



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des patients malodorants et de leur prise en charge : étude qualitative par focus groupes

Maud Orrière

► To cite this version:

Maud Orrière. Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des patients malodorants et de leur prise en charge : étude qualitative par focus groupes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01675748

HAL Id: dumas-01675748

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01675748v1>

Submitted on 4 Jan 2018

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N°228

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Maud ORRIÈRE**

Née le 14 juillet 1985 à Poissy (Yvelines)

Le 19 décembre 2017

**Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des patients
malodorants et de leur prise en charge : étude qualitative par focus
groupes**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jérôme MACAIGNE

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,	Président et rapporteur
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,	Juge
Monsieur le Docteur Christophe ADAM,	Juge
Madame le Docteur Pauline CHARVY,	Juge
Monsieur le Docteur Jérôme MACAIGNE,	Juge

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Professeur des Universités, médecin généraliste

Directeur et Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux

Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse et d'en être le rapporteur. Recevez toute ma gratitude pour votre disponibilité, votre engagement auprès des étudiants, vos conseils avisés, et votre empathie. Veuillez trouver ici l'expression de mon admiration et de mon plus profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses du CHU Saint André de Bordeaux

Responsable du Diplôme Universitaire Santé, Précarité à l'Université de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail de thèse. Merci pour votre disponibilité et pour votre implication sur la thématique de la précarité. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Christophe Adam,

Maître de Conférences Associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger ce travail. Merci également pour vos enseignements enthousiastes, auxquels j'ai eu la chance d'assister, et pour votre engagement dans la prise en charge de la précarité. Recevez l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Pauline Charvy,

Praticien Hospitalier, médecin psychiatre

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Merci pour ton amitié, ton aide pour aborder la psychiatrie en stage à l'hôpital Charles Perrens, tes encouragements pour cette thèse, et pour tous les bons moments passés ensemble au travail et en dehors ; nous avons déjà abordé ensemble la thématique de la beauté, nous poursuivons sur celle des odeurs. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon amitié.

Monsieur le Docteur Jérôme Macaigne,

Médecin généraliste, Directeur de thèse

Je te remercie de m'avoir aiguillée dans ce travail de thèse, de m'avoir soutenue, rassurée et encouragée. Merci de m'avoir formée à la médecine générale en stage, de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine rurale. Merci enfin de m'accorder ta confiance, et pour ton enthousiasme pour nos projets à venir. Sans toi tout ceci n'aurait pas été possible, tu es mon mentor et mon modèle. Tu as toute ma gratitude.

A ma famille,

Vincent et Margaux, mes amours

Merci pour tout l'amour que vous me portez, pour votre tendresse, votre présence, votre confiance et votre patience. Nous avons encore mille projets à mener ensemble et rien ne me comble plus de bonheur que de les construire avec vous. Je vous aime.

Papa et Maman,

Merci pour tout l'amour que vous me portez, merci de m'avoir inculqué vos valeurs, d'avoir toujours été là pendant ces longues études, de m'avoir encouragée, soutenue, d'avoir fait des sacrifices pour moi. Merci Maman pour la relecture, et Papa pour la table des matières. Voilà enfin l'aboutissement de ce que vous m'avez aidée à construire tout au long de ma vie. Je vous aime.

Solène et Kilian, ma sœur, mon frère,

Merci de me supporter depuis toujours, et pour nos moments de complicité. Malgré la distance vous êtes toujours dans mon cœur, je vous aime.

Pépé, Mémé et Mamie, mes grands-parents,

Merci pour votre tendresse, depuis mon plus jeune âge vous avez toujours compté dans ma vie.

Papé, j'aurais pu lire tant de fierté dans tes yeux...

Fabien, Régine et Nalaka, Pierre, Christophe et Jurga, Blanche et Paul,

Merci pour votre bonne humeur, c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

Patrick et Monique, Rémi et Alex, Marie et Arthur,

Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre famille. Vous comptez beaucoup pour moi.

France, Damien et Elodie

Merci d'avoir grandement contribué à mon bonheur en me présentant Vincent.

Grand-Mère, Yvette, Alain et Marie-Odile, les Vercasson et les Damizet,

Merci pour votre présence et votre accueil chaleureux qui me touche beaucoup.

A mes amis,

Aurélie, Julien, Raphaëlle et Laura, Amandine et Frédéric, Isabelle, mes amis depuis si longtemps. Avec vous on peut être loin des yeux mais jamais loin du cœur.

Julie et Éric, Marie-Angélique et Julien, Maëlen et Felipe, Aude et Bastien, Pauline, rencontrés sur les bancs de la fac ou en stage, votre amitié est pour moi très précieuse.

Guillaume et Charlotte, Max et Fouzia, Gaël et Morgane, Noël et Cécile, Ben et Christelle, Joana et François, Lucie et Nouillette, Bastien et Emilie, Baptiste et Carole, notre amitié s'est nouée en Gironde. Merci pour les vacances, escapades, soirées et autres dîners presque parfaits. Grâce à vous nous avons une vraie famille en Gironde.

A **François Claverie, Jérôme et Chantal, et toute l'équipe des urgences de Blaye** pour m'avoir fait tomber sous le charme du blayais grâce à votre accueil, et m'avoir donné envie d'y poser mes valises.

A **Jurga et Solenn** pour les corrections en anglais, et à **Dani** pour le livre très utile.

A tous les médecins qui ont accepté de participer aux focus groupes, de donner de leur temps et de leur enthousiasme pour que ce travail de thèse voie le jour.

Aux patients qui ont inspiré ce travail par leurs effluves, et à tous les autres.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	11
INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE : DES FONDAMENTAUX DE L'ODORAT ET DES ODEURS AUX IMPACTS MEDICAUX.....	13
I. HISTOIRE DE L'ODORAT, DES ODEURS ET DE L'HYGIENE EN MEDECINE	13
1) Dans l'Antiquité	13
2) Au Moyen-Age	14
3) Aux temps modernes.....	14
4) A l'époque contemporaine.....	15
II. L'ODORAT : FONCTIONNEMENT ET CONSEQUENCES.....	16
1) Physiologie de l'olfaction.....	16
A. De l'odeur au nez humain	16
B. Du nez au cerveau.....	16
2) Des odeurs et des hommes	17
A. Différentes perceptions des odeurs	17
B. Différentes odeurs humaines	19
C. Origine des odeurs corporelles.....	19
D. Evolution des odeurs corporelles au cours de la vie	20
3) Influence de l'odorat sur les comportements.....	21
A. Influence des odeurs chez l'homme	21
B. Un système d'alerte	22
C. Odeurs et émotions	23
III. LA RELATION MEDECIN-PATIENT, L'ODORAT ET LES ODEURS.....	24
1) La place des émotions du médecin dans la relation médecin-patient.....	24
2) Les odeurs perçues par les médecins.....	26

3) Les implications sociales des odeurs corporelles	27
4) La relation du patient avec son propre corps malodorant.....	29
 IV. DIFFERENTES CAUSES DE MAUVAISES ODEURS EN MEDECINE	 30
1) Les causes endogènes.....	30
A. La triméthylaminurie.....	30
B. La phénylcétonurie et autres causes métaboliques rares	31
C. L'halitose	31
D. La sudation	32
E. L'incontinence urinaire et fécale	34
F. L'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale.....	34
G. Les plaies	35
2) Les causes exogènes	36
A. Le défaut d'hygiène.....	36
B. La iatrogénie.....	36
C. Le tabagisme	37
D. L'éthylisme chronique.....	37
E. Les infections génito-urinaires.....	38
F. Les vomissements	38
G. Les causes environnementales	39
 DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPES.....	 40
I. MATERIEL ET METHODE	40
1) Question de recherche, hypothèse et objectifs	40
2) Type d'étude.....	40
3) Population étudiée	41
4) Recueil de données.....	42
5) Analyse des résultats	43
 II. RESULTATS DE L'ETUDE	 45
1) Caractéristiques de la population étudiée	45

2) Analyse des focus groupes	46
A. LES CAUSES DE MAUVAISES ODEURS CITEES PAR LES PARTICIPANTS	46
a. Catégories de causes.....	46
b. Les dix causes les plus citées	47
c. Une cause non évoquée	49
B. LA PERCEPTION GENERALE DES ODEURS PAR LES PARTICIPANTS	49
a. Considérations générales sur la perception des odeurs.....	49
b. Valence hédonique des odeurs.....	50
c. L'utilité des odeurs	50
d. Catégorisation des odeurs.....	51
e. Seuil de tolérance.....	52
C. DIFFERENTES EMOTIONS RESENTIES	53
a. Emotions pouvant altérer la relation médecin-patient	53
b. Emotions pouvant renforcer ou préserver la relation médecin-patient	56
c. Emotions neutres pour la relation médecin-patient	59
d. Graphique général des émotions.....	61
D. LES CONSEQUENCES PRATIQUES DE LA MAUVAISE ODEUR	62
a. Retentissement sur la consultation.....	62
b. Astuces mises en place par les praticiens	63
E. LE CAS PARTICULIER DU DEFAUT D'HYGIENE ET L'ABORD DES MAUVAISES ODEURS AVEC LE PATIENT	66
a. Considérations générales à propos du défaut d'hygiène	66
b. L'évolution de l'hygiène ces dernières années	67
c. L'influence de l'hygiène sur la santé	68
d. Un tabou majeur	68
e. Intervention sur les odeurs et sur l'hygiène	69
F. CONCLUSION DE L'ETUDE	72
a. L'impact sur la relation médecin-patient.....	72
b. Les patients malodorants sont-ils moins bien soignés ?.....	72
c. Pistes d'amélioration.....	74

III. DISCUSSION	75
1) Discussion sur la méthode	75
A. Le focus groupe comme support d'étude.....	75
B. L'analyse du verbatim	77
C. Le sujet choisi.....	77
2) Discussion sur les résultats.....	78
A. Les émotions des médecins face aux odeurs.....	78
B. Le tabou des odeurs.....	80
C. La place du médecin généraliste dans l'éducation à l'hygiène	81
D. Autres applications des odeurs en médecine.....	81
 CONCLUSION	 83
 BIBLIOGRAPHIE.....	 84
 ANNEXES.....	 90

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée	45
Graphique 1: Causes de mauvaises odeurs.....	47
Graphique 2: Fréquence d'occurrence des émotions négatives	56
Graphique 3: Fréquence d'occurrence des émotions positives.....	59
Graphique 4: Fréquence d'occurrence des émotions neutres	60
Graphique 5: Fréquence d'occurrence selon les types d'émotions.....	61
Graphique 6: Fréquence d'occurrence des astuces	66
Graphique 7: Réponse à la question "les patients malodorants sont-ils moins bien soignés que les autres ? "	73

ABREVIATIONS UTILISEES :

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

HLA : Human Leukocyte Antigens (Antigènes des Leucocytes Humain)

INRA : Institut National de la Recherche Agronomique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

JC : Jésus-Christ

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SDF : Sans Domicile Fixe

SMS : Short Message Service (service de messagerie écrite des téléphones portables)

TMA : Triméthylamine

AVANT-PROPOS

Le sujet de cette thèse prend son origine dans un questionnement survenu après plusieurs consultations avec des patients malodorants par défaut d'hygiène. Je me suis interrogée sur le fait que je devais leur dire ou non de se laver, et ma gêne était telle que je ne pouvais pas travailler dans des conditions optimales, à la fois pour moi et pour le patient. Car après tout, serait-il possible que l'odeur nauséabonde m'incommode au point que je ne traite pas correctement mon patient ?

Je trouvais que cette situation se produisait de façon relativement fréquente. Je me suis alors demandé comment mes confrères géraient de telles situations, comment ils considéraient ces patients et s'ils pouvaient aborder la situation avec eux tout en maintenant une bonne relation médecin-patient. En somme, si les émotions liées à la perception de mauvaises odeurs pouvaient influencer sur la relation médecin-patient, et donc sur la qualité des soins en médecine générale, et comment y remédier.

Lors de mes recherches bibliographiques préliminaires, j'ai constaté que ce sujet n'avait pas fait l'objet d'étude en tant que tel, et qu'il était peu abordé dans la littérature médicale. J'en ai conclu qu'il s'agissait d'un sujet suffisamment original et fréquent pour faire l'objet d'une thèse de médecine générale, sous forme de recherche qualitative.

INTRODUCTION

L'odorat constitue l'un de nos 5 sens, mais il n'est pas celui que l'on utilise majoritairement lors de la consultation de médecine générale. Cependant, il joue au quotidien un rôle à la fois conscient et inconscient face au patient. Les médecins sont quotidiennement confrontés aux odeurs corporelles de leurs patients, qu'elles soient agréables ou inconfortables ; elles peuvent également donner des indices sur l'état de santé d'un patient, voire contribuer à certains diagnostics. Tout ceci laisse supposer que les odeurs déclenchent des émotions voire des réactions chez les praticiens de médecine générale, il est alors légitime de se demander quelles conséquences ont les mauvaises odeurs dans la pratique quotidienne, car on peut craindre qu'elles soient un frein à la relation médecin-patient, et ainsi altérer la qualité des soins accordés aux patients malodorants.

Le manque d'hygiène d'un patient est une source notable et évidente de mauvaises odeurs ; l'hygiène est donc étroitement liée à l'odorat. De tout temps, les médecins n'ont eu de cesse d'assurer la promotion de l'hygiène corporelle à travers l'éducation des patients. Depuis toujours, les mauvaises odeurs sont perçues comme désagréables et donnent une image négative de la personne malodorante sur le plan social.

Il nous a donc paru intéressant de se pencher sur les conséquences des mauvaises odeurs de certains patients dans la pratique du généraliste. La partie théorique de cette thèse s'attachera à tisser un lien entre l'odorat, les odeurs et la médecine, pour aborder ensuite dans une deuxième partie les mauvaises odeurs avec les principaux intéressés, les médecins généralistes, lors d'entretiens par focus groupes, afin d'explicitier leurs ressentis sur le sujet, et d'en déduire les conséquences des mauvaises odeurs dans la prise en charge des patients.

PREMIERE PARTIE : DES FONDAMENTAUX DE L'ODORAT ET DES ODEURS AUX IMPACTS MEDICAUX

I. HISTOIRE DE L'ODORAT, DES ODEURS ET DE L'HYGIENE EN MEDECINE

1) Dans l'Antiquité

Depuis l'Antiquité et l'apparition de l'écriture, nous disposons d'informations sur la pratique médicale à travers les âges. L'utilisation de l'odorat en médecine remonte aux médecines orientales traditionnelles (1).

La médecine chinoise traditionnelle, née en 3000 avant Jésus Christ (JC), est l'une des plus anciennes. Elle a la particularité de tenir compte de l'Homme dans son ensemble, c'est-à-dire physiquement, psychologiquement, culturellement et socialement, et de l'équilibre entre tous ces facteurs intrinsèques et extrinsèques. Ainsi, l'examen clinique ne se résumait pas à un symptôme mais à définir un ensemble de troubles. En particulier, le médecin examinait scrupuleusement son patient, utilisant ses cinq sens : son olfaction permettait entre autre de sentir l'odeur de l'haleine, qui constituait un indice sur l'état de santé.

Chez les Egyptiens, depuis le troisième siècle avant JC, l'odorat occupe une place très importante dans l'examen clinique, comme le précise le papyrus de Kahoun. Le médecin inspectait l'ensemble du corps, les urines, les selles et les expectorations. Par exemple, il est décrit qu'une « affection gynécologique dégageait une odeur de "viande rôtie" ». Les médecins assuraient également la promotion de l'hygiène via certaines pratiques comme le lavage des mains. Les Egyptiens s'enduisaient d'huiles et d'onguents pour combattre les mauvaises odeurs corporelles ; d'autres substances, mixées et jetées sur le feu, servaient à embaumer leurs maisons et leurs vêtements. Hérodote a même évoqué dans ses écrits un système de latrines et d'évacuation des eaux usées. On peut extrapoler que les odeurs jouaient un rôle dans le développement du statut social dans cette civilisation.

L'hygiène corporelle était également mise en avant chez les Hébreux, et en particulier le lavage quotidien du visage, des mains et des pieds. L'haleine fétide est également citée comme un signe de mauvaise digestion dans cette culture.

Les Grecs et les Romains ont beaucoup contribué à l'essor de la médecine. Ils ont développé l'examen clinique ainsi que des principes empiriques fondamentaux. Ils avaient

compris que la prévention des maladies contagieuses passait par l'hygiène. Cependant, l'utilisation de l'odorat n'a pas été plus mise en avant que dans les civilisations précédentes.

2) Au Moyen-Âge

Alors que l'Eglise occidentale a muselé les scientifiques au Moyen-Âge, empêchant la médecine de progresser, le Moyen-Orient connaît un essor indiscutable dans le domaine médical. De grands médecins ont publié des ouvrages de référence à cette époque.

Avicenne, médecin et scientifique persan de religion musulmane, a apporté une énorme contribution à cet essor. Dans le domaine de l'olfaction, il a décrit dans son *Canon de la médecine* l'odeur sucrée de l'urine des diabétiques ; il considérait également que les « vapeurs d'eaux stagnantes, de cadavres ou de matière putride altéraient la qualité de l'air, avec pour conséquence la survenue d'épidémies » (1). Avicenne proposait donc de purifier l'air à l'aide de parfums ou de fumigations de matières aromatiques. Maïmonide, médecin juif, a quant à lui insisté sur la nécessité de l'hygiène dans la prévention des maladies, ce qui est conforté parallèlement par la doctrine musulmane : la propreté est considérée par les Arabes comme un précepte religieux indiscutable. Rhazès, médecin persan, a également mis en place des mesures d'hygiène publique et individuelle telles que la création des bains publics et des hammams. Ces derniers auraient entre autres la propriété de faire disparaître les flatulences.

3) Aux temps modernes

La philosophie humaniste de la Renaissance permet aux scientifiques de se détacher de la toute-puissance de l'Eglise chrétienne et de faire enfin progresser la médecine occidentale. La physiologie se développe considérablement. Mais au XVII^{ème} siècle, on se lave peu car la propreté rendrait vulnérable aux maladies, et l'Eglise interdit les bains. Les plus aisés utilisent des parfums pour masquer les odeurs (les mauvaises odeurs sont donc réservées aux classes sociales moins élevées). Cependant, Louis XIV, le Roi Soleil, fait évoluer la société en faisant construire des bains et en introduisant la chaise percée à Versailles. Le Roi faisait ses besoins en public, discutant avec ses courtisans et visiteurs, que l'odeur ne semblait pas gêner. En revanche, Louis XIV avait une hygiène bucco-dentaire déplorable. Toutes ses dents lui avaient été arrachées et il souffrait d'une fistule bucco-maxillaire. Bien que traitée, cette pathologie occasionne une mauvaise odeur se dégageant en permanence du nez de Louis XIV.

Lors de la deuxième moitié du XVIII^{ème} siècle, la notion d'hygiène publique est mise en avant. Des égouts sont créés pour limiter les odeurs et la propagation d'épidémies via les eaux usées (1).

4) A l'époque contemporaine

Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle et la naissance de la santé publique, l'hygiène publique et privée connaît de plus en plus de progrès : aération des maisons, invention des crachoirs, drainage des marais, création d'un Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine y contribuent par exemple. Les odeurs fortes sont donc progressivement éliminées de l'environnement.

Napoléon, lors de ses campagnes militaires en 1799, doit faire face à des épidémies de peste. Il instaure alors des mesures telles que les lavages quotidiens du visage, des pieds et des mains, insiste sur la propreté, ordonne l'isolement des malades, l'évitement des échanges entre les camps, l'interdiction des parades et la création de fosses de chaux vive pour les cadavres.

Parallèlement, les médecins et les chirurgiens sont longtemps restés réticents à se laver les mains entre les patients au XIX^{ème} siècle. Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que ce geste s'est généralisé.

Un cas particulier illustre l'utilisation de l'odorat en médecine : celui d'Auguste Lumière (inventeur du cinéma). En 1915, il est choqué par l'odeur fétide des salles dans lesquelles les blessés de guerre étaient soignés. En effet, la réfection de pansements secs était hebdomadaire, donc la macération importante. C'est Auguste Lumière qui mit alors au point le tulle gras, à base de gazes imprégnées de vaseline et de baume du Pérou (1).

En 2004, Richard Axel et Linda Buck ont reçu le prix Nobel de médecine pour leurs travaux sur le système olfactif et les récepteurs olfactifs, publiés en 1991. Cela contribue à souligner l'importance que les odeurs et l'odorat ont jouée à travers l'Histoire, l'importance qu'ils ont toujours à l'heure actuelle, et l'intérêt des chercheurs à leur égard prouve qu'ils ont encore à révéler leurs secrets et leurs perspectives pour l'avenir. De nos jours, plusieurs études ont montré que des chiens pouvaient dépister (voire diagnostiquer) des cancers du sein ou du poumon, en flairant l'odeur de la sueur ou de l'haleine de patients, avec une excellente sensibilité (2,3) ; des nez électroniques sont capables de différencier les odeurs dues à la schizophrénie de celles dues à d'autres troubles mentaux (2). Les hommes eux-mêmes auraient la capacité de diagnostiquer un état inflammatoire à l'odeur désagréable de la sueur du malade. L'olfaction a donc encore un bel avenir en médecine.

II. L'ODORAT : FONCTIONNEMENT ET CONSEQUENCES

1) Physiologie de l'olfaction

A. De l'odeur au nez humain

L'être humain perçoit les odeurs soit par voie orthonasale, c'est-à-dire que les molécules odorantes passent par le nez, soit par voie rétronasale, étroitement liée à la gustation, pour laquelle les odorants passent par le pharynx. Les odorants se retrouvent ensuite dans les cornets nasaux, au sommet desquels ils vont entrer en contact avec la muqueuse olfactive. Celle-ci représente environ 5 cm² ; elle repose sur la lame criblée de l'éthmoïde, elle-même franchie par les axones des neurones olfactifs situés dans la muqueuse (2).

La molécule odorante traverse tout d'abord le mucus, puis entre en contact avec les cils des dendrites neuronales et se fixe sur un récepteur, l'activant ainsi et entraînant une cascade de réactions biochimiques intracellulaires, aboutissant à la génération d'un influx nerveux. A noter que chaque neurone olfactif exprime un seul récepteur olfactif parmi environ 400 gènes ; cependant une molécule odorante peut se lier à plusieurs récepteurs de structure proche, et un récepteur peut accueillir des molécules odorantes différentes mais chimiquement proches. Les combinaisons sont donc très nombreuses, permettant de sentir des milliers d'odeurs différentes (2, 4).

B. Du nez au cerveau

Les axones des neurones olfactifs entrent donc dans la boîte crânienne via la lame criblée, jusqu'au bulbe olfactif, situé à la base du lobe frontal à droite comme à gauche, dans lequel se forme une carte olfactive (3, 4). C'est ici que les cellules mitrales prennent le relais de ces axones, et envoient leurs propres axones vers le cortex olfactif : celui-ci est constitué du cortex piriforme, de l'amygdale et du cortex entorhinal (qui est lui-même lié à l'hippocampe, important dans le processus de mémoire) (2). Cette première partie du tractus olfactif fait partie du système limbique, considéré comme le système des émotions et des comportements instinctifs (3):

- le cortex piriforme participe aux apprentissages olfactifs et catégorise les odorants d'après la carte chimique constituée dans le bulbe olfactif.

- l'amygdale est considérée comme le centre de la peur et des émotions. Elle joue un rôle dans l'établissement des aversions olfactives à l'égard des mauvaises odeurs (elle s'active particulièrement pour les composés soufrés par exemple). Elle peut également participer à la mémoire et au rappel d'émotions agréables. Elle est plus sensible aux odeurs possédant un impact émotionnel qu'à des stimuli visuels ou auditifs (3).
- le cortex entorhinal est en lien avec l'hippocampe, qui encode les souvenirs, souvent de façon polysensorielle. On mémorise l'odeur avant même d'avoir conscience de la sentir.

Ceci permet de comprendre à quel point les émotions sont impliquées dans l'odorat, avant même la prise de conscience de l'odeur.

Secondairement, le message nerveux atteint le cortex orbito-frontal, où le traitement de l'odorat se fait de manière consciente (« ça sent la menthe », « ça me rappelle quelque chose ») (2). Au bout d'une demi-seconde, l'homme prend donc conscience de l'odeur sentie. Ce cortex relie les sensations conscientes aux fonctions cognitives, de jugement et de langage. Le jugement de familiarité permet la reconnaissance de l'odeur, le jugement hédonique son appréciation. Le cortex orbito-frontal, comme l'amygdale, s'active fortement en cas de mauvaises odeurs : la réaction émotionnelle (souvent de rejet face à une mauvaise odeur) est contrebalancée par sa perception consciente, permettant un contrôle de la réaction initiale.

Toutes ces structures cérébrales sont bilatérales. L'hémisphère droit participe plus au processus de mémoire et de reconnaissance, tandis que le gauche participe aux processus émotionnels des odeurs (3, 4).

Enfin, le cervelet modulerait le flairage afin de réguler les concentrations olfactives, dans un système de rétrocontrôle (3).

2) Des odeurs et des hommes

A. Différentes perceptions des odeurs

La perception consciente d'une odeur permet de lui attribuer trois caractéristiques : sa qualité (donc son identité, ou jugement de familiarité), son intensité (fonction de sa concentration en molécules odorantes) et sa valeur hédonique ou affective, c'est-à-dire son caractère plaisant ou non (4). La perception non consciente consiste à ne pas sentir une

odeur présente à faible concentration lorsque le cerveau est occupé à une tâche requérant de l'attention (4).

La perception de l'odeur se distingue de la molécule odorante dans son approche chimique : elle constitue une représentation, voire une connaissance (5). Le *quale* se définit par « l'effet que cela fait », et c'est finalement ce qui importe lorsqu'une odeur est sentie, même si cette sensation reste donc subjective, et intrinsèquement cognitive (6).

Chaque être humain perçoit les odeurs différemment. Par exemple, il existe des anosmies partielles, c'est-à-dire que quelqu'un possédant un odorat normal n'est pas capable de sentir un odorant particulier, comme par exemple l'androsténone (odeur d'urine de porc) ou les muscs (odeurs animales) (2). L'hypothèse est que ces sujets n'expriment pas de récepteur olfactif pour ces molécules. De plus, il existe un grand polymorphisme dans l'expression des gènes olfactifs, ce qui rend les seuils de détection de certaines odeurs très variables d'un individu à l'autre. Par exemple, pour l'androsténone de nouveau, il existe cinq variants de son récepteur chez l'homme : si cette odeur paraît infecte pour celui qui possède le variant sensible du gène, elle est beaucoup moins forte pour ceux qui expriment les autres variants, tendant même à être qualifiée d'odeur de miel ou de vanille pour certains ! Nous sommes donc inégaux face aux mauvaises odeurs : chacun possède son propre « détecteur olfactif », et constitue une « image personnelle et unique, incommunicable » de chaque odorant, selon Roland Salesse (ingénieur agronome à l'INRA, spécialiste en neurobiologie de l'olfaction) (2) : on met donc les mêmes mots sur certaines odeurs, malgré des représentations personnelles différentes.

Un autre mécanisme entraîne une perception différente des odeurs : il s'agit de l'accoutumance à une odeur. Les mauvaises odeurs naturelles ont beau être incommodantes, on peut également s'y habituer : le système olfactif se « lassant » d'une odeur ambiante, on ne la remarque plus. Comme nous respirons en permanence notre propre odeur, nous ne la sentons plus, sauf quand une mauvaise odeur additionnelle telle qu'une odeur de pied apparaît lors du déchaussage. De même pour les odeurs des autres : Raymond Queneau illustre ceci en débutant son roman *Zazie dans le métro* (7) par « *Doukipudonktan ?* » : un des principaux protagonistes, Gabriel, trouve incommodantes les odeurs corporelles naturelles des passagers du train à l'heure de pointe, se demandant s'ils se lavent ; lorsqu'il sort sa pochette de soie parfumée par « *Barbouze, de chez Fior* », une passagère l'interpelle ainsi : « qu'est-ce qui pue comme ça ? ». La nouvelle odeur est perçue comme plus désagréable que l'odeur ambiante, car elle met le système olfactif en alerte et le « réveille ».

L'odorat a tendance à diminuer avec l'âge, probablement du fait d'une diminution du nombre des récepteurs olfactifs, d'une altération du renouvellement de la muqueuse

olfactive, d'un ralentissement du temps de réponse aux stimuli... Les personnes âgées sentent donc moins bien que les jeunes.

B. Différentes odeurs humaines

Toujours d'après Roland Salesse (2), avec l'évolution de l'hygiène « il est devenu convenable de ne rien sentir avant même de sentir bon ». Au XIX^{ème} siècle, les médecins se sont intéressés aux différences des odeurs corporelles entre les hommes et les femmes, et ont tenté de catégoriser les odeurs corporelles en fonction de la couleur de la peau et des cheveux, de façon spéculative... Augustin Galopin, cité par Eugénie Briot (8), trouve que « les blondes pures et cendrées dégagent surtout ce parfum d'ambre si délicieux » ou que « les cheveux châtain dégagent aussi l'ambre et, de plus, les femmes de cette couleur qui ont la peau très blanche, exhalent une odeur douce de violette par la plupart de toutes les glandes sébacés ». Ambroise Paré lui-même notait que « sa puanteur [soufrée] vient surtout aux rousseaux tavelez [les roux tavelés] ». D'où la mauvaise réputation de l'odeur des roux et des rousses !

A l'heure actuelle, on sait que les odeurs corporelles sont largement d'origine génétique (mais pas seulement). Chacun possède une odeur *sui generis* (de son propre genre en latin) qui est liée au complexe majeur d'histocompatibilité (système HLA), dont le répertoire est unique : il n'y a donc sans doute pas deux odeurs personnelles identiques ; et liée aussi à la présence de bactéries transmises de génération en génération dès la naissance, d'où une "odeur familiale" mieux tolérée que les odeurs étrangères (2, 3).

C. Origine des odeurs corporelles

Les sécrétions de la peau sont naturellement peu odorantes, mais sont transformées en molécules odorantes par les bactéries très rapidement. Ces bactéries se trouvent sur la peau, dans l'intestin ainsi que dans tous les orifices corporels. Chaque partie du corps héberge des espèces bactériennes différentes. Certains tissus tels que le polyester peuvent empirer les odeurs en hébergeant certaines bactéries, les microcoques, responsables d'émanations désagréables (2).

Il existe trois catégories de glandes cutanées :

- Les glandes sudoripares eccrines, situées un peu partout, sauf au niveau des organes génitaux, et en particulier au niveau des paumes des mains, des plantes

des pieds et du front. Elles sécrètent de la sueur, dont le pH, s'il est acide, peut faire "tourner" les parfums.

- Les glandes sébacées, situées au-dessus de la taille, élaborent le sébum riche en lipides, qui protège la peau mais abrite de nombreux microorganismes.
- Les glandes sudoripares apocrines sont situées au niveau des zones poilues (aisselles, pubis, anus, organes sexuels, mamelons et oreilles). Leur sécrétion est déclenchée par l'adrénaline. Les poils permettent la diffusion des sécrétions et des odeurs.

Les lipides sécrétés par ces glandes sont dégradés par les bactéries saprophytes en acides gras, parmi lesquels on retrouve l'acide 3-méthyl-2-hexénoïque (3M2H) et l'acide 3-hydroxy-3-méthyl-hexanoïque (HMHA) qui présentent une odeur aigre et piquante (qui attirent les moustiques), ainsi que le 3-méthyl-3-sulfanylhexan-1-ol (3M3SH) qui possède une odeur herbacée ou de fruit de la passion voire d'oignon selon son énantiomère. Ce dernier peut même être utilisé comme additif alimentaire ! Les stéroïdes androgènes masculins ont quant à eux une odeur d'urine ou de musc qualifiée de "virile" : il s'agit de l'androsténone et de l'androsténol. Ils proviennent probablement de la dégradation de la déhydroépiandrostérone (DHEA) par les bactéries (2).

D. Evolution des odeurs corporelles au cours de la vie

L'odeur corporelle évolue au fil de la vie, car le régime alimentaire évolue, ainsi que les modes, les saisons, les voyages... L'enfant est considéré comme ayant peu d'odeur, du moins il « *n'exhale pas d'effluves désagréables* » (9). La puberté constitue un bouleversement majeur, car les hormones sexuelles provoquent divers changements, dont une modification de l'odeur corporelle, décrite par les parents comme par les enfants. Cette transition olfactive est bien souvent à l'origine d'un « malaise » pour les deux parties, et marque une transition temporelle, passage de l'enfance à l'adolescence, au cours de laquelle les règles d'hygiène se doivent d'être respectées sous peine d'être malodorant.

Avec le vieillissement, la flore bactérienne commensale se modifie : par exemple, les streptocoques cutanés sont remplacés par des corynébactéries, beaucoup plus actives sur la métabolisation des sécrétions des glandes apocrines (2). L'odeur des personnes âgées (de 75 ans à 95 ans) semble bien identifiable par rapport aux odeurs d'autres catégories d'âge chez l'être humain, elle est même qualifiée de moins intense et moins déplaisante que celle des 20 à 30 ans ou des 45 à 55 ans (10).

Donc l'odeur corporelle de base ne peut être transformée, mais elle est modulée par l'âge, l'alimentation, les modifications hormonales ou encore les maladies (2), et nos sociétés occidentales y accorde culturellement une attention non négligeable (9).

3) Influence de l'odorat sur les comportements

A. Influence des odeurs chez l'homme

Les odeurs ont une influence majeure sur les comportements des animaux, mais elles peuvent également en avoir sur ceux des humains, dans une bien moindre mesure : l'homme est "microsmatique" (2, 11). Ce sont les sens de la vue et de l'ouïe qui prédominent dans les relations sociales humaines. Ces deux sens peuvent d'ailleurs influencer l'odorat (2), mais dans le cas des mauvaises odeurs il est prouvé qu'il n'y a pas d'influence sociale significative ; le sens de l'odorat sait donc également rester objectif dans certaines circonstances (12) : une odeur jugée pire qu'une autre reste la pire malgré les tentatives d'influence.

Chez l'homme, l'éducation olfactive est assez succincte, ce qui explique que le vocabulaire olfactif soit relativement pauvre et marqué par des associations à des éléments visuels et à des expériences personnelles : « ça sent les roses du jardin de ma grand-mère » par exemple (2, 11, 13). L'éducation olfactive permet d'améliorer considérablement ce vocabulaire des odeurs, comme chez les œnologues.

Le sens de l'odorat est un « *sens [...] primitif, instinctuel [...], nous imposant, bon gré, mal gré, les sensations les plus pénibles* » (5). L'odeur est alors une sensation, un effet subjectif, qui nous entoure au quotidien, nous ramène à des sensations liées à l'enfance (11). Les odeurs sont donc difficiles à caractériser pour le tout-venant. Il existe une différence entre l'objet odorant lui-même et ce qui est perçu, senti, de façon subjective et individuelle (5, 6). De plus, une mauvaise odeur se définit dans un contexte particulier. Par exemple, l'acide isovalérique peut être apprécié dans le parfum du fromage, mais il est également présent dans l'odeur de pied, et n'est alors pas considéré comme agréable... Le caractère agréable ou non d'une odeur dépend aussi de sa culture, de son éducation, de son expérience personnelle (2, 5).

Enfin, chez l'homme il n'existe pas de phéromone identifiée (2). Les phéromones sont des molécules odorantes qui déclenchent une réaction stéréotypée. On ne peut donc pas induire un comportement automatique chez l'homme en diffusant une odeur (le philtre

d'amour n'existe donc pas...). Mais le « pouvoir évocateur » d'une odeur, plus subtil, est immense et fait appel au symbolisme (6) ; il est largement utilisé en marketing (3).

B. Un système d'alerte

Les odeurs peuvent constituer un système d'alerte : l'odeur du brûlé est capable de provoquer le réveil de celui qui la sent par exemple. Les nouvelles odeurs attirent l'attention, contrairement aux odeurs habituelles. Selon Roland Salesse (2), « *les mauvaises odeurs nous rendent méfiants* ». En particulier, les odeurs désagréables seraient traitées plus rapidement et augmenteraient la fréquence cardiaque (13, 14), signe que l'odorat joue encore un rôle (minime, certes) dans la survie (6), le but étant de se détourner rapidement de ces mauvaises odeurs menaçantes.

La valence hédonique d'une odeur est fortement dépendante des apprentissages (4). La mémoire olfactive se construit déjà chez le fœtus (2). Des études ont prouvé que les nouveau-nés pouvaient reconnaître l'odeur de leur mère et exprimer une préférence pour des aliments forts en goût et en odeur qu'elle avait consommés durant la grossesse. Certains odorants provoquent des aversions spontanées : les odeurs sulfurées (odeur d'œuf pourri), qui peuvent trahir des produits toxiques, et les odeurs aminées qui signalent des produits en décomposition (odeur de poisson pourri ou d'ammoniac) : il s'agit donc d'un mécanisme de protection inné. Brillat-Savarin, éminent gastronome de la fin du XVIII^{ème} siècle, avertissait ainsi : « *les substances délétères sont presque toujours de mauvaise odeur.* » (15)

Ce mécanisme est préservé très longtemps : une étude montre (16) que « le vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, diminue le plaisir associé aux odeurs agréables et préserve en revanche le fonctionnement du système olfactif "aversif", la survie l'emportant sur le plaisir ».

Il a également été démontré (2) que l'odeur d'anxiété existait bel et bien dans les situations de stress communicatif : « l'odeur d'anxiété » active des zones cérébrales impliquées dans le traitement des émotions. Cette odeur a donc une influence non consciente sur le comportement humain, agissant comme une substance d'alarme. Il en va de même en cas d'agression : l'odeur d'un homme agressif déclenche une réaction d'anxiété (17).

C. Odeurs et émotions

« *Sentir une odeur engage, plus que toute autre modalité sensorielle, un processus perceptif et cognitif fortement lié aux émotions humaines* » Arnaud Montet, Stephen Warrenburg et Lana Glazman (3).

Une émotion se définit ainsi : « une réaction transitoire à une situation ou un stimulus déclencheurs. Elle génère une manifestation interne sous forme de réponses physiologiques et cognitives et induit une réaction externe, expressive ou comportementale. » (3)

Les odeurs, qui sont une perception, une sensation, génèrent des émotions variées, plus ou moins modulées par la culture ou l'expérience collective et propres à chaque individu selon son vécu personnel (11, 14), et engendrent des réactions à la fois cognitives et émotionnelles (18).

Il est prouvé (3) que « les odeurs désagréables induisent de plus fortes réponses émotionnelles que les odeurs agréables, et que leur perception entraîne une activation plus grande de l'amygdale », elles sont traitées plus rapidement et augmentent la fréquence cardiaque (14). « *Les mauvaises odeurs déclenchent de forte émotions, des affects extrêmement vifs* », ce qui est marqué dans leurs descriptions par des adjectifs qualifiant leur durée, leur imprégnation, d'après Joël Candau, anthropologue (14).

On peut mesurer les effets physiologiques des odorants en notant la pression artérielle et la fréquence cardiaque, en analysant les concentrations sanguines ou salivaires de certaines hormones, en réalisant des IRM, en mesurant la réponse électrodermale ou encore par analyse des mimiques lors de la diffusion de molécules odorantes. Il s'agit alors de mesures "objectives" des émotions. De façon plus subjective mais néanmoins statistique, les industriels utilisent fréquemment le "Mood Mapping" ou carte de l'humeur : des panélistes doivent décrire un odorant en choisissant parmi de nombreux descripteurs celui qui correspond le mieux à l'odeur perçue (2,3). Cela sert à évaluer l'impact émotionnel induit par un odorant (en particulier pour les parfums). Les analyses sensorielles sont elles aussi basées sur l'appréciation de "flaieurs" qui évaluent des produits olfactifs ainsi que leurs effets sur leur propre humeur et leur état émotionnel. Cependant, aucune classification rationnelle des odorants n'est en vigueur, malgré de nombreuses tentatives depuis le XVIII^{ème} siècle.

Un parfum peut générer des « émotions profondes » (2), et des odorants de tous les jours peuvent être utilisés pour raviver des souvenirs, chez les malades d'Alzheimer notamment. En aromathérapie, des odorants comme la menthe sont considérés comme

stimulants par exemple. Mais les recherches scientifiques ne montre aucun impact significatif des odorants sur la santé par aromathérapie, il s'agirait plutôt d'un impact psychologique lié au thérapeute, d'après Rachel Herz, spécialiste de l'effet des odorants sur l'humeur. Elle n'a pu recenser que dix-huit publications concluant à un effet des huiles essentielles sur la santé, mais pas via l'olfaction (2).

En revanche, les odeurs peuvent avoir un impact sur l'état psychique : une étude menée à Montréal en 2003 (2) a démontré que les odeurs désagréables augmentent le caractère inconfortable d'une douleur (sans modifier la perception de son intensité), alors qu'une odeur agréable diminuait cet inconfort. Les odeurs désagréables rendraient donc la vie plus dure ! Ceci n'est vrai que si l'on personnalise individuellement les odeurs en fonction des goûts des personnes concernées.

En conclusion, les odeurs sont capables de déclencher des émotions variées et d'influer sur l'état psychique, et inversement il semblerait que les émotions modifient également les odeurs corporelles (3). Tout ceci témoigne de l'étroitesse du lien entre odeurs et émotions ressenties, même si l'effet des odeurs sur l'humeur reste peu étudié dans la littérature scientifique (3).

“Sentir et ressentir”, la terminologie étymologiquement proche est en accord avec ce lien.

III. LA RELATION MEDECIN-PATIENT, L'ODORAT ET LES ODEURS

1) La place des émotions du médecin dans la relation médecin-patient

« L'homme [...] est capable de détecter, de différencier et de reconnaître un très grand nombre de molécules odorantes et d'ajouter sans cesse de nouvelles informations, dont certaines évoquent des souvenirs et influent sur la vie relationnelle ». Corinne Eloit, Philippe Herman, Patrice Tran Ba Huy et Didier Trotier (3).

La question du ressenti des médecins généralistes, de leurs affects, de leurs désirs ou encore de leur fatigue commence à être posée par certains auteurs. On aurait trop souvent refoulé les émotions des médecins (19), et la médecine moderne telle qu'elle est traditionnellement enseignée ne tient pas compte de la personnalité ou des affects de celui qui l'exerce ; le travail s'est d'abord fait sur l'affect des patients. Or on a vu précédemment

que les odeurs génèrent de réelles émotions chez l'être humain, donc potentiellement chez le praticien de médecine générale.

« *Les odeurs nous parlent trop du corps et de notre animalité, et les liens étroits de l'odorat avec l'affectivité et les émotions sont des handicaps* », indique Annick Le Guérer (3) d'après ses recherches bibliographiques sur l'opinion des philosophes tel qu'Emmanuel Kant à propos de l'odorat. Cette notion d'émotion handicapante est également perçue dans les recherches menées par le Dr Even (19), lorsqu'il écrit que les « *émotions et affects devront être mis de côté [...] chez le professionnel pour lui permettre d'avoir l'efficacité requise* ». La subjectivité des odeurs et des émotions s'oppose à la nécessité d'objectivité dans une pratique médicale qui se veut rationnelle. Alors lorsqu'une odeur désagréable s'impose au médecin, avec les émotions négatives qui peuvent l'accompagner, peut-il vraiment les mettre de côté pour recouvrer son efficacité ? Ce même auteur propose alors d'utiliser les émotions ressenties selon son interprétation de Michael Balint, de façon différée, pour analyser la situation du patient, les propres émotions du médecin étant alors un symptôme supplémentaire à prendre en compte. « *Utiliser son corps et sa personnalité, pour mieux soigner* » serait donc un principe essentiel dans la relation médecin-patient, et c'est ce que propose Balint, en particulier dans les groupes Balint qui permettent de se former à cette pratique (19).

Outre ce désir d'efficacité, la répression des émotions permettrait traditionnellement de protéger le soignant, créant une sorte de carapace, au risque de réduire son "humanité", et assurerait ainsi « l'intégrité relationnelle du soignant ». Mais ces théories sont désormais remises en question, car cette distance instaurée par la répression des émotions peut être culpabilisante pour le médecin, mal vécue par le patient qui se sent incompris, et donc générer une souffrance supplémentaire pour le médecin allant jusqu'au risque d'épuisement professionnel. Les émotions devraient donc pouvoir être exprimées tant par le médecin que par le patient, dans une juste mesure bien entendu, dans une relation de confiance mutuelle et d'empathie (20).

Les émotions ressenties par les médecins généralistes au cours de leur exercice dépendent étroitement de la personnalité du médecin ; il en va de même en ce qui concerne ce qu'ils font de leurs émotions : certains les contiennent, d'autres les expriment ou encore travaillent pour atteindre une « juste distance ». D'une façon générale, « la plupart des médecins perçoivent l'impact de leur ressenti sur la relation médecin-patient et beaucoup regrettent un manque de formation concernant la relation médecin-patient en général et la gestion de leurs affects en particulier » (21).

Actuellement, la réflexion sur l'éthique médicale amène donc à prendre en compte les émotions des soignants et à enseigner comment tisser ce lien si particulier avec son patient, de façon unique, car il s'agit de la rencontre entre deux personnalités singulières.

Les groupes de pairs, et en particulier les groupes Balint, sont devenus un outil essentiel à cet apprentissage (22).

Les groupes Balint sont des groupes de recherche sur la relation médecin-patient : ils sont composés d'une dizaine de médecins participants et d'un ou deux animateurs ayant une formation analytique. Leur objectif est de « permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles ils disposent pour s'en occuper » (22). Le but final consiste donc pour le médecin à appréhender sa propre personnalité professionnelle, et à utiliser ses propres émotions à bon escient dans sa pratique. Cette formation serait donc la réponse trouvée par les chercheurs pour enseigner aux médecins la gestion de leurs propres émotions.

2) Les odeurs perçues par les médecins

De par leur relation avec le corps humain, les médecins sont exposés à de nombreuses odeurs désagréables, auxquelles ils ne peuvent se soustraire car elles font partie intégrante du métier. Ces odeurs désagréables sont a priori tolérées différemment par les médecins, en fonction de leurs expériences personnelles et des souvenirs qui émergent de la perception de ces odeurs ; en effet, la dimension biographique revêt son importance dans la description des odeurs : l'odeur rappelle un souvenir personnel qui aide à la décrire (13, 23, 24). Le sens de l'odorat, qualifié de « primitif » déclenche des émotions en lien avec le vécu à la fois personnel et professionnel du médecin ; même si la sensation est désagréable, le souvenir peut correspondre à quelque chose de positif qui permet au médecin de se montrer empathique malgré tout (23).

L'odorat peut également s'avérer utile en médecine, pour suspecter un diagnostic avant même que le patient ne s'assiede, comme lorsque ce qu'il sent lui révèle une infection bactérienne lors d'une otite par exemple (25,26). Mais l'odorat du médecin étant peu éduqué en médecine contemporaine, le fait d'être persuadé d'être face à une bactérie uniquement à son odeur tient presque de l'instinct du praticien, car la fiabilité de l'odorat ne fait pas l'unanimité (24). Beaucoup regrettent que cette faculté à utiliser l'odorat en médecine se soit perdue à travers les âges, mais estiment qu'avec la pratique, ces aptitudes peuvent être développées et intégrées à leur exercice (24).

Une étude anthropologique (13) montre que l'éducation aux odeurs des professionnels confrontés à des odeurs désagréables se fait « sur le tas », de façon empirique ; c'est le cas pour les médecins légistes par exemple. Certains constatent que le cancer « a une odeur », mais elle reste indescriptible.

Pour certains auteurs, il semble clair que ce que le médecin généraliste sent au quotidien - ces odeurs pas forcément médicalement significatives (comme une odeur liée aux habitudes alimentaires) - a pourtant une influence sur les décisions qu'il prend. Malheureusement, ceci reste difficile à quantifier et peu étudié (25).

Dans le milieu professionnel, l'odeur du corps humain est considérée comme une odeur particulièrement agressive (14). Chez les infirmières hospitalières en particulier, l'exposition à des mauvaises odeurs qualifiées « d'invasives » montre qu'elles ne peuvent pas les éviter, elles les subissent, et elles s'en sentent « imprégnées », elles sont condamnées à les porter sur leurs vêtements (13). L'aptitude à supporter les mauvaises odeurs serait pour certains une capacité innée, pour d'autres une accoutumance, au cours de laquelle l'expertise professionnelle (acquise via l'expérience des mauvaises odeurs) prend le dessus sur le caractère déplaisant (13). Outre la tolérance aux odeurs, les accepter s'avère nécessaire pour l'exercice professionnel, car les protections (apnée, parfum, désodorisants) restent peu efficaces face au caractère volatil des odeurs. La pire odeur resterait l'odeur de la mort dans cette étude anthropologique (13). Certains professionnels présentent un déni de certaines odeurs, fonction de la signification qu'elles ont (par exemple, un enfant mort n'aurait pas d'odeur par rapport à un adulte, ce qui n'est objectivement pas le cas). Il existerait donc une « violence des affects olfactifs » que le professionnel doit apprendre à apprivoiser pour les intégrer, bien souvent en minimisant l'impact de ces odeurs, voire par une réaction de déni. La représentation personnelle des odeurs reste donc prépondérante, mais leur signification culturelle (maladie, mort) doit également être acceptée par le professionnel de santé (13, 14).

Enfin, l'odeur déclenche une gêne lorsqu'elle survient dans un contexte inadapté : par exemple, un cabinet médical doit être synonyme de propreté pour le médecin. Or l'intrusion d'une odeur de saleté, par défaut d'hygiène d'un patient, est susceptible de déclencher des émotions négatives (11, 14, 27).

3) Les implications sociales des odeurs corporelles

Le médecin et le patient ont donc une relation particulière, mais qui est également une relation sociale entre deux êtres humains au sein d'une civilisation. Il faut donc aussi tenir compte des implications sociales des odeurs, non spécifiques de la relation médecin-malade, qui entrent en jeu dans cette relation.

« Paradoxe de l'odeur corporelle : elle constitue l'une des dimensions les plus intimes et singulières de la personne, mais elle affecte les relations avec les autres et ne devient objective que par un acte de désignation de leur part. » Nicoletta Diasio (9)

L'odeur individuelle est exposée aux autres, mais on ne prend conscience de sa propre mauvaise odeur que lorsqu'elle est signifiée par l'autre. Il faut donc acquérir une « compétence olfactive » (9) dans le but d'apprendre à gérer ses propres odeurs corporelles afin qu'elles n'interfèrent pas dans la vie relationnelle. Les enfants et adolescents considèrent la toilette soignée comme fastidieuse, et les parents doivent alors en faire un cheval de bataille et faire prendre conscience à leur enfant de sa nécessité. L'utilisation du déodorant, débutant en général au moment de l'entrée en sixième, marque ce tournant olfactif de l'enfant à l'adolescent. Au lavage soigné chez les filles doit s'ajouter l'épilation des aisselles en plus du déodorant dans le but de réguler la transpiration ; là encore, il s'agit d'une nouvelle contrainte apparaissant avec l'âge. L'éducation des parents et leur encadrement de ces pratiques sont essentiels pour l'adolescent, car le défaut de propreté de l'enfant atteste d'une incompétence parentale aux yeux des autres.

L'odeur de l'autre peut induire un classement, une stigmatisation, de façon consciente ou non (9, 27) : l'odeur de la « menace sociale associée aux classes défavorisées », du signe d'une auto-négligence, de la personne âgée hospitalisée associée à une régression, de l'étranger aux coutumes différentes... Le seuil de tolérance aux odeurs serait dans l'imaginaire collectif en relation avec le statut social des individus : plus on serait défavorisé, moins on serait sensible aux odeurs (13). En pratique, une étude (28) montre qu'on est plus tolérant avec ses propres mauvaises odeurs qu'avec celles des autres. La mauvaise odeur de l'autre est perçue comme un risque potentiel de maladie, et entraîne donc plus de méfiance, via l'augmentation du dégoût pour les odeurs des « étrangers ». Ceci a pour conséquence l'évitement des individus, des groupes ou des environnements qui sentent mauvais (27).

La mauvaise odeur peut également faire ressentir de l'empathie, de la pitié car elle symbolise la pauvreté et la précarité sur le plan de la santé (29). S'agissant des sujets SDF et de leur odeur, on conçoit que la société soit tenaillée entre deux émotions majeures : *« Pour la plupart du temps pestilentielle, [l'odeur] effracte l'autre et le convoque dans une relation déconcertante, qui oscille entre le rejet et l'empathie »* (30).

La simple évocation des odeurs corporelles est un sujet délicat, que l'on ne peut aborder avec n'importe qui, tant ce sujet est régi par des règles de bienséance : il faut ne pas sentir, avant même de sentir bon (2, 27). L'absence de mauvaises odeurs informerait sur la bonne hygiène de la personne, et sur le respect de soi-même.

4) La relation du patient avec son propre corps malodorant

Le patient expose au médecin une partie de son intimité par ses odeurs corporelles, pathologiques ou non, et s'expose ainsi à un jugement, ou à une situation qu'il peut vivre comme humiliante (27), car la mauvaise odeur est liée à un sentiment de honte.

Il paraît difficile pour les enfants d'accepter le changement de leur propre odeur, marquant la transition vers l'adolescence. Les parents doivent souvent insister pour que les enfants se lavent correctement, et un membre de la famille doit suggérer l'utilisation du déodorant pour la première fois (9). Ce changement du soi constitue une étape importante de la vie, impudiquement exposé aux autres par les odeurs volatiles.

Le partage social des émotions nous montre également que l'expression d'une émotion (le dégoût par exemple) sur le visage de celui qui l'éprouve, est perçue par la personne en face en activant des zones cérébrales. Donc un patient malodorant perçoit ce que son médecin lui renvoie de sa propre personne (14). Il peut alors rester dans le déni ou choisir d'en tenir compte.

Ceci concorde avec ce que la littérature nous dit des sujets SDF : ils auraient un sentiment « d'invisibilité » au regard des autres, et donc d'eux-mêmes, qui les mènerait à se détacher de leur corps et à se "murer" dans le déni de leur souffrance dont les mauvaises odeurs seraient les murs (30). Même en ayant accès aux structures permettant le maintien de l'hygiène, les SDF restent incuriqués (31). L'odeur aurait donc une signification pour le sujet SDF : la destruction du sentiment de dignité et de valorisation par le corps, l'inexistence de la pudeur témoigneraient du besoin paradoxal d'exister : « je sens donc je suis », et conjointement d'une protection vis-à-vis du monde extérieur. L'odeur serait enfin un moyen d'expression qui implique des réactions de la part d'un interlocuteur, qui peut être le médecin ; celui-ci doit alors dépasser la sensation de rejet pour créer une relation avec le patient incuriqué (31). Les patients précaires n'ont d'ailleurs pas d'attentes spécifiques vis-à-vis de leur médecin : ce sont les mêmes attentes que la population générale, à savoir respect, charisme, ouverture d'esprit, disponibilité, absence d'interaction autoritaire et d'intrusion. La difficulté à établir un lien avec les personnes précaires serait plus problématique du point de vue des médecins, et renvoie à un sentiment d'impuissance, en particulier face à l'éducation hygiéno-diététique (32, 33).

IV. DIFFERENTES CAUSES DE MAUVAISES ODEURS EN MEDECINE

Il s'agit des causes qui confèrent au patient une mauvaise odeur significative ; on s'attend à retrouver certaines d'entre elles lors des focus groupes. Les causes endogènes sont les causes plutôt liées intrinsèquement au patient lui-même, les causes dénommées exogènes celles qui dépendent d'un élément extérieur comme une infection, un comportement (tabagisme, alcoolisme, défaut d'hygiène), ou encore la iatrogénie.

1) Les causes endogènes

A. La triméthylaminurie

Il s'agit d'une maladie métabolique (d'origine génétique ou acquise) caractérisée par l'excrétion de triméthylamine (TMA), qui est malodorante, dans les sécrétions corporelles telles que la sueur, la salive, l'urine et les sécrétions vaginales. Il en résulte une odeur corporelle désagréable évoquant le « poisson en cours de décomposition » (34). Ce sont les bactéries intestinales qui forment la TMA dans l'intestin ; les patients atteints de triméthylaminurie primitive ont une déficience dans une enzyme permettant secondairement de transformer la TMA en un composé non odorant dans le foie (35). Le diagnostic se fait par la mesure de TMA libre urinaire. Il n'existe malheureusement pas de traitement curatif. Il faut mettre en place un régime alimentaire pauvre en précurseurs de la TMA (évitement des poissons de mer, du foie, des œufs, des légumineuses, du chou) et une hygiène rigoureuse avec utilisation d'un savon légèrement acide et d'anti transpirant. Sur de courtes durées, des antibiotiques tels que le métronidazole ou la néomycine peuvent aider le patient en réduisant la quantité de bactéries intestinales, ainsi que l'utilisation de charbon actif qui capte la TMA (34, 35).

La prévalence et l'incidence de la maladie ne sont pas connues (34, 35) ; bien que décrite comme rare, elle resterait cependant relativement commune, estimée jusqu'à 1% de la population (36). Il existe fréquemment un retard diagnostique car l'impact psychologique sur les patients est majeur, il leur est difficile d'en parler avec leur médecin et ils apprennent à gérer les odeurs par eux-mêmes en évitant certains aliments (35), réduisant par là-même les odeurs et donc les possibilités d'hypothèses cliniques. Cependant le retentissement socio-professionnel et psychologique reste souvent handicapant, menant parfois à la dépression (37), et mieux diagnostiquer la maladie permettrait d'améliorer la qualité de vie de ces patients. Enfin, l'attitude empathique du médecin est essentielle pour la prise en charge psychoéducatrice.

B. La phénylcétonurie et autres causes métaboliques rares

Dépistée dès la naissance par le test de Guthrie depuis 1963, la phénylcétonurie est une maladie génétique grave responsable d'une arriération mentale lorsqu'elle n'est pas prise en charge. Les patients présentent alors des phénylcétones (dont l'acide phénylpyruvique) d'odeur caractéristique de moisi dans les urines et la sueur, par défaut de dégradation de la phénylalanine alimentaire (3, 38). Le traitement est l'éviction stricte de tout aliment contenant de la phénylalanine. Grâce au dépistage, la prise en charge de cette pathologie est actuellement bien codifiée et on rencontre peu de patients symptomatiques en France.

L'hyperméthioninémie est également une pathologie métabolique au cours de laquelle le corps produit une odeur particulière ressemblant au chou bouilli, émanant de la sueur, de l'urine et de l'haleine (39).

L'homocystinurie donne à l'urine une odeur douceâtre de moisissure (39).

C. L'halitose

Il n'existe pas de critère reconnu définissant l'halitose, et sa prévalence reste inconnue, les études mondiales l'évaluant entre 6 et 50% (39, 40).

L'halitose physiologique matinale est causée par la stagnation de la salive associée aux particules alimentaires en putréfaction lorsque les bactéries s'accumulent sur le dos de la langue. L'haleine est améliorée par le fait de boire fréquemment et par le brossage de dents. La consommation de certains aliments (ail, oignons, épices...) est aussi à éviter, de même que la consommation de tabac et d'alcool (39, 40). L'origine peut également être iatrogène.

L'halitose pathologique prend son origine dans 80 à 85% des cas dans des pathologies intrabuccales. Les infections parodontales sont caractérisées par un très grand nombre de bacilles Gram négatif qui produisent des composés soufrés, et par les diamines (putrescine, cadavérine), signes de putréfaction, donc d'infection sévère. Sont également mis en cause les prothèses mal ajustées, les multiples caries, le mauvais alignement dentaire, les lésions muqueuses, la xérostomie...

Dans 10% des cas environ l'halitose est d'origine ORL : sinusite, angine, pharyngite, corps étranger dans le nez, cancer ORL et abcès. Les causes plus rares peuvent être d'origine pulmonaire (bronchectasie, BPCO, asthme, abcès pulmonaire, fibrose kystique, pneumopathie, pathologie pulmonaire interstitielle) ou gastroentérologique (reflux gastro-

œsophagien, diverticule de Zenker, ulcère gastro-œsophagien, en particulier à *Helicobacter pylori*, cancer gastrique, fistule congénitale, stéatose hépatique, hernie hiatale, sténose du pylore, occlusion intestinale...) (39).

L'odeur spécifique de corps cétoniques dans l'haleine peut révéler un diabète, mais d'autres odorants spécifiques permettent un diagnostic (3): certains cancers diagnostiqués par des chiens, l'éthane et le pentane en cas de stress oxydatif, l'isoprène dans l'hypercholestérolémie en sont des exemples.

L'anamnèse est essentielle au diagnostic étiologique de l'halitose, afin d'éviter les investigations excessives. Le patient doit être orienté précocement chez le dentiste et mettre en place des règles d'hygiène bucco-dentaire, et seulement ensuite, en cas d'échec, il peut être adressé à l'ORL, puis il faut réaliser une radio pulmonaire, ensuite une endoscopie digestive et enfin des examens biologiques à la recherche d'une pathologie métabolique, jusqu'à ce que la cause soit trouvée (39, 40).

Le traitement symptomatique de l'halitose intrabuccale repose sur des mesures visant à réduire la quantité de bactéries orales : brossage soigneux des dents (avec un dentifrice au Triclosan) et du dos de la langue, de préférence avec un racloir spécifique. Les bains de bouche à la Chlorhexidine améliorent un peu la situation mais comportent des effets indésirables qui les rendent difficiles à supporter à long terme pour le patient. Les probiotiques pourraient avoir une certaine efficacité, non prouvée. Les produits masquant la mauvaise haleine comme les chewing-gums, les sprays ou les pastilles de menthe n'ont qu'un effet transitoire. Il ne faut pas oublier la prise en charge psychologique du patient, sur qui l'halitose peut être à l'origine d'anxiété, de phobie sociale voire d'autres troubles psychiatriques (39, 40).

D. La sudation

Comme développé dans le deuxième chapitre, les sécrétions produites par les glandes eccrines, sébacées et sudoripares sont dégradées en molécules odorantes par les bactéries saprophytes. Les zones du corps les plus sujettes aux mauvaises odeurs sont les aisselles, la zone génitale et les pieds (2, 41). Le composé chimique identifié comme responsable de ces mauvaises odeurs est le butane-2,3-dione (42).

Les premières mesures à prendre sont d'ordre hygiénique : lavage soigneux, en particulier de ces zones sensibles, à l'eau et au savon (voire au savon chirurgical antibactérien). Les vêtements seront de préférence en coton ou en laine plutôt qu'en synthétique, propres et changés tous les jours. Un anti-transpirant est préférable à un simple

déodorant. Sur le plan alimentaire, il est conseillé d'éviter l'ail, le poisson, le curry, les oignons et les asperges, et de limiter la caféine qui stimule la transpiration. Pour les pieds, des semelles absorbant les odeurs peuvent être utilisées. Pour les aisselles et la zone génitale, il est conseillé de raser les poils, qui contribuent à la diffusion des odeurs. Une mesure « désespérée » consisterait à se baigner dans un bain, en y diluant deux tasses de jus de tomate, pendant quinze minutes avant de se laver avec un savon au pin (41). Pour les pieds, une autre mesure « désespérée » consiste à préparer 600 mL de thé chaud (avec deux sachets infusés 15 minutes), d'y ajouter 2 litres d'eau fraîche et de laisser tremper les pieds 20 à 30 minutes par jour pendant dix jours (43). Ces mesures proviennent d'ouvrages scientifiques mais n'ont pas fait l'objet d'études.

L'hyperhidrose est une sudation excessive, principalement idiopathique, débutant généralement vers la puberté et qui a tendance à s'améliorer après 25 ans (43), 3% de la population en souffrirait (44). Elle peut également être la conséquence d'infections généralisées, de lymphomes, de troubles neurologiques (maladie de Parkinson) ou endocrinologiques (thyrotoxicose, phéochromocytome), de iatrogénie (antidépresseurs)... Un test diagnostique peut être réalisé simplement en appliquant sur l'aisselle de la povidone iodée à 2% puis de l'amidon : la zone prend une coloration bleue voire noire. Le traitement consiste à utiliser des antiperspirants locaux (qui diminuent la sécrétion sudorale), la ionophérèse au niveau des mains et des pieds, des anticholinergiques per os ou de la paroxétine, ou encore l'injection de toxine botulique. Des solutions chirurgicales sont également proposées : excision-suture du tissu sous-cutané axillaire, liposuccions superficielles ou excision de petites zones de glandes apocrines. La sympathectomie endoscopique peut également être pratiquée (44).

La bromhidrose apocrine se définit par la mauvaise odeur de la sueur des régions axillaires, périnéales et parfois ombilicales et péri-mamelonnaires. Elle est principalement le reflet de l'hygiène du patient, et peut être associée ou non à l'hyperhidrose. Son traitement principal consiste donc à appliquer des mesures d'hygiène rigoureuses. Parallèlement, l'utilisation d'antifongiques, d'antiseptiques ou d'antibiotiques peut être nécessaire pour limiter la colonisation des microorganismes. Par exemple au niveau des pieds, il faut rechercher une mycose (pied d'athlète), ou une kératolyse ponctuée plantaire (infection à corynébactéries qui donne une odeur de fromage) (44). Les déodorants ont également une place, puisqu'ils peuvent posséder des propriétés bactériostatiques, des molécules captant les odeurs, et une odeur masquante (44).

E. L'incontinence urinaire et fécale

L'urine, normalement stérile lors de son émission, est théoriquement peu odorante (2). L'odeur est accentuée dans certains cas : tabagisme, consommation de certains aliments (asperges par exemple), maladies métaboliques (phénylcétonurie par exemple). Mais elle constitue surtout un « bouillon de culture » car elle contient des protéines, des glucides et des sels minéraux. Les bactéries hydrolysent rapidement les protéines en ammoniac, très piquant, ou en amines et produits sulfurés nauséabonds. Donc plus l'urine reste longtemps sur la personne incontinente ou sur ses vêtements, plus l'odeur est forte.

Quant aux fèces, elles ne sont pas stériles : les bactéries représentent 40% de leur masse (2). Les composés les plus malodorants sont les amines et les produits sulfurés. Certains sont particulièrement tenaces, comme le scatole, issu de la dégradation du tryptophane (acide aminé). Ils proviennent de la dégradation des protéines alimentaires. Les lipides sont les précurseurs d'acides gras volatils nauséabonds. En revanche, les glucides se dégradent en eau et gaz carboniques et sont donc inodores. Les végétariens dont le régime est plus pauvre en graisses et en protéines ont donc des selles moins malodorantes !

La peur des odeurs est fréquemment mentionnée comme le pire effet de l'incontinence, de par sa nature difficile à dissimuler (45). Elle génère une anxiété présente aussi bien chez le patient incontinente que chez ses aidants familiaux, les stigmatisant aux yeux des autres et les contraignant à l'isolement de crainte d'être socialement inacceptables.

F. L'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale

Chez les patients présentant des insuffisances d'organe avancées, des odeurs peuvent émaner et être éliminées par la respiration (40). Elles ne sont pas fréquentes en médecine générale car il s'agit de patients dont la condition physique est très altérée.

Les composés sulfurés peuvent être présents en forte concentration dans l'haleine en cas de pathologie d'origine hépatique (3). Certains médecins décrivent l'odeur de l'insuffisance hépatique comme un mélange de l'odeur de « rongeur, de poisson pourri et de trèfle fauché » (24), ou encore de rat mort (39). L'odeur douceâtre du foetor hepaticus évoque l'odeur de mort (39) dans l'encéphalopathie hépatique.

L'ammoniac présent dans l'haleine est un indice d'urémie ou de défaillance rénale (3). L'odeur de l'haleine de l'insuffisant rénal peut également évoquer le poisson ou l'urine (39).

G. Les plaies

Certaines plaies, en particulier les plaies chroniques, comportent une odeur désagréable qui entraîne une souffrance psychologique s'ajoutant à la souffrance physique (douleur, nausées), qui affecte l'estime de soi et l'image de son propre corps. L'odeur peut faire penser au patient qu'il est sale, et comme pour l'incontinence, contribuer à créer un repli sur soi et un isolement social (46, 47).

Une plaie saine émet une odeur de chair fraîche qui n'est pas forcément perçue comme désagréable. La mauvaise odeur peut provenir d'une infection - souvent à germes anaérobies - ou de tissus nécrotiques. Le premier traitement de ces odeurs est d'en traiter la cause : débrider les tissus nécrotiques et traiter l'éventuelle infection par des antibiotiques. L'odeur peut ensuite être atténuée en augmentant la fréquence des pansements, avec nettoyage au savon doux et irrigation abondante, l'utilisation de traitements topiques et la mise en place de pansements au charbon actif. Durant les soins, l'environnement peut être amélioré en utilisant des capteurs d'odeur (litière pour chat autour du patient ou panier de charbon sous la table) ou des produits masquant l'odeur (bougie parfumée ou huiles essentielles par exemple) (46, 47, 48).

Les traitements topiques des plaies d'origine cancéreuse, controversés, ont été répertoriés et évalués de manière scientifique (49) sur leur efficacité dans le contrôle de l'odeur fétide des plaies. L'utilisation topique du métronidazole (qui reste la référence (50), sous forme de gel ou de comprimés écrasés dans une solution d'eau stérile) et les pansements Mesalt® (pansements absorbants au chlorure de sodium) recueillent une recommandation de grade B avec un niveau de preuve suffisant, puis les pansements au charbon actif et les pommades à la curcumine ont le même grade de recommandation mais avec un niveau de preuve moindre. Le trioxide d'arsenic, les huiles essentielles, l'extrait de thé vert, les pansements hydropolymères, les solutions antiseptiques, les hydrogels et les enzymes de fibrinolyse n'ont pas montré un niveau de preuve suffisant dans la gestion des odeurs. De récentes études incorporant la cannelle sur les pansements seraient également prometteuses (51).

2) Les causes exogènes

A. Le défaut d'hygiène

L'odeur des personnes manquant d'hygiène est socialement vécue comme offensante, agressive, et donc très mal acceptée dans notre culture occidentale, car elle ne respecte pas les "normes olfactives" (27). Elle renvoie une image d'auto-négligence, voire de danger car elle symbolise un risque pathologique (28). Elle se traduit par une exclusion du groupe social et un sentiment de méfiance.

Les odeurs associées à l'incurie sont particulièrement fortes et imprègnent les vêtements de ceux qui la sentent ; elles sont particulièrement difficiles à supporter. En ce qui concerne les SDF, on a vu précédemment que ce « manteau cloacal » d'odeurs nauséabondes leur conférerait un sentiment protecteur vis-à-vis du monde extérieur (30, 31).

Il faut cependant prendre garde à ne pas stigmatiser les patients : certaines pathologies dermatologiques comme la maladie de Darier - qui se manifeste par la présence de papules kératosiques brunâtres parfois malodorantes - peuvent mimer un défaut d'hygiène (52).

B. La iatrogénie

De nombreuses molécules ont la propriété de rendre le corps malodorant.

La supplémentation en L-carnitine est indiquée en cas de déficit primaire systémique ou musculaire en carnitine, dans des déficits secondaires (cancers, sclérose en plaque, fibromyalgie), et certaines données suggèrent son utilisation dans les asthénies chroniques (36). Elle génère la production de triméthylamine (TMA) malodorante, les bactéries intestinales métabolisant la carnitine en TMA (3), elle-même normalement métabolisée en composé non odorant. Les apports en carnitine naturels (dans la viande, le poisson) sont bien inférieurs aux posologies de L-carnitine prescrites, ce qui engendrerait une saturation du système de métabolisation de la TMA, qui serait ainsi excrétée par le patient. Celui-ci présenterait alors une odeur de poisson pourri, réversible à l'arrêt du traitement (36).

Des cas de triméthylaminurie acquise ont été rapportés chez des patients atteints de chorée de Huntington ou de maladie d'Alzheimer à qui de la choline avait été administrée (3), car la choline est également un précurseur de la TMA.

Le même mécanisme est suspecté concernant l'administration de fortes doses de glycine bêtaïne (dans les homocystinuries) (3), causant alors une odeur corporelle de poisson.

D'autres molécules sont connues pour causer une halitose iatrogène : sels de lithium, griséofulvine, antihistaminiques, amphétamines, métronidazole, pénicillamine, diurétiques, somnifères, bisphosphonates, nitrites et nitrates, vitamine B1, arsenic... (39, 40, 44).

Ces effets indésirables n'étant généralement pas considérés comme graves, ils sont probablement peu rapportés et donc sous-estimés en pharmacovigilance (36). Nul doute que d'autres molécules possèdent cette fâcheuse propriété. Pour le généraliste, il paraît important d'en tenir compte en raison des répercussions psychologiques de la mauvaise odeur et de son impact sur l'observance.

C. Le tabagisme

La fumée produite par la combustion du tabac contient un mélange complexe de plusieurs milliers de constituants, qui varie en fonction de la nature du tabac et des additifs. Il existe en particulier des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des nitrosamines et des amines hétérocycliques, principalement incriminés dans la toxicité du tabac et dans sa mauvaise odeur (3).

Dans les stratégies de prévention auprès des jeunes, il faut prendre en considération le fait que la représentation qu'ils se font du tabac est sexuée : ce sont surtout les jeunes filles qui craignent l'odeur que le tabac laisse sur le corps et les vêtements (53). Il faut utiliser cette opposition entre leur désir de beauté et la mauvaise odeur laissée par le tabac dans la prévention.

De nombreuses études démontrent que la consommation de tabac altère notablement la sensibilité olfactive et gustative (3), de ce fait les patients ressentent moins leur propre mauvaise odeur.

D. L'éthylisme chronique

L'éthanol et le méthanol sont des odorants qui signent l'addiction alcoolique (3).

Certains patients avouent que lorsqu'ils sont « bourrés, [ils] ne pensent pas à se laver » : le manque d'hygiène s'ajoute alors à l'odeur de l'alcool (30).

De plus, il existerait dans l'alcoolisme des déficits olfactifs liés à des lésions du cervelet (qui exerce un rétro-contrôle sur l'olfaction) (3), ce qui contribuerait, avec d'autres mécanismes, à ce que les patients ne soient pas capables de sentir leur propre odeur.

E. Les infections génito-urinaires

Les leucorrhées physiologiques de la femme ne sentent pas mauvais. Une odeur désagréable signe donc une infection génitale (43, 54).

La vaginite à *Gardnerella vaginalis* est fréquente et réputée pour son odeur de poisson pourri caractéristique, dans des leucorrhées grisâtres et relativement peu abondantes. Un sniff test peut être réalisé pour confirmer le diagnostic : on ajoute au prélèvement étalé sur une lame une goutte de potasse à 10%. Il se produit alors une lyse cellulaire qui va dégager une odeur de poisson pourri confirmant la présence de *Gardnerella* et d'anaérobies. En réalité c'est la décarboxylation par les germes anaérobies des acides aminés élaborés par le *Gardnerella* qui est responsable de l'odeur (54).

L'infection à *Trichomonas* donne des leucorrhées vertes, spumeuses, sentant le moisi ou le plâtre frais, ainsi qu'un prurit et des brûlures (54). Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible qui nécessite un traitement du partenaire et justifie la recherche systématique d'autres germes.

Une autre cause responsable de mauvaises odeurs peut être un corps étranger, tel qu'un tampon resté en place trop longtemps, qui lors de l'extraction par le médecin peut causer une odeur particulièrement nauséabonde (43).

Les infections urinaires peuvent également conférer à l'urine une odeur désagréable et inhabituelle (en l'absence de consommation d'aliments comme les asperges), qui peut amener le patient à la signaler au médecin (43).

F. Les vomissements

Les vomissements sont une cause bien connue d'inconfort olfactif pour le médecin. Les causes de vomissements sont multiples, la plus banale en cabinet de médecine générale

étant la gastro-entérite virale. Cette odeur est fréquemment mise en avant par les médecins comme une des odeurs les plus difficiles à supporter (55) et pourvoyeuse de nausées pour eux-mêmes, mais la littérature ne consacre que très peu de place à l'impact de l'odeur des vomissements sur les médecins.

G. Les causes environnementales

Le médecin généraliste peut être confronté à des nuisances olfactives lorsqu'il se rend au domicile d'un patient. Il doit alors travailler dans un environnement qui lui est désagréable : nombreux animaux ou odeur de feu de bois sont fréquemment rencontrés.

« Les nuisances olfactives apparaissent dès lors qu'une intolérance plus ou moins forte à des émissions odorantes est exprimée par des riverains ou des utilisateurs d'un lieu » (3). Les mauvaises odeurs d'origine environnementales, souvent subies, peuvent être considérées comme une agression si elles ne sont pas en adéquation avec l'image mentale du "confort olfactif" de celui qui la sent.

L'article L. 220-2 du code de l'environnement définit ainsi la pollution atmosphérique : « Constitue une pollution atmosphérique [...] l'introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espaces clos, des substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à [...] provoquer des nuisances olfactives excessives » (3). Ainsi la pollution atmosphérique se trouve également à l'intérieur des maisons, et le généraliste en est fréquemment témoin (voire victime...). Il peut contribuer à identifier cette pollution grâce aux odeurs et à la signifier au patient dans le but d'améliorer ses conditions de vie : humidité donnant une odeur de moisi, peintures fraîches dans un lieu mal ventilé, tabagisme, utilisation excessive de produits ménagers, mode de chauffage, défaut d'aération,... La confiance des patients pour leur médecin de famille lui octroie une place privilégiée pour dispenser des conseils sur la pollution intérieure (56).

DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPES

I. MATERIEL ET METHODE

1) Question de recherche, hypothèse et objectifs

La question posée dans ce travail de thèse est la suivante : que ressentent les médecins généralistes vis-à-vis des patients malodorants et quelles stratégies mettent-ils en place pour les prendre en charge ?

L'hypothèse émise est la suivante : la mauvaise odeur d'un patient, selon sa cause, peut altérer la relation médecin-malade, en conséquence le patient malodorant risque d'être moins bien pris en charge.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir et d'analyser les diverses émotions ressenties par des médecins généralistes vis-à-vis des patients malodorants et leurs réactions pour comprendre en quoi la relation médecin-patient peut être affectée, et ainsi pouvoir en tenir compte dans la pratique médicale.

Les objectifs secondaires sont le recueil des stratégies mises en place par les médecins généralistes pour remédier aux difficultés de prise en charge des patients malodorants, et de faire apparaître de nouvelles stratégies possibles dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients.

2) Type d'étude

Pour traiter cette problématique du ressenti de médecins généralistes, le choix s'est porté sur une étude qualitative. En effet, une étude quantitative aurait par définition nécessité une quantification, or le ressenti étant avant tout subjectif, il paraît difficilement quantifiable. Il était donc préférable de se tourner vers une étude qualitative par entretiens afin de recueillir les données. La technique des focus groupes est alors apparue comme intéressante et adaptée au sujet : d'après la méthodologie décrite par le Dr Touboul (57), le focus groupe permet à la fois d'explorer des terrains inconnus, correspond à un problème « spécifique et complexe », défini comme « difficile à mesurer objectivement », en fournissant un « éventail d'idées, d'expériences ou de réactions personnelles », le but final étant de déterminer des pistes d'amélioration éventuelles. Le focus groupe a été préféré aux entretiens individuels en considérant que le sujet se prêtait à l'expression en groupe sans

générer de gêne majeure chez les participants, et en présupposant que la dynamique de groupe permettrait de faire émerger des idées nouvelles sur une question qui n'est pas fréquemment posée aux médecins, et sur laquelle ils n'ont peut-être pas l'habitude de se pencher (hypothèse émise compte tenu de la difficulté à trouver de la bibliographie sur cette question précise).

De plus, le focus groupe s'avère souvent porteur d'une riche « intensité émotionnelle » (58), ce qui est particulièrement intéressant dans cette étude qui s'intéresse aux affects, et apporte beaucoup d'informations.

3) Population étudiée

La population étudiée est celle de médecins généralistes libéraux, installés ou non, de toutes tranches d'âge, femmes et hommes, actuellement en activité. Les autres médecins spécialistes et salariés n'ont pas été sollicités car la question de recherche voulait mettre en avant le rôle du généraliste dans son exercice libéral, en particulier au niveau de la relation médecin-patient, ce qui sous-entend un suivi des patients pris en charge dans leur globalité.

Les médecins ont été recrutés par sollicitation téléphonique selon leur lieu d'exercice, « en escargot », c'est-à-dire en partant des médecins les plus proches géographiquement des lieux de déroulement des focus groupes, fixés préalablement : deux focus groupes auraient lieu à Etauliers les 8 et 23 juin 2016 (canton de Saint Ciers sur Gironde, Haute Gironde) et un à Saint Gervais le 14 juin 2016 (canton de Saint André de Cubzac, Haute Gironde), et en étendant le recrutement géographiquement jusqu'à atteindre un nombre de participants suffisant. Ce choix a été fait pour privilégier la participation d'un maximum de médecins, en leur facilitant l'accès géographique au focus groupe. Les lieux ont été choisis pour la facilité d'obtenir une salle adaptée au focus groupe via les mairies de ces communes. Les médecins des cantons de Saint Ciers sur Gironde, de Blaye, de Bourg sur Gironde, de Saint André de Cubzac, leurs remplaçants ainsi que des connaissances géographiquement proches ont été contactés pour participer à cette étude.

Le type d'étude a l'avantage de ne pas nécessiter de représentativité stricte de l'échantillon puisque chaque opinion est intéressante et n'a pas vocation d'être généralisable (57), par conséquent il n'est pas nécessaire de randomiser les participants. Cependant, une attention particulière a été portée afin que la diversité soit la plus complète possible : modes d'exercice différents (installé, remplaçant, en milieu urbain ou rural), présence des deux sexes, tranches d'âge différentes. Ces caractéristiques ont été explorées par un court questionnaire rempli par les participants à la fin de chaque focus groupe, et retransmises dans les résultats de l'étude (Tableau 1).

4) Recueil de données

Le focus groupe, afin d'être valide, nécessite que le nombre de participants soit compris entre 4 et 12 (57, 59), l'idéal visé était de 6 à 8 participants par session. Le recrutement devait donc inclure au moins sept acceptations de participation par groupe pour pallier aux éventuels désistements, assurant statistiquement ainsi un minimum de quatre participants via un « sur-recrutement » d'au moins 30% (57).

Il a été décidé d'emblée de réaliser au moins trois focus groupes, minimum pour atteindre la saturation de données, et d'en organiser un quatrième dans un second temps si nécessaire en fonction de l'analyse des données.

Au total, 54 médecins ont été contactés par téléphone, soit directement soit via leurs secrétaires, puis relancés soit par téléphone, soit par mail, soit par SMS selon les moyens à disposition. Les différents lieux et dates leur étaient proposés, qu'ils pouvaient librement choisir.

Neuf praticiens ont accepté de participer au premier focus groupe, aucun d'eux ne s'est désisté ; sept autres ont choisi de participer au deuxième focus groupe, deux se sont désistés au dernier moment ; enfin neuf praticiens ont accepté de participer au troisième focus groupe, trois se sont désistés au dernier moment. Des relances avaient été effectuées la veille et le jour des focus groupes par SMS, mail ou par rappel à la secrétaire selon le mode de communication privilégié par les médecins.

Une trame a été réalisée à destination du modérateur, à type de questions ouvertes pour guider les entretiens, tout en restant souple, modifiable et évolutive tout au long des différents focus groupes. Cette trame comportait une introduction au focus groupe, explicitant la démarche aux participants, une première question d'introduction dont l'objectif était de briser la glace sur les différentes causes de mauvaises odeurs rencontrées, puis quatre questions ouvertes pour développer le ressenti et les stratégies, puis une question fermée (« pensez-vous que ces patients soient moins bien soignés ? ») et enfin une question ouverte sur les pistes d'amélioration. L'ordre des questions pouvait être modifié selon le déroulement des entretiens et leur évocation spontanée par les participants.

Les focus groupes se sont déroulés en soirée (début à 20h30) pour permettre une meilleure disponibilité des médecins, dans des salles mises à disposition par les mairies d'Etauliers (lieu d'exercice de l'observateur et directeur de thèse) et de Saint Gervais (lieu de résidence du modérateur et thésarde). Ils étaient précédés un petit buffet d'appoint et de boissons permettant de faire brièvement connaissance et de détendre l'atmosphère. Puis les participants se sont installés autour d'une table pour l'entretien lui-même.

Un modérateur et un observateur étaient présents. Il m'a paru important de jouer le rôle du modérateur (57) (ou animateur (58, 59) selon les auteurs) afin que mon implication dans ce travail soit totale, et ce malgré mon inexpérience totale dans ce domaine. Il s'agissait d'animer la séance, de veiller à ce que chacun ait la parole, que le discours reste clair, compréhensible et ciblé sur le thème abordé, et de reformuler si besoin des questions ou des réponses, mais surtout de gérer la dynamique du groupe.

L'observateur, rôle joué par le directeur de thèse, a pris des notes tout au long des entretiens, géré l'enregistrement par cassettes, puis en fin d'entretien a fait préciser certains points soulevés par les participants et posé des questions. Enfin, il a résumé et débriefé la séance avec le modérateur.

Les focus groupes ont été enregistrés avec l'accord des participants, afin de retranscrire en verbatim les entretiens pour analyse, de façon double à l'aide d'un enregistreur numérique et d'un enregistreur à cassette. Aucune vidéo n'a été réalisée afin de ne pas générer de gêne chez les participants. La retranscription des entretiens a ensuite été réalisée manuellement sur logiciel de traitement de texte Word, en tenant compte des expressions non verbales (rires, silences, hésitations...).

L'enregistrement du premier focus groupe a duré 58 minutes 51 secondes pour l'entretien et 22 minutes et 34 secondes pour l'intervention et les questions de l'observateur. Pour le deuxième focus groupe, l'entretien a duré 41 minutes et 38 secondes, l'intervention de l'observateur 22 minutes et 13 secondes. Enfin, lors du troisième focus groupe, l'entretien a duré 28 min et 4 secondes, 24 minutes et 3 secondes pour l'intervention de l'observateur.

5) Analyse des résultats

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot, en respectant les répétitions, les erreurs grammaticales et en précisant entre crochets les indications non verbales telles que les rires par exemple ; les hésitations ou inflexions ont également été précisées par des points de suspensions.

Les retranscriptions verbatim ainsi réalisées, il a fallu en analyser le contenu pour faire ressortir les idées principales, à la fois clairement énoncées et sous-entendues. Cette analyse se devait d'être rigoureuse et reproductible pour assurer la validité de l'étude.

Le choix de l'analyse des résultats s'est porté sur une analyse manuelle par encodage du verbatim et catégorisation sémantique (60) dans un premier temps, avec fréquence d'occurrence des thèmes, puis analyse évaluative (60) (c'est-à-dire de la valeur positive ou négative attribuée au référent-noyau « odeur ») et une tentative d'analyse de l'énonciation (60) (analyse de l'implicite, des difficultés d'expression, de la construction du discours et des figures de style), qui est particulièrement adaptée à l'analyse du ressenti. Cette analyse sur plusieurs niveaux paraissait plus difficile à réaliser sur un logiciel type NVivo qui est plus adapté à la réalisation de l'analyse sémantique seule.

Ainsi, des tableaux de fréquence d'occurrence (c'est-à-dire de la fréquence d'apparition d'un thème) pour chaque focus groupe ont été réalisés, puis secondairement ces thèmes ont été catégorisés. Pour l'analyse du deuxième focus groupe, la trame des 84 thèmes du premier focus groupe a été reprise, et 14 nouveaux thèmes sont apparus. Lors du dernier focus groupe, aucun nouveau thème ne s'est détaché : nous avons donc considéré avoir atteint la saturation de données, ce qui paraissait logique d'après les éléments bibliographiques (57, 59).

II. RESULTATS DE L'ETUDE

1) Caractéristiques de la population étudiée

Tableau illustrant les caractéristiques de la population étudiée :

		Focus groupe 1	Focus groupe 2	Focus groupe 3	Total
Sexe	Homme	6 (66,67%)	3 (60,0%)	4 (66,67%)	13 (65,0%)
	Femme	3 (33,33%)	2 (40,0%)	2 (33,33%)	7 (35,0%)
Tranche d'âge	29-39 ans	2 (22,22%)	2 (40,0%)	3 (50,0%)	7 (35,0%)
	40-50 ans	1 (11,11%)	0	1 (16,67%)	2 (10,0%)
	51-61 ans	4 (44,44%)	1 (20,0%)	0	5 (25,0%)
	> 62 ans	2 (22,22%)	2 (40,0%)	2 (33,33%)	6 (30,0%)
Durée d'exercice de la médecine générale	< 10 ans	2 (22,22%)	2 (40,0%)	3 (50,0%)	7 (35,0%)
	11-20 ans	2 (22,22%)	0	0	2 (10,0%)
	21-30 ans	2 (22,22%)	0	1 (16,67%)	3 (15,0%)
	> 30 ans	3 (33,33%)	3 (60,0%)	2 (33,33%)	8 (40,0%)
Mode d'exercice	Installé en milieu urbain	0	1 (20,0%)	0	1 (5,0%)
	Installé en milieu semi- rural	3 (33,33%)	0	1 (16,67%)	4 (20,0%)
	Installé en milieu rural	6 (66,67%)	2 (40,0%)	4 (66,67%)	12 (60,0%)
	Remplaçant	0	2 (40,0%)	1 (16,67%)	3 (15,0%)
Fréquence estimée de rencontre de patients malodorants	Au moins une fois par jour	3 (33,33%)	0	1 (16,67%)	4 (20,0%)
	2 à 3 fois par semaine	2 (22,22%)	1 (20,0%)	2 (33,33%)	5 (25,0%)
	Environ une fois par semaine	1 (11,11%)	1 (20,0%)	1 (16,67%)	3 (15,0%)
	2 à 3 fois par mois	1 (11,11%)	2 (40,0%)	1 (16,67%)	4 (20,0%)
	Environ une fois par mois	1 (11,11%)	1 (20,0%)	0	2 (10,0%)
	Plus rarement	1 (11,11%)	0	1 (16,67%)	2 (10,0%)

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

Deux tiers des participants étaient des hommes et un tiers des femmes, ce qui se rapproche de la démographie médicale puisque 55% des médecins sont des hommes et 45% sont des femmes d'après le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2015 (61). Toutes les tranches d'âge étaient représentées, les médecins de 40 à 50 ans étant les moins nombreux sur les 20 participants. Un tiers exerçait la médecine depuis moins de 10 ans et 40% depuis plus de 30 ans.

En revanche, les médecins exerçant en zone rurale étaient sur-représentés par rapport aux médecins installés en zone urbaine (un seul médecin sur 20). Les remplaçants représentaient 15% du panel. Il est à noter que la zone semi-rurale n'est pas à proprement parler définie par l'INSEE (62) et qu'il s'agit d'une vision des médecins de leur propre mode d'exercice.

De même, la fréquence de rencontre de patients malodorants constitue une impression ressentie et estimée par les médecins. 60% des médecins pensent voir un patient malodorant au moins une fois par semaine, ce qui en fait une problématique fréquente.

2) Analyse des focus groupes

A. LES CAUSES DE MAUVAISES ODEURS CITEES PAR LES PARTICIPANTS

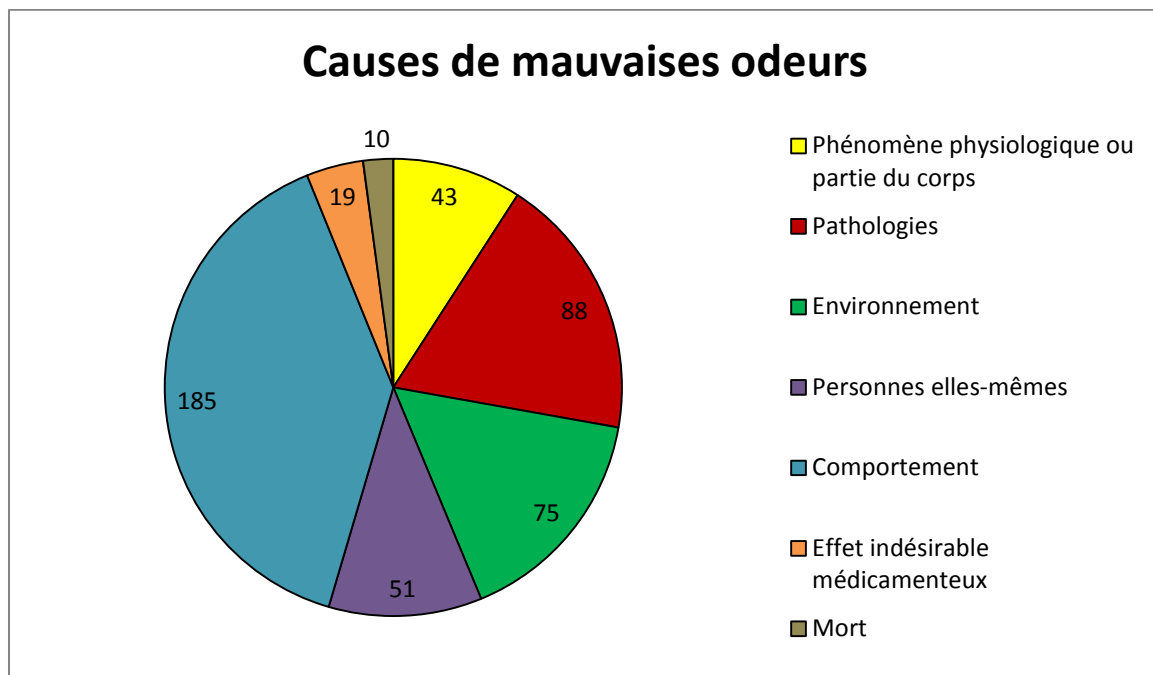
a. Catégories de causes

La question d'introduction concernait toutes les causes de mauvaises odeurs que les médecins avaient pu rencontrer au cours de leur exercice. Les participants ont cité 35 causes de mauvaises odeurs, qui ont été par la suite regroupées en sept catégories différentes lors de l'analyse :

- **Les phénomènes physiologiques et parties du corps** comprennent les pieds, les « parties intimes », les odeurs liées au tube digestif (à l'exception des vomissements intégrés dans les pathologies), les aisselles et la transpiration.
- **Les pathologies** citées sont l'halitose, les mycoses, les vomissements, les causes endocrinologiques en général, l'hypersudation pathologique, l'incontinence urinaire, les néoplasies, les kystes sébacés et l'hidrosadénite, les infections urinaires, les plaies et escarres, ainsi que les agents microbiologiques tels que le *Gardnerella vaginalis*, le *Pyocyanique* et le *Streptocoque viridans*.
- **Les causes environnementales** étaient représentées par les maisons de retraite, le port de tergal (tissu vestimentaire synthétique), les (trop) nombreux chats au domicile, l'odeur du feu de bois, la friture, les pots de chambre non vidés au domicile, et l'utilisation excessive de parfum.
- **L'odeur liée aux personnes elles-mêmes** : les nourrissons et leurs couches pleines, les adolescents, les personnes âgées, les personnes obèses et les odeurs dites sui generis non liées à un défaut d'hygiène (mais liées à l'ethnie ou au fait que l'homme soit considéré comme un "émonctoire" par exemple).

- **Les odeurs causées par des comportements** : défaut d'hygiène, tabagisme et alcoolisme.
- **Les effets indésirables médicamenteux.**
- **La mort** ou l'odeur de cadavre.

La fréquence d'occurrence de ces thèmes (c'est-à-dire le nombre de fois où ils sont cités dans les focus groupes, par un ou plusieurs participants) est résumée dans le graphique ci-dessous :



Graphique 1: Causes de mauvaises odeurs

Les odeurs liées à des comportements représentent près de 40% des causes de mauvaises odeurs citées, alors que les pathologies représentent environ deux fois moins. Les causes environnementales sont la troisième catégorie cause de mauvaise odeur en terme de fréquence d'occurrence.

b. Les dix causes les plus citées

Le défaut d'hygiène est la cause la plus largement évoquée par les participants (128 fois au total), dans les trois focus groupes. C'est ce qui a semblé le plus problématique et a donné lieu à des opinions divergentes. Les autres causes de mauvaises odeurs citées sont

visiblement moins difficilement gérées que le manque d'hygiène par les médecins interrogés, et donnent moins lieu à des ressentis différents.

Ensuite, ce sont le tabagisme et l'alcoolisme qui ont été les plus cités : respectivement 34 et 23 occurrences. Les causes d'origine comportementale représentent donc le trio de tête des causes de mauvaises odeurs évoquées. La prise en charge de ces addictions est désormais bien codifiée, et l'odeur est même citée comme une opportunité d'évoquer le problème avec le patient, même si elle peut-être désagréable, en particulier à domicile en ce qui concerne le tabac.

La transpiration (21 occurrences) est souvent évoquée dans le cadre des patients qui vont chez le médecin en sortant de leur travail ; elle est mieux tolérée et acceptée car souvent le patient s'excuse spontanément pour son odeur.

Les couches pouvant gêner lorsqu'elles restent au cabinet dans la poubelle, certains médecins prennent donc le parti de les rendre aux parents. Cependant ils conviennent en général qu'il ne s'agit pas de l'odeur la plus dérangeante ; elle est toutefois citée 20 fois, probablement compte tenu de sa fréquence dans un cabinet de médecine générale.

La iatrogénie a été évoquée à 19 reprises : un médecin a eu un cas d'halitose sévère chez une jeune femme sous Zocor (Simvastatine), qui cédait à l'arrêt du traitement, un autre a suspecté des neuroleptiques, et deux médecins différents ont évoqué la vitamine B12 en mésothérapie (qui ne se fait plus cependant), qui générerait une très forte odeur.

L'halitose est souvent jugée très désagréable voire insupportable par les médecins ; elle a été évoquée 18 fois. L'un d'entre eux signale avoir été sensibilisé par une patiente qui avait de gros problèmes gingivaux, et adresse donc rapidement ses patients au dentiste.

L'excès de parfum est ensuite cité 16 fois en tant que cause incommode pour le médecin. Certains signalent que l'excès de parfum peut masquer un défaut d'hygiène ou des odeurs qui auraient pu être utiles au diagnostic.

Les vomissements (16 occurrences également) peuvent être très pénibles à supporter pour certains, jusqu'à parfois susciter des « phobies », mais les médecins s'accordent à dire qu'ils font partie du métier...

Enfin, les médecins citent 15 fois les personnes âgées comme source de mauvaise odeur, en apportant parfois certaines précisions : il s'agit d'une mauvaise odeur plutôt bien tolérée, jugée « pas forte » mais « particulière », et souvent liée aux difficultés des patients âgés à se doucher lorsqu'ils vivent seuls chez eux.

c. Une cause non évoquée

La triméthylaminurie n'a jamais été citée, dans aucun focus groupe, laissant supposer que cette cause est méconnue et probablement sous-diagnostiquée. Ceci dit, on pourrait peut-être la rattacher à ce que les médecins ont appelé « des causes endocrinologiques » dans le deuxième focus groupe, précisant qu'ils n'en connaissaient pas, se demandant même s'ils les avaient manquées. Dans un autre groupe, certains médecins ont nommé « odeurs corporelles sui generis » des mauvaises odeurs dégagées par des patients pourtant propres, sans qu'une cause évidente soit identifiée. Il n'est donc pas impossible que certains aient déjà croisé des patients atteints de cette pathologie sans la diagnostiquer.

B. LA PERCEPTION GENERALE DES ODEURS PAR LES PARTICIPANTS

a. Considérations générales sur la perception des odeurs

Il faut tout d'abord souligner que le vocabulaire associé aux odeurs est assez pauvre : il existe peu d'adjectifs qualificatifs précis se rapportant aux odeurs relevés dans les focus groupes, ceci témoignant donc du faible intérêt pour ce sens par rapport à la vue ou à l'ouïe. Par exemple, on retrouve très souvent l'expression « une odeur très particulière », associée ou non à une grimace, ou encore une « odeur caractéristique ».

Cependant, on parvient à identifier des nuances propres à chaque participant. Ceci met en exergue le caractère subjectif des odeurs : pour une même odeur reconnue par tous comme étant mauvaise, un participant pourra l'estimer juste désagréable, un autre écœurante ou encore insupportable voire susceptible de déclencher une « phobie ». Il y a donc une sorte de gradation des odeurs désagréables qui reste très personnelle, fonction de la perception de chacun et du contexte. Par exemple, un patient qui s'excuse à l'avance pour son odeur la rend plus facile à supporter pour le médecin. Comme le précise l'un des participants du troisième focus groupe, c'est également ce que l'on interprète socialement derrière l'odeur qui peut être choquant ; la représentation que l'on se fait d'une odeur compte parfois même plus que son caractère désagréable, c'est pourquoi les odeurs de cause médicale sont mieux tolérées que le manque d'hygiène par exemple.

b. Valence hédonique des odeurs

La valence hédonique des odeurs correspond à leur caractère plaisant ou non. Dans ce travail, l'axe principal correspondait aux mauvaises odeurs ressenties en cabinet de médecine générale, laissant présupposer que cette valence serait principalement négative. Elle a été évaluée via la réalisation d'un tableau dans lequel les commentaires associés à une odeur ont été décomptés comme positifs, négatifs ou neutres.

Cependant, ce caractère plaisant ou non reste un avis très personnel : par exemple l'un des médecins s'est décrit lui-même comme étant fasciné par les mauvaises odeurs corporelles, et y accorde une valence hédonique positive ; il est le seul dans ce cas. Il se dit en revanche gêné par les odeurs « parasites » comme l'excès de parfum, l'odeur des maisons de retraites, le tabagisme ou le port de vêtements en tergal.

Un autre déclare qu'il « préfère les mauvaises odeurs à certains mauvais comportements », tout en associant somme toute un vocabulaire plutôt négatif aux éléments odorants qu'il cite (odeurs corporelles, les domiciles avec de nombreux chats, le streptocoque viridans), à l'exception des maisons de retraite. Ceci témoigne de la difficulté à niveler les odeurs pour un groupe de personnes : la généralisation se heurte à l'individualité, chacun à sa manière de classer les odeurs selon leur « degré de malodorance ».

Si l'on généralise malgré tout aux trois focus groupes, la cause qui a la valence hédonique la plus négative (c'est-à-dire celle qui a recueilli le plus de commentaires négatifs, donc la plus déplaisante) est de loin la mauvaise odeur corporelle par défaut d'hygiène ; viennent ensuite le tabac et la présence de nombreux chats au domicile. Les maisons de retraite ont la valence hédonique la plus positive : certains trouvent l'odeur qui y règne gênante, mais elle n'est pas considérée comme la pire odeur existante. Des médecins insistent sur le fait que certaines maisons de retraite sont mieux que d'autres, ou qu'elles améliorent l'hygiène des patients âgés, donc sont bénéfiques sur le plan olfactif. La mauvaise odeur liée aux personnes âgées recueille la valence hédonique la plus neutre, c'est-à-dire que l'odeur est reconnue comme mauvaise mais avec des commentaires qui ne sont ni positifs ni négatifs, témoignant d'une relative tolérance de cette mauvaise odeur.

c. L'utilité des odeurs

Les médecins reconnaissent cependant que les mauvaises odeurs peuvent s'avérer utiles dans l'exercice de la médecine, en particulier pour certains diagnostics :

- En ce qui concerne les addictions à l'alcool ou au tabac, l'odeur peut permettre le diagnostic de l'addiction ou d'une rechute : une haleine énoïque ou une odeur de

tabac orientent le médecin malgré un possible déni du patient. L'odeur peut alors permettre d'ouvrir le dialogue et d'orienter la consultation vers ces addictions. Elle a donc dans ce cas une double utilité, à la fois outil de diagnostic et prétexte à communiquer.

- Un diagnostic microbiologique est parfois possible grâce à une odeur caractéristique telle que celle de l'infection urinaire à *Escherichia Coli*, de la vaginite à *Gardnerella* (décrite comme une odeur de poisson), des plaies du scrotum à *Streptocoque viridans* ou encore du *Pyocyanique*.
- Une mauvaise odeur corporelle de novo chez un patient suivi peut orienter vers une démence débutante type maladie d'Alzheimer avec syndrome de glissement, ou un épisode dépressif majeur avec incurie.
- Enfin, certains se sont interrogés sur leur propre capacité à reconnaître une odeur de mort chez les patients en fin de vie : existe-t-il des signaux odorants que nous serions capables d'intégrer consciemment ou non ? Ou bien est-ce l'expérience du médecin qui lui permet d'affirmer, dans une maison de retraite : « ça sent la mort » près de la chambre d'un patient en fin de vie dont il n'est pas le médecin traitant ?

Certains concluent donc que la place de l'odorat est importante dans leur pratique, et qu'ils n'aiment pas que les odeurs naturelles soient camouflées par des artifices comme du parfum. Cependant, la place de l'odorat dans la pratique médicale serait moindre que pour « les anciens », qui étaient meilleurs en sémiologie. Ils ont alors évoqué de nombreux faits historiques sur les odeurs, que l'on retrouve dans la première partie de ce travail.

d. Catégorisation des odeurs

Une idée de catégorisation des odeurs a été soumise par certains médecins, et largement approuvée par les autres participants aux focus groupes : au moins deux catégories de patients malodorants sont identifiables :

- Les patients qui présentent une pathologie malodorante, pour laquelle ils n'ont pas la maîtrise de la mauvaise odeur, comme les escarres par exemple, ou encore la diarrhée, ainsi que ceux dont leur mauvaise odeur est le motif de consultation, et qui en sont désolés, comme une hypersudation pathologique ou une halitose par exemple. Cette catégorie est alors jugée moins gênante par les médecins, qui sont capables de « faire abstraction de l'odeur » ou s'autorisent alors à porter un masque ou à ouvrir les fenêtres sans crainte de vexer le patient.

- Les patients qui sont responsables de leur mauvaise odeur. Ils peuvent être conscients de leur mauvaise odeur, c'est le cas de certains tabagiques notamment, ne pas en être conscients ou être dans le déni, dans le cas d'une mauvaise hygiène par exemple. Cette notion de responsabilité du patient dans son odeur génère une moins bonne tolérance chez les médecins la plupart du temps, qui estiment qu'il y a un laisser-aller de la part du patient, une négligence de son propre corps et donc souvent de son propre état de santé : « ils savent qu'ils ne se lavent pas assez souvent ! ».

Cette catégorisation a cependant été nuancée : certains ont ajouté deux catégories supplémentaires :

- Les patients « limités socialement ou cognitivement » : ce sont des patients chez qui les médecins jugent qu'ils ne sont pas en mesure d'entendre un message sur l'hygiène, soit parce qu'ils n'éprouvent pas de gêne sociale à sentir mauvais, comme dans certains groupes de gens du voyage (« ils s'en foutent ») ; soit chez des personnes SDF qui n'ont pas les moyens techniques de maintenir une bonne hygiène ; soit parce qu'ils n'ont pas les capacités cognitives pour comprendre ce genre de message, comme un patient en début de démence, ou un patient ayant un très faible niveau d'éducation.
- Les pathologies intermédiaires, c'est-à-dire qui sont des conséquences de la mauvaise hygiène, telles que des dermatoses, des mycoses ou des ulcères variqueux. Pour soigner correctement ces pathologies il serait nécessaire d'intervenir sur l'hygiène.

e. Seuil de tolérance

La plupart des médecins a un seuil de tolérance élevé pour les mauvaises odeurs, ils considèrent qu'il faut faire avec, qu'elles font partie du métier de médecin. L'un des participants a déclaré « je ne suis pas sensible aux odeurs », ce que les autres ont approuvé, un autre « on est habitués, depuis que l'on est étudiants » ou encore « je le supporte relativement bien ». Ils s'accoutument à la mauvaise odeur au bout de quelques minutes, et « chacun fait avec ses petits moyens » pour mener sa consultation. Certains signalent ne pas avoir d'astuces mais se contenter de subir les odeurs. Un dernier affirme qu'en cas d'odeur comme le vomi, il ne prend pas de plaisir au travail mais il considère qu'il n'a pas d'autre choix que de supporter cette odeur.

Les limites de leur tolérance sont parfois atteintes cependant : des anecdotes ont été contées sur la nécessité de sortir d'un domicile, sans quoi le praticien serait « tombé dans les pommes », ou encore sur le déclenchement par l'odeur de vomi d'un patient de nausées voire de vomissements chez le praticien. Un médecin a même lancé un ultimatum à un patient, refusant de venir en visite à domicile s'il n'améliorait pas son hygiène. Ces anecdotes concernent des cas extrêmes, « insoutenables », qui sont rares pour les praticiens.

Enfin, les praticiens soulignent que leur tolérance est moindre lorsqu'il s'agit de leur propre famille : quand ils voient leurs parents se dégrader sur le plan de l'hygiène, ils ont plus de difficultés à l'accepter.

C. DIFFERENTES EMOTIONS RESSENTIES

a. Emotions pouvant altérer la relation médecin-patient

Onze émotions exprimées lors des focus groupes ont été estimées comme ayant potentiellement un impact négatif sur la relation médecin-patient, dans le sens où elles peuvent mettre le médecin dans une position inconfortable ou lui renvoyer une mauvaise image de lui-même. Elles sont classées ici selon leur fréquence d'occurrence :

- Une gêne vis-à-vis des autres patients (46 occurrences) : les médecins sont très soucieux de la gêne engendrée par un patient malodorant pour leurs autres patients, en salle d'attente ou dans le cabinet où persiste la mauvaise odeur. Les patients, bien souvent, vont d'ailleurs signifier au médecin (mais jamais au patient concerné) la mauvaise odeur. Les médecins sont très soucieux d'épargner cette gêne à leurs autres patients, et de ne pas leur laisser penser que c'est le médecin lui-même qui sent mauvais ! Ce sentiment le plus prédominant peut être le témoin de l'altruisme des médecins interrogés.
- Un sentiment de culpabilité, exprimé ou tacite (38 occurrences) : les praticiens culpabilisent de leurs ressentis vis-à-vis des patients malodorants, certains avouent même un sentiment de honte car ils craignent de moins bien soigner ces patients. Ils culpabilisent également de passer moins de temps avec ces patients, de bâcler la consultation.
- Une gêne personnelle (35 occurrences) : Les mauvaises odeurs dérangent les praticiens, peuvent les mettre mal à l'aise, rendre la consultation pénible. Certaines odeurs comme les parfums excessifs peuvent être « oppressantes ».

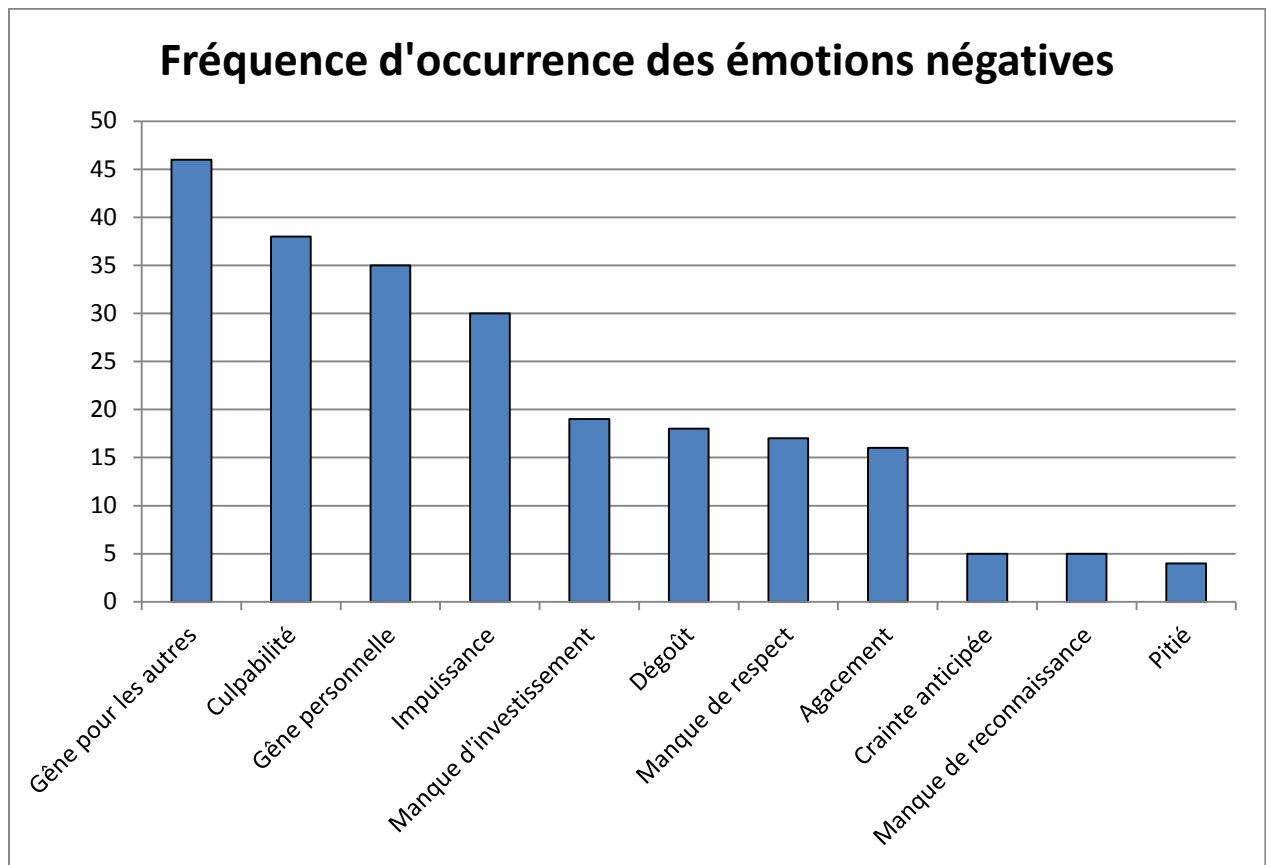
- Un sentiment d'impuissance (30 occurrences) : beaucoup de médecins se sentent pris au dépourvu dans certaines situations face aux mauvaises odeurs, ils ne savent pas quoi faire pour le patient ou ne voient pas l'utilité d'intervenir car ils pensent qu'on « ne peut pas changer les gens ». Ce sentiment, plutôt négatif dans l'analyse des focus groupes, est à mettre en parallèle avec ceux qui intègrent l'odeur au patient, une forme de fatalisme où ils acceptent l'odeur (donc sentiment plus positif pour la relation). Ce sentiment d'impuissance semble désagréable pour les médecins, leur renvoyant une image négative car il s'agit d'un constat d'échec.
- Un manque d'investissement personnel (19 occurrences) : Plusieurs médecins constatent qu'ils « ne sont pas à 100% » avec les patients malodorants, se sentent moins performants, et admettent que leur relation avec eux est moins bonne, qu'elle est abrégée. Or ils estiment qu'une partie « des soins [qu'ils] procurent est dans la relation », donc ce manque d'investissement est préjudiciable au patient.
- Du dégoût (18 occurrences) : Dans certaines situations, l'ampleur de la mauvaise odeur, souvent liée au manque d'hygiène, génère un dégoût tel que les médecins « hésitent à poser le stéthoscope », n'ont pas envie d'examiner leur patient car ils sont répugnés à l'idée de le toucher, ou encore ont « un mouvement de recul ». Ils essaient alors de penser à autre chose qu'à la consultation...
- Un sentiment de manque de respect du patient pour son médecin (17 occurrences) : Si les médecins s'interrogent sur le fait que le manque d'hygiène puisse être une marque d'un manque de respect de la part du patient, ils ne s'accordent pas tous sur cette question. Certains pensent qu'autrefois ce respect du médecin passait par l'hygiène, et que c'est moins le cas de nos jours. Ceci est nuancé par des anecdotes comme celle bien connue du patient qui ne s'était lavé qu'un seul pied pour le montrer au médecin. En revanche, certains sont plus virulents et estiment que « c'est grave » de ne pas se laver pour aller chez le médecin, laissant présager une altération de la relation médecin-patient.
- De l'agacement (16 occurrences) : Certains avouent un agacement vis-à-vis des patients malodorants par manque d'hygiène, particulièrement s'ils se sentent fatigués. Ils jugent alors la consultation pénible ; ils peuvent se sentir exaspérés par un déni du patient, allant jusqu'à ne plus avoir envie de le voir. Cependant ils signalent que des excuses de la part du patient « diminuent la tension dans la relation ».

- Une crainte anticipée (5 occurrences) : Deux participants ressentent une anxiété anticipatoire lorsqu'ils connaissent le patient dont c'est le tour et qu'ils savent qu'il sent mauvais habituellement : ils espèrent qu'il ne va pas trop sentir et qu'il va vite partir, et surtout ils craignent que le patient qui suivra le patient malodorant pense que c'est le médecin qui sent mauvais.

- Un manque de reconnaissance (5 occurrences) : Il semble que certains participants souffrent d'un manque de reconnaissance pour leur travail, à la fois du patient qui ne comprendrait pas la difficulté de supporter les odeurs, et à la fois de la société qui ne le rémunère que 23€ la consultation (désormais 25€) malgré la pénibilité olfactive et la charge de travail supplémentaire d'intervenir sur l'hygiène.

- De la pitié (4 occurrences) : Ce sentiment est le moins présent de tous. Il a été perçu et non évoqué directement par 4 participants différents dans les 3 focus groupes, via des expressions comme « le pauvre », ou « c'est malheureux », et n'est pas forcément attribué aux médecins présentant un sentiment d'impuissance. C'est pourquoi il reste un sentiment à part, mais peu présent.

Graphique récapitulatif des émotions ayant potentiellement un impact négatif sur la relation médecin-patient :



Graphique 2: Fréquence d'occurrence des émotions négatives

Si la préoccupation principale des médecins est donc le malaise causé par les odeurs nauséabondes auprès des autres patients (donc l'empathie pour les autres patients), ils expriment d'autres émotions plus personnelles témoignant entre autres de leur propre gêne, d'un sentiment désagréable de culpabilité ou d'inefficacité de leur part, qui ne leur renvoient pas une bonne image de leur propre pratique donc parasitent leur relation avec le patient malodorant.

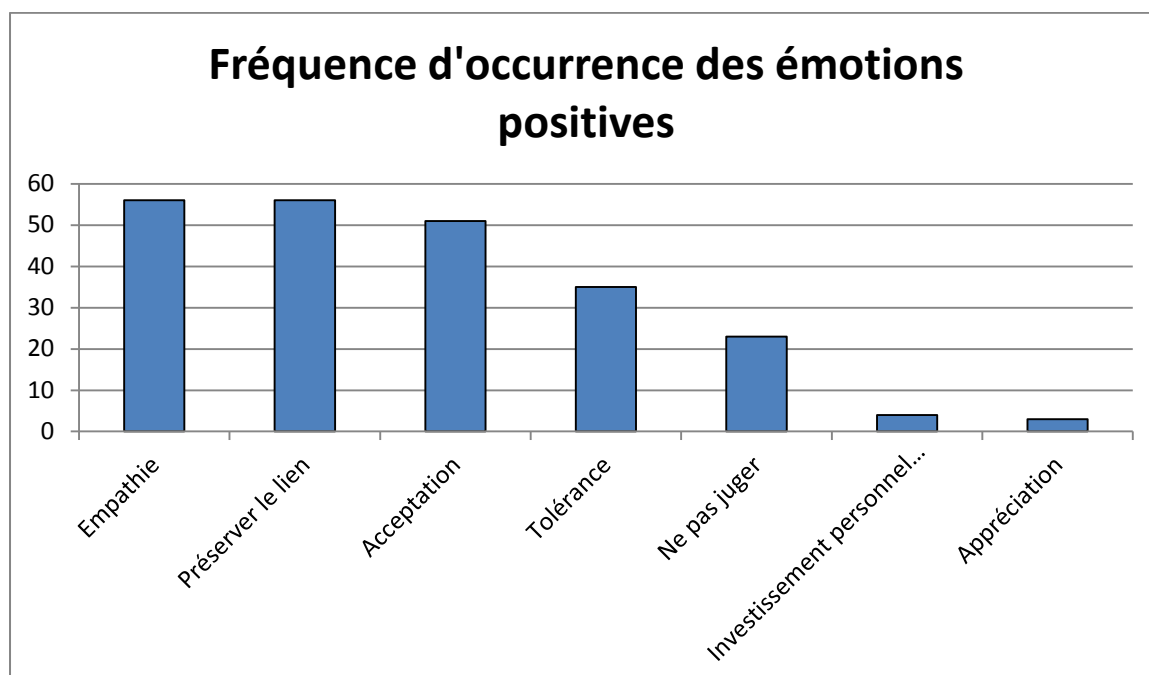
b. Emotions pouvant renforcer ou préserver la relation médecin-patient

Certaines émotions exprimées par les participants peuvent au contraire être interprétées comme enrichissantes ou bénéfiques pour la relation médecin-patient, ou tout au moins elles permettent de la préserver. Elles sont au nombre de sept :

- Une attitude compréhensive ou empathie (56 occurrences) : De nombreux médecins expriment de l'empathie pour leurs patients malodorants, cherchant à se mettre à leur place : par exemple « ça ne sent pas mauvais pour elle, elle les adore ses chats », ou estimant de façon bienveillante qu'ils n'ont pas conscience de causer une gêne « ils ne s'en rendent pas compte, ils ne le font pas exprès » ; ils sont aussi philosophes « la vie ne leur a pas laissé le choix », « ils n'ont pas la même conception que nous » de l'hygiène. Certains estiment que la mauvaise odeur peut être un choix du patient « ils ont le droit de puer ». On peut même parfois se demander si l'empathie est telle qu'ils ne chercheraient pas des excuses au patient malodorant : celui-ci n'aurait pas les moyens ou pas la structure pour assurer son hygiène (comme une caravane), la douche serait épuisante pour les personnes âgées, l'adolescent qui ne veut pas se laver ou la « culture familiale » de sentir mauvais.
- Une volonté de préserver le lien avec le patient (56 occurrences) : Les médecins redoutent ou évitent de parler des odeurs avec leurs patients car ils estiment que cela pourrait les vexer, et que s'ils les abordent, cela doit être fait avec tact. Certains pensent que parler des mauvaises odeurs peut être perçu comme une agression par le patient. Ils ne veulent pas que le patient pense que le médecin leur fait des critiques ou qu'il se sente coupable de sentir mauvais ; il leur paraît parfois déplacé de donner certains conseils d'hygiène aux patients. L'un des médecins a relaté une anecdote dans laquelle il avait vexé une patiente à propos d'une odeur, et qu'elle n'était plus venue pendant plusieurs mois, notant que cela avait eu un impact sur leur relation et donc sur son suivi médical. Les médecins souhaitent majoritairement préserver le lien avec leurs patients : « il ne faut pas les braquer ». De plus, l'un note avec humour « tu ne vas pas voir beaucoup de patients si tu leur dis qu'ils puent », signifiant que si le lien est bafoué, les médecins risquent de faire fuir les patients, voire parfois de sélectionner la patientèle.
- Une acceptation, voire un certain fatalisme (51 occurrences) : Beaucoup de médecins intègrent l'odeur au patient : ils admettent que chaque patient a son odeur, bonne ou mauvaise, et ils l'acceptent. Ils cherchent alors à prendre leurs patients dans leur globalité, tels qu'ils sont, et ne cherchent pas à les faire changer s'ils vont bien. Certains patients sont mêmes repérés par leur odeur, dans la salle d'attente par exemple. On peut se demander s'il n'y a pas un certain fatalisme (« c'est comme ça », « c'est leur mode de vie quoi ! »), sans que l'on retrouve le sentiment d'impuissance cité précédemment. L'un des participants estime même qu'« on n'a pas à changer les gens ».

- De la tolérance (35 occurrences) : Les médecins tolèrent certaines mauvaises odeurs, tantôt selon leur cause (pour les odeurs de cause médicale comme les plaies, la diarrhée, les vomissements « on fait abstraction »), tantôt selon la personne concernée par la mauvaise odeur (chez les personnes limitées, chez les personnes âgées ou encore les déments). L'attitude du patient entre en ligne de compte également : un patient qui s'excuse par avance pour sa mauvaise odeur est mieux toléré : « on va mieux le vivre s'il s'excuse, c'est psychologique ! ». L'humeur du praticien entre en jeu également : « on peut passer par-dessus ». Un médecin a employé le mot « résistance aux odeurs », que l'on peut interpréter comme un effort de sa part pour supporter l'odeur.
- La volonté de ne pas juger les patients (23 occurrences) : Pour certains, il est très important de ne pas renvoyer une image de juge au patient, afin qu'il soit en confiance. Ils se refusent à « sectariser » les patients, à leur faire critiques ou reproches. Pour eux, on ne va pas dire à un patient qu'il sent mauvais tout comme on ne leur dirait pas « vous êtes moche ».
- Un sentiment d'investissement personnel important (4 occurrences) : Cela ne concerne qu'un seul des participants. Il s'est beaucoup investi auprès d'une population de gens du voyage, et cela justifie à ses yeux une certaine bienveillance à leur égard malgré les mauvaises odeurs qu'il rencontre.
- Une appréciation des mauvaises odeurs (3 occurrences) : Certains participants ont déclaré apprécier les mauvaises odeurs, même fortes, ceci en parallèle du fait qu'elles sont intégrées au patient. Pour l'un d'entre eux, elles ne sont pas seulement acceptées mais appréciées. Deux autres participants indiquent qu'ils « préfèrent certaines mauvaises odeurs à certains mauvais comportements ».

Graphique récapitulatif des émotions ayant potentiellement un impact positif sur la relation médecin-patient :



Graphique 3: Fréquence d'occurrence des émotions positives

L'empathie et le désir de protéger le lien avec le patient, ainsi que l'acceptation du patient tel qu'il est représentent des ressentis qui nourrissent la relation médecin-patient, même si parfois ces émotions se mêlent à d'autres plus négatives.

c. Emotions neutres pour la relation médecin-patient

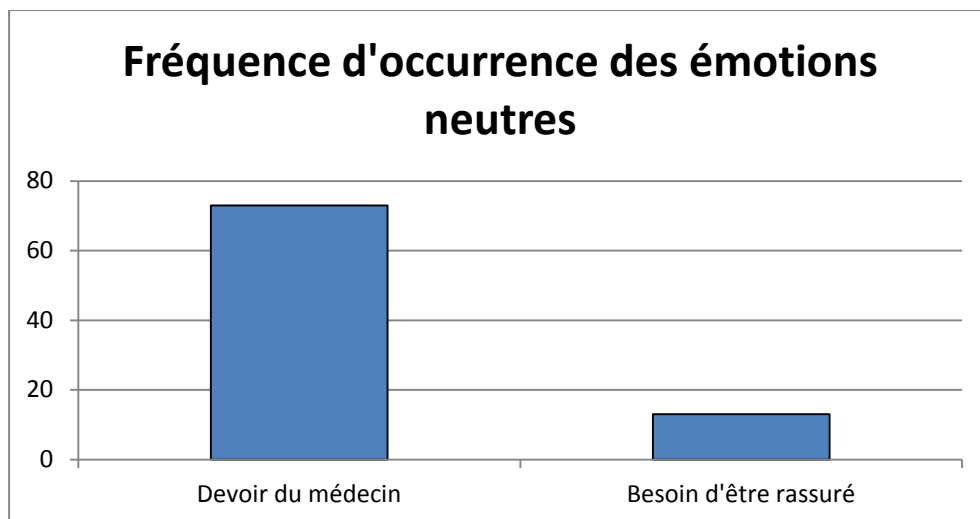
Deux autres émotions ont été exprimées, qui n'influent pas directement sur la relation médecin-patient :

- La notion de devoir du médecin (73 occurrences) : c'est le sentiment le plus représenté : les médecins estiment que dans leur profession, ils ont des devoirs qui doivent dépasser leurs émotions : le devoir de prendre en charge tous les patients, y compris ceux qui les mettent dans une situation inconfortable, le devoir de bien examiner et bien interroger les patients, le devoir de supporter les odeurs (en particulier les odeurs d'origine médicale) et de prendre sur soi pour les urgences ou « pour les patients qu'on suit et qui nous ont confié quelque chose », le devoir de parler de l'hygiène, qui « fait partie de notre boulot » même si c'est difficile à aborder, et qui renvoie à un devoir éducatif et préventif. Le

devoir d'être professionnel en toutes circonstances paraît omniprésent chez les praticiens, et témoigne de l'importance qu'ils accordent à leur profession et à leur rôle dans la société. Dans les focus groupes, cette notion de devoir du médecin n'est pas mise en relation avec la nécessité d'avoir une bonne relation avec son patient, il s'agit plutôt du devoir de respecter une certaine déontologie.

- Le besoin d'être rassuré par ses pairs (13 occurrences) : certains participants, lors des focus groupes, ont cherché l'approbation des autres sur certains sujets, ont eu tendance à se justifier ou à s'interroger. Ce sentiment pourrait témoigner soit d'un manque de confiance en soi, soit d'une volonté de prendre du recul sur ses propres pratiques pour les analyser.

Graphique récapitulatif des émotions jugées comme neutres sur la relation médecin-patient :

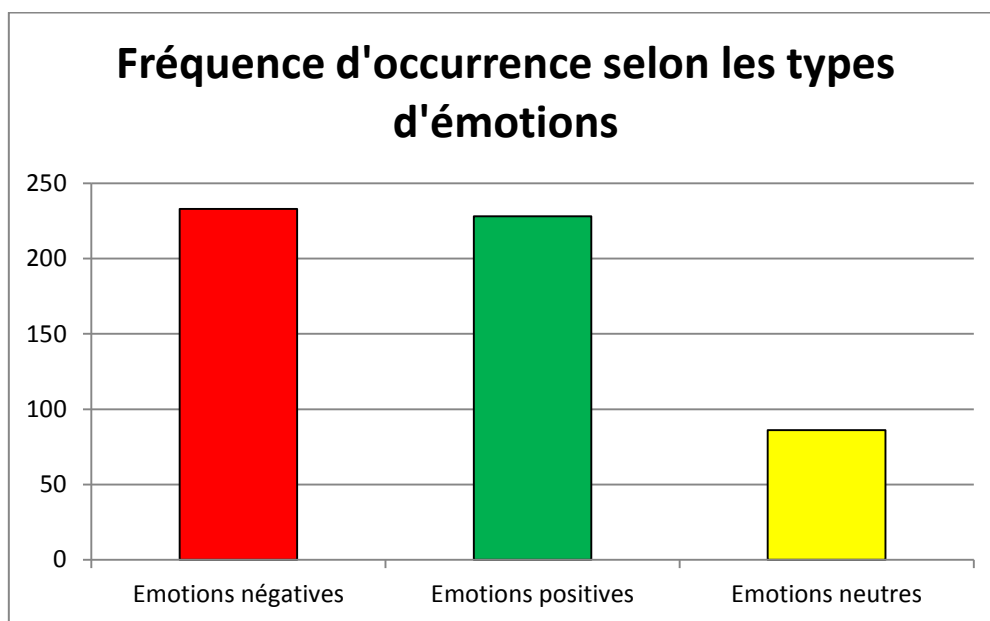


Graphique 4: Fréquence d'occurrence des émotions neutres

Ces ressentis plus neutres vis-à-vis des patients mettent en avant l'image que les médecins se font de leur métier, qu'ils acceptent avec ses avantages et ses inconvénients.

d. Graphique général des émotions

Le graphique ci-dessous permet de constater que le ressenti négatif des médecins généralistes vis-à-vis des patients malodorants est quasiment équivalent en terme de fréquence d'occurrence que les émotions positives pour la relation médecin-patient :



Graphique 5: Fréquence d'occurrence selon les types d'émotions

Ces données sont obtenues en réalisant la somme des fréquences d'occurrence des différentes émotions dans les trois catégories précédemment détaillées. Les émotions négatives représentent 233 occurrences tandis que les émotions positives, bien que moins nombreuses, représentent 228 évocations lors des focus groupes. Il est étonnant de constater que ces chiffres soient aussi proches dans le contexte de trois focus groupes dans lesquels chacun pouvait librement prendre la parole sous forme d'entretiens semi-dirigés. Donc contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre, les médecins généralistes n'ont pas forcément un ressenti négatif pour un patient malodorant malgré la gêne occasionnée, et il ne s'agit pas uniquement d'un devoir professionnel, mais ils peuvent, grâce à une certaine bienveillance, tirer le meilleur de ces consultations et entretenir une vraie relation avec un patient malodorant. Cependant, lorsque les émotions négatives dominent, elles ont comme point commun de renvoyer au médecin un sentiment d'échec, qui peut être interprété comme un échec personnel, et générer une réelle souffrance chez le médecin. Bien sûr, toutes ces émotions sont entremêlées, et sont fonction de l'humeur et de la personnalité du médecin, de son état de fatigue, de la difficulté de sa journée, mais aussi de l'attitude du patient et de la cause de la mauvaise odeur.

D. LES CONSEQUENCES PRATIQUES DE LA MAUVAISE ODEUR

a. Retentissement sur la consultation

On constate deux conséquences principales lors d'une consultation avec un patient malodorant : un raccourcissement de la durée de la consultation et une moindre qualité de l'examen clinique et de la consultation.

Le raccourcissement de la durée de la consultation est évoqué à 52 reprises lors des focus groupes, par 17 participants différents sur 20. Certains affirment qu'ils ne savent pas s'ils raccourcissent consciemment ou non la consultation. Certains se demandent s'ils écourtent vraiment la consultation, deux praticiens n'ont pas l'impression d'écourter, et l'un suggère même qu'il faudrait se chronométrer pour pouvoir l'affirmer. Un autre pense écourter la consultation avec les patients malodorants tout en conservant la qualité de la consultation : il « y met moins les formes ». D'autres sont certains d'abrégier la consultation lorsque l'odeur est particulièrement désagréable, en dehors de cas particuliers pour lesquels ils se doivent de prendre sur eux ; l'une des praticiennes va jusqu'à qualifier certaines consultations « d'expéditives ». Les praticiens essaient en général d'aller à l'essentiel lors des consultations déplaisantes, c'est l'idée globalement dominante lors des discussions. Et l'un de conclure : « s'ils sentaient tous mauvais, on en verrait plus par jour ! »

L'altération de la qualité de la consultation et de l'examen clinique est citée 55 fois par 14 des médecins présents. Lorsque les médecins se sentent gênés par l'odeur, ils se contentent du « strict minimum » lors de la consultation, comme prendre la tension artérielle, mais palpent moins, ne cherchent pas les adénopathies, font moins déshabiller ou déchausser les patients, en particulier s'ils sont visuellement sales. Ils estiment leurs consultations « moins approfondies » voire « bâclées », en particulier ils font moins de prévention. L'auto-critique est plus ou moins sévère selon les participants : l'un d'entre eux estime faire une « moins bonne médecine que chez les patients qui sentent bon », un autre pense que s'il cherchait plus, il trouverait des pathologies, un autre estime qu'il s'adapte selon le degré d'urgence, un participant pense qu'il parvient à rester très technique : il ne modifie pas le fond mais « l'enrobage » de la consultation, enfin l'un d'eux justifie cette attitude par le fait que « c'est la démarche automatico-volontaire qui est freinée », donc par une forme de rejet inconscient.

Cependant, ils estiment que ces conséquences sont globalement rares, et concernent essentiellement des cas d'odeurs insupportables.

b. Astuces mises en place par les praticiens

Afin de s'affranchir des mauvaises odeurs, certains ont mis en place des astuces qu'ils nous livrent parfois sur un ton malicieux :

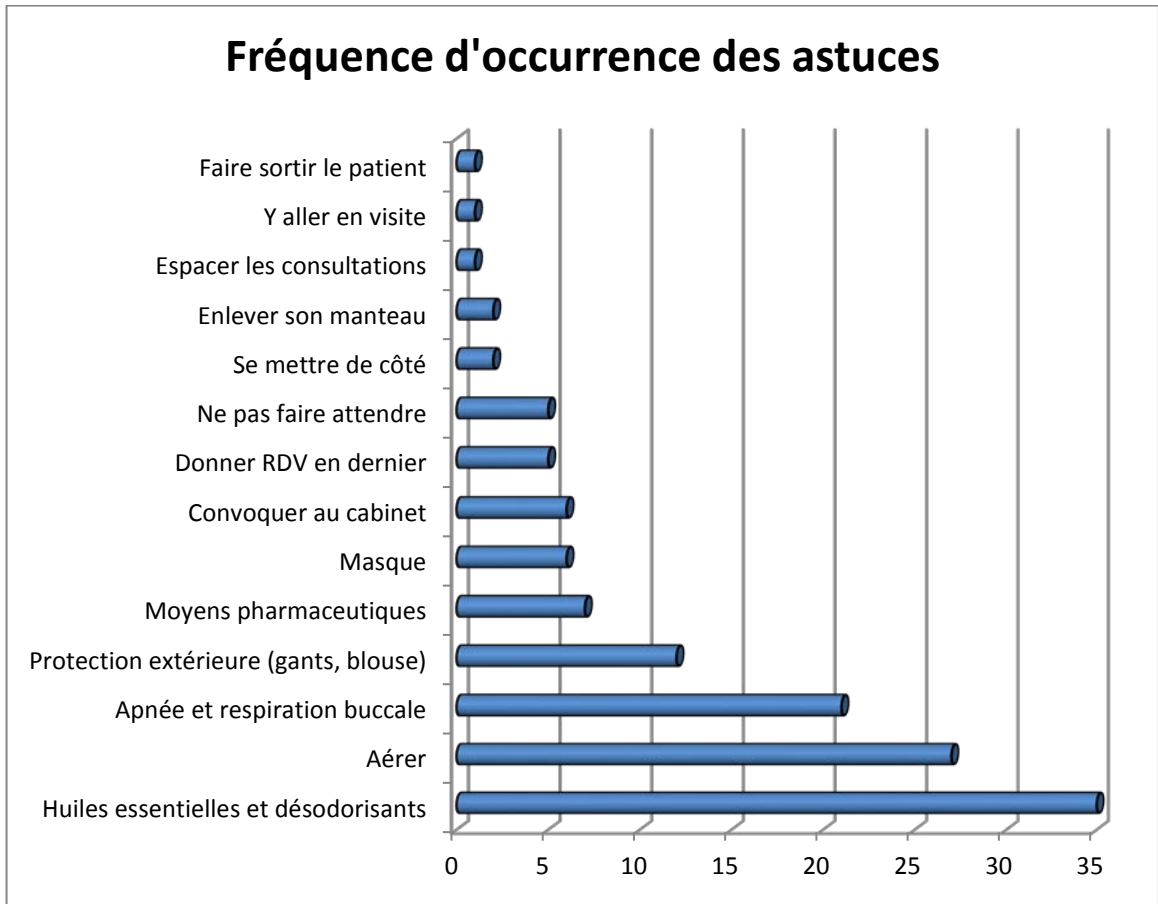
- L'utilisation d'huiles essentielles ou de désodorisants est évoquée à 35 reprises. C'est l'astuce la plus utilisée, mais également la plus controversée. Quasiment tous les médecins possèdent dans leur cabinet une bombe désodorisante, des huiles essentielles ou un diffuseur permanent (pour un seul participant). Cependant, certains trouvent que le mélange avec la mauvaise odeur répandue par le patient est « épouvantable », ou que l'odeur même du désodorisant est trop chimique. Ils déclarent donc l'utiliser avec parcimonie, et plutôt ponctuellement. Lorsque le praticien sait que le prochain patient est malodorant, il arrive qu'il pulvérise du désodorisant avant que le patient n'entre, ou lorsqu'il est présent si la cause de mauvaise odeur est d'origine médicale, mais la plupart du temps il est utilisé après, au départ du patient, soit par le médecin, soit par la secrétaire. Enfin, l'un des participants signale qu'une de ses patientes utilisait elle-même des huiles essentielles comme parade à la mauvaise odeur de sa maison due à la présence de nombreux chats.
- L'aération est citée 27 fois, par 11 médecins différents. L'ouverture des fenêtres, voire des portes, est pratiquée après la sortie du patient en général, mais parfois également avant si le médecin le connaît. Un participant a également narré que son ancien associé ouvrait les fenêtres au domicile du patient, en lui demandant la permission de le faire ; lui-même jugeait cependant cette pratique « ostentatoire » et ne se permettait donc pas de le faire.
- L'apnée ou la respiration buccale apparaît 21 fois. Les médecins tentent d'amoindrir la gêne due à la mauvaise odeur en se mettant en apnée ou en respirant par la bouche, surtout lors des premières minutes de consultation, avant qu'ils ne s'accoutument à l'odeur. Cependant ils conviennent que ce n'est pas toujours facile à faire... Avec humour, l'un des médecins propose même de fumer lui-même en visite à domicile pour limiter l'impact des odeurs. On pourrait se demander si derrière cet humour, il n'y aurait pas un sentiment de rancœur pour ce qu'il subit chez le patient, mais ce sentiment n'a cependant pas été décelé autre part lors de l'analyse des émotions.
- Le port d'une protection extérieure telle qu'une blouse ou des gants est abordé à 12 reprises. Cela ne protège pas contre les odeurs à proprement parler, mais plutôt contre les causes de mauvaises odeurs comme les vomissements qui pourraient souiller le médecin lui-même, en ce qui concerne la blouse. Pour les

gants et la désinfection soigneuse du matériel, ils concernent les patients visiblement sales.

- Des moyens pharmaceutiques sont cités à 7 reprises. Il s'agit de pansements comme les pansements au charbon qui absorbent l'odeur des plaies chroniques, de badigeonner les cols de blouse d'éther (ce qui a provoqué des sourires), et de l'administration systématique chez les patients en maison de retraite présentant une halitose marquée de Birodogyl® (Spiramycine/Métronidazole) durant cinq jours par mois (le médecin a bien précisé en l'absence de contre-indication et d'interaction). Un participant a évoqué un médicament qui sentait la terre, utilisé autrefois en neurologie mais supprimé de longue date ; il s'agissait alors plutôt d'un effet indésirable que d'une astuce, tout comme la vitamine B12 en mésothérapie, qui répandait une odeur particulière.
- Le port d'un masque est évoqué 6 fois, parfois au conditionnel, car certains disent qu'ils n'osent pas en porter. D'autres l'utilisent lors du traitement de plaies chroniques malodorantes ou si la cause est d'origine pathologique, mais précisent qu'ils ne l'ont pas fait souvent. Un participant suggère de porter un masque en prétendant être lui-même malade pour ne pas vexer le patient.
- Le fait de convoyer le patient au cabinet revient également à 6 reprises, soit pour ne plus être importuné par l'odeur insoutenable au domicile du patient, soit parce qu'ils estiment que l'un des motifs de consultation permet de la différer, et que le patient sera plus présentable la prochaine fois (cas d'un patient consultant après un travail physique par exemple), tout en précisant que cette attitude n'est pas généralisable et dépend du patient.
- Le fait de donner rendez-vous en dernier à un patient malodorant est cité 5 fois. Cela nécessite que le médecin et/ou la secrétaire connaisse ce patient au préalable et sache qu'il est malodorant en général. Le fait de donner rendez-vous en dernier permet de ne pas gêner les autres patients, en particulier en salle d'attente, puis de pouvoir aérer le cabinet pour ne pas que l'odeur persiste après le départ du patient.
- Le fait de ne pas faire attendre un patient malodorant en salle d'attente revient également 5 fois. Les médecins essaient de laisser un patient malodorant en salle d'attente le moins de temps possible, afin qu'il n'importune pas les autres patients et qu'il puisse s'en aller plus rapidement pour moins imprégner les lieux par sa mauvaise odeur. Ceci implique parfois de le faire passer en priorité devant d'autres patients.

- Le fait que le médecin se mette de côté apparaît 2 fois ; ceci concerne les médecins soignant des patients atteints d'halitose.
- Enlever son manteau lors des visites à domicile apparaît à 2 reprises également. Ceci permet au médecin d'être moins imprégné par la mauvaise odeur du domicile, comme l'odeur du feu de bois par exemple, qui peut s'avérer tenace.
- Faire sortir le patient de chez lui est abordé une fois : le médecin a considéré que l'extérieur était plus propre et plus tolérable pour examiner le patient que le domicile dans un cas précis.
- Se rendre en visite au domicile du patient au lieu de le recevoir au cabinet est cité une fois également. Ceci permet de moins incommoder les autres patients du cabinet.
- Espacer les consultations est cité une fois : non sans humour, un médecin a suggéré de faire au patient une ordonnance renouvelable dix fois, afin de le voir moins souvent.

Graphique présentant la fréquence d'occurrence de ces différentes astuces lors des focus groupes :



Graphique 6: Fréquence d'occurrence des astuces

E. LE CAS PARTICULIER DU DEFAUT D'HYGIENE ET L'ABORD DES MAUVAISES ODEURS AVEC LE PATIENT

a. Considérations générales à propos du défaut d'hygiène

Le défaut d'hygiène est la cause de mauvaises odeurs qui pose le plus de problèmes aux praticiens lors des consultations. Il est considéré de différentes façons par les médecins : il peut s'agir d'un laisser-aller, d'une négligence caractérisée pour sa propre personne, donc d'un manque de respect pour soi-même ; il peut parfois être la conséquence d'une pathologie psychiatrique comme le syndrome de Diogène, de l'incurie dans un épisode dépressif majeur, ou encore d'un syndrome de glissement chez la personne âgée. Certains soulignent que le patient peut se trouver dans le déni de ce défaut d'hygiène.

Le manque d'hygiène associé aux mauvaises odeurs sont jugés fréquents chez certaines tranches d'âge : les personnes très âgées peuvent éprouver des difficultés à assurer leur hygiène quotidienne, ou les adolescents qui n'aiment parfois pas se laver. Il peut s'agir également d'un problème familial : c'est alors toute la famille qui sent mauvais, à l'instar des parents qui n'inculquent pas suffisamment l'hygiène à leurs enfants. Les médecins nomment avec humour (ou par discrétion) ce défaut d'hygiène « la sapopénie », c'est-à-dire le déficit en savon. Cela peut toucher l'hygiène générale, mais aussi l'hygiène dentaire ou encore la propreté des vêtements.

Certains trouvent que les patients peuvent être « plus rustres à la campagne », tandis qu'un autre pense qu'il ne s'agit pas d'une question de ville ou de campagne, mais plus d'une question de précarité. Un autre encore pense que le défaut d'hygiène ne touche pas forcément des patients « économiquement faibles » (en dehors de patients ayant un mode de vie marginal tels que les SDF ou les ermites), mais qu'il s'agit plus d'une question de mentalité. C'est le cas de la population des gens du voyage, considérée comme manquant d'hygiène, bien que les choses se soient améliorées avec le temps.

Enfin, les médecins décrivent une évolution des pratiques médicales : ils font moins de visites à domicile donc sont moins confrontés au mode de vie de leurs patients dont l'hygiène fait défaut. L'un d'eux considère que la situation peut être pire lors des gardes car les patients ne sont pas préparés à l'arrivée du médecin, et l'incursion à l'improviste chez le patient peut parfois s'avérer épique... Ils comparent également leur situation avec celle des praticiens hospitaliers : certains affirment qu'à l'hôpital les patients peuvent être douchés, mais d'autres soulignent qu'ils vivent les mêmes difficultés que leurs confrères et que tous sont bien obligés de déshabiller les patients.

b. L'évolution de l'hygiène ces dernières années

Les participants notent en effet que l'hygiène a connu une évolution positive dans le temps depuis quelques décennies. Plusieurs facteurs ont contribué à cette amélioration globale de l'hygiène : la sédentarisation, l'éducation (pour laquelle l'école joue un rôle prépondérant), la prise de conscience de certaines populations comme les gens du voyage de la nécessité de l'hygiène, l'amélioration de l'habitat avec la présence de douche et d'eau chaude dans tous les logements désormais, y compris dans les caravanes.

Cependant, il ne s'agit pas seulement de bénéficier de ces progrès dans les habitations, mais la mentalité des patients joue un rôle majeur : beaucoup signalent que leurs grands-parents n'avaient pas de douche mais se lavaient quand même, ou qu'en Afrique certains n'ont pas accès à l'eau et se lavent pourtant ; les mentalités ont donc

également évolué positivement, contribuant à cette amélioration générale de l'hygiène. Une exception est citée : le fait que les patients ne mettent plus systématiquement à disposition du médecin du savon et une serviette propre lors des visites à domicile.

Un élément a également contribué à l'évolution des mentalités, à la fois positivement et négativement : il s'agit des médias. En effet, l'hygiène est mise en valeur à la télévision, mais parallèlement des publicités vantent des déodorants efficaces pendant 48 heures, laissant sous-entendre, selon certains, qu'il ne serait pas nécessaire de se laver tous les jours. Certains constatent aussi qu'ils voient plus d'hidrosadénites liées à l'utilisation des déodorants, et qu'il est difficile de faire accepter aux patients de ne plus en utiliser. Toutefois, les participants signalent que la publicité n'influence pas réellement leur pratique quotidienne.

c. L'influence de l'hygiène sur la santé

L'hygiène est considérée comme la base de la santé par plusieurs médecins : un manque d'hygiène peut être la cause de certaines pathologies, ou tout du moins un facteur déterminant sur la santé du patient. Il faut, pour soigner efficacement le patient, rechercher la cause de ce manque d'hygiène, d'après l'un des praticiens. Certaines pathologies peuvent être la conséquence directe d'un défaut d'hygiène : c'est le cas de dermatoses, de mycoses ou encore d'ulcères.

Cependant, plusieurs praticiens doutent de l'influence de l'hygiène sur les problèmes de santé : ils souhaiteraient que des études scientifiques soient menées afin de prouver que la saleté entraîne des maladies, car ils remettent en question ce postulat. En effet, selon eux, tout le monde peut avoir des mycoses, ou encore la gale, qui touche désormais les gens propres. D'autres associent le manque d'hygiène au manque de soins : un patient négligent pour sa propre hygiène le sera aussi pour ses soins ; ils y voient donc un lien beaucoup plus indirect. Ils concluent que si l'on prouvait que le manque d'hygiène engendre des maladies et qu'il s'agit donc d'un problème de santé publique, au même titre que le tabac par exemple, « on serait obligé d'en parler ».

d. Un tabou majeur

Cette dernière phrase du paragraphe précédent illustre bien la réticence qu'ont les médecins à évoquer les odeurs et en particulier le défaut d'hygiène avec leurs patients. Pour

l'intégralité des médecins présents, lors de l'analyse sémantique on retrouve des occurrences illustrant le tabou représenté par les odeurs.

Tous considèrent comme particulièrement difficile d'évoquer les mauvaises odeurs avec le patient ; l'un d'entre eux pense qu'il s'agit d'un « blocage psychologique » de sa part. Plusieurs avouent ne pas oser en parler au patient, ou ne se le « permettent pas » ; pour un autre, il s'agit d'un réel dilemme. L'une des participantes pense même qu'il est déplacé d'évoquer les mauvaises odeurs si les patients ne demandent pas de conseil et que leur santé n'est pas directement mise en péril par le manque d'hygiène. Tous conviennent qu'il s'agit d'un sujet délicat, et dans leur façon de s'exprimer on relève qu'ils auraient parfois potentiellement envie d'en parler au patient, mais ne se l'autorisent pas. La « solution de facilité », selon les termes d'un participant, est bien souvent de se taire.

Certains avancent des arguments tels que le respect de l'âge, le côté subjectif des odeurs, le fait d'être remplaçant, ou la volonté de ne pas juger le patient, pour justifier le fait qu'ils n'en parlent pas. Les participants trouvent néanmoins qu'il serait plus facile d'en parler aux jeunes (en particulier aux enfants et adolescents) qu'aux plus âgés. Le tabou peut également être levé par le patient lui-même lorsqu'il s'excuse auprès du médecin (quand il vient en consultation directement depuis le travail par exemple, ou chez le patient qui présente une plaie), ou lorsque le motif de consultation est la mauvaise odeur elle-même ; il arrive que cela soit le cas pour la mauvaise haleine par exemple.

e. Intervention sur les odeurs et sur l'hygiène

Lorsque les médecins évoquent une intervention de leur part auprès du patient sur les odeurs et sur l'hygiène, on note tout d'abord lors de l'analyse que bien souvent, leurs idées évoluent au fil du déroulement du focus groupe. Le fait de leur poser des questions sur ce sujet les amène à y réfléchir, et à faire une analyse de leur propre pratique. Certains déclarent d'ailleurs avoir envie de faire évoluer ces pratiques après le focus groupe.

D'autre part, il est beaucoup plus facile pour les praticiens d'intervenir sur l'hygiène à mots couverts, en s'appuyant sur des pathologies. Ils trouvent plus facile de « feinter », selon leurs propres termes, car parler des odeurs est « plus facile par le biais médical » : « il faut trouver un prétexte ». Il s'agit alors d'expliquer en détail la prise en charge de pathologies telles que des dermatoses, des atteintes du cuir chevelu, des plaies infectées ou encore des ulcères variqueux, en commençant par définir les règles d'hygiène de base. Au sujet des nourrissons, ils parviennent également à donner des conseils d'hygiène lors des visites mensuelles, et parmi ceux qui ne le faisaient pas, plusieurs affirment qu'ils l'envisagent ; le tabagisme peut également être plus facilement abordé, et l'arrêt du tabac proposé. Enfin, il semble plus facile d'aborder l'hygiène par parties du corps plutôt que de

façon générale : il faut souvent parler de l'hygiène des pieds chez le diabétique notamment, ou lors de l'examen gynécologique, ou encore les problèmes d'hygiène bucco-dentaire.

La plupart des médecins abordent donc l'hygiène uniquement dans un contexte pathologique. L'un des médecins pense même qu'il est obligatoire d'en parler en cas de pathologie comme celles citées précédemment. Un autre nuance ces propos : il n'en parle que si dans une pathologie, l'hygiène peut permettre de faire avancer les choses. Une autre encore précise qu'elle ne l'évoque, avec tact, que dans l'intérêt du patient et non du médecin ; ceci sous-entend donc qu'elle fait partie de ceux qui acceptent la mauvaise odeur de certains patients, tant qu'elle juge que cela n'affecte pas leur état de santé. Une autre espère parvenir à parler de l'hygiène en s'appuyant sur un argument médical, donc envisage de faire évoluer sa pratique après le focus groupe.

Il leur est également plus facile d'intervenir en ciblant les problèmes environnementaux (tels que les nombreux chats par exemple), que de viser directement l'hygiène de la personne : « ce n'est pas vous, c'est votre animal le problème ». Ils auraient également tendance à aborder les difficultés socio-professionnelles ou les états dépressifs incuriés sans pour autant évoquer la mauvaise odeur : ils se concentrent exclusivement sur les causes et non sur les conséquences.

En ce qui concerne l'abord direct de la mauvaise hygiène, il nécessite avant tout du courage selon les participants. Il existe parfois une « ruminantion » qui parasite la consultation : le médecin tergiverse, se demandant s'il doit en parler ou pas. L'évocation de la mauvaise odeur et de la nécessité d'hygiène doit se faire en douceur, avec tact, gentiment, sans jugement. Les propos doivent être « aménagés », rendus acceptables et adaptés au niveau de compréhension du patient, en limitant toute connotation négative. Pour beaucoup, cette discussion ne peut être entreprise qu'avec des patients qui ont à la fois la capacité cognitive de comprendre et à la fois la capacité de faire des efforts d'hygiène. Ils ne ciblent quasiment jamais les personnes âgées, mais préférentiellement les enfants, les adolescents, et les jeunes adultes, ainsi que les parents dont les enfants sentent mauvais. Certains précisent cependant que l'odeur doit vraiment être intolérable pour qu'ils interviennent ; d'autres préfèrent cibler l'hygiène bucco-dentaire. Une participante se demande si les patients attendent d'elle qu'elle leur dise qu'il faut améliorer leur hygiène.

Même s'ils ont des difficultés à parler du défaut d'hygiène, certains espèrent qu'en discuter avec le patient pourrait changer les choses, le faire évoluer, et qu'ainsi ils lui rendraient service : « Faut pas penser qu'à nous, c'est pour eux aussi ! ».

Des avis très divergents ont pu apparaître sur ce thème lors des focus groupes, ainsi on retrouve des opinions radicalement opposées.

L'un des participants a affirmé intervenir régulièrement sur l'hygiène, il est le seul parmi les vingt participants à avoir pris ce parti. Le sujet n'est abordé qu'avec tact et s'il considère que cela peut « rendre service ». Il se dit capable d'intervenir directement auprès

du patient, ou via les parents selon l'âge du patient, et se décrit lui-même comme « systématique et répétitif ». Pour lui, le message concernant l'hygiène est essentiel à faire passer, pour cela il peut par exemple s'appuyer sur le carnet de santé d'un enfant, ou interroger un patient sur le rythme de ses douches. « Si un patient sur dix réagit, c'est déjà ça ! »

Au contraire, un autre préconise de ne rien dire car à son avis, « on ne peut pas changer les gens ». Pour lui ce type de discussion ferait fuir le patient et mettrait le médecin mal à l'aise. Il n'en parle donc qu'en cas de demande du patient ou de lien direct avec une pathologie. Aborder l'hygiène n'est à son sens pas prioritaire dans la consultation de médecin générale.

L'idée d'une intervention sur l'hygiène soulève toutefois des limites :

- Certains s'interrogent sur l'opportunité d'affronter le déni d'un patient, en lui signifiant son haleine érolique alors qu'il affirme ne pas boire par exemple.
- Une participante craint de « sélectionner la patientèle » si l'on écarte les patients défavorisés en leur faisant des réflexions sur leur odeur.
- Un autre s'interroge sur l'efficacité d'une intervention sur le ton de la plaisanterie auprès des adolescents, arguant que « rien ne marche chez l'ado ».
- En visite, certains trouvent qu'ils n'ont pas les moyens d'imposer au patient de se laver : Il est peu probable de dire à un patient « je repasse quand vous serez lavé ».
- L'éducation d'un patient occupe beaucoup de temps dans une consultation, et les thèmes à aborder sont nombreux, en particulier chez un patient à l'hygiène déplorable...

Il faut donc que le praticien ressente une certaine légitimité à parler de l'hygiène pour qu'il s'y autorise ; cette légitimité est variable selon les personnes rencontrées : chacun reste juge, et choisit d'intervenir sur l'hygiène ou non au cas par cas. La gêne peut se dissiper avec l'habitude selon un participant, mais pourtant il ne se sent pas capable d'évoquer le défaut d'hygiène sans prétexte médical. Il serait également plus facile d'intervenir chez un patient que l'on connaît bien plutôt que chez un inconnu. Une évolution des mentalités reste nécessaire afin que l'hygiène soit considérée comme un soin à part entière. Une question persiste pour certains médecins : est-ce le rôle du médecin d'éduquer ses patients à l'hygiène ?

F. CONCLUSION DE L'ETUDE

a. L'impact sur la relation médecin-patient

Douze médecins sur les vingt participants admettent avoir dans certains cas un comportement différent avec un patient malodorant par rapport à un patient lambda. Cette modification de comportement survient principalement envers les patients présentant un défaut d'hygiène flagrant, ou envers le « soûlot du coin » par exemple. La consultation n'aura alors pas la même teneur, le praticien ne « globalisera pas » cette consultation, et éventuellement repoussera une consultation approfondie ; de leur propre aveu, les praticiens « ne sont pas à 100% » et « en font moins » pour les patients malodorants que pour les autres, en précisant que leur démarche médicale reste la même, mais que c'est surtout le relationnel qui est différent, il est moindre. Une interrogation émerge alors dans le focus groupe : « le défaut de relationnel a-t-il un impact sur la santé ? ».

Des variations interindividuelles existent également : un participant signale avoir un comportement différent envers les patients trop parfumés, car il « préfère les gens naturels », y compris si leur hygiène est défectueuse. Un autre pense avoir « façonné son comportement » avec le temps, s'adaptant au cas par cas à la situation, en particulier auprès des gens du voyage. Enfin, parler de la mauvaise odeur peut mettre le médecin mal à l'aise tout comme le patient, créant une barrière lors de la consultation, et risquant de faire fuir définitivement le patient du cabinet.

Au contraire, neuf médecins sur vingt ont selon eux un comportement inchangé, tantôt de façon générale, tantôt dans certains cas particuliers, comme lors de pathologies pour lesquelles le patient n'est pas considéré comme responsable de la mauvaise odeur, ou lorsque le motif de consultation est la mauvaise odeur elle-même, ou encore chez des patients limités sur le plan psycho-social. L'un des participants prend le parti de « faire comme si » le patient n'était pas malodorant, de façon systématique, puisqu'il décide dans tous les cas de ne pas parler de l'odeur nauséabonde avec lui.

b. Les patients malodorants sont-ils moins bien soignés ?

Cette question a été posée aux participants en fin de focus groupe.

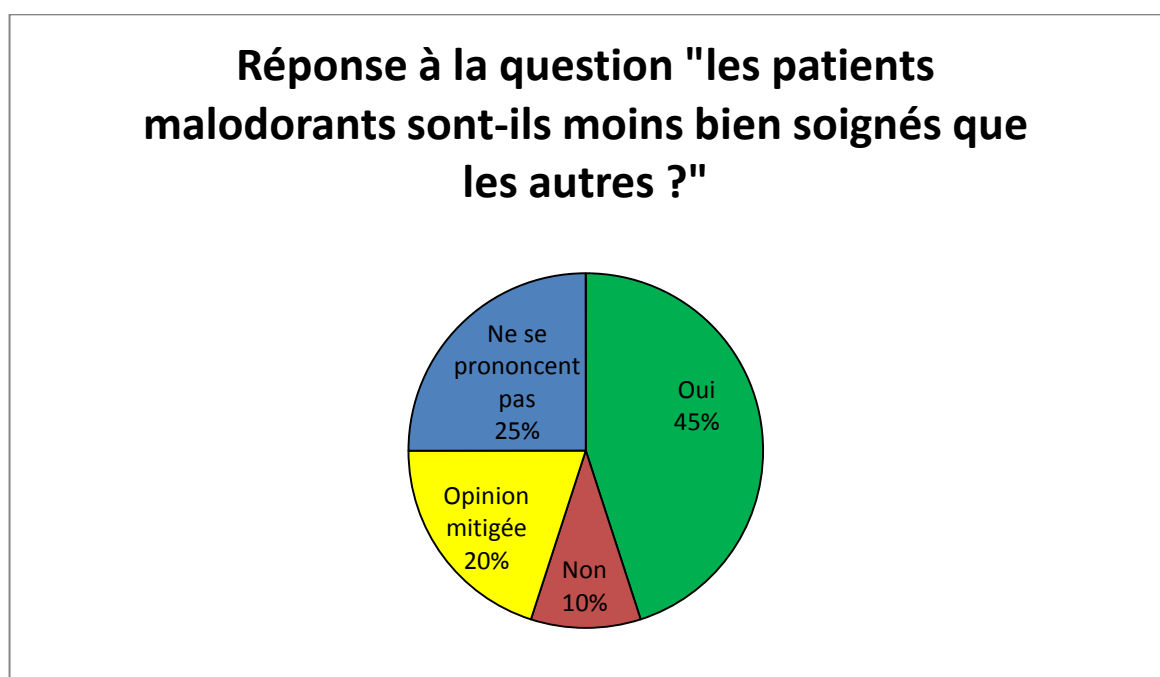
Neuf médecins sur vingt estiment qu'effectivement, les patients malodorants sont moins bien soignés que les autres, car ils font moins de prévention, et car le fait de moins bien examiner les patients peut constituer une perte de chance pour eux, ainsi certaines

complications peuvent être prises en charge avec retard. De plus, si ces patients négligent leur propre hygiène corporelle, il est à leur sens probable qu'ils négligent également leurs pathologies, en particulier les pathologies chroniques nécessitant un suivi.

Deux participants pensent que ces patients sont aussi bien soignés que les autres : ils affirment que c'est « l'enrobage » de la consultation qui est modifiée et non sa teneur. Ils estiment ainsi que leur efficacité est identique sur le plan médical.

Quatre praticiens ont un avis mitigé : leur opinion a évolué au fil du focus groupe. Au départ, ils pensaient que les patients malodorants n'étaient pas moins bien soignés, pour diverses raisons : leurs efforts personnels auprès de certains patients, ou encore le fait « qu'on ne sauve pas des vies au cabinet, même si la consultation est plus courte ». Mais au fur et à mesure de la discussion, du fait qu'ils trouvent la relation altérée avec certains de ces patients, ils envisagent qu'il y ait une « perte de chance » pour eux, car le relationnel a un réel impact sur la prise en charge globale du patient, et non sur une consultation ponctuelle : ils citent alors l'observance et la globalité du suivi comme facteurs dépendants du relationnel avec le patient.

Enfin, cinq médecins ont choisi de ne pas s'exprimer sur cette question.



Graphique 7: Réponse à la question "les patients malodorants sont-ils moins bien soignés que les autres ? "

c. Pistes d'amélioration

Au cours de ces trois focus groupes, des idées et des pistes d'amélioration ont émergé, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients malodorants. Précédemment ont été citées les astuces mises en place par les praticiens, certaines peuvent donc être expérimentées au cas par cas, lors d'une consultation. Par ailleurs, le fait d'intervenir auprès du patient concernant son hygiène a été largement évoqué, avec les limites que cela peut occasionner.

En ce qui concerne la prise en charge plus générale des patients malodorants, la possibilité de déléguer certaines tâches a été évoquée, ou encore mieux, celle de travailler en équipe ou en réseau avec d'autres professionnels. Par exemple, on peut demander l'intervention au domicile d'infirmières, d'aides à domicile ou d'une assistante sociale, voire dans les cas extrêmes (telle qu'une maison pleine de chats générant une hygiène déplorable) « solliciter la DDASS », désormais remplacée par l'ARS. Le fait que plusieurs intervenants différents insistent sur l'hygiène pourrait s'avérer plus efficace que s'il ne s'agit que d'une personne, d'où la nécessité d'une collaboration entre eux. Les infirmières seraient une bonne solution chez les personnes âgées pour leur hygiène personnelle, toutefois il est nécessaire, pour que leur intervention soit efficace, qu'elles soient acceptées par le patient, et cela dépend de son degré de solitude et de dépendance ; cette acceptation serait moins facile au sein d'un couple que chez une personne âgée isolée. Des patients présentant des pathologies comme les abcès ou les hidrosadénites peuvent être adressés à un chirurgien si le médecin veut s'épargner une odeur difficile à supporter pour lui. Le patient peut également être adressé à l'hôpital, l'idéal étant une concertation entre les praticiens hospitaliers et les praticiens ambulatoires pour améliorer les aides à apporter au patient concernant son hygiène. Le généraliste peut également être en contact avec le médecin scolaire sur le sujet de l'éducation à l'hygiène, bien que certains estiment que cela ne soit pas non plus de son ressort ; certains médecins se contentent alors de « croire en l'Education Nationale » pour assurer cette éducation à l'école, ou de juger qu'il « n'y a pas besoin d'être médecin pour dire qu'il faut se laver ».

Certains praticiens proposent de diffuser une information sur l'hygiène de façon passive, via un affichage en salle d'attente sur des posters illustrant l'hygiène, sur la douche ou le brossage de dents par exemple, ou encore à travers des livres en salle d'attente ; la cible privilégiée de ces informations serait alors les enfants. Mais certains doutent de l'efficacité de cette méthode, et signalent qu'elle ne cible qu'une faible proportion de la patientèle ; qui plus est, parmi les adultes, seuls les patients ayant conscience de leur mauvaise odeur se sentiront concernés, et à condition qu'ils sachent lire. « Un tel affichage doit-il être la priorité en salle d'attente ? » Des affichages ciblés sur le tabac peuvent

également être envisagés, peut-être de façon périodique lors des périodes nationales de sensibilisation par exemple.

Il a été suggéré que des études scientifiques soient menées afin de prouver que l'hygiène a un impact sur la santé publique, à l'échelle nationale, ce qui aurait pour conséquence une sensibilisation des médecins sur la nécessité d'intervenir sur l'hygiène si une étude montrait un lien entre défaut d'hygiène et pathologie. Par ailleurs, d'autres études sur l'odeur de la mort par exemple pourraient témoigner de l'importance de l'odorat en médecine générale, et faire prendre conscience aux médecins que ce type de « capacité » à détecter certaines odeurs pourrait être développé et utilisé dans leur pratique courante.

Enfin, le fait d'avoir proposé un focus groupe sur ce thème jugé original par les médecins a été bien accueilli. La majorité des médecins a trouvé les focus groupes intéressants et ceux-ci l'ont notifié dans le questionnaire final. Cela leur a permis selon eux de croiser leurs expériences, de réfléchir à leur propre pratique et d'envisager certaines évolutions. En extrapolant ceci, on peut considérer qu'il existe un net intérêt des groupes de pairs pour avoir un autre regard sur sa pratique, et se poser de nouvelles questions sur l'exercice de la médecine générale. Réaliser par exemple un groupe de pairs dont l'un des thèmes serait les odeurs corporelles pourrait faire avancer la prise en charge des patients malodorants, mais aussi permettre aux praticiens de s'exprimer sur un sujet qui peut potentiellement les gêner dans leur pratique quotidienne. Le fait de confronter les expériences et les ressentis pourrait leur permettre de se sentir moins seuls face à ce type de difficultés que sont par exemple les odeurs corporelles désagréables. Les groupes de pairs pourraient ainsi représenter un exutoire face à une forme de souffrance dans la pratique de la médecine.

III. DISCUSSION

1) Discussion sur la méthode

A. Le focus groupe comme support d'étude

Le focus groupe paraît avoir été un choix relativement judicieux, puisque le fait de faire parler en groupe a pu faire émerger de nouvelles idées, et surtout permis de relever les éléments faisant débat, puisque les médecins ont particulièrement discuté autour de ces points de divergence qu'ont été le défaut d'hygiène et l'éventuelle intervention auprès du patient. Cela a permis de mettre en avant le problème du tabou des mauvaises odeurs pour

les médecins. La vastitude du sujet correspondait bien à ce type d'étude qualitative, permettant d'appréhender les diverses opinions individuelles.

On peut supposer qu'il existait pour les participants une difficulté d'exprimer leurs émotions devant leurs pairs, mais lorsque l'un parvenait à se dévoiler, les autres se livraient également, et cette dynamique semblait comparable dans les trois focus groupes. On peut également suspecter que les émotions négatives auraient pu être moins exprimées par les participants par crainte du jugement des autres praticiens, mais l'analyse des non-dits lors de l'analyse sémantique a tenté de pallier à cette limite, et a retrouvé en particulier une thématique de culpabilité. Cependant, une des limites de cette étude réside dans le fait qu'un leader du groupe a pu influencer les participants plus timides et/ou leur laisser moins de temps de parole, majorant les occurrences de sa propre opinion et diminuant celles des autres.

L'inexpérience du modérateur a pu être préjudiciable. En effet, le modérateur était la thésarde, et celle-ci n'avait assisté qu'une fois à un focus groupe en tant que participante pour une thèse ; le reste de la formation sur la recherche qualitative était purement théorique et ancré dans les recherches bibliographiques. Cette difficulté à animer un focus groupe lorsque l'on est débutant et dans une position d'infériorité hiérarchique par rapport aux participants avait été soulignée dans la bibliographie (58). La principale erreur commise a été le fait que les participants ont été moins stimulés sur le plan individuel lors du premier focus groupe. Les plus « dominants » ont beaucoup plus parlé que les « timides ». Ces derniers avaient pourtant des opinions très intéressantes lorsqu'ils prenaient la parole. Par exemple, dans ce premier focus groupe - qui était celui comprenant le plus de participants - cinq n'ont pas répondu à la question « les patients malodorants sont-ils moins bien soignés ? ». Avec l'expérience cette erreur a été corrigée lors des focus groupes suivants par la réalisation d'un tour de table.

Le débriefing avec l'observateur s'est avéré bénéfique pour mettre en avant les grands thèmes abordés et cibler les subtilités à développer dans les focus groupes suivants, car il possédait le recul nécessaire.

Enfin, les focus groupes ne sont représentatifs que des idées personnelles des participants et ne sont donc pas généralisables. Cependant, de grandes thématiques se dégagent et permettent à chacun de se forger sa propre idée.

B. L'analyse du verbatim

L'analyse des focus groupes, malgré la rigueur escomptée, conserve une part de subjectivité, en particulier lorsque l'on interprète des émotions non verbales par l'analyse de l'énonciation. De même, une phrase pouvait être encodée dans deux catégories différentes, par exemple une même phrase pouvait contenir une cause de mauvaise odeur et exprimer une émotion. L'idéal dans les analyses de contenu, d'après Laurence Bardin (60), est de n'avoir qu'un seul thème par unité sémantique, mais devant la complexité du sujet ceci n'était parfois pas réalisable car plusieurs catégories de thèmes étaient représentées dans une même unité, ceci peut donc altérer la reproductibilité de l'analyse, gage de sa qualité.

Les trois niveaux d'analyse représentaient des difficultés différentes :

- Analyse sémantique par thèmes : elle était la plus facile à réaliser, de façon scientifique rigoureuse donc peu soumise à subjectivité, elle tend donc à être assez reproductible.
- Analyse de l'énonciation, c'est-à-dire de l'implicite : elle s'avère plus sujette à l'interprétation de celui qui réalise l'analyse, et nécessite l'écoute des enregistrements pour tenir compte des tonalités, des hésitations, de la longueur des silences. Elle était intriquée à l'analyse sémantique car intégrée au même tableau de fréquence d'occurrence.
- Analyse de la valeur positive ou négative attribuée au référent-noyau "cause d'une mauvaise odeur" : cette analyse est évaluative et tient compte des valences hédoniques associées aux mauvaises odeurs ; elle conserve une petite part de subjectivité dans l'interprétation de ce qu'expriment les participants. Elle a fait l'objet de tableaux indépendants, donc reste probablement assez reproductible.

C. Le sujet choisi

Ce sujet de thèse aurait pu être pris à la légère par les participants, mais ils se sont avérés très sérieux, non sans quelques pointes d'humour de temps en temps bien entendu. Ainsi, le sujet des mauvaises odeurs a paru être considéré comme intéressant, et a fait prendre conscience à certains de leurs difficultés à l'aborder. En effet, la participation et la dynamique ont été bonnes dans les trois focus groupes, ce qui a conféré un caractère fluide et agréable aux discussions.

De plus, l'intégralité des participants a répondu par l'affirmative concernant l'intérêt du focus auquel ils ont participé dans le questionnaire final. Dans les commentaires libres, beaucoup ont souligné avoir apprécié de pouvoir confronter leurs expériences à celles de leurs confrères, et ont précisé que cela les faisait réfléchir sur leur propre pratique et les évolutions possibles que cela pourrait apporter, en particulier sur le fait d'aborder le sujet des mauvaises odeurs avec certains patients, dont les adolescents. Cependant l'un des participants a conclu par « l'inéluctable impossibilité d'un consensus », car les odeurs restent soumises à un ressenti très personnel, marqué par l'expérience individuelle de chacun, comme le souligne le résultat de l'analyse.

2) Discussion sur les résultats

A. Les émotions des médecins face aux odeurs

Joël Candau (14), anthropologue qui s'est beaucoup penché sur la question de l'impact des odeurs, trouve justifiée l'opposition entre émotions négatives et émotions positives qu'elles suscitent. Dans ce travail, toutes les émotions étaient entremêlées et elles ont été classées dans trois catégories (en incluant les émotions neutres). Mais leur qualité positive ou négative pour la relation médecin-patient reste empirique et subjective : rien ne prouve que telle ou telle émotion nuise à la relation.

Le ressenti pouvant influencer négativement la relation des médecins généralistes avec les patients précaires toucherait 52% des médecins dans une étude (33) ; le sentiment de pénibilité, de frustration, et la mauvaise hygiène des patients sont des facteurs identifiés comme influençant également négativement la relation médecin-patient. Le sentiment de frustration peut correspondre à ce qui a été nommé sentiment d'impuissance dans cette thèse.

Camps et son équipe (29) ont démontré que la mauvaise odeur corporelle déclenche un sentiment de pitié, et de façon assez surprenante développe un comportement socialement aidant, mais préférentiellement si la personne malodorante est jugée non responsable de la mauvaise odeur. Cette notion de responsabilité de son odeur apparaît très clairement dans nos focus groupes. Cependant, l'étude de Camps n'a recherché que le sentiment de pitié, pas d'autres émotions comme lors de ce travail. Dans cette thèse, le sentiment de pitié (peu présent) a d'ailleurs été distingué de l'empathie, beaucoup plus représentée. De nombreuses autres émotions ont été dévoilées par les participants, avec quasiment autant d'occurrences d'émotions négatives que d'émotions positives. Le comportement aidant inhérent au métier de médecin s'oppose quant à lui au sentiment

d'inefficacité et de culpabilité face à un patient malodorant. Enfin, ces deux travaux se rejoignent sur le fait que la mauvaise odeur corporelle de l'autre n'a pas nécessairement pour résultante des conséquences négatives.

Une limite de cette thèse est le fait que l'on se cantonne au ressenti subjectif des médecins généralistes. Il faudrait étudier leur comportement objectif face à un patient malodorant, par exemple chronométrer la durée des consultations des patients malodorants par rapport à des patients contrôle, ou trouver un moyen de juger la qualité de la consultation. Un état des lieux de la santé des patients présentant un défaut d'hygiène pourrait témoigner du fait qu'ils soient plus ou moins précaires sur le plan de la santé. Mais tout ceci implique un questionnement éthique sur le fait que le patient soit considéré comme malodorant.

Notre étude prend en compte toutes les causes de mauvaises odeurs qui influencent le ressenti des médecins. Or ce qui en ressort, c'est que les causes médicales de mauvaises odeurs et celles pour lesquelles le patient n'est pas jugé responsable de sa mauvaise odeur ne posent pas de problèmes majeurs aux médecins, et sont plutôt bien tolérées, avec de l'empathie et une volonté de préserver la relation médecin-patient. Lorsque le ressenti est négatif (ce qui n'est pas systématique), il est principalement déclenché par le défaut d'hygiène dont le patient est jugé responsable. Une étude complémentaire à plus grande échelle, centrée sur la prise en charge de ces patients en défaut d'hygiène serait intéressante puisque c'est cette catégorie de patients qui pose le plus de difficultés, fait naître le plus de divergences et occasionne le plus de souffrance, via des émotions négatives, chez les médecins généralistes.

Par ailleurs, le lien avec le patient n'est pas seulement dépendant de son odeur, d'autres facteurs peuvent avoir une influence sur ce lien : certains signalent par exemple ne pas supporter les mauvais comportements ; cette étude ne tient pas compte de ces autres facteurs subjectifs, parfois associés au défaut d'hygiène, ayant potentiellement une incidence sur la relation médecin-patient.

Une autre notion ressort de ce travail : le ressenti vis-à-vis des mauvaises odeurs reste très personnel, corrélé à l'expérience individuelle de chacun. Chaque participant a ses « préférences » en matière de mauvaises odeurs, et il serait intéressant de chercher à comprendre pourquoi telle ou telle odeur leur est insupportable, et d'analyser ce que ces odeurs représentent pour eux.

La solution pour prendre en compte ses émotions, lorsque l'on est médecin, serait apportée par les groupes Balint : apprendre à reconnaître et utiliser ses émotions pour faire progresser la relation médecin-patient. Par exemple, un sentiment d'irritation du médecin doit lui signifier que le patient peut susciter ce même agacement dans son entourage et entraîner un isolement et une souffrance morale. Donc s'il dépasse son sentiment d'irritation, il pourra mieux aider son patient (19).

Il existe un travail relationnel à réaliser avec ces patients malodorants pour éviter une auto-exclusion des soins médicaux, le regard du médecin pouvant être insupportable pour eux. « *Pour ces patients chez qui la relation au corps et à la santé est altérée, assurer des soins de qualité nécessite d'aller au-delà de leur demande de soin, avec une attention particulière* » (33).

B. Le tabou des odeurs

Ce que les odeurs renvoient est lié à la fois à l'expérience collective (en Occident les odeurs corporelles sont jugées invasives et globalement désagréables par exemple), délivrée par la société dans laquelle on vit, et par l'expérience individuelle de chacun (11, 14), cette expérience individuelle primant dans le jugement hédonique des odeurs par rapport à une incitation sociétale (12). Donc l'idée que l'on se fait des odeurs reste avant tout personnelle. En revanche, le tabou vis-à-vis des odeurs est prégnant dans notre société, et il est apparu difficile pour les médecins de le surmonter, même si leur opinion individuelle admettait une possible utilité de parler des odeurs et de l'hygiène aux patients malodorants. Il s'agit bien d'un tabou social pour Waskul et son équipe (27), voire sous-estimé en ce qui concerne l'halitose (39), issu des représentations morales des odeurs. On préfère souvent ignorer les mauvaises odeurs, voire rester dans le déni de celles-ci, ou s'isoler comme c'est le cas pour les patients incontinents et leurs proches, qui vivent quotidiennement dans ce tabou (44).

Cette omerta autour des odeurs peut pourtant avoir des conséquences directes sur le patient : c'est le cas de la triméthylaminurie, qui est possiblement sous-diagnostiquée à l'heure actuelle (3). Si le patient ne prend pas l'initiative d'en parler, le silence règne. Or il faudrait que le médecin parvienne à rompre ce tabou afin de prendre en charge cette pathologie correctement dans l'intérêt du patient.

La pauvreté du vocabulaire des odeurs limite la libre expression des médecins. Dans le milieu médical, une étude (13) confirme la difficulté à utiliser un lexique stable : l'utilisation des adjectifs « particulier » ou « caractéristique » revient fréquemment, comme dans ce travail. Ne pas trouver les mots justes doit contribuer à entretenir le silence autour des odeurs.

Beaucoup de personnes sont confrontées dans leur milieu professionnel, qu'il soit médical ou non, à des collaborateurs ou des clients malodorants, mais peu osent en parler. Certains considèrent d'ailleurs qu'il s'agirait du rôle du médecin. Or pour celui-ci aussi, évoquer les odeurs reste compliqué, comme le montre ce travail. Donc une évolution sur la vision de l'hygiène et sur le fait de pouvoir en parler plus librement serait bénéfique à notre société.

C. La place du médecin généraliste dans l'éducation à l'hygiène

Quel est le rôle du médecin dans la prise en charge éducationnelle sur l'hygiène ? Il serait intéressant de se pencher sur cette question, car le médecin semble tenaillé entre la difficulté à parler de l'hygiène et son devoir de préserver la santé. Plusieurs médecins se sont posé la question de l'influence de l'hygiène sur la santé. Il semblerait intéressant, effectivement, de réaliser une étude afin de savoir si la saleté a réellement un impact négatif sur l'état de santé au sens large. Si cette relation était prouvée, les médecins devraient mener une action sur ce point. La fréquence de la situation et les difficultés qu'elle engendre ne représentent-elles pas un problème de santé publique pour lequel il faudrait définir le rôle précis que doit tenir le médecin ?

Le médecin généraliste a un rôle clef dans la prévention, la promotion et l'éducation pour la santé, et depuis une dizaine d'années la notion d'éducation thérapeutique a fait son entrée dans les cabinets de médecine générale. Ces activités ne sont pourtant pas valorisées dans la cotation des actes, alors que 98% des omnipraticiens y attachent de l'importance (63). A l'instar de la sexualité, l'hygiène doit pouvoir être abordée en médecine générale avec tact. En pratique, l'éducation du patient semble se faire de façon informelle et s'adapte à la personnalité et à la réceptivité du patient. Ces qualités d'éducation tendent à être mises en avant en médecine générale, par la définition même de la spécialité de médecine générale et par la formation initiale et continue (63). Le médecin est un « acteur incontournable du quotidien sanitaire » (56).

Plusieurs médecins ont en conclusion indiqué vouloir se pencher sur l'éducation à l'hygiène corporelle particulièrement chez les enfants et adolescents, car cela leur paraissait plus facile de parler des mauvaises odeurs dans cette tranche d'âge. Effectivement, il semble que cela soit une période charnière dans cet apprentissage (9). Si d'autres acteurs comme l'école et les médias agissent également dans ce sens, on obtiendra une évolution positive de l'hygiène corporelle.

D. Autres applications des odeurs en médecine

Cette thèse ne s'est pas du tout intéressée aux odeurs agréables, qui pourraient mettre le médecin ou le patient dans de bonnes dispositions en générant des émotions positives. Plusieurs travaux portent sur ce sujet : la diffusion d'une odeur de lavande dans la salle d'attente d'un dentiste réduirait significativement le niveau d'anxiété des patients (64, 65) ; une étude a montré également une réduction de l'anxiété durant une IRM lorsqu'une odeur de gâteau à la vanille est diffusée (66), alors que dans une autre étude plus récente l'aromathérapie durant une IRM ne montre pas significativement de modification de

l'humeur ou de réduction des artéfacts (67). L'hygiène des mains de soignants serait inconsciemment améliorée par la diffusion d'une odeur de « fraîcheur », de façon significative dans une étude de 2013 (68).

Ces études tendent à prouver que les bonnes odeurs auraient une influence positive sur les comportements. Mais parallèlement, lorsqu'on laisse suggérer qu'une bonne ou une mauvaise odeur (non réelle) se trouve dans un lieu, le jugement hédonique est modifié d'une part, mais les symptômes dont peuvent se plaindre les personnes dans la pièce sont augmentés lorsqu'ils pensent qu'ils sont en présence d'une mauvaise émanation imperceptible. Il y a donc un pouvoir de suggestion qui joue un rôle important (69), sans lien réel avec des odeurs.

On peut donc tenter de modifier l'humeur de quelqu'un par des odeurs, car cela ne comporte pas de réel risque, mais le résultat n'est pas toujours probant, car les émotions que l'on souhaite susciter ne sont pas toujours comprises par ceux qui sentent (11, 67). Le monde des odeurs a encore beaucoup de subtilités à nous livrer.

CONCLUSION

Les patients malodorants laissent rarement leurs médecins indifférents. Les émotions ressenties par les praticiens peuvent être aussi bien positives que négatives, selon les cas, en fonction de la personnalité à la fois du médecin et du patient. Les patients jugés « non responsables » de leur mauvaises odeurs, car ils présentent une pathologie à l'origine de l'odeur ou parce qu'ils sont lésés sur le plan psycho-social par exemple, seront soignés avec autant d'application et d'implication par les médecins, avec empathie, sans altérer la relation médecin-patient. En revanche, les patients que les praticiens estiment responsables d'un défaut d'hygiène entraînant une gêne olfactive pour eux risquent d'être moins bien pris en charge, selon le contexte, la personnalité, la perception des odeurs et l'humeur du praticien. Dans ce cas, il peut exister un réel impact négatif de l'odeur sur la relation médecin-patient. Cette thèse ne permet pas d'affirmer que ces patients malodorants « responsables » sont moins bien soignés, mais elle reflète qu'une majorité des vingt médecins interrogés le pense ou l'envisage.

Les stratégies mises en place par les médecins sont souvent des petites astuces qui leur permettent de rendre la consultation plus tolérable. Mais ce travail met surtout en exergue l'immense difficulté qu'éprouvent les médecins généralistes à aborder les mauvaises odeurs avec leurs patients, alors même que le fait de communiquer sur ce sujet permettrait selon eux d'améliorer certaines situations.

Le fait de discuter d'un sujet délicat comme celui-ci peut aider à avoir un regard sur sa propre pratique ; les médecins ayant participé aux focus groupes les ont trouvés intéressants en ce sens. Ainsi les groupes de pairs, en évoquant ce type de sujets, pourraient faire prendre conscience de ces difficultés du quotidien auxquelles on n'attache pas une grande importance sur le moment, mais qui peuvent avoir un impact sur la santé de la population à travers un défaut de relationnel, et sur le bien-être du médecin lui-même.

La levée du tabou des odeurs et la prise de conscience de ses propres émotions face aux patients malodorants semblent donc être les clefs pour améliorer la prise en charge de ces patients particuliers, qui peuvent souffrir d'isolement en lien avec leurs odeurs.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Halioua B. L'Histoire de la médecine. Paris : Editions First ; 2015. (Pour les Nuls).
- (2) Salesse R. Faut-il sentir bon pour séduire ? 120 clés pour comprendre les odeurs. Versailles : Quae; 2015. (Clés pour comprendre).
- (3) Salesse R, Gervais R, coordinateurs. Odorat et goût De la neurobiologie des sens chimiques aux applications. Versailles : Quae ; 2012. (Synthèses).
- (4) Holley A. Système olfactif et neurobiologie. Terrain Revue d'ethnologie de l'Europe. 2006 Sep 1;(47):107–22.
- (5) Dubois D. Des catégories d'odorants à la sémantique des odeurs. Terrain Revue d'ethnologie de l'Europe. 2006 Sep 1;(47):89–106.
- (6) Lenclud G. La nature des odeurs (remarques). Terrain Revue d'ethnologie de l'Europe. 2006 Sep 1;(47):5–18.
- (7) Queneau R. Zazie dans le métro. Paris : Gallimard ; 1959.
- (8) Briot E. Couleurs de peau, odeurs de peau. Le parfum de la femme et ses typologies au XIXe siècle. *Corps*. 2007;2(3): 57-63. [page consultée le 15/05/2017] Disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2007-2-page-57.htm>
- (9) Diasio N. Des odeurs et des âges. *Ethnol fr*. 2015 Oct 19;(154):665–76.
- (10) Mitro S, Gordon AR, Olsson MJ, Lundström JN. The Smell of Age : Perception and Discrimination of Body Odors of Different Ages. *PLoS ONE*. 2012 May;7(5):e38110.
- (11) Almagor U. Odors and private language: Observations on the phenomenology of scent. *Hum Stud*. 1990 Jul;13(3):253–74.
- (12) Luchins AS. Social Influences on Judgments Involving the Lower Senses: Odors. *J Soc Psychol*. 1967 Aug;72(2):227–34.
- (13) Candau J, Jeanjean A. Des odeurs à ne pas regarder.... Terrain. 2006 Sep;(47):51–68.
- (14) Candau J. Les formes partagées des affects olfactifs : des proto-affects aux affects représentationnels. *Noesis*. 2010 Dec 1;(16):129–54.

- (15) Brillat-Savarin JA. Physiologie du goût. Paris : Champs Flammarion ; 1982.
- (16) Jossain P. La perception hédonique de l'odeur durant le vieillissement normal et pathologique [en ligne]. Lyon 1; 2013 [cited 2016 Apr 28]. Disponible sur internet : <http://www.theses.fr/2013LYO10302>
- (17) Mutic S, Parma V, Brünner YF, Freiherr J. You smell dangerous communicating Fight responses through human chemosignals of aggression. Chem Senses. 2016;(41)35-43.
- (18) Cupchik G, Phillips K, Truong H. Sensitivity to the cognitive and affective qualities of odours. Cogn Emot. 2005 ;19(1):121–31.
- (19) Even G. Corps du médecin, corps du malade. Champ psychosomatique. 2004;33(1):69-86.
- (20) Bourdeaut F. Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. Ethique Sante. 2006 Sept;3:133-7.
- (21) Vodounnou MS. Les affects des médecins généralistes : leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient : une étude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest [en ligne]. 2015 Nov 9;138. [page consultée le 03/05/2016] Disponible sur internet : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237866>
- (22) Jaury P. Groupes Balint. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS;2003. (AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine).
- (23) King SL. The most primitive sense. JAMA. 2001 Aug 15;286(7):766–766.
- (24) Steensma DP. The Scent of Cancer. Ann Intern Med. 2010 Aug 3;153(3):206–7.
- (25) Kelly M. Scent of a patient: an underestimated role in clinical practice? Br J Gen Pract [en ligne]. 2012 Jul; 62(600):378. [page consultée le 15/01/2016] Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381266/>
- (26) Holt V. Scent of a patient: an underestimated role in clinical practice? Br J Gen Pract [en ligne]. 2012 Sep; 62(602): 461. [page consultée le 15/01/2016] Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3426576/>

- (27) Waskul DD, Vannini P. Smell, Odor, and Somatic Work: Sense-Making and Sensory Management. *Soc Psychol Q.* 2008 Mar;71(1):53–71.
- (28) Stevenson RJ, Repacholi BM. Does the source of an interpersonal odour affect disgust? A disease risk model and its alternatives. *Eur J Soc Psychol* [en ligne]. John Wiley & Sons Ltd. 2005;35:375-401. [consulté le 28/04/2016] Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=17433487&lang=fr&site=ehost-live>
- (29) Camps J, Stouten J, Tuteleers C, Son K. Smells like cooperation? Unpleasant body odor and people's perceptions and helping behaviors. *J Appl Soc Psychol.* 2014 Feb;44(2):87–93.
- (30) Geoffroy-Romane C, Bourdet-Loubère S, Pirlot G, Mazoyer AV. L'odeur chez les sujets SDF : le prodrome de la subjectivité ? *Perspectives Psy.* 2015 Aug 14;54(2):122–131.
- (31) Mathieu F. Le manteau cloacal : Hypothèses psychodynamiques concernant l'incurie des sujets SDF. *Le Carnet PSY.* 2014 Mar 19;(179):39–45.
- (32) Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Sante Publique.* 2016 Feb 2;27(6):837–40.
- (33) Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Sante Publique.* 2015 Dec 18;27(5):679–90.
- (34) Arseculeratne G. Triméthylaminurie. *Orphanet* [en ligne]. 2009 Mai. [page consultée le 15/01/2016] Disponible sur internet : http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=35056&lng=FR
- (35) Mackay RJ, McEntyre CJ, Henderson C, Lever M, George PM. Trimethylaminuria: Causes and Diagnosis of a Socially Distressing Condition. *Clin Biochem Rev.* 2011;32(1):33-43.
- (36) Rocher F, Caruba C, Broly F, Lebrun C. Traitement par L-Carnitine et mauvaise odeur corporelle : un effet secondaire à connaître. *Rev Neurol.* 2011 Jun;167(6-7):541–4.
- (37) Khan SA, Shagufta K. A rare case of fish odor syndrome presenting as depression. *Indian J Psychiatry.* 2014;56(2):185–7.

- (38) Blau N. Phénylcétonurie. Orphanet [en ligne]. 2012 Avril. [page consultée le 16/01/2016] Disponible sur internet : http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=716
- (39) Kapoor U, Sharma G, Juneja M, Nagpal A. Halitosis: Current concepts on etiology, diagnosis and management. *Eur J Dent*. 2016 Jun;10(2):292–300.
- (40) Pariente A, Vallot T. Halitose. *Rev Prat*. 2008 Sept 16;22(806):668-669.
- (41) Murtagh J. Body Odour. Patient education. 5^{ème} ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p 214.
- (42) Hara T, Kyuka A, Shimizu H. Butane-2,3-dione : the Key Contributor to Axillary and Foot Odor Associated with an Acidic Note. *Chem Biodivers*. 2015;12:248-258.
- (43) Murtagh J. General Practice. 5^{ème} ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
- (44) Fleury J, Guillet G. Les bromidroses et leur prise en charge. *Ann Dermatol Venereol*. 2012 May;139(5):404-408.
- (45) Brittain KR, Shaw C. The social consequences of living with and dealing with incontinence-A carers perspective. *Soc Sci Med*. 2007 Sep;65(6):1274–83.
- (46) Seaman S. Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006 Aug;22(3):185–93.
- (47) Samala RV, Davis MP. Comprehensive wound malodor management: Win the RACE. *Cleve Clin J Med*. 2015 Aug;82(8):535–43.
- (48) Fowler E. Plain talk about wound pain. *Ostomy Wound Manage*. 2005 Nov;51(11A Suppl):4–6.
- (49) Mamedio da Costa Santos C, Andrucio de Mattos Pimenta C, Cuce Nobre MC. A Systematic Review of Topical Treatments to Control the Odor of Malignant Fungating Wounds. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Jun 6;39(6):1065-76.
- (50) Watanabe K, Shimo A, Tsugawa K, Tokuda Y, Yamauchi H, Miyai E, et al. Safe and effective deodorization of malodorous fungating tumors using topical metronidazole 0.75 % gel (GK567): a multicenter, open-label, phase III study (RDT.07.SRE.27013). *Support Care Cancer*. 2015 Dec 30;24(6):2583–90.

- (51) Thuleau A, Dugay J, Semetey V, Fromantin I. Traitement des plaies malodorantes par un dispositif médical aux épices. Revue Francophone de Cicatrisation. 2017 Jan;1(1):51-55.
- (52) Caré W, Dupin M. Défaut d'hygiène ? Rev Prat. 2012 Dec;26(891):833.
- (53) Beck F, Lermenier A. La diffusion du tabagisme chez les jeunes. Concours med. 2015 Jan;137(1):22-24.
- (54) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 88 : Infections génitales de la femme : Leucorrhées [Internet]. Université Virtuelle Médicale Francophone. 2010-2011. [page consultée le 28/04/2016] Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item88/site/html/cours.pdf>
- (55) Augier F. « A nous, médecins, qui avons sacrifié notre jeunesse à nos études ». Egora l'Hebdo. 2015 Jun 15;(62):8.
- (56) Halimi P. Médecin généraliste : bien placé pour observer la pollution à domicile. Concours med. 2010 May 10-14;132(09):378.
- (57) Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [en ligne]. Département de Santé Publique CHU de Nice. [page consultée le 15/01/2016] Disponible sur Internet : http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
- (58) Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. Exercer 2011;22(98):129-35.
- (59) Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives. Vol 28(1) ;2009:133-148. Disponible sur Internet : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/baribeau\(28\)1.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/baribeau(28)1.pdf)
- (60) Bardin L. L'analyse de contenu. 2^{ème} ed. Paris : Presses universitaires de France ; 2013 (Quadrige).
- (61) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2015 [Internet]. 2015 Juin [page consultée le 27/01/2017]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>

- (62) INSEE. Définitions [Internet]. 2016 Octobre [page consultée le 27/01/2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>
- (63) Génolini JP, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sci Soc Sante*. 2011 Sep 1;29(3):81–122.
- (64) Kritsidima M, Newton T, Asimakopoulou K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: a cluster randomized-controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38:83-87.
- (65) Zabirunnisa M, Gadagi JS, Gadde P, Myla N, Koneru J, Thatimatla C. Dental patient anxiety: Possible deal with Lavender fragrance. *J Res Pharm Pract*. 2014;3(3):100–3.
- (66) Redd WH, Manne SL, Peters B, Jacobsen PB, Schmidt H. Fragrance Administration to Reduce Anxiety during MR Imaging. *J Magn Reson Imaging*. 2014 Jul;4:623-626.
- (67) Schellhammer F, Ostermann T, Krüger G, Berger B. Good scent in MRI : can scent management optimize patient tolerance ? *Acta Radiol*. 2013;54:795-799.
- (68) Birnbach DJ, King D, Vlaev I, Rosen LF, Harvey PD. Impact of environmental olfactory cues on hand hygiene behaviour in a simulated hospital environment: a randomized study. *J Hosp Infect*. 2013 Sep;85(1):79–81.
- (69) Knasko SC, Gilbert AN, Sabini J. Emotional State, Physical Well-Being, and Performance in the Presence of Feigned Ambient Odor. *J Appl Soc Psychol*. 1990 Sep 1;20(16):1345–57.

ANNEXES

L'intégralité des verbatim et des tableaux d'analyse sémantique sont disponibles sur le lien suivant : <https://drive.google.com/drive/folders/OBxSL-KJuMdE5ZzNMbXYxT3VpMjQ?usp=sharing>

Trame Focus Groupe

Présentation du projet :

Je suis Maud ORRIÈRE, et je réalise ma thèse sur le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des patients malodorants. Je vous remercie tous d'avoir accepté de participer à ce focus groupe.

Il s'agit d'un groupe de parole, où nous allons discuter de vos expériences avec des patients qui sentent mauvais. Cette discussion sera enregistrée si cela ne vous dérange pas, afin que je puisse retranscrire et analyser la totalité des données pour ma thèse. Ces enregistrements ne seront pas diffusés.

Le but n'est pas de juger ou d'obtenir un consensus sur la prise en charge de ces patients mais de recueillir diverses expériences, chaque opinion compte. C'est pourquoi chacun devra prendre la parole, en essayant de ne pas couper la parole aux autres et de ne pas parler tous en même temps pour que les données soient analysables. Vous pouvez évidemment parler entre vous tout haut, le but est aussi de faire émerger de nouvelles idées dans la discussion. Encore une fois, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise opinion. Je vous demanderai juste de bien rester dans le thème du jour.

En fin de séance, je vous demanderai de bien vouloir remplir un court questionnaire à des fins statistiques.

- Tour de table : présentation des participants et quelles sont les causes de mauvaises odeurs que vous avez rencontrées au cours de votre exercice ? (*hygiène, maladie, incontinence, alcool-tabagisme, méléna, plaie...*)
- Quel est votre ressenti lorsque vous vous trouvez en face d'un patient qui sent mauvais ? (*gêne, colère, pitié, agacement, écœurement, désarroi...*)
- Quelles conséquences les mauvaises odeurs ont-elles sur la consultation ? (*écourtée, moins approfondie, faites-vous déshabiller le patient, le touchez-vous ?*)
- Quelles stratégies mettez-vous en place face aux mauvaises odeurs ? (*en parlez-vous au patient ? masque, désodorisants, ouvrir les fenêtres, demander au patient de se laver, sévir, éduquer le patient, si maladie prescrire des produits adaptés (plaies, incontinence, sevrage alcool-tabagique)*)
- Quel impact la mauvaise odeur du patient peut-elle avoir sur sa relation avec vous ? (*relation distante, pas envie de le suivre, manque de respect envers vous, vous prenez sur vous, vous acceptez...*)
- Pensez-vous que ces patients soient moins bien soignés et que peut-on faire pour améliorer la situation ?

(Les indications en italique sont les réponses attendues et ne sont pas prononcées. Celles sous forme de questions peuvent servir à reformuler).

Questionnaire de fin de focus groupe :

1) Etes-vous ... ?

Une femme

Un homme

2) Quel âge avez-vous ?

3) Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

4) Etes-vous ... ?

installé en milieu urbain

installé en milieu semi-rural

installé en milieu rural

remplaçant

5) A quelle fréquence rencontrez-vous des patients malodorants ?

au moins une fois par jour

2 à 3 fois par semaine

environ une fois par semaine

2 à 3 fois par mois

environ une fois par mois

plus rarement

6) Ce focus groupe vous a-t-il intéressé et pourquoi ? OUI NON

.....
.....
.....
.....

7) Commentaires éventuels :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exemple de tableau de fréquences d'occurrences : Emotions ressenties

	Focus Groupe 1	Focus Groupe 2	Focus Groupe 3	Total
Culpabilité	11	9	18	38
Impuissance	10	8	12	30
Notion de respect	6	9	2	17
Compréhension	30	12	14	56
Ne pas juger	15	3	5	23
Préserver le lien	20	19	17	56
Gêne personnelle	12	13	10	35
Gêne pour les autres	8	8	30	46
Apprécier les odeurs	3	0	0	3
Agacement	3	4	9	16
Pitié	1	1	2	4
Dégoût	0	8	10	18
Crainte anticipée	0	4	1	5
Tolérance	8	20	7	35
Fatalisme	24	6	21	51
Besoin d'être rassuré	4	1	8	13
Devoir du médecin	25	18	30	73
Investissement perso important	4	0	0	4
Manque d'investissement	0	3	16	19
Manque de reconnaissance	0	3	2	5

Exemple de tableau : valence hédonique des odeurs (fréquence d'occurrence)

Légende :

+ : fréquence d'occurrence d'une valence hédonique positive

- : fréquence d'occurrence d'une valence hédonique négative

N : fréquence d'occurrence d'une valence hédonique neutre

	Focus Groupe 1	Focus Groupe 2	Focus Groupe 3	Total
Odeur corporelle générale (hygiène)	4+ / 13- / 1N	0+ / 11- / 1N	0+ / 14- / 1N	4+ / 38- / 3N
couches	0+ / 1- / 0N			0+ / 1- / 0N
Maison de retraite	4+ / 5- / 2N			4+ / 5- / 2N
Gens âgés	0+ / 1- / 5N	0+ / 0- / 4N	0+ / 0- / 1N	0+ / 1- / 10N
Tergal	0+ / 3- / 0N			0+ / 3- / 0N
Vomissements	0+ / 2- / 0N	0+ / 1- / 0N		0+ / 3- / 0N
Chats	0+ / 4- / 1N	0+ / 2- / 0N		0+ / 6- / 1N
Huiles essentielles	0+ / 1- / 0N			0+ / 1- / 0N
Néoplasie	0+ / 1- / 0N			0+ / 1- / 0N
Kyste sébacé	0+ / 1- / 0N			0+ / 1- / 0N
Transpiration	0+ / 4- / 0N			0+ / 4- / 0N
Cadavre/ Mort	0+ / 1- / 5N			0+ / 1- / 5N
Alcoolisme	0+ / 3- / 4N		0+ / 0- / 1N	0+ / 3- / 5N
Tabac	0+ / 1- / 0N	0+ / 1- / 0N	0+ / 6- / 0N	0+ / 8- / 0N
Infection urinaire à Coli	0+ / 0- / 1N			0+ / 0- / 1N
Vaginite	0+ / 0- / 1N			0+ / 0- / 1N
Streptococcus Viridans	0+ / 2- / 0N			0+ / 2- / 0N
Plaie	0+ / 1- / 0N			0+ / 1- / 0N
Anus artificiel	0+ / 1- / 0N			0+ / 1- / 0N
Odeur d'origine médicale		0+ / 1- / 2N		0+ / 1- / 2N
Halitose		0+ / 4- / 0N		0+ / 4- / 0N
Pieds		0+ / 1- / 0N	0+ / 3- / 2N	0+ / 4- / 2N
Parfum		0+ / 3- / 0N		0+ / 3- / 0N
Nourrisson		0+ / 2- / 0N		0+ / 2- / 0N
Feu de bois		0+ / 2- / 0N		0+ / 2- / 0N

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

GENERAL PHYSICIANS' FEELING ABOUT PATIENTS WITH BODY ODOUR PROBLEMS : A QUALITATIVE FOCUS GROUP STUDY

Abstract

Background : General practitioner frequently face patients with excessive body odour. Yet smells are closely linked to feelings, which can lead to behavior impact. The purpose of this study is to determine general physicians' feelings towards malodorous patients and secondarily, to identify strategies of medical care. The starting hypothesis is that a patient's body odour can alter the physician-patient relationship, and then his own medical care.

Methods : The study is based on the analysis of three focus groups which took place in 2016 in Gironde that brought together twenty general practitioners.

Results : Physicians express almost as many positive emotions as negative ones. Their feelings depend on the smell's causes, their personality, their mood, their odor perceptions, but also on their patient's responsibility in their body odour. Patients with lack of hygiene present more risks of physician-patient relationship alteration, but they can arouse empathy. Most of the participants think that this could lead to poorer quality of care. Physicians show ingenuity in dealing with their patients' body odour. But body odour remains a taboo subject during medical visits, although an intervention of a physician about hygiene could be beneficial.

Conclusion : Breaking this taboo and raising physicians' self-awareness when dealing with patients with body odour would be the main keys to the improvement in the care of this type of patients ; peer group could be very helpful.

Keywords : odors, olfaction, physician-patient relationship, feelings, focus group, general medicine

RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DES PATIENTS MALODORANTS ET DE LEUR PRISE EN CHARGE : ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPES.

Résumé :

Contexte : Le médecin généraliste est fréquemment confronté aux mauvaises odeurs de ses patients. Or celles-ci sont étroitement liées aux émotions, qui elles-mêmes peuvent avoir des impacts comportementaux. L'objectif de cette étude est de déterminer les émotions ressenties par les généralistes vis-à-vis des patients malodorants, et secondairement d'identifier des stratégies de prise en charge. L'hypothèse de départ est que la mauvaise odeur d'un patient peut altérer la relation médecin-malade, et donc sa propre prise en charge.

Méthode : Cette étude repose sur l'analyse de trois focus groupes réalisés en 2016 en Gironde ayant réuni au total vingt médecins généralistes.

Résultats : Les médecins expriment quasiment autant d'émotions positives que négatives. Leur ressenti dépend de la cause de la mauvaise odeur, de leur personnalité, de leur humeur, de leur perception des odeurs mais aussi du degré de responsabilité du patient dans sa mauvaise odeur. Les patients présentant un défaut d'hygiène ont plus de risque de provoquer une altération de la relation médecin-malade, mais ils peuvent aussi susciter l'empathie. La majorité des participants craignent pourtant qu'ils soient moins bien soignés. Les médecins mettent en place des astuces pour supporter les odeurs, mais elles restent un tabou majeur dans la consultation, bien que l'intervention du médecin sur l'hygiène semble pouvoir être bénéfique.

Conclusion : La levée du tabou des odeurs et la prise de conscience de ses propres émotions face aux patients malodorants paraissent être les clefs pour améliorer leur prise en charge ; les groupes de pairs pourraient être une aide précieuse.

Mots-clefs : odeurs, olfaction, relation médecin-patient, émotions, focus groupe, médecine générale.