

Odeurs et qualité des soins

Une touche de bien-être dans la tourmente

La question des odeurs est rarement abordée ouvertement par les soignants. Pourtant, les odeurs désagréables peuvent être un frein à la qualité des soins et à la relation. Des procédés simples, utilisant des essences naturelles, permettent d'améliorer significativement la situation.

BRIGITTE LONGERICH

CHACUN a certainement fait une fois dans sa vie l'expérience d'une balade en forêt juste après la pluie. L'odeur incomparable de terre mouillée et de bois détrempé nous laisse, l'espace de quelques instants, la sensation d'être réduits à notre seul sens olfactif. Fermer les yeux à ce moment renforce encore l'expérience et ressuscite parfois des images d'un passé très lointain... l'enfance, souvent.

Si l'odorat est notre sens le plus primitif – il est déjà opérationnel entre la 11^{ème} et la 15^{ème} semaine de grossesse – il devient, au cours de la vie, le moins acéré. A la naissance, l'enfant ne manifeste pas de dégoût olfactif, il ne fait qu'«enregistrer les odeurs». L'odorat est façonné au fil du temps, par l'environnement, les habitudes, la culture, la mémoire.

Un monde standardisé

La notion de «mauvaise odeur» est donc subjective, c'est-à-dire qu'elle dépend de la sensibilité de chaque individu. Ce sont les souvenirs agréables

ou désagréables qui imprègnent notre mémoire olfactive et font dire à certains «qu'est-ce que ça pue» alors que d'autres demeurent indifférents.

La société moderne a cependant créé des «standards» et nous évo-

luons de plus en plus dans des lieux artificiellement parfumés qui ne nous permettent plus de distinguer clairement une odeur d'une autre. Il en va de même pour nos autres sens, «formatés» par une standardisation constante: les additifs alimentaires neutralisent les saveurs caractéristiques des aliments de base, la musique ambiante est identique dans des lieux

publics dont l'architecture s'uniformise et... la température régulée en permanence ne nous permet même plus de savoir s'il fait froid ou chaud!

Les odeurs de l'hôpital

L'hôpital, en revanche, n'est pas un lieu désodorisé. Bien des visiteurs ne peuvent s'empêcher de penser, en entrant, que «ça sent l'hôpital». Il vaudrait sans doute la peine de se livrer un jour à une étude sur la quantité de produits différents utilisés en milieu hospitalier, qui, tous ensemble, créent cette ambiance spécifique!

Mais c'est bien entendu dans certains services que la question des odeurs devient cruciale. Certaines pathologies, en effet, engendrent des odeurs nauséabondes qui posent des problèmes tant aux patients eux-mêmes qu'à leur entourage et aux soignants (lire encadré). Et comme l'odeur est quelque chose de très intime, liée à nos expériences personnelles, c'est un sujet que l'on n'aborde pratiquement pas – ou alors, en cachette ou presque.

«L'odeur des couches d'incontinence mouillées a fini par me donner la nausée» nous a confié une soignante, après des années passées en milieu gériatrique. A tel point qu'elle a dû changer de travail. Mais ce sont aussi les situations ponctuelles, liées à des odeurs désagréables fortes qui interpellent les infirmières et nécessitent la recherche de solutions.

Odeur et qualité des soins

Entrer dans une chambre et être pris à la gorge par l'odeur que dégage un



patient est en effet une expérience des plus désagréables. «Le principal problème», relève Philippe Glemarec, infirmier spécialiste clinique en oncologie et soins palliatifs, «réside dans la difficulté, pour tout le monde d'en parler. Le patient qui est conscient de l'odeur qu'il dégage a honte, les soignants sont incommodés et gênés, et même les familles n'osent rien dire, de peur de blesser leur proche».

S'installe alors une situation de non-dits, malsaine pour toutes les parties.

Dans le cadre de son mémoire de fin d'études, consacré à «L'influence des odeurs sur la qualité des soins»¹, Céline Kovaes a mené une enquête auprès d'infirmières et d'infirmiers afin de savoir si les mauvaises odeurs pouvaient être préjudiciables à la relation d'aide. Toutes les professionnelles interrogées ont répondu avoir déjà été indisposées par des odeurs nauséabondes, mais dans leur grande majorité, elles affirment que celles-ci n'affectent pas la qualité de leur travail. Elles admettent que parfois, elle effectuent leurs tâches «vite fait», afin d'être confrontées le moins possible aux désagréments. Rarement, un soin est délégué à une collègue, «lorsque c'est vraiment trop insupportable».

Dialogue possible

«La question du dialogue est délicate» commente Philippe Glemarec, qui a participé à un projet réalisé au CHUV auprès de patients souffrant de cancers hématologiques auxquels l'on a réinfusé des cellules souches après une chimiothérapie. Un des produits nécessaire à la conservation des cellules congelées est ensuite éliminé par voie respiratoire durant les jours qui suivent la ré-infusion des cellules, et dégage une très forte odeur qui peut faire penser à l'ail. Le patient lui-même est incommodé, mais s'inquiète aussi de l'effet que produit son haleine sur son entourage. «Dans ce type de situation, le dialogue peut-être engagé relativement facilement» estime le spécialiste. En effet, l'odeur étant consécutive à un traitement médical et d'une durée limi-

tée, les soignants peuvent expliquer la situation au patient et lui faire comprendre qu'il n'y est strictement pour rien.

Dans le service des maladies infectieuses du CHUV, une stratégie mise en place face au problème des odeurs consiste à utiliser des diffusions d'huiles essentielles à l'aide d'un diffuseur (non chauffant) ou simplement sur un tampon / compresse et parfois certains soignants mettent 1-2 gouttes dans un masque. Par exemple 1-2 gouttes d'huile essentielle de menthe poivrée et de citron ont un très bon effet contre les odeurs désagréables. Les huiles essentielles sont toujours diffusées avec l'accord du patient; suite à certains traitements comme les chimiothérapies anticancéreuses, l'odorat peut être fortement perturbé. L'utilisation des huiles essentielles en diffusion et en infime quantité se pratique en suivant une procédure établie par les différents groupes professionnels (soins infirmiers, médecins, hygiène hospitalière et pharmacie).

D'une manière générale, les infirmières estiment qu'un dialogue ouvert au sujet des odeurs désagréables est, la plupart du temps, un réel soulagement tant pour le patient que pour le soignant «à condition de trouver le bon moment et de choisir les mots justes».

Aromathérapie personnalisée

Pour lutter contre les mauvaises odeurs, des stratégies existent. L'utilisation d'essences naturelles fait doucement son entrée dans les milieux de soins, plus difficilement dans les soins aigus que dans les soins palliatifs.

A l'Hôpital de Bellerive (anciennement CESCO, Genève), un intervenant externe, spécialisé en aromathérapie, se rend au chevet des patients qui expriment le souhait. Jacques Masraff (lire encadré) a été engagé pour travailler ponctuellement comme «parfumeur» dans les unités de soins palliatifs afin de soulager les douleurs tant physiques que psychiques des patients et d'assainir les chambres.

Après une évaluation multidisciplinaire avec l'équipe, ce sont les malades eux-mêmes ou leurs proches qui choisissent des fragrances à partir d'une vingtaine de compositions qu'ils per-



Artisan de l'éphémère

Le créateur de senteurs

Depuis une vingtaine d'années, Jacques Masraff se rend régulièrement à l'Hôpital de Bellerive (anciennement CESCO) pour faire bénéficier les patients de ses compétences en aromathérapie. La prise en charge en fin de vie de sa propre mère l'avait interpellé: constatant qu'elle consommait près d'une quarantaine de médicaments sans que sa qualité de vie soit réellement améliorée, il suivit son attirance personnelle pour la naturopathie et s'intéressa de près aux essences naturelles. De séminaires en formations diverses – il n'existait aucune formation spécifique dans ce domaine il y a trente ans – il se familiarise avec les plantes, essences, fragrances et l'intérêt se mue en passion. Certain de pouvoir améliorer la qualité de vie des patients en soins palliatifs, il soumet son dossier à Charles-Henri Rapin, ancien médecin-chef du CESCO. L'expérience est concluante, patients et soignants sont enchantés de l'apport de ce «créateur de bonnes odeurs». Jacques Masraff intervient également ponctuellement dans d'autres institutions de soins et EMS, où ses essences personnalisées soulagent aussi en cas d'angoisse ou encore d'insomnie. Il organise des séminaires et des journées «découverte des senteurs», ouverts à toute personne intéressée.

Contact: 022 752 34 78; info@evanescence.ch

¹ Céline Kovaes, L'influence des odeurs sur la qualité des soins. Diplôme d'Etat infirmier, 2008. www.mes-etudes-de-sante.fr/IMG/pdf/TFE_memoire_prix_cefiec.pdf



Les odeurs et leurs causes

Les plus fréquentes

Le problème des odeurs nauséabondes à l'hôpital concerne différentes pathologies, situations et services. Voici une liste – non exhaustive des principales problématiques rencontrées:

- plaies cancéreuses nécrotiques
- plaies infectées
- ulcères de la peau
- poches de colostomie
- diarrhées
- melaena (présence de sang noir dans les selles)
- urines infectées
- pathologies respiratoires et de la sphère bucco-pharyngée (ORL)
- infections dentaires
- vomissements
- odeurs médicamenteuses
- effets secondaires de chimiothérapies intensives: diarrhées abondantes et ré infusion de cellules souches hématopoïtique (couramment appelée autogreffe)
- grands brûlés
- corps en décomposition (en cas de catastrophe p.ex.)

La question des odeurs se pose également en gériatrie, en raison de la présence permanente des couches d'incontinence. Et en psychiatrie, où bien des personnes ne prennent plus soin de leur hygiène, ce qui peut constituer une barrière bien réelle.

Elle concerne aussi les personnes vivant dans la rue ou venant d'autres cultures (autre cuisine et parfums).

sonnalisent à leur gré. Les huiles de base (jojoba, millepertuis et tournesol) de même que les huiles essentielles sont 100% pures et naturelles et proviennent en majorité de cultures biologiques ou de cueillette sauvage. Hespéridé, pin, agreste, floral, boisé – tels sont les types de fragrances choisis, que le patient peut ensuite agrémente selon son goût avec une touche épicée, fleurie, douce ou encore fruitée.

Une fois le choix effectué, le patient dispose d'un vaporisateur qu'il peut appliquer sur lui ou dans la chambre ainsi que d'une huile de massage que le personnel soignant ou lui-même peut appliquer à côté des plaies nauséabondes pour combattre les mauvaises odeurs à la base. L'effet est saisissant.

«Le grand avantage de cette démarche, c'est qu'elle est personnalisée. Le patient se sent pris au sérieux, il participe activement et rien ne lui est imposé» relève Naden Terumalai, infirmier-chef à l'Hôpital de Bellerive et spécialiste en soins de plaies, qui collabore avec Jacques Masraff depuis de nombreuses années. Ce dernier ajoute: «Cette manière de procéder est également vécue positivement par les soignants, qui apprécient de ne pas devoir évoluer constamment dans le même environnement olfactif».

Des habitudes à vaincre

Si le recours aux huiles essentielles est acquis dans un milieu de soins palliatifs, le chemin vers de nouvelles habitudes est beaucoup plus long dans un hôpital de soins aigus. «À l'hôpital, les médecins prennent les décisions et imposent leur point de vue. Le recours à toute forme de thérapie <parallèle>, <naturelle> ou <alternative> est vécu un peu comme un retour à la sorcellerie

d'avant», et peu de membres du corps médical sont ouverts à des pratiques qui leur sont inconnues» confie Philippe Glémarec. Ce qui constitue un paradoxe et parfois un véritable dilemme pour les soignants: de plus en plus de patients, en effet, recourent à des thérapies alternatives avant de venir voir un médecin et souhaitent souvent conserver leurs habitudes. Ils ne comprennent que difficilement pourquoi on leur interdit de prendre leurs remèdes naturels ou continuer à faire de la réflexologie ou de l'acupuncture, sous prétexte que les interactions avec le traitement mis en place ne sont pas prévisibles.

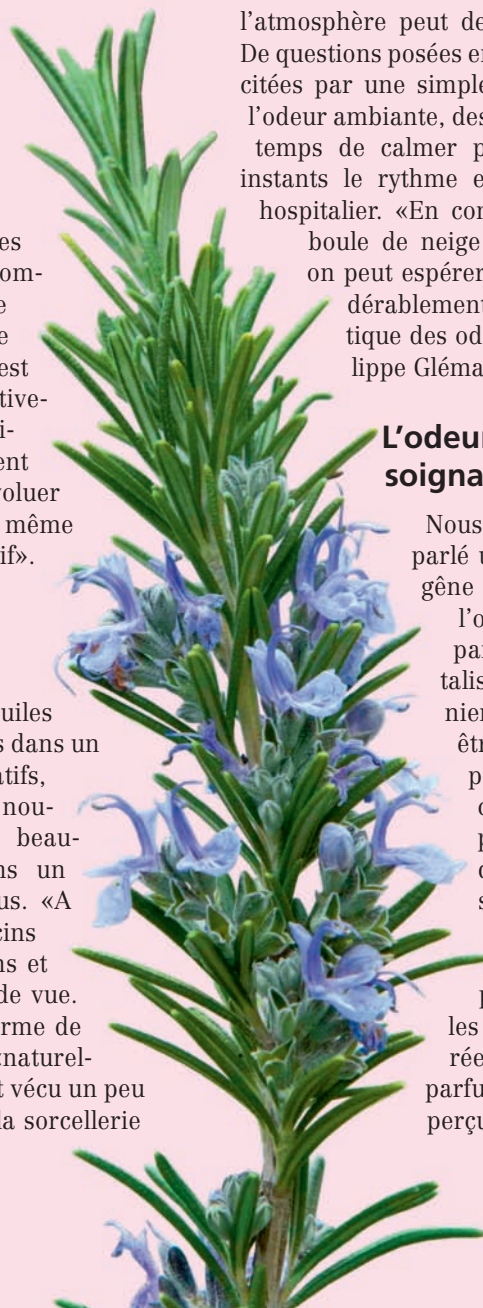
«Mais les choses changent petit à petit» ajoute Philippe Glémarec. Des aménagements minimes peuvent provoquer de petits miracles, comme le fait d'ajouter une discrète fragrance citronnée au ventilateur d'une unité d'isolement, où l'atmosphère peut devenir suffocante. De questions posées en discussions suscitées par une simple modification de l'odeur ambiante, des liens se créent le temps de calmer pendant quelques instants le rythme effréné du milieu hospitalier. «En comptant sur l'effet

boule de neige et l'information, on peut espérer améliorer considérablement la problématique des odeurs» espère Philippe Glémarec.

L'odeur des soignants

Nous avons, jusqu'ici, parlé uniquement de la gêne provoquée par l'odeur dégagée par le patient hospitalisé. Mais ce dernier peut également être incommodé par les odeurs de ceux qui s'occupent de lui et auxquelles il ne peut se soustraire.

Beaucoup d'infirmières se présentent dans les chambres entourées d'un halo de parfum qui peut être perçu comme une



Moyen de diagnostic

Le langage des odeurs

Les odeurs sont également des indicateurs de l'état du malade, largement utilisés dans les approches de médecine traditionnelle par exemple, comme le rappelle cet extrait :

«Les médecins ont vite compris que l'odeur pouvait être un élément de diagnostic surtout aux temps où l'on avait peu de moyens techniques. Un guérisseur paraguayen diagnostiquait les maladies à distance à l'aide d'un vêtement imprégné par l'odeur du patient. La sueur, le sébum, le mucus des voies nasales, de la gorge et des poumons, les urines, les fèces, les sécrétions vaginales, le suintement des plaies et les tissus en décomposition, sont tous des éléments odorants qui peuvent donner des signes aux soignants.

Le malade atteint de fièvre jaune sent l'étal de boucher; le scorbut, la variole font penser à l'odeur de pourriture; la

fièvre typhoïde rappelle l'odeur de pain frais; la diphtérie, une odeur douceâtre et écoeurante; les pestiférés sentent la pomme; les rougeoleux, la plume fraîchement arrachée; les eczémateux, le moisi.

Mais on relève aussi l'odeur bien connue d'acétone dans l'haleine d'un patient en coma diabétique, celle de l'ammoniac dans les problèmes rénaux, celle d'excréments chez les porteurs d'occlusion et l'odeur de crasse chez le malade mental, la personne sénile ou dans le dénuement.

Et tout simplement les odeurs liées aux dents abîmées, aux gencives malades. Le problème des haleines fétides est très souvent une barrière à la communication. Une discussion avec une personne



porteuse d'une haleine désagréable peut être très perturbée. L'émission par le rectum de gaz nauséabond, vulgairement appelé «pet», est un sujet tabou et réprimé par les «bonnes moeurs» dans notre culture».

Hélène Duperret Dolange, *Le nez du soignant*, 1995.

<http://papidoc.chic-cm.fr/542NezDuSoignant.pdf>

Cité par Céline Kovaes dans son travail:

L'influence des odeurs sur la qualité des soins.

agression insupportable. L'odeur de cigarette sur les doigts est un autre aspect régulièrement évoqué: «ça sent même à travers les gants», ont observé certains. Mais au lieu de le dire à la personne concernée, ils s'en plaindront à une des ses collègues... Là encore, le dialogue est difficile à engager et bien des malentendus se créent, pouvant nuire à l'esprit d'équipe.

La nature ne se patente pas!

Pour répondre efficacement à la problématique des odeurs dans les soins, il existe donc des procédés fort simples, basés sur le recours à des produits naturels. Un vaste domaine de recherches s'ouvre ici, qui, constate Jacques Masraff «n'en est encore qu'à ses balbutiements». Les ouvrages consacrés à l'aromathérapie sont de plus en plus nombreux et les chercheurs vont de découverte en découverte. «Mais il manque des études mettant en évidence l'effet de ces produits» constate Nadel Terumalai. Le nœud du problème est, comme toujours, d'ordre financier. Car il n'est pas possible de «patenter» la nature, et la

commercialisation des huiles essentielles ou produits à base de plantes ne présente pas d'intérêt pour l'industrie pharmaceutique, qui y voit plutôt une concurrence. Il faudra donc compter sur l'esprit novateur de chercheurs autodidactes comme Jacques Masraff ou de soignants déterminés et curieux comme Philippe Glémarec pour que les habitudes changent et que la mainmise de la toute-puissante chimie s'estompe progressivement.

Discussion indispensable

La problématique des odeurs suscite des questions qui vont bien au-delà de la simple recherche de solutions concrètes et ponctuelles. Elle interpelle les infirmières sur le plan éthique, sur le plan relationnel, sur le plan privé aussi. «Dans une société où les odeurs perçues comme nauséabondes reflètent souvent dans l'esprit collectif une anomalie voire une déchéance, il s'agirait avant tout d'essayer d'introduire la discussion pendant la formation infirmière afin de pouvoir travailler sur un tabou qui nous concerne tous» (Céline Kovaes).

La question des odeurs place aussi le personnel soignant devant une pesée d'intérêts. Dans cette situation précise, qu'est-ce qui importe le plus: le strict respect d'un protocole hospitalier ou le bien-être véritable du patient? «Lorsque seule compte la qualité du temps qui reste à vivre, l'aromathérapie constitue également un partenaire thérapeutique valable» conclut Jacques Masraff. □

Références:

Jacques Masraff. Importance des odeurs pour le patient et le personnel soignant. Infokara, vol 20, No 1/2005.

Céline Kovaes. L'influence des odeurs sur la qualité des soins. Diplôme d'Etat infirmier, 2008.

Hélène Duperret Dolange. *Le nez du soignant*, 1995.

Les illustrations accompagnant cet article sont de Jacques Masraff, artisan parfumeur et photographe.

www.sbk-asi.ch

- Odeurs
- Alternatives
- Qualité de vie