

Anne-Gaël Bilhaut

## Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie

---

### Résumé

Dans un service de cancérologie gynécologique, des femmes infirmières et des aides-soignants travaillent ensemble dans une « approche globale de la personne ». Ils entendent ainsi traiter à la fois la tumeur, le corps, l'apparence et les états intérieurs des patientes. Pour cela ils sont particulièrement attentifs aux discours des malades et à leurs émotions, exprimées verbalement ou corporellement. Leur présence, disponibilité et leur familiarité avec cette maladie incurable font des soignants des interlocuteurs privilégiés pour les patients. Ils réalisent ainsi un travail sur les émotions qu'ils relèvent lors des soins, et dont ils parlent entre eux ou qu'ils notent sur le dossier infirmier. L'expression des émotions des patients et des soignants, leur transmission et leur partage, puis leur traitement seront étudiés par une approche ethnographique des discours et pratiques de soins.

### Abstract

*In a gynecological cancer unit, nurses and care assistants work together in treating their patients with a « global approach to the person ». Such an approach implies that the tumor, the body, the physical appearances, and the emotional well-being of each patient are all considered at the time of treatment. As such, they pay close attention to their patients' personal views and emotions which are expressed to them both verbally and physically. Through their presence, their availability and their knowledge of this incurable disease, the nursing staff has a privileged relationship with their patients. In this regard, their continued treatment of cancer patients takes a toll on their emotions, which they speak about to each other and note in the patient's file. In this paper, through an ethnography of narratives and through my personal observations of care practices, I will be analyzing both the patients' and nursing staff's sharing of emotions as well as the way in which they are expressed and communicated.*

### Pour citer cet article :

Anne-Gaël Bilhaut. Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie, *ethnographiques.org*, Numéro 14 - octobre 2007 [en ligne].  
<http://www.ethnographiques.org/2007/Bilhaut.html> (consulté le [date]).

---

### Sommaire

#### Introduction

#### « Aller bien » avec le cancer

#### Différents modes d'expression des émotions

*S'exprimer verbalement : faire circuler les émotions*

*Les mots du corps*

#### Etre affecté par le corps de l'autre

*Ecrire ou dire les émotions*

*Contrôler ses émotions*

## Conclusion

## Notes

## Bibliographie

---

## Introduction

La question des émotions dans un service d'hospitalisation en cancérologie curative a été peu abordée par l'ethnologie [1]. Le « bien mourir » par les soins palliatifs (Baszanger, 1995 ; Castra, 2003), et l'expérience émotionnelle du cancer ont été appréhendés par des sociologues de la santé et des psychologues [2]. D'autres se sont davantage intéressés aux relations soignant/soigné. Des ethnologues, telle Anne Véga (2000), ont pris pour objet les pratiques infirmières dans un univers hospitalier, « lieu de vie et de mort » (Véga, 2000 : 191) où les soignants sont confrontés à la souffrance et à la fin de vie des patients. En choisissant d'observer les relations entre soignants (infirmières et aides-soignants) et malades, j'entends montrer comment dans un service de cancérologie, les émotions se manifestent et sont contrôlées par les soignants. Pour cela, une approche ethnographique des émotions dans un service de soins curatifs des maladies chroniques est nécessaire. Dans de nombreux hôpitaux se sont ouverts des services de soins palliatifs, axés sur le traitement de la douleur et l'accompagnement de fin de vie, qui doivent permettre aux patients de trouver un sens à la mort, à travers la prise de parole sur l'histoire, la trajectoire et l'expérience de la maladie. Au contraire, dans un service de soins curatifs, l'objectif des soignants est encore de type thérapeutique, c'est-à-dire qu'il vise la guérison. De fait, la mise en forme de l'accompagnement émotionnel par les professionnels est différemment orientée selon que le patient est déclaré incurable ou pas ; dans le second cas, ils mettent en place des soins de support, qui accompagnent la thérapie. Les soins de support correspondent à tous les traitements non dirigés directement sur la tumeur : contrôle de la douleur, soins palliatifs, service social, kinésithérapie — rééducation, diététique, nutrition, esthétique (image corporelle) et intervention de l'unité de psycho-oncologie. Dans le service observé, les infirmières et aides-soignants travaillent ensemble auprès des patients dans une approche globale de la personne qui va au-delà des soins techniques curatifs nécessaires au corps, pour soigner aussi le psychique. Confrontés à la souffrance et à la mort associées aux maladies chroniques, l'expression des émotions exprimées par les soignants peut prendre différentes formes. Par une restitution minutieuse des expressions orales et corporelles des émotions des patients et des soignants, je m'intéresserai à leur transmission, leur mode d'expression, et leur maîtrise, tout en m'interrogeant sur ce qu'expriment les soignants lorsqu'ils disent des patients « [qu'] ils vont bien ».

Le travail de terrain duquel je tire mes données a été réalisé brièvement et de façon intense durant plus de trente jours continus dans un service d'hospitalisation de cancérologie gynécologique, où les patients sont presque toutes des femmes [3], atteintes de cancer du sein, du col de l'utérus ou des ovaires. Dans cet établissement, une équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande des soignants du service. Le terrain a été effectué en suivant les infirmières et les aides-soignants dans toutes leurs tâches, c'est-à-dire tant dans la salle de soins où se prépare le matériel et ont lieu la plupart des échanges verbaux, que dans les chambres des malades ou dans la salle de repos où nous prenions nos repas. C'est dire aussi que ce que je rapporte dans cet article, ce sont les paroles et les gestes des soignants comme des soignés, étant entendu que mon accès aux seconds était limité car lié aux pratiques des premiers. Dans ce texte, j'appellerai indifféremment soignante(s) ou soignant(s) les infirmières et aides-soignants, excluant ainsi les médecins. L'équipe observée était constituée de vingt-trois femmes et un homme, la moyenne d'âge des équipes étant de 35 ans de jour (23 à 30 ans et de 43 à 51 ans) et de plus de 53 ans de nuit [4].

## « Aller bien » avec le cancer

Un service de cancérologie n'est pas un service d'hospitalisation comme un autre puisque lorsqu'un patient en sort, rien ne garantit qu'il n'y retournera plus : d'un cancer nul n'est jamais définitivement guéri. Dans ce service arrivent d'une part des malades pour leur première chimiothérapie, encore sous le choc du diagnostic et, d'autre part, ceux qui sont exposés aux divers effets secondaires que génère la thérapie ; il y a aussi des patientes aux pathologies les plus lourdes ou dont l'état général le nécessite. D'autres sont là pour soigner un cancer qui réapparaît après quelques années, ou un nouveau, parfois le quatrième. Les situations intenses émotionnellement sont fréquentes dans un service qui sur vingt-quatre lits compte en moyenne un décès par semaine.

Trois fois par jour, durant les « transmissions », les soignants de l'équipe partante passent le relais à l'équipe arrivante et leur confient les malades. C'est un moment essentiel qui permet de saisir de la bouche des soignants l'état global du patient. Chacun est présenté par son nom, son âge, sa situation familiale, le diagnostic, les soins déjà effectués et ceux à réaliser. Parfois les transmissions se terminent sur un « tout le monde va bien », suivi d'un « prenez soin d'eux ! ».

Fréquemment les malades déclarent « aller bien », ou les soignants trouvent que « les patientes vont bien ». Le dossier médical montre pourtant que toutes sont malades. Alors, qu'expriment les soignants lorsqu'ils disent des patientes en cours de chimiothérapie ou en fin de vie « [qu'] elles vont bien » avant de passer le relais à l'équipe suivante ? Aller bien, c'est souvent un mieux-être du patient, qui peut être lié à son appétit, ses déjections, son aspect, son humeur. Parfois, tandis que le patient a soudainement perdu un peu la tête, une soignante précise « [qu'] elle est un peu désorientée, mais [qu'] elle ne s'en rend pas compte, elle va bien ». Un symptôme jugé sans sévérité peut être évoqué (« son œil gauche ne ferme pas à cause de l'hémiplégie, sinon elle va bien », dit Monique, une infirmière, à propos d'une patiente). Ces points de vue sont à examiner corrélativement à la maladie : les effets secondaires du traitement sont pris en compte et traités mais sont considérés comme bénins en comparaison de la gravité du mal. Aller bien, c'est aussi ne pas souffrir d'effets secondaires. Ainsi par exemple : « elle va bien : pas de malaise, pas de fièvre ni d'hypothermie ». Dans ce contexte, « aller bien » signifie souvent ne pas aller plus mal. Lorsque tel n'est pas le cas, les soignants parlent le plus souvent de « dégradation » à propos d'un état ou de la patiente elle-même. Toujours, ils en recherchent la raison, interrogeant l'équipe précédente (« mais qu'est-ce que vous lui avez fait ? » ou « qu'est-ce qui s'est passé ce week-end ? »). De tels énoncés suggèrent une volonté de déresponsabilisation vis-à-vis d'une dégradation soudaine (« elle mangeait bien pourtant »). Ces interrogations s'accompagnent de l'espérance que le malade reste en vie au moins jusqu'à la fin du service, que la responsabilité et le traitement de sa mort puissent échoir à une autre équipe. Cette vision parcellaire du corps (du point de vue des soignants) s'accompagne d'une vision globale de la personne. En d'autres termes, l'objet des soins n'est pas seulement le corps, mais la personne. Au-delà de la tumeur à traiter et soigner, les effets qu'elle provoque sur le malade sont aussi pris en compte par les soignants.

La tumeur qui ronge le patient de l'intérieur ne fait pas qu'agresser un organe, elle attaque son corps touchant jusqu'à son apparence et son moral. Aller bien concerne : la tumeur, le fonctionnement mécanique du corps, son apparence, les affects, l'entourage. Le malade vit un drame intérieur double, devant combattre à la fois la tumeur qui se développe et l'ensemble des émotions qui l'assaillent, entre espoirs et déceptions, souffrances et peurs, sans perspective de guérison définitive, et donc pour certains, dans la difficulté de se projeter. Tout cela est amplifié par l'environnement hospitalier où ceux qui circulent ont tous un lien avec la maladie : visiteurs, médecins, patient(e)s

avec qui partager une chambre, etc.

Alors, le malade doit « lutter », « se battre », « avoir un moral à toute épreuve », être « courageux », plein « d'espoir », comme le laissent entendre les médias qui véhiculent le mythe de la guérison, ou les nombreux livres témoignages qui préfigurent le héros qu'est en substance le patient hospitalisé. Beaucoup acquièrent alors la « certitude que la guérison tient à un état d'équilibre personnel dont le ressort se trouve en soi » (Bataille, 2005). Mais comment « se battre contre le cancer », contre une tumeur *à l'intérieur* de soi ? Si les médecins prescrivent une lutte moderne et technique par la chimio ou radiothérapie, un travail sur ses propres émotions doit contribuer à favoriser et maîtriser un moral qui doit être bon pour « vaincre la maladie ». Telle est la tâche à laquelle s'affairent aussi les soignants.

## Différents modes d'expression des émotions

Confrontés à la souffrance et à la mort, l'expression des émotions des patients et des soignants, mais aussi les émotions des patientes exprimées par les soignants pour être traitées, peuvent prendre différentes formes : verbales, écrites, corporelles, ou même être l'objet d'un rejet.

Les soignants sont récepteurs des manifestations orales ou corporelles de l'affect, étant les seuls interlocuteurs aptes à les recevoir du point de vue des patientes. En effet, celles-ci se trouvent confrontées à des émotions diverses qui leur étaient jusqu'alors inconnues, du moins en intensité, telles que la douleur, la souffrance, l'angoisse, pour certaines aussi l'incompréhension et la solitude. En s'adressant aux infirmières, elles choisissent les personnes qui deviennent les plus proches les temps de l'hospitalisation, celles qui en savent le plus sur leur état de santé, leur prodiguent les soins des plus techniques aux plus intimes et qui approchent leur corps au plus près [5]. Les soins prodigués dans un tel service rendent doublement compte de l'intime, à la fois grâce à la relation étroite qui se tisse entre le soignant et le patient, et en tant qu'ils traitent de la « vie intérieure » de la personne, de ses propres représentations et ressentis exprimés verbalement ou corporellement lors des soins [6]. Les malades les plus atteints reviennent régulièrement, pour deux jours ou quelques semaines, et nécessitent souvent des soins au lit, de *nursing*, de nettoyage et de pansement de plaies jamais montrées aux proches qui probablement seraient choqués à la fois visuellement et olfactivement. C'est ainsi que certains proches confient aux infirmières et aides-soignants leur difficulté à rester dans la chambre de la malade à cause de « l'odeur forte », ou encore ils précisent qu'ils ont dû maintenir la fenêtre ouverte pour la supporter. Afin de réaliser ou refaire des pansements d'esquarre, ou celui de seins dits « en chou-fleur », atteints de longue date d'une tumeur, sanguinolents de façon ininterrompue, les infirmières font sortir les proches pour des raisons hygiéniques et de pudeur. Même pour ces professionnelles, être présente dans la chambre à ce moment-là est parfois une gageure, comme pour Karine, aide-soignante de 37 ans, binôme ce jour-là de Lisa (infirmière, 23 ans) : en l'accompagnant pour les pansements du sein et des esquarres de Mme V., elle affirme sa solidarité, mais ne regarde pas le soin. Une élève-infirmière accompagnant Estelle (infirmière, 30 ans), pour un pansement suite à un acte chirurgical dans l'abdomen, dut soudainement quitter la pièce :

« Quand on fait un soin, ça va mais quand on regarde quelqu'un le faire, c'est pas pareil. Regarde Pascal [l'interne], il ne veut pas voir ces trucs-là, j'ai dû l'appeler plusieurs fois pour qu'il vienne voir la cicatrice de Mme Damien... Un truc un peu dégueu dans une chambre où il fait super chaud, moi je finis sur la chaise » (Estelle, 30 ans, infirmière).

Selon Castra (2003 : 277), ces activités qu'il nomme « le sale boulot » [7] participent à la création d'une relation privilégiée et intense entre les soignants et les malades, laquelle devient intime en se constituant autour du corps, en particulier lors des toilettes. C'est ainsi que dans un « corps à corps » (Véga, 1999 : 101) avec les malades, les émotions « circulent » entre les différents sujets, par la parole et par le corps.

### ***S'exprimer verbalement : faire circuler les émotions***

De cette façon, lors d'un soin, comme à l'occasion de discussions informelles, les malades parlent de leurs peurs ou de leurs angoisses, de leurs espoirs ou de leurs envies, de leur bien-être en hospitalisation ou de leur besoin de rentrer chez elles. Parfois aussi, les soignants ont affaire à des situations où le patient s'exprime de façon déroutante. Cela se produit souvent lors de l'annonce du diagnostic, qui provoque chez certains malades des joutes verbales avec le médecin qui les suit ou le personnel infirmier présent, suite à un ressenti émotionnel intense. Une patiente en grande souffrance envoie une pique à sa soignante préférée, renvoyant verbalement le mal ressenti physiquement. Pour certains, c'est autour de plaisanteries que s'expriment les émotions, et cela vaut tant pour les soignants que pour les soignés. L'échange entre Lisa, infirmière de 23 ans, et Mme W. présente ces deux aspects :

Lisa sert un verre d'eau à la patiente pour prendre le comprimé puis défait le pansement du sein, Karine (aide-soignante de 37 ans) ne regarde pas.

Lisa : « ça va là, je fais pas mal ? » Elle commence à le nettoyer, le sang coule. Son sein suinte le sang. Il est noir, vraiment noir, boursoufflé, plein de trous rouges par lesquels sort du sang. Puis elle passe aux esquarres. La patiente en a aux fesses et aux talons. Lisa termine de défaire les pansements. Si le talon droit est plutôt propre, le gauche n'est pas très beau. Lisa le nettoie à l'aide de compresses sur lesquelles elle met un produit. La patiente, pourtant au téléphone : « Eh ! Doucement la sauce ! Ah la sauvage alors ! ». Lisa y va vraiment plus doucement, et regarde Mme W. pour percevoir des signes faciaux de douleur.

Estelle (infirmière, 30 ans) entre dans la chambre et passe voir si toutes nous allons bien : « Alors, tout se passe bien ici ? ».

Lisa (à la patiente) : « Vous allez vous tourner vers la Sylvie ». Il s'agit désormais de s'attaquer à l'esquarre des fesses.

Mme W. : « Vers la Sylvie ! ».

Lisa : « Oui, la Sylvie, elle est de la campagne la Sylvie ! » puis aussitôt comme la patiente a du mal à se déplacer sur le côté (elle est « douloureuse »). Lisa ajoute : « Allez la souplesse ! ». Sylvie s'assoit en face de Mme W., elle la maintient sur le côté et dit quelque chose que je ne perçois pas.

Lisa : « On t'a sonné l'aide soignante ? », puis à la patiente : « J'y vais doucement. »

Mme W. : « Y a intérêt ! »... « L'infirmière en a rien à foutre », dit-elle avec un sourire en coin, en tournant le dos à Lisa.

Lisa : « Ah, là, ça c'est bas », avec un sourire non perceptible dans la voix et que ne peut voir la patiente.

Mme W. : « Vu que c'est pas toi qui as mal, tu peux pas savoir hein ! »

Lisa, faussement désespérée : « Ah là là là... ».

Quand elle termine, Lisa ajoute : « Je vous le ferai demain matin. »

Mme W. : « Ah faut pas me dire ça si c'est pas vrai. »

Lisa : « Ah je vous promets ! C'est moi demain matin. »

Mme W. : « Moi ça j'en sais rien. »

Lisa : « Si, si je vous promets demain matin je suis là et je vous le ferai. Et je vais le noter sur la fiche pour que ce soit fait tous les matins... Ca va aller la douleur ? »

[Extrait de mon journal de terrain]

C'est aussi ce qu'exprime Paulette, aide-soignante, à propos de M. C. qui « plaisante beaucoup, mais il est anxieux... Oui, quand ils font les fanfarons un jour avant l'intervention c'est souvent ça ». On sait que dans d'autres cultures, le rire peut être une arme contre la mort, ou au contraire, il peut signaler sa venue à la mort perçue comme une étape heureuse [8]. Dans son étude sur le rire, Henri Bergson (2002) éclaire la relation rire/émotion telle qu'elle existe en Occident. Pour lui, seul ce qui est humain (geste, comportement, parole) peut provoquer le rire, qui « n'a pas de plus grand ennemi que l'émotion » [9] car il demande un détachement de ses propres affects. D'ailleurs, le contrôle des émotions est souvent une cause du rire. C'est ce à quoi semblent s'essayer ces deux patients avec les soignants : se détacher de leurs affects, d'une part, et partager le rire avec d'autres car le rire est toujours social. Il lie des personnes entre elles qui dirigent leur attention sur un même sujet. En plaisantant avec les soignants, et donc en provoquant le rire, le malade prend une place dans un groupe de personnes liées au service hospitalier.

Tandis que la parole déclenche et ordonne les émotions en vue d'un mieux-être (par l'écoute et le toucher des soignants, sorte de récepteurs canalisateurs), le silence transgresse l'organisation affective entre les uns et les autres, les soignants ne sachant alors plus comment traiter ces personnes, comment parler à celles qui refusent de s'exprimer. Certaines malades restent silencieuses, ne parlant pas de leur ressenti. Pourtant, parfois ce silence est couplé à des pleurs et si la souffrance n'est pas dite, elle est néanmoins perceptible. Des patientes ne parviennent pas à accepter l'idée même de la maladie et ne déclarent ni symptôme ni douleur, attendant seulement de quitter l'établissement. C'est le cas d'une jeune femme atteinte d'un cancer des ovaires. Bien qu'elle perde énormément de sang par voie anale, elle ne cesse de dire à ceux qui l'interrogent (médecins, infirmières, aides-soignants) qu'elle ne va pas aux toilettes. Pourtant, jusqu'à deux fois par semaine, elle reçoit des transfusions de sang en raison de ses hémorragies. Mme J. est très discrète : elle ne parle que lorsqu'elle est questionnée, et déclare alors qu'elle va bien, qu'elle peut rentrer chez elle, qu'elle le veut, qu'elle ne fait pas d'hémorragie et qu'elle ne désire pas parler. Ses propos sont parfois accompagnés de sanglots. Or, le silence est toujours inquiétant, pouvant signifier résistance ou refoulement, pour les soignants, qui doivent alors adapter la relation au malade : en refusant la maladie, ces malades repoussent aussi la relation avec le personnel soignant qui déclare alors que le patient « ne veut pas voir ni entendre », et « refuse le relationnel », situation particulièrement difficile à vivre pour elles qui ont déplacé l'objet de leur attention du corps — vu comme un objet, un organe aux frontières stables à traiter — à la personne dans sa globalité — un sujet au corps malade — dont elles prennent en compte les affects. Cette interprétation des soignants est à considérer comme une remarque subjective liée au sentiment personnel de rejet qu'ils ressentent alors. En réalité, nous pourrions aussi envisager que, du point de vue du patient, il y a une intention de limiter la relation aux soignants à un degré plus maîtrisable pour le malade : ne pas entrer en relation de proximité avec le soignant serait alors un moyen pour maîtriser une relation difficilement contrôlable.

C'est par des « émotifs » (Reddy, 2001) que les patients s'expriment, c'est-à-dire des énoncés portant sur les émotions et formulés à la première personne. Ils traduisent leurs états intérieurs en mots qui agissent sur le locuteur et ses émotions. En effet, le patient, en les verbalisant, introduit du changement dans le ressenti, dans la conscience du soi, dans le sujet. Ses discours comme ses silences expriment une intention relationnelle et contextuelle liée à la tumeur qui dégrade le corps, le bien-être, les relations aux autres et modifie le rapport au monde. Ce sont aussi des émotifs que prononcent les soignants entre eux lorsqu'ils expriment leurs propres émotions, toujours liées à celles des patients : les émotifs des malades agissent aussi sur eux. A la fois constatifs et agissants, ces énoncés ne se confondent avec aucun des deux pour celui qui les prononce. Ils sont pourtant chargés d'effets pour ceux qui les reçoivent (du locuteur malade au récepteur soignant). Repris et reformulés oralement et à l'écrit par les soignants, les émotifs des malades deviennent des constatifs, des données produites par les malades et sur lesquelles les soignants travaillent, en vue de les soulager des émotions les plus invalidantes.

## *Les mots du corps*

Aux émotifs s'ajoutent des expressions corporelles qui produisent des effets semblables. C'est particulièrement visible chez les soignants, où au travers d'une main posée sur le corps de la patiente durant le soin, ils expriment à la fois la relation entre soignant et soigné, mais aussi un partage des émotions : caresse de la main ou du corps, serrement de la main du malade tandis qu'une autre soignante effectue le soin.

Mme V. crie depuis plusieurs jours et nuits de façon quasiment continue. Dans la chambre, Julie (aide-soignante, 25 ans) met de la lumière pour que les infirmières puissent faire les soins et caresse la main, touche la cuisse de la patiente et s'adresse à elle en l'appelant « ma petite mère », tandis que Lisa et Doris (infirmières, 23 ans) réalisent le soin.

[Extrait de mon journal de terrain]

Ces gestes par lesquels le soignant signifie sa présence active et rassurante, répondent à une expression verbale ou visuelle de la patiente. Ils permettent à la professionnelle de « modérer » ou freiner l'expérience émotionnelle, laquelle, bien que favorisée, est contrôlée. L'excès dans la manifestation des émotions des patients (tels les appels fréquents d'une patiente qui s'inquiète de son départ qu'elle ne veut pas, ou les cris angoissés et incessants d'une autre malade) est perçu comme un échec, puisqu'il signifie que l'accompagnement émotionnel est défaillant. La « bonne distance » est difficile à définir. Or tous les soignants le disent : c'est en ayant vécu à une ou deux reprises une expérience douloureuse de la mort d'un patient qu'ils ont à la fois sensiblement et pragmatiquement construit une distance intuitive avec le malade, sorte de "bricolage psychologique" avec soi-même, qui nécessite des réajustements réguliers. Des soignants ont choisi eux-mêmes de s'y confronter directement, pensant qu'ils prendraient ensuite la distance nécessaire, comme Doris (infirmière, 23 ans) : lors de son premier stage comme élève, elle a mal vécu « le premier décès ». Elle a décidé alors d'effectuer un stage supplémentaire d'une semaine, à la morgue de l'établissement qui l'accueillait :

« Le pire a été de voir comment on cousait les bouches, l'aiguille dans la gencive. On vidait les corps de leur sang... J'ai aussi maquillé des visages, avec du fond de teint. En fait, c'était terrible de voir des corps, que des corps, sans les avoir vus vivants ».

Les expressions et réponses corporelles des soignants face aux émotions des soignés ne sont pas qu'énoncées verbalement : des haut-le-cœur, frissons ou pleurs sont parfois générés par la vue d'une mauvaise cicatrice, d'un esquin, l'odeur « putride, l'odeur du pus, âcre » (Carine, infirmière, 43 ans), lors d'un pansement, ou les cris incessants d'une patiente angoissée. Les réactions incontrôlées des plus jeunes de ces soignants montrent l'existence d'une contagion des émotions qu'ils devront eux aussi apprendre à maîtriser, à partir de leurs propres expériences d'interactions sensorielles.

## Etre affecté par le corps de l'autre

L'établissement observé a fait le choix d'adopter une « approche globale de la personne » : outre la tumeur, l'ensemble du personnel traite aussi ce que la maladie attaque : le corps et son apparence, la personne et son environnement ; si les infirmières réalisent les soins prescrits par les internes et les médecins, elles apportent et favorisent aussi des soins quelquefois qualifiés de « confort » [10], mais que toutes s'accordent à trouver essentiels, au même titre que les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs. Au quotidien, tout en réalisant les soins, elles relèvent le ressenti des patientes et indiquent sur le dossier infirmier l'état du moral, le vécu de la maladie et de l'hospitalisation, les craintes, les angoisses, les satisfactions, la présence et la qualité de l'entourage. Parfois, et plus particulièrement la nuit, elles parviennent à créer une situation intime, en s'asseyant sur le bord du lit, caressant les cheveux de la malade ou lui tenant la main. Celles qui effectuent les soins du corps malade font du lit de la patiente un espace intime, un lieu d'expression des émotions propice aux confidences. Le contact tactile facilite la verbalisation des émotions des soignés. D'ailleurs quelques-unes choisissent de réaliser certains soins sans masque chirurgical manifestant ainsi leur respect du malade, qui souffre déjà de la dégradation de son corps, et auquel il est inutile de montrer du dégoût devant des esquarres ou des pansements particulièrement malodorants. Cela montre encore à quel point le corps du patient est le véritable médium des relations entre patientes et soignants, mais aussi entre les soignants.

A tout moment, les soignants expriment entre eux les émotions des patientes. Ils les disent et les écrivent aussi dans le dossier infirmier, considérant que cela participe à l'évaluation de l'état général de la personne. Ainsi, à propos de Mme D., Estelle, infirmière de 30 ans, écrit : « se sent tout de même un peu perdue » ou bien est « souriante dans le milieu d'après midi après avoir eu la visite de la coiffeuse. Se sent bien les cheveux propres », mais aussi que « moralement elle se décourage, a l'impression de ne pas en sortir, puis se reprend rapidement », jusqu'au moment où la patiente, dans une situation extrême, ne peut plus s'exprimer verbalement. Alors, Frédérique, une autre infirmière, reprend le secteur et écrit que Mme D. est « souffrante », tandis qu'entre elles, les soignants évoquent « un masque douloureux, des grimaces », et toujours les cris incessants de Mme V. Des perceptions visuelles, olfactives et auditives permettent aussi d'élaborer un diagnostic, non seulement sur la maladie entendue comme un dérèglement organique *stricto sensu*, mais aussi sur les « états intérieurs » du sujet, c'est-à-dire ses affects et ses émotions (par exemple : les cris persistants d'une malade associés à son angoisse).

Ces affects exprimés par les patients peuvent agir sur les soignants, qui deviennent récepteurs de ces états, par une circulation corporelle des émotions. Pour pallier cela, des stratégies individuelles se mettent à jour : certains chantonnent durant le soin cherchant ainsi à cacher leurs propres émotions, posent un ou des masques chirurgicaux qui établissent une frontière entre le patient et le soignant, ne regardent pas la personne ou le soin en cours : des stratégies qui se constituent par l'expérience et permettent *a priori* de ne pas être affecté. Comme Karine, aide-soignante de 37 ans, qui me montre « [son] truc » contre les odeurs : elle a un petit pot de crème odorante (menthe, tilleul, géranium, orchidée). Quand elle doit s'occuper d'une chambre qui sent mauvais, pour ne pas mettre mal à l'aise le patient et pour ne pas être elle-même ennuyée, elle s'en met un peu dans chaque narine, puis pose le masque. Parfois les soignantes deviennent « blanches », éprouvent du dégoût et des vomissements à cause d'une odeur ou d'un aspect visible de l'organe atteint, réagissent physiquement, dans leur corps et leurs affects, autant dire qu'elles sont « prises ».

Dans un lieu où la souffrance qui précède de peu la mort est omniprésente, les soignants se trouvent

parfois dans des atmosphères qu'ils qualifient à la fois de « lourdes » et d'« oppressantes », où ils se sentent « étouffer » avec la patiente, dans une relation de proximité qui atteint la contagion des états intérieurs du sujet : non seulement ils se tiennent aux côtés du malade, mais en plus ils voient un corps qui change, jour après jour, de façon parfois spectaculaire, et avec lequel ils ont un rapport étroit : ils le déplacent, le lavent, le soignent, le parfument, mais ne parviennent pas à le soigner. Ils le ressentent aussi à travers sa chaleur ou sa froideur, sa moiteur parfois, et son odeur souvent, parlent ainsi « d'un visage gris, comme une bougie, le teint tout cireux, terne », parlent de « cette odeur qu'on connaît bien », de puanteur « à en vomir », et en disant tout cela, c'est de la mort qu'ils parlent. Alors, en réaction aux altérations corporelles du malade, les soignants expriment leurs propres émotions, verbales et corporelles : colère, sentiment d'injustice, de culpabilité, ou encore pleurs, nuits d'insomnie. Pourtant, s'ils ressentent ainsi et parfois avec beaucoup de force l'atmosphère pesante qui entoure la mort d'un patient, c'est aussi parce qu'ils le vivent et l'expriment ensemble, permettant de cette manière le traitement collectif des émotions. Le partage de ces émotions et leur expression, face à un corps moribond qui rassemble autour de lui familiers en peine et soignants émus, accentue encore cette atmosphère délétère dans laquelle chacun se trouve pris, de l'aide-soignant au médecin de soins palliatifs. D'ailleurs, autour d'un patient qui va mal les soignants se soutiennent et vont à plusieurs réaliser les soins, faisant face ensemble aux émotions des malades, et pouvant ensuite faire face entre eux à leurs propres états intérieurs.

### ***Ecrire ou dire les émotions***

Les transmissions sur l'état général des patientes ont lieu à chaque changement d'équipe : les soignants y parlent des symptômes, traitements, moral, entourage et ressenti des patientes, tout en parlant des soins effectués et de la façon dont ils se sont déroulés. Ce qu'ils échangent verbalement, ils l'écrivent aussi. Ainsi dans le dossier infirmier nous pourrions lire à propos d'une patiente de 43 ans : « très douloureuse lors de la toilette malgré l'administration d'un bolus de morphine et d'1 g de Perfalgan® juste avant ». Or, ce résumé de deux lignes à propos de la souffrance et de l'incapacité à la soulager, correspond à une toilette qui a mobilisé jusqu'à six personnes dont deux de l'équipe de soins palliatifs. Elle a duré plus d'une heure et a généré chez les soignants de nombreux discours, de la colère, de la peur, un sentiment d'impuissance, d'incompréhension, des descriptions des soins réalisés et de l'aspect « gris » de la malade associé à la mort. Durant cette toilette, les soignantes se sont d'abord adressées à la patiente, avant de ne plus parler d'elle qu'à la troisième personne, marquant ainsi un passage progressif de la personne au cadavre à venir.

Toute la journée, elles n'ont plus parlé que de ce corps qui se dégradait à grande vitesse. L'après-midi, les sujets de conversation ont tous tourné autour de la mort, de la souffrance et de cette femme. Chacune a commencé à parler de ses propres émotions associées à celles de la patiente : « j'ai peur », manifeste Julie, aide-soignante, durant la toilette. Puis, sortant de la chambre : « ça me fout en colère, moi ! Qu'est ce qu'ils foutent les mecs en blouse blanche ?... Et Frédérique [infirmière] ! C'est à elle de voir la douleur et de lui mettre quelque chose pour qu'on puisse faire sa toilette ! Elle le met et nous on vient 30 minutes après ! ». Cathy (aide-soignante, 37 ans) renchérit : « On ne peut pas faire ça tous les jours, aussi bien pour elle que pour nous ». Et Doris, une heure plus tard, revenant de la chambre après un dernier soin, d'ajouter : « Je suis à côté d'elle, j'ai l'impression d'étouffer avec elle ». Empathie évidente, disent-elles plus tard, avec celle qui pourrait être leur mère ou leur sœur.  
[Extrait de mon journal de terrain]

Après ces échanges qui ont duré plusieurs heures, l'infirmière de ce secteur écrit sur le dossier

infirmier : « Famille reçue par l'équipe de soins palliatifs. DCD à 16h45 », une phrase qui ne reflète en rien ce que fut cette journée tant pour le patient que pour les soignants. L'insensibilité qu'on peut y lire est sans commune mesure avec l'atmosphère chargée qui a pesé durant deux jours sur ce service. Pudiques, les soignants choisissent d'aller soudainement à l'essentiel, puisque de toute façon, pourquoi écrire et décrire le ressenti du patient alors que cela n'a plus d'utilité, me fait alors remarquer l'une des infirmières : ce qu'elles écrivent dans ce dossier est à l'attention des équipes suivantes en charge des patients.

Il existe un grand décalage entre l'écrit et l'oral, car à l'arrivée de l'équipe suivante, les soignantes raconteront pourtant dans le détail tout ce qu'il s'est passé, se déchargeant elles aussi le plus possible de ces sentiments envahissants. Finalement, le décès est un choc (« c'est terminé », « c'est horrible »). Elles reprennent et rappellent encore le déroulement de cette journée, mais aussi l'histoire personnelle de la patiente, son arrivée dans le service et l'évolution de sa maladie. Dans la minute qui suit le décès, la fiche du patient sur le tableau des lits occupés est jetée.

Après avoir recueilli verbalement et observé physiquement les émotions du malade, les avoir reformulées oralement pour le reste de l'équipe, les avoir notées dans le dossier infirmier pour les équipes suivantes, les soignantes se sont elles-mêmes allégées de cette charge émotive. Pour Jack Goody (1994), les principales différences entre l'oral et l'écrit sont d'ordre lexicales et syntaxiques, l'écrit présentant une plus grande élaboration et complexité et une contextualisation moindre. Dans le cas qui nous intéresse, le dossier infirmier présente les caractéristiques inverses des transmissions orales : le lexique est reformulé par un vocabulaire plus varié, voire en termes médicaux, mais est largement réduit en informations et en longueur. Quant à la forme syntaxique, elle est réduite aux figures les plus élémentaires. Ces distinctions s'expliquent volontiers par la fonction différente de chaque langage. L'écrit est ici essentiellement « utilitaire » tandis que l'oralité est informative, au sens le plus large. D'autres différences sont perceptibles entre ces deux modes : si entre eux, les soignants font des pronostics (« elle ne tiendra pas la semaine » ; « elle ne va pas rester longtemps », etc.) ou manifestent du dégoût devant certains pansements, ou aspects visibles et olfactifs du corps (« ça pue », « c'est dégueu », « presque à en vomir », ou encore, comme Catherine, aide-soignante de 41 ans, à propos de la jambe gangrenée de Mme V. : « Oh, je supporte pas. J'ai déjà l'estomac barbouillé depuis quelques jours, je ne peux pas regarder ça ! »), ils n'écrivent pas ces perceptions-là. Pourtant, ces éléments participent parfois au diagnostic, telle une odeur de nécrose, ou la couleur d'un abcès. Ils écrivent donc ce qui est considéré pertinent du point de vue médical et du traitement physiologique de la tumeur, mais aussi ce qu'ils entendent et voient en vue de soigner le patient, et transmettent oralement les aspects qu'ils trouvent subjectifs : ce qu'ils perçoivent, ressentent, et qui leur permet aussi de traiter leurs propres émotions. L'écriture est associée à l'objectivité, au vrai (d'ailleurs les prescriptions médicales des médecins sont toutes écrites), tandis que certains états psychiques des patients perçus par les soignants ne nécessiteraient pas le passage à l'écriture, qui serait une appropriation de la parole du malade et donc relèverait de l'oralité.

### ***Contrôler ses émotions***

Il ne faudrait pourtant pas croire qu'à chaque décès les réactions sont aussi soutenues que celles décrites ici. Au contraire, ce débordement émotionnel est exceptionnel. Seulement, il est difficile de toujours contrôler ses émotions. Le cadre dans lequel elles s'expriment peut être déterminant. Favorisé par la réunion d'une famille accablée [11] par la douleur et l'équipe de soins palliatifs qui lui parle de la souffrance et de la mort, l'état émotionnel d'une soignante peut s'en trouver "altéré" et l'amener aux pleurs. Pourtant, la même expliquera à une jeune élève infirmière que « tu ne peux pas être triste, ce serait égoïste, ce ne sont pas tes proches, tu as fait ce que tu as pu », ce qu'elle justifiera plus tard en précisant que pour elle, l'égoïsme serait de s'approprier la douleur des proches.

Régulièrement l'établissement propose à ces professionnels des formations sur l'annonce du diagnostic ou la prise en charge de la souffrance. Néanmoins, on ne compte qu'une infirmière spécialisée et diplômée en soins palliatifs. Chacune développe ses propres stratégies pour traiter les patients d'un service curatif où certains meurent. Ces stratégies font partie du « savoir-être » préconisé par l'institution médicale, une attitude vis-à-vis de la personne à soigner, devenue une compétence [12] du métier. Les soignants agissent et réagissent individuellement et collectivement en fonction de leur propre jugement, de leur ressenti et des savoirs qu'ils parviennent à mobiliser grâce à un apprentissage informel stimulé par la présence d'une équipe mobile de soins palliatifs et par des formations courtes qui leur sont proposées sur les relations avec les patients.

La prise en charge émotionnelle que les soignants opèrent ne s'adresse pas qu'aux affects des patients : ceux-ci reçoivent de nombreuses visites de leurs proches, qui se tournent vers les infirmières et aides-soignants pour « savoir », « comprendre », et aussi trouver la bonne attitude avec le malade. Puisque la chambre et le lit favorisent l'intimité avec lui, c'est alors dans le couloir, un lieu transitoire, que les proches finissent par s'épancher et soulager le trop-plein d'émotions emmagasiné dans la chambre. Les murs délimitant les espaces des services oncologiques deviennent alors des frontières régulatrices des émotions : tandis que les proches des malades ne s'autorisent pas l'expression émotionnelle dans la chambre, le couloir, parce qu'il est l'espace des déplacements, devient souvent celui de la confiance, de l'épanchement et de la discussion. Or, pour le personnel soignant, le couloir est un espace non seulement transitoire mais aussi de travail : il distribue les chambres et la salle de soins infirmiers, il est l'endroit où circulent les chariots, celui où parfois l'on discute d'un soin ou d'une pathologie, et en aucun cas ne doit être celui où l'on s'abandonne à exprimer son ressenti (ce qui arrive néanmoins). Pour cela, des lieux inaccessibles aux visiteurs existent : la salle de soins infirmiers et l'espace de détente où tous déjeunent. Ces espaces délimités (chambre, couloir, salle de soin, salle de détente) opèrent comme des régulateurs de l'expression et de la circulation des émotions, qui agissent différemment selon le sujet.

Dans un service curatif où il y a toujours de nouveaux patients et de nouveaux décès, il faut bien traiter au mieux ses propres états pour pouvoir continuer son travail. Or si des soignantes affirment oublier vite et involontairement le nom des patients morts, elles en évoquent d'autres à chaque décès. Puis, dès le lendemain, derrière une tension due encore à l'atmosphère de la veille, elles se retrouvent souvent derrière des plaisanteries plus ou moins scabreuses entraînant rires et fous rires qui libèrent d'une pression trop forte. Ainsi dans la salle des soins à propos d'un patient nouvellement arrivé en radiothérapie dans ce service :

— C'est un cancer des amygdales...

— Ah oui ça facilitera pas les flirts !

— ... Avec des métaganglionnaires...

— Ah ! Vraiment pas. Il peut pas flirter celui-là ! [Puis à mon attention : ] On rigole bien ! Faut bien, hein, parfois... !

Ou encore à propos d'une malade qui doit se préparer pour l'intervention chirurgicale du lendemain :

— Elle arrête pas de pleurer. Pour sa toilette, il a fallu lui réexpliquer comment faire. Elle nous a dit qu'elle s'était lavée. En fait elle s'était juste mouillé les cheveux. Y avait encore la brosse à chiottes dans la douche !

— Ah ben elle a pu se laver avec !

— Elle aura fait un gommage !

Ici, le rire est rassembleur et crée de la connivence parmi les soignants. Henri Bergson, pour lequel le rire sanctionne l'apparition de l'automatisme chez l'humain, écrivait : « Est comique tout incident qui appelle notre attention sur le physique d'une personne alors que le moral est en cause » (Bergson, 2002 : 39). En d'autres termes, l'inadéquation entre le corps et l'esprit des malades est un prétexte au rire. Souvent considéré comme peu valeureux, le rire est désormais perçu par de nombreux sociologues comme une expression de la pensée, à l'instar de Jean Fourastié (1983). Les soignants rassemblés rien ensemble, renforcent leur cohésion et détournent des émotions.

D'une façon générale, l'expression des émotions des soignants est accentuée par son partage, lorsque l'équipe devient un « refuge émotionnel » (Castra, 2003 : 291). Il n'est alors pas étonnant de constater que dans ce type de service, comme dans des services de soins palliatifs, le travail s'organise en binôme, en sorte que les soignants sont ensemble auprès des patients, en particulier ceux considérés comme « lourds », non seulement par le diagnostic, mais bien plus encore par le vécu de la maladie.

## **Conclusion**

L'expérience de la maladie chronique et celle du cancer en particulier introduit plusieurs ruptures. La rupture avec son environnement social habituel (liée à la modification du mode de vie et à l'incompréhension de l'entourage) favorise les échanges au sein même de l'hôpital, lieu où l'on rencontre une « nouvelle famille » (Herzlich, 1969) à rapprocher de la nouvelle personne qu'a contribué à former la maladie et qui trouve sa naissance dans la « rupture biographique » (Bury, 1982) apparue avec elle. C'est en effet l'expérience partagée de la maladie qui permet des échanges sur elle et ce qu'elle emporte en émotions. Bien que les soignants n'en soient pas les sujets mais des spectateurs affectés et agissants, leur tâche qui consiste à traiter et vaincre la maladie fait d'eux les interlocuteurs les plus proches. En effet, infirmières et aides-soignants sont présents au quotidien auprès des malades dans le service d'hospitalisation et sont aussi souvent les relais dans la communication entre le patient et le médecin [13]. Affectés par les émotions des malades, les soignants tentent de les maîtriser en les passant à l'écrit, par des plaisanteries ou encore en en parlant entre eux, dans le couloir ou la salle de déjeuner, essayant ainsi d'en modérer les effets, sur les malades comme sur eux.

Le cancer produit inévitablement un rapport au monde différent (comme l'impossibilité de se projeter). D'abord, pour les malades, les perceptions du temps, du corps et de la personne sont modifiées. Puis nous avons vu comment, dans certains cas, l'empathie des soignants peut se manifester par l'expression verbale ou corporelle des émotions. Ce sont ces aspects et l'attention indirecte permanente attachée à la qualité de la relation qui facilitent et encouragent l'expression des émotions chez les uns et les autres. Pour Jack Katz (1999), dont l'approche se focalise sur la dimension relationnelle des émotions, celles-ci contribuent à produire des identités et agissent sur cette production. Le traitement collectif des émotions tel qu'il est opéré par les soignants dans les moments de crise a aussi pour effet de solidariser le groupe face à la souffrance et de renforcer les liens entre chacun. Ce "bricolage psychique" et intuitif pour garder la bonne distance avec les

malades se constitue à l'aide des réajustements de ceux qui participent à la construction de cette identité soignante hyper localisée. Il s'agit ici de l'identité d'une équipe de soignants travaillant dans le même secteur, celui de l'hospitalisation en cancérologie gynécologique, et qui partage une salle de soins, une salle de détente où tous déjeunent ensemble, des couloirs où circuler entre ces deux salles et les lits des patients, et les chambres, lieu où se trouve l'objet de leur travail : des sujets malades exprimant des émotions.

## Notes



[1] Cet article est la version remaniée d'une communication faite le 23 novembre 2005 lors des journées d'études du Réseau Santé de la MSH-Nord.

[2] Voir en particulier Bernard Rimé (2005) et plusieurs communications des Journées d'Études sur « Santé, corps, émotion » de la MSH-Nord en novembre 2005, parues dans la revue en ligne *Face à Face*, numéros 8 et 9, <http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/index.htm>.

[3] Le service observé accueille quelques hommes en radiothérapie pour le traitement de cancer de la prostate ou cancer des amygdales notamment.

[4] On pourrait penser que les plus âgées travaillent de nuit pour des raisons d'expérience et d'autonomie. Il est vrai que les soignantes de nuit répondent aussi à ces qualités. Pourtant, ces cinquantenaires travaillent de nuit depuis plus de 20 ans, en réponse à des stratégies personnelles, familiales et éducatives. Puis on constate un fort *turn-over* chez les jeunes infirmières, de sorte que la moyenne d'âge des équipes dans cet établissement est de plus en plus jeune.

[5] Herbet et Rimé ont montré que les patients atteints de maladies chroniques dont le cancer du sein, ont plus de satisfaction à parler de la maladie et de leurs émotions avec le personnel de santé qu'avec leurs proches vis-à-vis desquels ils pratiquent une sorte d'autocensure. Voir à ce sujet Herbet & Rimé (2004).

[6] Cet aspect, qui nécessiterait un travail de terrain supplémentaire, ne sera pas développé ici en raison de la pauvreté de mon matériel ethnographique sur le sujet.

[7] A propos de cette notion et du *dirty work*, voir aussi Everett C. Hughes (1996).

[8] Voir à ce propos la synthèse de Simone Clapier-Valladon (1991).

[9] Bergson (2002 : 3).

[10] « Soins techniques » et « soins de confort » : les soins techniques pour soigner l'organe (soigner le corps physique altéré), et les soins de confort pour soigner la personne (donc pas uniquement le palliatif, aspect mental et esthétique) ; cette distinction correspond partiellement à ce qui est couramment défini comme un savoir-faire (technique, associé à la physiologie) et un savoir-être (attitude, est associé au psychique), même si cela aussi nécessite une technicité (et partant, un savoir faire).

[11] Dans le cas évoqué précédemment, quinze proches (parents et amis) de la malade s'étaient retrouvés dans les couloirs du service, devant la chambre de la malade.

[12] Comme les soins curatifs, ces compétences liées au « savoir-être » de la soignante infirmière et aide-soignante, requiert une technicité, c'est-à-dire une maîtrise de pratiques et de savoir-faire.

[13] La relation entre infirmière et médecin (de l'interne au chef de service) demanderait une étude à part entière. Dans cet article, je ne développe pas davantage cet aspect par manque de données.

## Bibliographie



BASZANGER Isabelle, 1995, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.

BATAILLE Philippe, 2005, « Le cancer comme (re)découverte de soi », *Sciences Humaines*, 48 (Hors Série : « La santé ») : 26-29.

BERGSON Henri, 2002 [1940], *Le rire. Essai sur la signification du comique*, Paris, PUF.

BURY Michael, 1982, « Chronic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. IV(2) : 167-182.

CASTRA Michel, 2003, *Le bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF.

CLAPIER-VALLADON Simone, 1991, « L'homme et le rire », in Jean Poirier (ed.), *Histoire des Mœurs II*, vol. 1, Paris, Gallimard : 247-297.

FOURASTIE Jean, 1983, *Le rire*. Paris, Denoël et Gonthier.

GOODY Jack, 1994, *Entre l'oralité et l'écriture*, Paris, PUF.

HERBETTE G. & RIMÉ Bernard, 2004, « Verbalization of Emotion in Chronic Pain Patients and their Psychological Adjustment », *Journal of Health Psychology*, vol. 9(5) : 661-676.

HERZLICH Claudine, 1969, *Santé et Maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris, EPHE et Mouton.

HUGHES Everett C., 1996, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS.

KATZ Jack, 1999, *How Emotions Work*, Chicago, University of Chicago Press.

REDDY William M., 2001, *The Navigation of Feeling : a Framework for the History of Emotions*, Cambridge & New York, Cambridge University Press.

RIMÉ Bernard, 2005, *Le partage social des émotions*, Paris, PUF.

VEGA Anne, 1999, « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie Française*, 29 : 100-110.

VEGA Anne, 2000, *Un ethnologue à l'hôpital*, Paris, Editions des Archives Contemporaines.