



HAL
open science

Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ?

Cedric Calvignac

► **To cite this version:**

Cedric Calvignac. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ?. Sciences humaines, 2020. hal-02904432

HAL Id: hal-02904432

<https://hal.science/hal-02904432>

Submitted on 22 Jul 2020

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.

SCIENCES HUMAINES

Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ?

Cédric Calvignac, sociologue, CERTOP-CNRS



Au cours de ces dernières semaines, le recours systématique au port du masque par les professionnels de santé a bouleversé la relation soignant-soigné. Quels changements sont à l'œuvre ? Quelles réactions le port du masque par les soignants suscite-t-il chez les patients ? Comment les soignants accompagnent-ils leurs patients dans cette période anxiogène ? Comment parviennent-ils à leur manifester leur empathie et leur soutien en dépit du masque qu'ils portent ? Existe-t-il des situations plus préoccupantes où le soin est empêché — ou tout au moins rendu plus délicat — par le port du masque ? Les premiers résultats d'une enquête sociologique donnent quelques éclairages sur ces questions.

Avec des collègues des universités de Toulouse, de Nice et de l'École des Mines de Paris, je participe actuellement à une enquête sociologique baptisée « Maskovid » portant sur l'usage des masques lors de la pandémie. Cette enquête comprend un volet dédié au recueil de témoignages des personnels soignants. Les récits ainsi obtenus sont très précieux : ils donnent à voir de l'intérieur la façon dont les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) s'organisent, se mobilisent, se réinventent dans une situation de pénurie au cours de laquelle les ressources matérielles et humaines indispensables à la bonne administration des soins manquent cruellement. À ce jour, ce sont près de 300 témoignages qui ont été recueillis et qui feront l'objet d'un traitement approfondi dans les mois à venir. Avant que l'enquête ne livre toutes ses conclusions, nous souhaitons ici rendre compte de premiers résultats tirés de la lecture attentive des 120 premiers témoignages recueillis entre le 5 et le 21 avril 2020. C'est une façon pour nous de remercier ceux qui ont pris le temps de nous répondre et/ou qui ont prêté leurs concours à la diffusion de notre appel à témoignage ; c'est également l'occasion de renouveler notre invitation à renseigner cet appel et à prendre ainsi part à une recherche participative et ouverte visant une meilleure compréhension de l'épreuve collective que nous traversons.

Vous aussi participez à notre appel à témoignages :
<https://limesurvey.univ-jfc.fr/index.php/372188?lang=fr>

Commençons par rappeler que le port du masque a de tout temps fait partie de la vie des personnels soignants. Dans le cadre de leur formation et de l'exercice de leur pratique, ce geste de protection est exécuté à maintes reprises : il fait donc partie des routines professionnelles les plus élémentaires. S'il s'agit d'un équipement familier pour les professionnels de santé, il l'est beaucoup moins pour la population des soignés qui découvrent, ces dernières semaines, l'existence de différents types de masques et prennent lentement conscience des mesures d'hygiène particulièrement strictes associées à leur usage. Objet familier pour les uns, découverte pour les autres, le masque se place au cœur de la relation soignant-soigné durant l'épidémie en cours. Il est un nouvel élément à domestiquer pour les patients, un dispositif à intégrer durablement dans une routine de soin qui ne peut désormais plus en faire l'économie.

Le masque : un symbole à démystifier

Les soignants nous rapportent l'existence de deux temps dans l'appréhension du masque par les patients. Un premier temps, celui de la dernière quinzaine de mars, où la sidération domine et donne lieu à de nombreuses interrogations, à l'expression de sourdes inquiétudes chez les patients. Il faut dire que le masque est l'objet-symbole de l'exception sanitaire, de la dangerosité imminente, d'une circulation libre du virus sur l'ensemble du territoire. Il amène donc le patient à s'interroger à la fois sur son propre état (sa fragilité, son appartenance ou non à une population plus particulièrement à risque) mais également sur celui de la personne qui le soigne (le soignant a-t-il été exposé au Covid 19 ? Est-il vecteur de la maladie ?). De nombreux répondants indiquent que, dans un premier temps, il leur a fallu allouer un temps conséquent à la nécessaire explication des modes de transmission du virus, à la description des gestes barrières, à la présentation des raisons qui les amènent à se munir de masques et autres équipements de protection. Ainsi, Clémentine¹, médecin généraliste de 31 ans, confie : « au début, le port du masque a créé la surprise chez mes patients, il fallait presque s'en excuser et expliquer à chacun : "non, je ne suis pas malade, c'est pour vous protéger aussi, je ne veux pas devenir une source de contamination pour mes patients" ». Dans la suite de son témoignage, elle indique qu'avec le confinement « les patients s'y sont habitués » et que le temps nécessaire à l'éducation à la maladie a progressivement diminué. Même constat rapporté par Mathilde, infirmière de 35 ans effectuant des visites à domicile, qui indique, qu'en début d'épidémie, beaucoup des patients pensaient qu'elle « [faisait] du zèle », notamment les personnes âgées. Une part non négligeable de son temps de visite a donc été réaffecté à l'« éducation permanente et répétée des consignes de distanciation » et aux bonnes pratiques d'usage du masque et des gants.

Vient ensuite un second temps : celui de l'acceptation par la grande majorité des patients des mesures individuelles et collectives à prendre dans un souci de protection mutuelle. Florence, infirmière libérale de 51 ans, explique que ses patients ont maintenant « [acquis] le réflexe de mettre leur masque à [son] arrivée », qu'ils « comprennent qu'ils sont acteurs et [qu'ils la] protègent par ce geste ». Ce second temps est celui de la démystification du masque qui conduit progressivement à un nouvel équilibre de la relation soignant-soigné, une fois toute la pédagogie nécessaire à son acceptation effectuée. À ce stade, le masque contribue à la réassurance du patient qui se sait mieux protégé en sa présence. Cette situation d'acceptation peut même déboucher sur une ferme volonté de s'équiper à son tour pour accroître sa propre protection. Alors, les patients demandent aux soignants — de façon plus ou moins insistante — de leur fournir les masques à présent convoités. Sandrine, sage-femme de 33 ans exerçant en cabinet médical, précise que « ces personnes ont du mal à comprendre pourquoi [elle] ne [peut] pas leur en donner ».

Retenons ici que l'effort pédagogique patiemment fourni lors de la dernière quinzaine de mars (et toujours renouvelé dans la période actuelle) aboutit début avril à une acceptation du port du masque par la grande majorité des patients et à la manifestation d'une bonne volonté dans l'application (souvent approximative et faillible) des gestes barrières et de l'usage des masques et des gants. On arrive alors à une situation où le doute change de camp : les patients sidérés des débuts et inquiets par l'introduction d'un équipement chargé de menaces sont rassérénés et c'est au tour des soignants de s'alarmer du manque de rigueur de patients qui, fraîchement équipés de masques, relâchent leurs efforts dans l'application des gestes barrières (distance, hygiène). Ces derniers pensent à tort être davantage protégés alors même que leur mésusage des masques et des gants peut être source d'auto-contamination.

¹ L'ensemble des prénoms sont fictifs, anonymisation oblige.

Du « compte-gouttes » au « compte à rebours » : un temps d'usage limité

Nos 120 témoins déclarent, dans leur grande majorité, manquer de masques et se trouver dans une situation d'incertitude quant à leur approvisionnement prochain (cette situation semble aujourd'hui s'être sensiblement améliorée). Ces masques délivrés au « compte-gouttes » par l'État ou obtenus ponctuellement auprès de donateurs (particuliers et entreprises) sont en trop petite quantité et le rationnement est presque toujours de mise. Des masques conçus pour être portés 3 à 4 heures et jetés au moindre doute de contamination sont gardés sur des plages de temps beaucoup plus longues et ne peuvent plus être changés en cas d'erreur de manipulation. Cette situation porte en elle deux principaux écueils : 1) les soignants doivent réduire (ou tout au moins repenser) leur temps de présence et donc d'exposition aux patients ; 2) les soignants doivent porter une attention accrue à la conservation des équipements en l'état (et au respect des mesures d'hygiène associées) ce qui entraîne un surcoût cognitif non négligeable et augmente le stress ressenti dans l'exercice de leur travail.

Laurence, sage-femme de 27 ans, réalise des « visites beaucoup plus rapides » par crainte de contaminer ses patients mais aussi parce que le port du masque rend la « respiration [plus] difficile » et essouffle son porteur. Elle constate qu'elle met « beaucoup plus de distance avec [ses] patientes ». Sylvie, aide-soignante de 58 ans en EHPAD, partage ce même constat : « on parle moins longtemps avec le patient car il est difficile de discuter avec un masque, cela demande plus d'effort au niveau pulmonaire et en plus l'air chaud qui est en permanence respiré est très désagréable. [...] Après l'avoir porté plus de 4 heures, j'ai une crise de migraine et un bourdonnement d'oreilles ». Outre le fait qu'un port prolongé du masque occasionne des troubles physiques, le choix de concentrer dans le temps ses tournées est directement lié à la diminution progressive de la protection que le masque octroie. Les soignants minutent leur temps d'intervention de façon à voir tous leurs patients lorsqu'ils sont en possession d'un masque qui conserve encore un peu de son pouvoir protecteur.

La charge cognitive induite par l'usage d'un *masque-qui-ne-peut-être-changé* transparait également dans de nombreux témoignages. Sarah, manipulatrice radio de 42 ans en centre hospitalier, précise que la préservation du seul masque dont elle dispose la conduit à être encore davantage concentrée « sur le fait de ne pas faire d'erreur d'hygiène ». Solène, infirmière libérale de 48 ans, ajoute qu'il lui faut « constamment penser à [sa] pratique, ne pas se gratter le nez, ne pas se toucher le visage », qu'elle reste par conséquent « toujours vigilante ». Une part de l'attention du soignant va donc au masque dès lors que ce dernier devient le seul rempart contre une journée de travail sans protection. Cette charge cognitive pesante est accrue par la fragilité constitutive de ces masques jetables dont les attaches cèdent fréquemment et sont parfois agrafées de façon artisanale par ceux qui en héritent. On ne peut que se figurer la fatigue et la lassitude suscitées par l'attention inquiète portée à tout instant à des équipements de protection en nombre trop restreint pour véritablement sécuriser la pratique. Ajoutons également que l'usage du masque en continu interdit ou limite le nombre de pauses, empêche les soignants de s'hydrater régulièrement au cours de la journée. Solène confie à ce sujet : « rester plus de 4 heures sans boire, c'est dur... mais on y arrive ». Ces contraintes ont des incidences sur la pénibilité de la journée de travail qui devraient être considérées avec le plus grand sérieux.

Ne plus avoir droit à l'erreur rejaillit sur l'état d'esprit du soignant. Cela le conduit, malgré lui, à faire porter une grande part de son attention sur les conditions de la rencontre avec le patient... et non plus entièrement à la rencontre proprement dite avec le patient. Un compte à rebours s'enclenche au moment où le soignant porte le masque à son visage et laisse place à une pratique « en apnée » marquée par une vigilance accrue aux conditions de conservation d'une bonne protection sanitaire du patient. Ce compte à rebours n'est pas sans incidence sur la relation soignant-soigné qui est amenée à se refroidir, à se distendre par l'introduction de ces facteurs inhibiteurs à la fois liés au masque (qui marque la distance) mais aussi et surtout à sa rareté (qui laisse trop peu de marge et de liberté aux soignants dans leur pratique).

Privés de sourires mais débordant d'idées

La relation soignant-soigné (à l'exception de quelques services hospitaliers où le port du masque est coutumier) est une relation que se joue le plus souvent à visage découvert. Le sourire y a son importance ; l'expressivité du visage concourt à une prise en charge rassurante et chaleureuse du patient. Les 120 répondants sont nombreux à insister sur l'importance des expressions du visage dans la prise en charge des patients. Laurent, manipulateur radio de 30 ans en centre hospitalier, déclare : « Le sourire est primordial pour apaiser les patients et avec le

masque il y a beaucoup d'émotions normalement transmises par notre visage *via* des mimiques qui ne passent plus. Un "effort" est davantage fait sur la communication verbale ». Ce constat est très largement partagé notamment par David, infirmier de 31 ans exerçant dans un cabinet médical : « je travaille beaucoup avec le sourire en faisant des blagues pour détendre le patient, mais avec le masque on ne voit pas que je rigole. Il faut s'adapter ». S'adapter consiste généralement à commenter la situation que l'on traverse, à marquer le caractère étrange et exceptionnel de la période. Comme Patricia, manipulatrice radio en centre hospitalier, le souligne : « on en plaisante avec eux pour dédramatiser ». Ou Marie, infirmière de 44 ans en clinique, qui « accentue l'humour ou les éclats de rire » en présence des patients « pour qu'ils [la] sentent détendue ».

Ce qui crée la distance ce n'est pas le simple fait d'être masqué mais bien plutôt de l'être sans pouvoir réellement compenser la situation par d'autres gestes entourant le patient car la proximité avec le patient reste mesurée. Les contacts par le toucher, sans être totalement absents, doivent être les moins fréquents possibles et intégralement tournés vers le soin. Certains des répondants nous font d'ailleurs remarquer que plus que le masque, c'est l'absence de poignée de main « qui a le plus créé de distance avec le patient » (Lucie, médecin général, 36 ans, cabinet médical) ou la diminution des contacts physiques : une main sur l'épaule ou dans le dos, tenir la main du patient, se laisser saisir le bras. Ces gestes sont toujours pratiqués mais avec une plus grande réserve.

Cela étant, les soignants ne manquent pas d'idées pour réenchanter une relation momentanément privée de sourires et de gestes rassurants. L'humour, nous l'avons vu, est l'un des ressorts les plus communément utilisés : il peut par exemple passer par le fait de tourner en ridicule son accoutrement de « schtroumpf » ou de « cosmonaute ». Aussi, plutôt que de subir le port du masque, certains font du masque tissu leur allié en lui donnant des motifs sympathiques, amusants, apaisants. Gabrielle, aide-soignante de 52 ans travaillant en EHPAD, nous dit « [travailler] dans un secteur protégé (Alzheimer et apparentés) où le port du masque est compliqué » ce qui l'a conduite à « [opter] pour des masques en tissus, plus gais que les chirurgicaux ». Ce choix ne va pas sans engendrer une protection moindre (les masques tissus n'égalant pas les performances des masques chirurgicaux) ce qui pose tout de même question. Dans certaines situations très spécifiques — celles relatives au soin des patients les plus fragiles —, il peut également arriver que les soignants fassent une exception et, à distance, baissent leur masque de façon à être reconnus de leurs patients et à leur adresser un sourire rassurant qui restera là comme suspendu le temps de l'échange. C'est notamment ce que nous explique Adeline, aide-soignante de 32 ans en EHPAD, qui confrontée à des résidents qui « paniquent » car ne la « [reconnaissent] pas », a été amenée à deux reprises à « baisser [son] masque un instant seulement pour rassurer » une résidente. Elle précise : « à ce moment-là, j'arrête de respirer ; et une fois le masque remis, je lui explique du mieux possible ». Ce genre de petites entorses aux règles d'hygiène les plus orthodoxes n'est pas le fait d'un soignant isolé qui n'aurait pas pris la juste mesure des risques. D'autres, également confrontés à des patients fragiles, agissent suivant le même principe. C'est par exemple le cas de Nadège et de Lucile, infirmières de 46 et 40 ans en centre hospitalier. La première déclare que, lorsqu'elle est face à des patients sourds qui lisent sur les lèvres, elle « baisse le masque par moments en utilisant la visière donnée généreusement par un imprimeur en 3D à l'hôpital, et en prenant la distance nécessaire (2 mètres environ) ». La deuxième, travaillant en psychiatrie, adopte une stratégie similaire de façon à maintenir un « lien thérapeutique » avec les patients les plus troublés. « À distance physique, [elle se] présente d'abord en baissant [son] masque pour montrer [son] visage et humaniser [leurs] rapports. » On voit combien, dans des situations de soin limites, des petites prises de risques s'opèrent de façon à compenser l'effet nuisible du port du masque sur les patients les plus fragiles.

Quand le masque empêche de faire lien

L'impression laissée par les masques n'est pas la même chez tous les patients. Certains patients, nous venons de l'évoquer, sont davantage déstabilisés par les visages masqués des soignants. L'inconfort qu'ils ressentent peut simplement avoir trait à une incapacité physique d'entendre ce que les soignants disent. Les personnes atteintes de surdité lisent sur les lèvres pour compenser leur perte d'audition. C'est le cas des populations malentendantes et notamment des personnes âgées. Rose, infirmière libérale de 51 ans effectuant des visites à domicile, explique que la « communication verbale [est] plus compliquée avec les patients malentendants [...] d'une part car la voix porte moins [mais] aussi car ils ne peuvent plus lire sur les lèvres ». Au contact des patients malentendants, le geste prend le relai et quand des informations importantes doivent être données, certains soignants abaissent — avec toutes les précautions nécessaires — leur masque pour rétablir, l'espace de quelques secondes, la

communication. À l'autre bout de la pyramide des âges, les plus petits ont également des difficultés à appréhender le soignant porteur de masque. D'après Sophie, médecin générale de 31 ans, « les enfants sont apeurés et méfiants, même ceux que l'on suit depuis longtemps. Il faut leur expliquer et prendre le temps, mais cela semble normal ».

Ce réflexe de peur, s'il est le plus souvent contenu à l'âge adulte, peut être plus intensément ressenti par ceux manifestant des troubles psychiatriques et/ou des troubles cognitifs. Dans les EHPAD, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont particulièrement exposés à la survenue de crises d'angoisse relatives à la présence de soignants équipés de masques. Bénédicte, aide-soignante de 35 ans en EHPAD, raconte que « certains résidents cherchent à [lui] retirer [son masque] (les déments) lors des soins ». Elise, aide-soignante de 55 ans exerçant en centre hospitalier, déclare que les personnes âgées, « qui ne comprennent pas forcément le port du masque, essaient souvent de [lui] retirer. La plupart souffrent de troubles cognitifs et [...] le port du masque les déstabilise encore plus ». Du côté des services de psychiatrie, des observations similaires sont faites. Stéphanie, infirmière de 40 ans en centre hospitalier, confie que « le port du masque est très gênant pour jauger tout ce qui a trait au non verbal, aux mimiques voire même à la simple reconnaissance des visages » ce qui occasionne une « difficile mise en place du lien thérapeutique, et de la mise en confiance » des patients fragiles. Des crises d'angoisse peuvent éventuellement surgir comme dans le récit rapporté par Julie, aide-soignante de 35 ans, à qui il est arrivé de devoir « contentionner des patients » pour leur mettre d'autorité un masque avant de passer un scanner.

L'impression laissée par le masque peut également avoir trait, non plus à l'identité et/ou à la condition du patient, mais au contexte, à la mise en situation. Nous rapporterons ici trois cas singuliers où le patient subit de plein fouet la vision d'une équipe soignante toute masquée et équipée. Le premier cas, le plus commun, est celui des interventions du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation). Virginie, infirmière anesthésiste de 53 ans, et membre d'une équipe SMUR, évoque un « changement total » des conditions de prise en charge. Elle « arrive en équipe au domicile du patient avec un masque voire même en combinaison de protection » et nous suggère d'« imaginer le premier contact » ! Rien de très rassurant effectivement. Le deuxième cas, moins fréquent, concerne les « personnes en situation de soins palliatifs ». Ambre, infirmière de 31 ans en charge de l'hospitalisation à domicile de patients en fin de vie, indique que « cet équipement [la] déshumanise quelque peu ». Elle poursuit en précisant qu'« intervenant au domicile ou dans les EHPAD, [elle ressent] une certaine peur, une angoisse chez [ses] patients ». Accompagner les personnes en fin de vie dans ces conditions, sachant que le contact avec leurs proches est très limité voire interdit, est une tâche difficile et on ne peut que compatir avec ceux qui nous quittent dans cette solitude avancée. Enfin, le dernier cas, bien plus rare, est celui des patients qui sortent d'une période de coma et découvrent un monde transformé. Suzanne, infirmière de 52 ans en centre hospitalier, confie : « nos patients sortent de 10 jours de coma minimum et lorsqu'ils se réveillent et nous voient ainsi... j'ai mal pour eux ! »

L'indisponibilité du masque et ses effets secondaires

Le recours systématique au port du masque durant l'épidémie a des répercussions sur la relation soignant-soigné qui devient plus heurtée, plus contrainte et davantage marquée par l'existence d'un stress mutuel. Dans certaines situations, comme celles que nous venons d'évoquer, rien ne peut être fait pour alléger le choc visuel, symbolique et psychologique associé aux masques et aux autres équipements de protection. En revanche, l'altération des conditions de la prise en charge des patients (révélée tout au long de cet article) n'est pas uniquement attribuable à l'introduction de cet équipement mais bien plutôt à ce que son indisponibilité relative (trop peu de masques mis en circulation) impose comme contraintes et donne comme inquiétudes aux soignants. C'est bel et bien l'indisponibilité des masques qui entraîne les mesures de rationnement prises et qui occasionne en cascade une réorganisation des visites aux patients, un temps écourté en leur présence, une vigilance majorée par l'impossible droit à l'erreur de manipulation, l'impossibilité de retirer le masque pour être bien compris (en se tenant toujours à distance) puis de le remplacer, l'impossibilité de faire des pauses au cours de la journée, etc. Les soignants qui manquent de masques ne peuvent plus moduler en bonne intelligence leur usage. La pénurie qu'ils subissent (et qu'ils sont même contraints de compenser, chacun à leur niveau, par un effort d'approvisionnement tous azimuts très chronophage) les assigne à une pratique extrêmement contrainte qui pèse sur leurs conditions de travail déjà lourdement affectées par des effectifs et des moyens toujours déclinants. Cette situation est intolérable et très mal tolérée par les principaux intéressés.