant ce texte par exemple, sans objet répugnant physique. C'est donc la représentation mentale qui nous touche et qui fait appel à nos souvenirs de dégoûts.

---

1

Freud (1897), cité par Margat, *Phénoménologie du Dégoût* (Presses Universitaires de France, 2011, p. 13) [source : [http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=ETHN\\_111\\_0017](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ETHN_111_0017)]

## 8. L'objet du dégoût

1. La pourriture : c'est là où la vie et la mort s'entremêlent. La pourriture peut aussi prendre un sens moral, en signifiant «la corruption».

2. Les excréments : ce dont l'organisme se débarrasse. Tout le corps peut être susceptible d'être dégoûtant, par ses sécrétions, de nature gluante et visqueuse, le poisseux, la crasse (ce n'est pas une sécrétion, mais elle colle à la peau) en se mélangeant avec la sueur. Le corps de l'autre peut être dégoûtant, par son odeur, et même sa présence.

3. Les nuisibles : nous pouvons aussi avoir un rejet vis-à-vis des animaux répugnants associés à la pourriture, l'étrangeté et la saleté, comme des rats associés à l'épidémie de la peste par exemple.

4. Les choses non admises socialement : certaines pratiques, comportements ou apparences, voir certaines manières de parler ou d'être, peuvent aussi provoquer ce sentiment de dégoût. (Par exemple, une personne avec des piercings sur tout le visage, une pratique sexuelle dérangeante, manger des asticots...).

## 9. Le dégoût dans le soin

Quand le dégoût est extériorisé dans le soin, l'aversion exprimée rend la tâche du soin très délicate. En effet, la répulsion transforme le corps d'un patient dégradé par l'œuvre malfaisante de la maladie en "objet de dégoût", et ce malgré nous !

Dans nos professions, le dégoût n'est jamais loin. Nos sens peuvent y être confrontés :

- La vue, par certaines plaies monstrueuses ou sécrétions purulentes.
- L'odorat, par des escarres ou des diarrhées abondantes et malodorantes.
- Le toucher, lors d'un massage à un patient cachectique.
- L'ouïe, par le bruit de vomissements ou de gémissements.

La répétition de ces situations peuvent être violentes pour le soignant, et le conduire à un sentiment de rejet, une répulsion de l'autre, puis un dégoût envers le soigné . Paradoxalement, il est aussi souvent attiré par ce genre de soins. Cela peut être perçu comme un soin gratifiant ou un défi à relever.

Un soignant pris par des haut-le-cœur, devant un patient, doit cacher son dégoût. Le montrer conduirait à une situation inadmissible, inacceptable dans un cadre professionnel. Nous sommes dans une situation de contradiction : entre une réalité physiologique et une exigence éthique, il s'agit de préserver l'estime de soi de ce patient.

## 10. Faut-il extérioriser le dégoût ?

### 10.1 Incidences sur le patient

Par le regard dégoûté du soignant, le patient peut être confronté à :

- La honte de son image corporelle.
- L'humiliation ressentie dans un état de vulnérabilité.
- Le renfermement sur soi.
- La baisse de l'estime de soi.
- Les souffrances psychologiques.
- Le refus du soin.
- L'agressivité.

Je pense qu'à ce moment-là, il n'y a plus ni de goût de vivre, ni de plaisir pour cette personne soignée, juste un dégoût du soi, d'elle-même et de l'autre...

Charles Baudelaire disait : « Ah ! Seigneur ! Donne moi la force et le courage de contempler mon cœur et mon corps sans dégoût ! »<sup>1</sup>

Dans cette phrase, le poète illustre sa peur d'une situation insupportable de vulnérabilité, face à son être tellement altéré. Il prie le seigneur de lui donner la force de se regarder sans dégoût car cela est intolérable !

Donc, je présume que le regard de l'autre, dégoutté par son état, serait une véritable torture.

---

<sup>1</sup>

Charles Baudelaire, *Les Fleurs du Mal* (Librairie Générale Française – Le Livre de Poche, 1972, p. 139)

## 10.2 Incidences sur le soignant

- La honte.
- L'esquive. « Ce patient a ses préférences par rapport aux soignants. Je ne veux donc pas m'imposer à lui, je laisse sa prise en charge aux soignants habitués. » J'ai personnellement déjà rencontré ce genre de réflexion dans mon quotidien de soignante.
- Le sur-investissement. Un soignant sur-investis pourrait concentrer son temps et son énergie sur un patient, en oubliant les autres. Cela pose un problème de distance professionnelle et d'entente au sein de l'équipe soignante.
- La culpabilité, de ne pas réussir sa mission de soin.

## VI. SYNTHÈSE

Selon Marie Sylvie Richard, docteur en éthique médicale : « La relation fait partie intégrante du soin et contribue à sa qualité. »<sup>1</sup>

Cela m'incite à me questionner sur mon comportement de soignante face à un patient déjà perturbé par son état fragile et son apparence altérée.

La situation vécue avec M. Roger M. illustre parfaitement ce moment où mon dégoût s'exprime au travers d'une réaction naturelle, irrépressible, face à un patient qui projette sa bave gluante sur mon visage : le haut-le-cœur. Si j'imagine un scénario dans lequel je laisserais paraître cette réaction de dégoût, voici comment cela se passerait : je me vois au fond d'un tourbillon où je n'ai nul autre choix que d'avoir des haut-le-cœur, causés par cette mixture gluante, purulente et tiède au contact de mon visage.

À ce moment- là, je m'imagine courir à toute vitesse aux toilettes qui se trouvent en face de sa chambre, vomir et me laver le visage ; visage d'une soignante humiliée, écœurée, touchée dans son intégrité par cet incident. En me maquillant je me répare!

Je pense que je me sentirais tourmentée par la culpabilité, d'avoir abandonné ce patient, victime de cette situation malgré lui, au moment du repas qui devait être convivial et serein. Ceci sans évoquer les répercussions de cet incident sur notre relation de soin plus tard .

L'effet miroir positif de mon regard emphatique sera brisé et les morceaux seront difficiles à rassembler.

Or, dans ce cas concret, mon dégoût s'est exprimé par un fou rire partagé avec ce patient. Je n'aurais pas pu choisir un meilleur mécanisme de défense !

---

<sup>1</sup>

Marie Sylvie Richard, *Soigner la relation de fin de vie – 2<sup>ème</sup> édition* (Ed. Dunod, 2012, p. 78)

Face à la répulsion lors d'un soin, les soignants utilisent des stratégies plus ou moins efficaces ou acceptables selon les patients. Dans le cadre d'un accompagnement de qualité en fin de vie, en plus du respect de la dignité du patient, il faut aussi s'adapter à ce dernier.

Voici certaines de ces stratégies utilisées :

1. La maîtrise des émotions : les soignants se concentrent sur la prise en charge des malades, sans prendre en compte l'échange humain à ce moment précis de dégoût.
2. L'instrumentalisation des soins : afin de surmonter le dégoût, le soignant porte des gants et un masque. Le protocole et les techniques de soin permettent de focaliser son attention sur la tâche. Le risque est cependant que le patient devienne juste un objet de soin.
3. La stratégie contre la gêne : cette stratégie vise à diminuer le temps passé dans la chambre à effectuer le soin auprès du patient.
4. Combattre les mauvaises odeurs : ouvrir la fenêtre, utiliser l'aromathérapie, les essences d'eucalyptus, de lavande, etc.
5. La communication et l'entraide dans l'équipe : la parole permet de verbaliser le dégoût dans un soin. L'échange en équipe nous permet d'avoir une réflexion sur nos pratiques. Cela aide à trouver des solutions adaptées à chaque patient.

Cette liste n'est pas exhaustive et bien sûr, chaque stratégie est à adapter à chaque situation de soin. Avec le temps, chacun trouve sa façon à lui de s'accommoder au dégoût. Le plus important, c'est de ne pas oublier que dans l'action du soin, il y a des enjeux qui ont une répercussion sur la qualité de la relation de soin.

## VII. CONCLUSION

Grâce à mes documentations, j'ai pu avoir un début de réponse et des solutions à propos de ce sujet. J'ai appris que l'émotion de dégoût est une réalité physiologique, le soignant, par sa fonction, est confronté au quotidien à des scènes qui appellent l'aversion.

Le dégoût ne peut pas être traité comme un tabou ou un sujet annexe. Au contraire, la répulsion devrait être l'objet d'une réflexion plus importante. Ce sujet devrait être verbalisé en équipe, surtout en soins palliatifs. Il devrait aussi faire partie de la formation des soignants ou être abordé dans le cadre de la formation continue, avec des mises en situation, des pistes à explorer pour gérer ce genre de situation dans le soin.

La répulsion du soignant est une réalité qu'il faut étudier, discuter, pour trouver des pistes, des réponses, non pour la neutraliser, mais juste pour la tolérer et se focaliser sur le bien être du patient, grâce à une relation de soin construite dans la bienveillance.

Il faut aller plus loin que l'apparence. Il faut aller vers la personne dans sa globalité et sa vulnérabilité.

Ce travail m'a permis de pousser une porte qui ouvre sur un passage étroit, à la frontière de mon intériorité, de mes émotions, de mes ressentis, des réactions incontrôlées qu'ils peuvent provoquer, et de mon extériorité, ma réaction visible face à la personne que j'accompagne dans sa fragilité. C'est dans ce passage étroit que se joue cette ambivalence évoqué par Freud, et donc ce quart de seconde entre la perception du dégoût, sa gestion intérieure, et ma réaction extérieure qui aurait des conséquences sur cette relation de soins.

C'est pour cela qu'il me paraît crucial que la gestion du dégoût mérite sa place dans la réflexion autour de la pratique du soin, et qu'elle soit abordée au sein de la formation.



Aussi, j'invite mes collègues soignants à explorer cette facette complexe de nos émotions, afin que le dégoût ne reste plus un tabou ou une honte, dans l'exercice de notre profession au quotidien.

Traitée comme un sujet de réflexion et d'échange, la gestion du dégoût dans la pratique de soin permettrait de gagner en professionnalisme, en nous donnant des clés pour réduire nos réactions humaines sur le soin prodigué dans une situation de dégoût, et donc d'assurer un soin dans un respect humaniste du patient en fin de vie.

Au final, pouvons-nous traiter le dégoût du soignant non plus comme un tabou, mais comme un sujet de réflexion et de formation ?

# VIII. BIBLIOGRAPHIE

Liste des livres :

- Charles Baudelaire, *Les fleurs du mal* (Librairie Générale Française - Le Livre de Poche, 1972)
- Donald W. Winnicott, *Jeux et réalités : l'espace potentiel* (Éditions Gallimard, 1975)
- Eric Fiat, *Petit traité de la dignité grandeurs et misères des hommes*, (Larousse, 2014)
- Marie Sylvie Richard, *Soigner la relation en fin de vie* (Éditions Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 2012)
- Sylvie Pandelé, *La Grande Vulnérabilité : Fin de Vie, Personne Âgée, Handicapé* (Éditions Seli Arslan, 2<sup>ème</sup> édition, 2010)
- Véronique Blanchet et Agnès Brabant, *Les soins Palliatifs : des soins de vie* (Éditions Springer, 2009)

Liste des revues et publications :

- Aline Wasser, Laurie Campana-Pinot, Benoît Bartolomie, *Les sentiment de la répulsion dans les soins* (Soins infirmiers, 2013, p. 72-75)
- Christiane Voltaire, *Le tabou du dégoût L'anesthésie du soignant* (Presse Universitaire de France, p.89-97)
- Claire Margat, *Phénoménologie du Dégoût Ethnologie Française* (Presses Universitaires de France, 2011, p. 13)

Liste de sites internet :

- Cairn. Accès : <http://www.cairn.info>
- Larousse. Accès : <http://www.larousse.fr>
- Wikipédia. Accès : <http://fr.wikipedia.org>
- Youtube. Accès : <http://www.youtube.com>. Notamment des cours et des conférences d'Eric Fiat :
  - *La dignité à l'épreuve de la vie au quotidien* : [http://www.youtube.com/watch?v=OWqXg\\_X03QM](http://www.youtube.com/watch?v=OWqXg_X03QM)
  - *Le respect* : <http://www.youtube.com/watch?v=DD3-5Wus0V4>

Divers :

- Conférence. *Variation sur le talon d'Achille*, Eric Fiat, philosophe, rapporté par Marie-José Buzo, psychologue en Unité de Soins Palliatifs à Orléans
- Le conte. *La Belle et La bête / L'Oiseau bleu* (Éditions Hatier, collection Œuvres et thèmes, 2014)
- Le film. *La Belle et la Bête*, réalisé par Jean Cocteau (1946)
- Le film. *Une affaire de goût*, réalisé par Bernard Rapp avec Bernard Giraudeau, Jean-Pierre Lorit (1999)