

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Altération de l'image corporelle et relation d'aide

PINTART Antoine
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmier

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement
de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la
traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art
ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la
transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou
la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources
bibliographiques.***

Le 10/05/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et
accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a
pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences
juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration
publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je tiens à remercier ma compagne pour sa patience à mon égard et pour ses précieux conseils lors de la rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je tiens à exprimer ma gratitude et mon affection pour ma famille qui a soutenu et accepté mon parcours professionnel.

Je souhaite également remercier tous mes amis sans qui je n'aurai pas pu arriver où je suis. Une pensée particulière, pour Théo et Thibault pour le soutien moral.

Je remercie grandement Marion et Claudie pour m'avoir apporté leur témoignage et leur expériences à l'aide d'entretiens. Elles ont été une grande source d'inspiration dans la rédaction de mon mémoire !

Enfin, je remercie mon référent de mémoire pour m'avoir accompagné jusqu'au bout dans ce travail avec patience et intérêt.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
Situation d'appel n°1 :	2
Situation d'appel n°2 :	3
Questionnement :	3
Question de départ :	4
PARTIE 1 - PHASE PRÉPARATOIRE	4
LE CADRE CONCEPTUEL	5
1. Le schéma corporel et l'image corporelle	5
1.1 Définition de l'image du corps:	5
1.1.1 Le corps réel :	5
1.1.2 Le corps idéal :	6
1.1.3 L'apparence :	6
1.2 Définition du schéma corporel	6
2- Le deuil	7
2.1 Le Déné :	7
2.2 La colère :	7
2.3 Le marchandage :	7
2.4 Dépression et douleur :	8
2.5 Acceptation :	8
3- La relation d'aide	9
Partie II - PHASE EXPLORATOIRE	10
Méthodologie d'investigation	10
L'analyse	11
1- L'image corporelle	11
1.1 Leur définition de l'image corporelle	11
1.2 Les modifications de l'image corporelle rencontrées dans les services	11
1.3 Les conséquences de ces modifications	12
1.4 Le ressenti exprimé par les patients	12
2- Le deuil	13
2.1 Les étapes du deuil	13
2.1.1 le déni et la colère	13
2.1.2 L'acceptation et le refus	13
2.2 Les facteurs influant les étapes du deuil	14
2.2.1 La temporalité	14

2.2.2 La localisation	14
2.2.3 Le vécu	14
3- La relation d'aide	15
3.1 Définition	15
3.2 Les différentes postures	15
3.2.1 L'Écoute	15
3.2.2 La bienveillance	16
3.2.3 D'autres outils à la disposition de l'infirmière	16
3.3 L'évaluation	17
La discussion	18
1-Comment définir l'image corporelle aujourd'hui ?	18
2- Le deuil un chemin varié qui ne respecte pas un ordre établi ?	19
3- Comment établir une relation d'aide et quels sont les outils à leur disposition ?	20
4- Comment passer le relai ?	21
Conclusion	24
Bibliographie et webographie	25
Les annexes - Sommaire	26
Quatrième de couverture	50

INTRODUCTION

Actuellement étudiant en troisième année en formation en soins infirmiers, je réalise mon projet de fin d'étude : le mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Pour réaliser celui-ci, je me suis questionné sur mes pratiques soignantes. J'ai remarqué à travers mes stages et mon expérience professionnelle que la notion d'image du corps que l'on renvoie aux autres est très importante, et que l'infirmier a un rôle important dans l'accompagnement pour aider les personnes soignées à accepter leur nouvelle image.

Cette notion est transversale, en effet, j'ai pu rencontrer des personnes ayant eu une altération de leur image corporelle dans quasiment chaque stage. Ainsi, représentent-elles un intérêt pour ma future pratique professionnelle

Pour étayer cette réflexion, j'ai sélectionné deux situations qui m'ont interpellé pendant mes stages et mes expériences professionnelles, et sur lesquelles j'ai pu réaliser des analyses de pratiques professionnelles. Ces deux situations ont eu lieu avec des personnes ayant subi une modification de leur image corporelle et ne l'ayant pas acceptée. Ce sont les suivantes :

Situation d'appel n°1 :

Cette situation s'est déroulée lors de mon expérience en tant qu'aide-soignant dans un établissement de rééducation neurologique prenant en soin principalement des patients présentant une tétraplégie/ paraplégie et des personnes ayant une sclérose en plaque.

Dans ce contexte, j'ai rencontré Madame C 46 ans ancienne biologiste et mère de trois enfants qui vont venir lui rendre visite dans la semaine. Madame C est une dame très peu demandeuse, qui a ses habitudes. Néanmoins les discussions que je peux avoir avec cette dame lors des pansements ou des soins d'hygiène sont très intéressantes.

Je constate depuis plusieurs jours une baisse du moral chez Madame C qui revient aux transmissions lors d'un après-midi. En effet lors du premier tour, je remarque que Madame C est plus fermée que d'habitude. Je décide alors de prendre du temps et de rester dans la chambre discuter avec elle.

Je fais alors part de mon ressenti et lui exprime qu'elle peut en toute confiance me dire à moi ou une autre personne ce qui ne va pas. Elle commence alors à pleurer et me confie après, qu'elle a du mal avec l'image qu'elle peut renvoyer à ses enfants : celle d'une mère malade qui ne peut pas bouger et s'occuper d'eux correctement.

J'essaie alors de la reconforter comme je peux en lui témoignant de l'affection.

Situation d'appel n°2 :

Cette deuxième situation s'est passée lors de mon stage du semestre 5 en chirurgie urologique. Les patients hospitalisés dans ce service venaient la plupart du temps pour une chirurgie de Bricker. Lors de ce stage j'ai pu passer une semaine entière avec une infirmière de stomatothérapeute.

C'est dans ce contexte que j'ai pu rencontrer Madame F, une dame de 55 ans. Elle présentait un léiomyosarcome au niveau de l'artère rénale gauche et en raison de cet endroit difficile d'accès, il était prévu de lui faire une colostomie.

Madame F est une femme coquette et qui appréhende la pose de la colostomie notamment lorsqu'elle devra aller à la plage. L'infirmière lui répond alors rapidement sans prendre vraiment le temps de la rassurer. Elle part en effet dépitée et lorsque je la raccompagne, elle me confie avoir peur du regard des autres membres de sa famille.

Questionnement :

Questionnement de la situation n°1 :

- Comment engager une conversation dans un but thérapeutique ?
- Quels sont les bons mots à choisir ?
- Quelle distance mettre dans la relation thérapeutique ?
- Peut-on adapter cette distance ?
- Quelle est l'image qu'elle se fait d'elle-même ?
- A quelle étape du deuil se situe Madame C ?
- Quelle représentation de son corps se fait Madame C ?
- Comment se positionner dans l'espace ?
- Quelles sont les clefs que je peux donner à madame C pour commencer à accepter son image ?
- Quelles sont les limites dans une relation d'aide thérapeutique ?
- Quelle est la normalité d'un schéma corporel ?
- Peut-on alors distinguer schéma corporel et image du corps ?
- Quelles sont les conséquences psychologiques d'une modification de l'image du corps ?

Questionnement de la situation n°2 :

- Comment conduire une relation d'aide thérapeutique ?
- L'infirmière a-t-elle été une ressource pour la patiente ?
- Comment accepter une modification du schéma corporel ?
- Comment se préparer à une modification de l'image de soi ?
- Quelle est la place de l'infirmier pour aider la personne soignée à accepter son image ?
- En quoi un mauvais lien soignant-soigné peut être déficitaire ?

Question de départ :

Dans le cas d'une modification de l'image corporelle chez une personne soignée, en quoi la relation d'aide infirmière favorise-t-elle l'acceptation de l'image de

soi ?

PARTIE 1 - PHASE PRÉPARATOIRE

LE CADRE CONCEPTUEL

1. Le schéma corporel et l'image corporelle

1.1 Définition de l'image du corps:

Le concept "image du corps" est issu de la psychanalyse. Il s'agit de la représentation que chacun se fait de son propre corps. Elle dépend de la relation aux autres, elle est donc personnalisée en fonction de chacun. L'image du corps évolue constamment, elle évolue en fonction de l'image personnelle de chaque individu. Lhermitte dans "l'image du corps" dit "qu'il serait bien vain de chercher à découvrir dans le système nerveux un système fixe et rigide comme soutien organique d'une image si variable, si chargée de sens et d'histoire que l'est en réalité l'image de notre corps". Elle est propre à chacun et à chaque instant. Souvent inconsciente, elle peut devenir pré-consciente. Ce qu'il faut retenir pour l'image du corps, c'est comment on se trouve, si on se trouve beau, trop gros, laid ... En somme toute c'est l'image narcissique que l'on a de soi. Freud définit d'ailleurs le narcissisme "comme un amour du corps, puis comme un amour du moi."

Afin d'ajouter un complément à cette notion, Bob Price définit l'image du corps en trois composantes.

1.1.1 Le corps réel :

Tout d'abord, il y a le corps réel. C'est le corps tel qu'il existe, celui qui nous est transmis par hérédité et qui évolue en fonction du temps et de l'environnement. En effet la vieillesse et l'usure changent le corps de manière durable. De même, les traumatismes, comme le cancer, la malnutrition peuvent changer le corps de manière radicale. Un regard réaliste sur les possibilités et les limites de son corps réel est souvent nécessaire à la prise de conscience de l'existence d'une perturbation de l'image corporelle. Il est constaté selon Bob Price, que pendant le laps de temps entre le moment où le corps réel change et l'image corporelle change, la personne peut être dans le refus du diagnostic, de l'enseignement, et

du traitement prescrit.

1.1.2 Le corps idéal :

Ensuite vient le corps idéal. Le corps idéal est cette fois-ci l'image mentale du corps idéalisée au vu des performances qu'il devrait accomplir. Les normes socioculturelles dans lesquelles la personne évolue influent profondément sa conception du corps idéal. Une altération du corps réel peut donc perturber l'équilibre mental et physique de la personne.

1.1.3 L'apparence :

Enfin la troisième composante selon Bob Price est l'apparence. A la manière de la thèse, anti-thèse, synthèse, le corps réel s'harmonise rarement avec l'image que l'on se fait de son corps idéal. Afin d'essayer de faire correspondre les deux premières composantes (le corps réel et le corps idéal) on se présente d'une certaine façon aux yeux des autres. L'apparence est, littéralement, la façon dont on présente son corps au monde extérieur : la façon de s'habiller, de se coiffer et de soigner sa présentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser du matériel d'appoint comme une canne ou un appareil auditif. La mode (qui touche principalement le corps idéal) peut changer radicalement l'apparence d'une personne. De même, la paralysie ou la perte d'un membre (qui touche le corps réel) peut aussi changer radicalement l'apparence.

1.2 Définition du schéma corporel

Le schéma corporel est une carte mentale que l'on se fait de son propre corps. C'est ce qui permet de nous dire "j'ai deux bras, deux jambes, un dos ... C'est une perception individuelle de notre "moi". Il exprime la façon dont le corps est, et bouge dans l'espace. Cette perception débute à travers la constitution de l'axe corporel, notamment de l'espace oral. La somatognosie est la connaissance que nous avons de notre propre corps, elle s'élabore progressivement, depuis la naissance à partir d'expériences sensibles où fusionnent les besoins et les sensations, les désirs et les représentations, le plaisir et la douleur, les souvenirs et les impressions actuelles, le passé, le présent, l'espace et le temps. Le schéma corporel se structure par l'expérience et les apprentissages. Il est important de dire qu'il est souvent confondu avec l'image corporelle. Tous deux peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre.

2- Le deuil

C'est une douleur visible ou invisible liée à la perte d'un être aimé, d'un proche estimé. Cette douleur touche à la fois le cœur et le corps. Cette douleur est donc globale mais elle varie en fonction des personnes et du moment. Généralement, le deuil se caractérise par plusieurs étapes au cours desquelles une personne va traverser le deuil. Des divergences peuvent apparaître selon les auteurs sur le nombre d'étapes présentes lors d'un deuil, mais je vais décrire ici, 5 étapes principales selon Kübler-Ross qui sont les suivantes :

2.1 Le Dénier :

Le patient se projette souvent dans le temps et parle de ses projets comme si de rien n'était. Cet esprit permet psychologiquement de gagner du temps et de vivre positivement les heures à venir. Le patient va dire à ses proches que "tout va bien". Au contraire avec les soignants, il exprime ses doutes et ses craintes sur son avenir. Le repli sur soi peut être aussi un signe de sa baisse de moral et de sa compréhension de la situation.

2.2 La colère :

Les heures qui passent soulèvent des angoisses qui s'expriment par des mots, tout au long du parcours dans la maladie. A ce stade du deuil, la personne peut se mettre en colère à cause de l'injustice ressentie de ce qui lui est arrivé. Il peut aussi choisir inconsciemment de dévier cette colère sur une personne désignée comme responsable de sa perte.

2.3 Le marchandage :

Le marchandage est une façon de se protéger du présent en se rappelant du passé avant l'altération de l'image corporelle. Revivre le passé est une façon de se protéger de la souffrance qu'elle endure.

2.4 Dépression et douleur :

Selon Kübler-Ross et Kessler la dépression est le symbole de la réalité "c'est un sentiment de vide où le chagrin prend possession". Elle est bénéfique et naturelle pour l'organisme, car elle permet, d'une certaine façon de le mettre sur pause afin de mieux affronter la souffrance en se questionnant.

2.5 Acceptation :

La personne, ayant subi une phase de dépression, puise en elle-même des ressources qui lui sont propres ou grâce à un proche. La personne prend du recul avec la perte et le chagrin qui l'accompagnent et s'interroge sur les moyens qu'elle peut mettre en œuvre pour se reconstruire. Ainsi, la personne va reprendre des activités et va chercher de nouveau le contact social. La réalité est comprise et admise. La personne accepte sa nouvelle situation sans oublier d'où elle vient.

3- La relation d'aide

La relation d'aide est une interaction méthodologique entre deux personnes, à un moment donné, où l'infirmier contribue à rechercher la satisfaction de l'autre personne en favorisant l'expression du besoin d'aide.

Le soin infirmier est largement inspiré des méthodes psychologiques, sociales, et humaniste selon Carl Rogers qui fut psychothérapeute. Aussi les effets recherchés qu'il décrit sont ceux de la psychothérapie. Le patient consulte souvent pour un problème physique. Les outils de communication non violente que propose Carl Rogers ont une utilité toute particulière. En effet avec cette méthode le patient se sentira respecté, compris, considéré et le soignant saura reprendre des attitudes non directives et authentiques pour faire émerger les ressources des patients écoutés. Un lien de confiance sera créé. La personne soignée s'impliquera davantage dans ses soins et ses traitements. L'expérience de la maladie sera donc moins traumatisante et le soigné sera plus favorisé dans le processus d'auto-soin. Selon Carl Rogers la relation d'aide n'est pas une relation amicale, sans rapport autoritaire, mais qui a pour essence des échanges constructifs qui sous-entend une réciprocité entre donner et recevoir. Cette relation dans un contexte de soin, est perçue, reçue, comme une opportunité de laisser libre cours à l'expression de ses sentiments. C'est une thérapie ponctuelle de soutien, cette relation est caractérisée par l'acceptation totale de la personne soignée, la relation d'aide favorise la prise de conscience, facilite la transformation psycho-sociale de l'individu à comprendre les processus et les ressources qui lui sont propres.

Partie II - PHASE EXPLORATOIRE

Méthodologie d'investigation

Durant mes investigations sur le terrain j'ai été amené à rencontrer deux infirmières. La première travaille dans un service de neurovasculaire et la deuxième en chirurgie vasculaire.

J'ai choisi ces deux infirmières car elles travaillent toutes les deux avec des patients pouvant présenter une altération de l'image corporelle tout en ayant des cas présentant des situations différentes (Les AVC en neurovasculaire et les amputations en chirurgie vasculaire). De plus, les conditions de travail ainsi que la relation d'aide apportée aux patients peuvent varier, ce qui rendra ma comparaison et mon analyse plus efficiente.

Lors de la construction de mon guide d'entretien, je tenais à poser des questions ouvertes afin de laisser les soignantes s'exprimer librement et ainsi, ajouter des informations auxquelles je n'aurais pas nécessairement pensé.

Le fait d'interroger deux infirmières spécialisées dans deux domaines différents me permet d'appréhender deux visions différentes de la prise en soin.

Au vu des circonstances des mois de mars et avril 2020, les entretiens ont été enregistrés chacun chez soi via un appel et logiciel d'enregistrement d'écran. Elles m'ont toutes les deux donné leur accord.

L'analyse

1- L'image corporelle

1.1 Leur définition de l'image corporelle

J'ai commencé par leur demander leur définition de l'image corporelle. Pour la première infirmière c'est : "l'image que l'on renvoie aux autres" et pour la deuxième, c'est une "modification de la représentation que le patient se fait de son corps, du ressenti et de son rapport à l'environnement". De plus, elle évoque une notion importante : celle du regard des autres.

On remarque à travers ces deux définitions, que le rapport à l'environnement semble être une notion importante pour les deux infirmières. A cela, s'ajoutent le ressenti et la représentation de son propre corps, notion donnée seulement par la deuxième infirmière.

Pour compléter cette définition théorique, je leur ai demandé les modifications corporelles qu'elles rencontraient quotidiennement sur le terrain.

1.2 Les modifications de l'image corporelle rencontrées dans les services

Il me semble effectivement important de compléter la définition théorique avec la pratique sur le terrain. Ainsi, je pourrai mieux comprendre et analyser les entretiens des deux infirmières

La première infirmière, m'indique que les patients présents dans son service, sont hémiparétiques, hémiparétiques, parétiques d'un membre ... Elle souligne qu'une "simple" paralysie faciale change complètement un visage et donc son apparence physique.

La deuxième infirmière quant à elle, travaille dans un service où les chirurgiens réalisent environ 140 amputations par an", de plus elle dit : "Nous avons beaucoup de patients avec des plaies, des plaies d'ulcères, des plaies d'amputations, des désunions de cicatrices de scarpas, abdo, de jambes etc... Il y a aussi des plaies de stade 4 de la maladie artérielle, des plaies distales..." La plupart des amputations concernent les membres

inférieurs et sont faites en fonction de la localisation : en trans méta, trans tibiale, et trans fémorale. Une amputation d'un membre est un cas majeur de l'altération de l'image corporelle.

1.3 Les conséquences de ces modifications

Il y a plusieurs conséquences notables qui sont liées aux différentes modifications de l'image corporelle.

La première infirmière m'explique que (du fait de leur parésie ou plégie) les patients ont besoin d'assistance dans les gestes de la vie quotidienne. En effet, en plus de l'apparence du visage qui peut être modifié en fonction de la zone du cerveau touché par l'AVC, certains membres peuvent l'être aussi. Elle ajoute donc à l'apparence physique le besoin d'une assistance quotidienne.

Pour la deuxième infirmière, "certains patients peuvent ne jamais accepter cette nouvelle image et peuvent déprimer, se laisser aller. " Elle parle de " syndrome de glissement où le patient ne veut plus rien... se laisse mourir." Pour certains, l'amputation est quelque chose de " pas vivable". " Même en leur disant que la vie continue, qu'ils ont leur famille, leurs petits-enfants... Ils ne se voient pas avec un membre en moins dans l'avenir."

Pour résumer, pour elle, les conséquences sont surtout le syndrome de glissement et le regard des autres.

1.4 Le ressenti exprimé par les patients

Le ressenti exprimé par les patients est très utile pour comprendre la situation et nous permettra de faire un lien avec la seconde partie de cette analyse : Le deuil de l'image corporelle.

Selon la première infirmière, les patients dans son service vivent ça comme une "angoisse permanente" et espèrent que leurs facultés reviennent un jour. Malheureusement ils se sentent comme des "assistés" au regard de leurs entourage.

Pour la deuxième infirmière, comme expliqué précédemment, le syndrome de glissement fait aussi partie du ressenti exprimé par le patient. Ils vont être en effet dans une

sorte de dépression chronique pouvant aller jusqu'à mettre fin à leurs jours, plus particulièrement pour les personnes âgées.

2- Le deuil

Au vu des situations précédemment décrites, une altération de l'image corporelle entraîne avec elle des difficultés dans la vie quotidienne et dans l'acceptation de son image. Un processus de deuil va donc être enclenché.

2.1 Les étapes du deuil

2.1.1 le déni et la colère

La première infirmière me rapporte un élément qui me surprend. En effet, certains patients dans son service frappent leur membre pour essayer de le ressentir. C'est un exemple criant de ce que peut être l'étape de la colère et du déni.

Elles ont toutes les deux le même discours : les personnes pour qui c'est la première fois (premier AVC, première amputation) sont dans le déni ou la colère.

2.1.2 L'acceptation et le refus

Suite à l'analyse des entretiens, j'ai pu me rendre compte que l'acceptation est une boule à plusieurs facettes qui s'acquiert de plusieurs manières. Il y a beaucoup de facteurs qui l'influencent. Et je vous détaille tous ces facteurs dans la prochaine sous-partie.

En outre, la deuxième infirmière, nous précise une notion importante à laquelle je n'avais pas forcément pensé : celle du refus. En effet, du fait de son expérience, elle a pu s'apercevoir que "certains patients n'accepteront jamais leur image. La notion de syndrome de glissement me semble encore bien présente.

2.2 Les facteurs influant les étapes du deuil

2.2.1 La temporalité

Les deux infirmières sont d'accord pour me dire que plus le choc ou le traumatisme est récent plus l'acceptation semble compliquée notamment dans la phase aiguë des 24H suivant l'opération.

La deuxième infirmière ajoute que la chronicité de la maladie favorise à la longue l'acceptation qui arrive plus facilement. A contrario, une amputation qui arrive soudainement rend l'acceptation plus difficile dans la plupart des cas.

2.2.2 La localisation

Dans les deux entretiens, les deux infirmières m'ont précisé que la localisation de l'atteinte à l'image corporelle influe sur le deuil que la personne peut se faire de son image. La première infirmière me donne comme exemple qu'un patient ayant une parésie du visage aura plus de mal à accepter son image qu'un autre patient ayant une plégie d'un membre. Quant à la deuxième, elle nous précise que la localisation de l'amputation influe aussi sur le deuil de l'image corporelle.

2.2.3 Le vécu

Le vécu est un point très important pour expliquer les différents cheminements dans les étapes du deuil de chaque personne. La deuxième infirmière nous précise que l'histoire de vie et la personnalité de chacun impactent sur les étapes parcourues par le patient. Le ressenti que chacun peut avoir de son corps est aussi un facteur important, car chacun réagit différemment à la douleur. Et en tant qu'infirmière praticienne en hypnoanalgésie, elle me dit que la douleur (qui varie selon chaque individu) influe sur la capacité à accepter son image. En résumé, plus une personne souffre, plus le processus d'acceptation est freiné.

3- La relation d'aide

Mes questions se sont ensuite tournées vers la relation d'aide et comment favoriser l'acceptation. Les deux infirmières ont été d'accord sur l'importance de laisser du temps au patient : "il faut le laisser faire", "le laisser prendre conscience de son corps". De surcroît elles précisent que l'interprofessionnalité est primordiale pour faciliter l'acceptation de son image .

3.1 Définition

D'abord, la deuxième infirmière m'a donné sa définition de la relation d'aide, ce qui me paraît essentiel à la compréhension de cette partie. De plus, cette définition est en accord avec mon cadre théorique. Donc pour elle, la relation d'aide est "un lien de confiance qui va faciliter la prise en soin". Elle évoque aussi la notion "d'alliance thérapeutique qui est indispensable pour que le patient accepte le soin.

3.2 Les différentes postures

3.2.1 L'Écoute

Un travail d'écoute, d'encouragement, de réapprentissage est nécessaire. Il faut tout entendre du patient même le négatif. Les patients ont en effet besoin de parler et de se sentir écoutés.

De plus, faire preuve d'écoute peut soulager le confort du patient comme "mettre le bras dans une écharpe" peut être important , comme nous le dit la première infirmière.

3.2.2 La bienveillance

La bienveillance est un point important dans la relation d'aide pour favoriser l'acceptation de sa nouvelle image. La deuxième infirmière, sur ces points a apporté une mine de renseignements.

Elle me dit que la relation d'aide s'installe dès les premières secondes, dès le premier regard. Il est utile de se présenter. Montrer du respect envers eux est une clef pour accéder à une relation d'aide et de confiance. Pour cela, elle insiste sur le fait d'être vrai avec le patient afin qu'il puisse plus facilement nous faire confiance. La bienveillance passe aussi par une posture physique. Le fait de se mettre à la même hauteur va permettre au patient d'adhérer et d'accepter l'aide proposée. L'empathie et la bienveillance sont donc des piliers nécessaires pour permettre la relation d'aide.

3.2.3 D'autres outils à la disposition de l'infirmière

La première infirmière me dit qu'il faut montrer que ce n'est pas "incurable", elle insiste sur le fait de positiver dès que possible. Elle s'appuie sur ses connaissances et sa compétence d'observation clinique infirmière.

Quant à la deuxième, elle me donne d'autres éléments permettant de favoriser une relation d'aide. Tout en reprenant le fait de positiver comme la première infirmière, elle précise qu'il faut reformuler ses paroles, qu'il faut utiliser des mots positifs. Elle dit aussi utiliser le VAKO (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif), ainsi que le mirroring verbal et le mirroring de posture dans le but de se synchroniser avec le patient. Elle décrit cette relation comme parallèle et étroite.

Je tiens à souligner l'importance de l'interprofessionnalité, élément clé qui m'a été répété à plusieurs reprises par les deux infirmières. Il permet de passer le relai pour traiter le problème plus en profondeur et apporter des solutions que seuls des professionnels plus qualifiés peuvent apporter.

3.3 L'évaluation

J'ai ensuite voulu savoir s'il était possible d'évaluer les bienfaits de cette relation d'aide. C'est pourquoi j'ai fini l'entretien avec la première infirmière par cette question là.

Elle m'a répondu que c'était très difficile car c'est un processus qui peut être très long et difficile à observer au vu d'un temps d'hospitalisation court. Néanmoins, elle me dit " qu'ils se rendent compte que c'est faisable en fait." Que le fait d'écouter leur colère leur permet de se sentir compris. Les gens les remercient souvent en fin d'hospitalisation.

Le fait d'être capable de remercier serait-il un indicateur de cette volonté d'accepter ?

La discussion

Après avoir fait des recherches pour le cadre conceptuel et après avoir réalisé l'analyse de mes entretiens, nous allons pouvoir aborder la discussion. Nous allons dans un premier temps discuter et redéfinir l'image corporelle en croisant le cadre théorique et les informations reçues grâce à l'analyse.

1-Comment définir l'image corporelle aujourd'hui ?

Au cours de mes recherches et grâce à l'analyse des entretiens, je peux maintenant tirer une conclusion claire de ce qu'est l'image corporelle.

J'ai pu tout d'abord différencier le schéma corporel de l'image corporelle. Le schéma corporel est une représentation assez simple et universelle que chaque être humain (en omettant les personnes souffrant de pathologie psychiatrique) peut avoir. Je me suis appuyé sur Bob Price qui décortique très bien ce qu'est l'image corporelle grâce aux trois composantes ; "le corps réel, le corps idéal, et l'apparence". L'image corporelle est encore une notion qui évolue et celle ci me paraît toujours en accord avec aujourd'hui.

Les deux infirmières ont été claires au cours des entretiens car la notion de "rapport aux autres" est mis en avant des deux côtés. D'après moi ce rapport aux autres est en parti lié à la société dans laquelle nous vivons qui nous transmet des normes. Nous sommes baignés via la publicité et les réseaux sociaux à une certaine norme de ce que doit être l'image corporelle. Une femme (malgré une nette avancée du féminisme en ce moment) se doit d'être fine, grande, maquillée etc ... Cette même femme sera vu différemment dans d'autres pays ayant une société différente.

Ceci dit, si l'on se tient à cette conclusion, on peut vite se méprendre à une universalité de l'image corporelle et qu'il suffirait de s'adapter en tant que soignant à l'origine de la personne.

Selon moi, l'image corporelle est plus complexe. A mon sens, c'est une notion intéressante et actuelle, et je ferai en sorte de développer ce soin en tant que futur professionnel. Prendre la personne dans sa globalité serait donc primordial dans un contexte

de soin. En effet, cette universalité précédemment supposée n'est pas suffisante, il faut aussi prendre en compte le ressenti et le vécu de la personne. Même dans un an une même société, deux personnes qui auront la même vision de l'image corporelle, pourront ressentir et vivre les choses complètement différemment. Ces deux facteurs impactent grandement l'image corporelle que la personne se fait d'elle-même.

2- Le deuil un chemin varié qui ne respecte pas un ordre établi ?

En commençant ce travail de recherche, j'ai été amené à détailler le deuil et donc ses différentes étapes (le déni, la colère, le marchandage, dépression, et douleur). Les étapes selon Elisabeth Kübler-Ross apparaissent selon un ordre bien précis et chacune de ces étapes sont liées.

Les deux infirmières, m'ont beaucoup apporté par leurs expériences et leurs exemples. Elle m'ont permis d'avoir une vision plus globale de ce que peut être le deuil. Dans un premier temps elles ont dit toutes les deux que le déni et la colère étaient les principales étapes rencontrées lors de l'hospitalisation de leur patient. En effet, la voie emprunté par les hôpitaux de manière générale est de raccourcir le temps d'hospitalisation en favorisant une continuité des soins à domicile. Les infirmières ne peuvent donc pas voir toutes les étapes du deuil.

L'acceptation est visible dans la plupart des cas quand le patient a une maladie chronique. La chronicité d'une maladie favorise en effet l'acceptation car le patient connaît déjà toutes les étapes et changements qui vont s'opérer. Il peut être aussi familier à l'environnement hospitalier car c'est un environnement connu. Si la précédente hospitalisation s'est bien passée, le chemin sera d'autant plus rapide et rassurant. Enfin, le vécu, le caractère de chacun est un facteur important qui altère un chemin "normal" dans le processus de deuil.

En tant que futur professionnel, il me semble nécessaire de prendre en compte tous ces paramètres. Une des qualités importante que doit avoir l'infirmier est l'adaptabilité et la recherche d'information (l'observation) . C'est comme cela que je pense adapter mon prendre soin, et savoir dans quel étape du deuil peut se trouver un patient ayant subi une altération de l'image corporelle.

Je n'y avais pas prêté suffisamment attention, mais grâce à une des infirmières, je me suis rendu compte de l'importance de l'étape du refus.

D'après les étapes du deuil de Kübler-Ross, le refus fait partie de l'étape "dépression et douleur" qui précise bien que si le patient peut y rester si un accompagnement n'est pas présent. Le syndrome de glissement est une conséquence pour la personne qui reste trop longtemps dans cette étape. Je suis tout à fait d'accord avec ces dires, je pense donc que la relation d'aide va donc être essentiel pour aider le patient à passer cette étape.

3- Comment établir une relation d'aide et quels sont les outils à leur disposition ?

Les deux infirmières, et en particulier la deuxième ont formulé leur discours sous la triptyque suivante : Le positivisme, l'écoute, et la bienveillance.

En tant qu'infirmier, je penserai premièrement à montrer un maximum de positivisme. Ce positivisme est rendu possible grâce aux connaissances qui ont été acquises lors de ma formation, des stages, et de mes expériences professionnelles. En effet, ces connaissances vont me permettre d'indiquer au patient les différentes avancées même minimales en m'appuyant sur des preuves cliniques. Un discours positif va donc inciter le patient à aller de l'avant et donc vers une guérison. En étant dans cette attitude, la relation d'aide sera plus accessible et plus fructueuse.

Néanmoins, je pense que le positivisme est à manier avec précaution, le fait d'être trop positif peut enclencher l'effet inverse. En effet, une personne venant de perdre un membre aura du mal au début à recevoir trop de positif. Pour éviter cela, l'écoute est une clef pour trouver un juste milieu.

L'écoute est donc un point important pour établir une relation d'aide. Le patient aura en effet besoin que j'écoute sa colère afin qu'il puisse se dégager d'un poids qui lui pèse. Il

est nécessaire pour moi de garder ça en tête. Les patients à l'hôpital, sont la plupart du temps loin de leur famille et de leur environnement habituel. Ils vont pouvoir s'exprimer sur leurs peurs sans se sentir jugés. Le fait d'être enclin à l'écoute, tout en restant objectif, empathique et bienveillant, me permettra de créer plus facilement une relation d'aide avec le patient. Le patient verra en moi un point d'ancrage sur lequel il peut avoir confiance.

Troisièmement, d'après les infirmières la bienveillance et l'empathie sont aussi nécessaires dans cet triptyque de la relation d'aide. Je suis tout à fait d'accord avec ceci, car cela va permettre au patient de se rendre compte de notre objectivité et de notre intention réelle. Il ne va donc pas se sentir jugé, il va être à l'aise et pourra progresser dans sa démarche de guérison.

Pour montrer cette bienveillance et cette empathie, je pense qu'il faut d'abord être réellement sincère dans l'accompagnement et utiliser une posture qui traduira toutes mes intentions. La posture est donc d'après moi très importante pour la mise en place de la relation d'aide, ce qui rejoint entièrement le discours des deux infirmières. C'est une posture globale qui montre l'envie sincère d'aider de façon bienveillante la personne. Et le patient le lira de mon "non verbal". Je peux par exemple montrer cette bienveillance en me mettant à la même hauteur, en me penchant légèrement vers la personne, en souriant et en la regardant dans les yeux...

4- Comment passer le relai ?

Pour finir cette discussion je tiens à parler de l'interprofessionnalité, c'est un thème non abordé lors de mon cadre théorique mais qui est une solution principale dans la relation d'aide pour les infirmières.

L'interprofessionnalité est un concept qui se définit par le fait que plusieurs professionnels issus de secteurs différents travaillent en synergie pour un meilleur service rendu aux patients. Pour se faire je vais m'appuyer sur le métier de socio-esthéticienne, de kinésithérapeute, et de psychologue.

La socio-esthéticienne, accompagne un patient dans une visée thérapeutique et pratique le soin esthétique (toucher-massage) comme outil de médiation corporelle et

comme support de soin. Ainsi la socio-esthéticienne va permettre au patient qui a subi une altération de l'image corporelle de pouvoir à nouveau se sentir bien dans sa peau. La socio-esthéticienne va aussi pouvoir donner des astuces au patient afin de cacher cette altération de l'image. Le patient va pouvoir reprendre confiance en lui et aller de l'avant pour accepter son image.

Le kinésithérapeute, quant à lui va employer une science qui est clinique afin de renforcer, de maintenir, ou de rétablir les capacités fonctionnelles. Le kinésithérapeute va permettre via le biais des exercices, de prendre et apprendre au patient son nouveau corps.

Le psychologue, est un professionnel qui va analyser des faits psychiques individuels par des méthodes et démarches diverses selon les nombreux courants théoriques et pratiques liés à la discipline. C'est pourquoi, le psychologue va pouvoir être là pour prendre un temps conséquent afin d'écouter le patient sur ses peurs et angoisses. Grâce à sa méthode d'analyse, il va pouvoir montrer aux patients, un chemin à emprunter.

Les deux infirmières ont été en accord pour le dire : il faut savoir passer le relai. L'infirmière a une place privilégiée qui est centrale dans une équipe de soin. Il est important de savoir travailler en interprofessionnalité. Le circuit privilégié dans les hôpitaux en France est court. En effet, les patients vont rentrer beaucoup plus vite au domicile tout en ayant un relai des soins. Ainsi les infirmières travaillant dans les hôpitaux vont voir le patient qu'au début du deuil de son image corporelle. De plus, il est souvent possible que les conditions de travail ne permettent pas de prendre tout le temps nécessaire pour accomplir totalement cette relation d'aide, il est donc nécessaire de faire appel et de savoir quand faire appel à d'autres professionnels.

La question de recherche :

La relation d'aide, l'empathie et la bienveillance, vues précédemment, sont des notions qui m'ont toujours paru évidentes et naturelles pour moi. C'est un domaine dans lequel je me sens plutôt à l'aise. Cependant, le propos de l'infirmière disant "certains n'accepteront jamais" m'a interpellé. En effet, d'après elle sur le terrain, certains restent dans le refus. Elle parle même de syndrome de glissement de certaines personnes souvent âgées qui "se laissent mourir".

En tant que jeune infirmier, j'ai envie d'aider et d'accompagner un maximum les patients à guérir et à accepter leur image corporelle. Je souhaite les aider à retrouver leur joie de vivre et leur confiance en eux. Mais parfois, toute notre bonne volonté et tous les moyens mis en place ne suffisent pas. Dès lors, quels sont les limites de cette relation d'aide? Quelle est l'importance de l'envie, de la motivation et du moral du patient? Comment accepter de ne pas toujours pouvoir aider?

En quoi la relation d'aide a-t-elle ses limites chez une personne dans le refus d'accepter sa nouvelle image corporelle ?

Conclusion

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, j'ai abordé le thème de l'altération de l'image corporelle. Au vu de mes situations de départ, et de mon intérêt pour le sujet je me suis orienté vers l'impact de la relation d'aide dans le processus de deuil de l'image corporelle.

Finalement, j'en suis arrivé à ma question de départ qui était "Dans le cas d'une modification de l'image corporelle chez une personne soignée, en quoi la relation d'aide infirmière favorise-t-elle l'acceptation de l'image de soi ?"

Lors du cadre conceptuel, j'ai exploré plusieurs notions : l'image corporelle, le processus de deuil et la relation d'aide. Lors de la phase exploratoire, j'ai questionné deux infirmières, une travaillant en vasculaire et l'autre en neurovasculaire.

Un des éléments que je retiendrai est l'importance de la relation d'aide infirmière. En effet, j'avais du mal à mettre des mots dessus et définir à l'aide de points clefs ce qu'est une relation et comment la conduire. La relation d'aide est au coeur de notre métier et en est l'essence même. Elle ne devra jamais être négligée. Elle devra continuer à être mise en avant et exploitée au profit des patients qui eux recherchent cette relation unique dans des moments souvent compliqués.

Ce fut un sujet très intéressant à exploiter et explorer. J'y ai pris plaisir à développer ma réflexion autour de ce sujet et à questionner les professionnels sur le terrain.

Bibliographie et webographie

- ❖ Catherine MORIN. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* Neurologie et psychanalyse. Disponible sur : <https://www.cairn.info/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404.htm>
- ❖ HUG (hôpitaux universitaire de Genève) (Octobre 2006) *L'image corporelle un concept de soin* Disponible sur : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/concept_ic_22oct06.pdf
- ❖ Elisabeth Kübler-Ross (Mars 2011) *Sur le chagrin et le deuil*. Résumé disponible sur : <https://toutpresdesoi.weebly.com/uploads/4/0/0/4/40045663/la-courbe-du-deuil-e-kubler-ross.pdf>
- ❖ Carl Roger *La relation d'aide et la psychothérapie*. Disponible sur : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=sY2EDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=carl+rogers+relation+d%27aide&ots=SVymp2pxEs&sig=6yxPk_pn6LKfKL7Gq87ftQjXEUU#v=onepage&q=carl%20rogers%20relation%20d'aide&f=false

Les annexes - Sommaire

I- Les situations d'appel en version longue

II- Le guide d'entretien

III- Les entretiens transcrits

IV- Les tableaux d'analyse

I- Les situations d'appel en version longue

Situation d'appel n°1 :

Cette situation a eu lieu lorsque j'ai travaillé en tant qu'aide-soignant. J'étais dans un service de rééducation neurologique prenant en soin principalement des patients présentant une tétraplégie/paraplégie et des personnes ayant une sclérose en plaque (SEP).

J'ai en soin ce jour là, madame C 46 ans ancienne chercheuse à l'INRS (institut national de recherche et de sécurité). Elle est mère de trois enfants âgés respectivement de 6, 8 et 11 ans. Ses enfants sont sous la responsabilité de Joseph son mari (ancien biologiste) qui travaille maintenant à plein temps à l'élaboration d'une perma-culture dans leur maison en Vendée. C'est un projet qui demande beaucoup de temps, et le service étant sur Nantes, madame C reçoit la visite de sa famille qu'une fois par mois ou tous les deux mois.

Madame C est devenue paraplégique suite à un accident de voiture lors d'un voyage en Amérique du Sud. Au moment de la situation décrite ci-dessous, cela fait 2 ans qu'elle présente cette paraplégie. Elle est entrée dans le service suite à une escarre sacrée nécessitant une chirurgie de lambeau (morceau de muscle qu'on vient greffer dans l'escarre). La post-chirurgie de cette opération est longue et nécessite d'être alitée plusieurs mois au risque que le lambeau se déchire.

Madame C est une dame très peu demandeuse, elle a ses habitudes pour être tranquille. Néanmoins, lors des soins d'hygiène ou des pansements qui prennent du temps, la discussion est intéressante.

La situation se déroule dans la semaine pendant un après-midi. Généralement les après-midi sont plus calmes que les matins: les soins d'hygiène sont terminés, les pansements ont été refaits, les internes et médecins ont normalement fini leurs visites. Cet allègement de la quantité de travail permet de prendre le temps de discuter avec les patients.

J'ai remarqué depuis quelques jours que madame C est d'humeur terne et de plus en plus triste. J'en ai fait part à l'équipe soignante qui m'exprime le même ressenti. Je décide alors de prendre du temps dès que l'occasion se présente. Les après-midi se font en 2 binômes d'aide-soignants (une binôme pour chaque secteur) La chambre de madame C est

une chambre pour une personne et se trouve au fond du couloir. Madame C est à J20 de son lambeau. Afin de préserver son état cutané et le lambeau, nous devons effectuer des changements de position (décubitus dorsal, décubitus latéral droit, décubitus latéral gauche ...)

Nous devons être deux soignants pour effectuer ce geste car les personnes paraplégique et tétraplégique ont souvent des spasticités au niveau des membres inférieurs. Leurs jambes sont donc maintenues par des draps attachés aux barrières du lit afin d'éviter un spasme qui pourrait déchirer le lambeau. Nous entrons avec ma collègue dans sa chambre après avoir frappé et après les politesses habituelles, nous commençons par détacher la jambe.

A ce moment là, je me rends compte que le visage de madame C est plus fermé que d'habitude. En effet elle parle d'un voix faible et son regard est fixe, les yeux mouillés comme si elle venait de pleurer. Nous l'aidons à se retourner pour une position en décubitus latéral et nous remettons le drap pour maintenir la jambe. Ceci étant fait ma collègue se dirige vers la sortie mais je décide de rester un peu plus. La porte se ferme et d'une manière gênée, je lui explique mon mal-être de la ressentir triste. Peut-être qu'elle ne veut pas d'aide et préfère être tranquille, mais je lui dis quand-même qu'elle peut nous parler, à moi ou à une autre personne Elle regarde alors fixement la fenêtre puis ne pouvant contenir plus ses émotions, madame C se met à pleurer ... J'observe dans un premier temps un silence en laissant couler ses larmes et reprendre sa respiration. Elle s'excuse alors de pleurer, ce à quoi je réponds immédiatement "C'est pas grave, ça arrive, et ça fait du bien j'vous assure". Elle m'explique que sa famille vient lui rendre visite en fin de semaine, et qu'elle a du mal vis à vis de ses enfants à leur montrer une image d'une mère malade ne pouvant se déplacer et ne pouvant assurer le rôle de mère. Un sentiment paradoxal de honte et de manque (de ses enfants) se mélange dans son discours. L'ayant laissé parler, je prends alors la parole afin de lui donner des pistes pour mieux accepter sa situation. Je prends du temps avant de formuler mes phrases car je veux que chacun des mots soit bien interprété. Je lui dis que je la comprends et que c'est normal de ressentir ça. En disant ça, je ne vais pas contre ce qu'elle dit mais dans son sens. Elle me dit alors trouver le temps long, qu'elle n'accepte pas totalement le regard que ses enfants peuvent porter sur elle, de ce qu'ils peuvent dire à l'école de leur maman qui est "handicapée". Je ne sais plus trop quoi dire, il y a des moments qui se passent de mots et celui-ci en fait partie. Cela fait maintenant 10 minutes que je suis dans la chambre. Le temps presse et je dois rejoindre ma collègue pour continuer de m'occuper des autres patients. Je m'excuse de devoir interrompre la discussion et lui

conseille de voir son handicap d'une autre manière, en essayant de l'accepter vu que c'était son destin autant polir cette pierre qui est son fardeau et essayer d'en faire quelque-chose de beau. Elle me remercie et les larmes continuant de couler, et pris d'un élan d'affection et de compassion je serre sa main contre la mienne et sans réfléchir je lui fais un baiser sur la joue.

En sortant de la chambre, je me sens tout d'abord bête d'avoir montré autant de proximité avec une patiente et que cela pouvait être très mal interprété. Je balaye cette peur en me disant que j'ai la conscience tranquille car c'était juste pour lui donner du réconfort et lui montrer de la compassion. Néanmoins, pendant plusieurs semaines je réfléchissais à cette peur en me répétant que j'avais bien agi.

Ce n'est que peu de temps avant mon départ pour reprendre ma formation qu'une collègue m'a transmis un message de Madame C comme quoi elle me remerciait beaucoup de ce moment qui lui avait apporté beaucoup de réconfort.

Situation d'appel n°2 :

La situation décrite ci-dessous s'est passée lors de mon stage du semestre 5 en chirurgie urologique. Les patients présents dans le service y restaient environ 2 à 3 semaines et venaient pour la plupart du temps pour une chirurgie de Bricker ou de Mitrofanoff (bout d'intestin qui relie la vessie au ventre pour l'évacuation des urines) Lors de ce stage j'ai pu passer une semaine avec une infirmière stomatothérapeute. Avec cette infirmière, nous faisons une tournée de beaucoup de services où nous rencontrons plusieurs patients afin de suivre l'évolution de différentes stomies et d'adapter le matériel en fonction. L'après-midi quant à lui est consacré aux consultations. En effet, l'infirmière en stomathérapie accueille les patients allant bénéficier d'une stomie. Tout d'abord, elle leur explique le déroulé de l'opération et marque l'emplacement de la future stomie au marqueur. Ensuite, elle prend du temps pour répondre à leurs questions et leur propose plusieurs types de poche qui ont chacune leur spécificité. Madame F est une dame de 55 ans, ancienne infirmière et mère de 3 enfants. Elle présente un léiomyosarcome au niveau de l'artère rénale gauche. Pour

enlever ce sarcome qui se présente à un endroit difficile d'accès, il est prévu de faire une colostomie.

La situation se passe donc pendant l'après-midi. Madame F arrive accompagnée de son mari. De premier abord, c'est une femme coquette qui semble prendre soin de son apparence et de son corps. En effet, elle est svelte, maquillée, et porte des vêtements soignés. Elle paraît néanmoins préoccupée et pas sereine : ses yeux sont tirés et alerte. Elle entre dans le bureau de l'infirmière sans son mari qui reste dans la salle d'attente. L'infirmière stomatothérapeute explique alors la raison de son intervention et donne des renseignements sur la colostomie. Elle précise la régularité du changement de la poche (à chaque défécation), elle précise en voyant madame F hausser les sourcils que ces poches empêchent les odeurs de se propager lors des gaz ou des selles. Madame F, semble gênée et dépassée par ce qu'elle apprend. Elle nous confie qu'elle part dans le sud pour les prochaines grandes vacances (nous sommes en novembre) et qu'elle ne voit pas comment elle pourra se mettre en maillot de bain et profiter du soleil. L'infirmière explique alors que c'est malheureusement une situation à laquelle elle devra s'habituer. Dans un premier temps, elle lui conseille de garder un tee-shirt. Elle lui dit aussi que c'est un passage difficile de devoir accepter son corps qui change, mais que de plus en plus de personnes ont recours à ce genre de dispositifs médicaux, et que certaines personnes proposent même de personnaliser la colostomie en les cachant par une couverture supplémentaire. Madame F semble quand même dépitée de ce qui lui arrive. Je l'accompagne pour sortir du bâtiment, et elle me confie sa peur d'être observée différemment par sa famille. J'exprime que je la comprend et que le mieux pour accepter ce changement est d'en parler avec sa famille pour l'inclure et l'aider à mieux traverser cette passe. Elle me remercie et sort du bâtiment en compagnie de son mari.

II- Le guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
- 2) Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler dans ce service et depuis combien de temps y travaillez vous ?
- 3) Mon mémoire portant sur l'image corporelle, qu'est-ce que cela vous évoque ?
- 4) Dans ce service quelles sont les conséquences de l'altération de l'image corporelle ?
- 5) De manière général où se situent les patients dans leur processus de deuil de leur image corporelle ?
- 6) Quels sont les moyens que vous mettez en place pour établir une relation de confiance ?
- 7) Quelles sont les conséquences de la relation d'aide pour le patient ?

III- La retranscription des entretiens:

Retranscription de l'entretien avec la première infirmière :

- Bonjour Antoine Pintart. Je suis étudiant en troisième année et dans le cadre de mon mémoire qui a comme question: "Dans le cas d'une modification de l'image corporelle chez une personne soignée, en quoi la relation d'aide infirmière favorise t-elle l'acceptation de l'image de soi ?" Euh ...je fais un entretien avec Marion qui est infirmière en....
- Neuro vasculaire !
- Neuro vasculaire, du coup. Hum donc du coup, est ce que tu peux commencer déjà par te présenter, présenter ton parcours professionnel et ce qui t'a motivée à travailler

dans ce service.

- Bah... alors, je suis Marion, je suis infirmière en neurovasculaire depuis 3 ans maintenant. J'ai fait six mois de rééducation avant la neurovasculaire et en fait c'est le CHU qui m'a mise dans le, dans le parcours fin dans le ... ce service là, et ça m'a plu donc j'y suis restée. Voilà
- OK, d'accord, bon du coup comme je te l'ai dit, mon mémoire porte sur l'image corporelle.
- Ouais.
- Qu'est ce que cela t'évoque de manière générale (L'image corporelle) ?
- Bah c'est l'image qu'on renvoie aux autres, surtout. Celle... fin c'est c'est... oui l'image de notre corps que l'on renvoie aux autres
- D'accord ! Et par exemple dans le service dans lequel tu travailles hum... Quelles sont les conséquences que tu peux voir de l'altération de cette image chez les patients que tu prends en soin.
- Bah les patients que j'ai... Fin c'est un service essentiellement, où les gens font des AVC ou on en fait. Du coup, ils se retrouvent la plupart du temps hémiparétique ou hémiparétique ou simplement parétique d'un membre. Donc, forcément, ils ont une altération de leur ...de leurs fonctions motrices et, et de leur corps en fait. Ils n'ont plus la possibilité de bouger un membre, que ce soit le bras, la jambe ou même une simple paralysie faciale change, change complètement un visage aussi. Donc.; donc oui... fin moi c'est le quotidien.
- -D'accord Et est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir un patient qui t'exprime ce ... que ce soit du non-verbal, du verbal, un mal-être par rapport, par rapport à ça... et les peurs qu'ils peuvent avoir ... ?
- ... Fin les gens quand ils font leur AVC Ils ont une partie du corps qui fonctionne plus du tout et la plupart. Tout dépend d'où, où l'AVC touche la région du cerveau est

touchée, mais souvent, s'ils sont droitiers, et c'est le bras droit... ils peuvent plus... en étant parétique ils peuvent plus écrire ils peuvent plus prendre leur fourchette pour manger ou leur cuillère. Du coup, oui, tous les jours, ils nous demandent si ça va revenir et c'est une angoisse en faite... permanente.

- Hmm ... Le fait de devoir se faire assister.
- Assisté, bien sûr ouais.
- Et ... alors... hum... je ne sais pas s'il y a peut être des personnes, des patients dans ce service qui ont déjà eu des AVC auparavant et qui ont déjà des troubles. Et de manière générale pour te rappeler les étapes du deuil, à quel niveau ils se situent, est-ce qu'ils sont dans le déni ... ?
- Pour les gens qui ont déjà fait un AVC auparavant et qui en refont un. Euh ... eux, ils sont plus facilement dans l'acceptation ou... fin je dirai pas acceptation, mais plus dans la fatalité, dans le sens où ils l'ont déjà vécu. Ils savent ce que c'est. Ça peut revenir. Ça peut ne pas revenir. Fin.. eux, leur deuil de leur corps et de l'image qui renvoient aux autres et à eux mêmes. Elle est déjà faite dans le sens où ils ont déjà eu des séquelles de leur précédent AVC. Les gens qui en ont jamais fait et qui se retrouvent avec une parésie ou une plégie, eux, ils sont dans le déni au début. Euh ... Et du coup, c'est d'autant plus compliqué pour eux. Fin... ça arrive souvent que les gens tapent leurs membres ne fonctionnent plus.
- Ha oui !
- Ils se frappent pour euh ...
- Essayer de ressentir ?
- Voilà, c'est de sentir, ressentir les choses en fait.
- D'accord, ok et bah c'est inté...
- Ils tapent leur main ou leur bras ou leurs jambes, pour essayer de sentir en fait, pour essayer que ça bouge, quoi!

- Ha ils sont donc dans la douleur, la culpabilité ou la colère... ?
- Bah colère je pense plutôt
- D'accord d'accord d'accord ! Alors alors alors ... Du coup, toi en tant qu'infirmière, en tant que soignante, quels sont les moyens que tu.. que tu vas mettre en place pour établir une relation de confiance avec ces personnes qui ont des troubles de l'altération de l'image corporelle ?
- Bah déjà, nous, on les a en phase aigüe, donc dans les 24 heures où ça a commencé, les déficits. Du coup, fin c'est... c'est hyper compliqué parce que la moindre, le moindre changement, on fait nos surveillances neurologiques à temps pour les gens qui sont thrombolysés. Fin voilà, ça on le fait tous les quarts d'heure, donc la moindre chose qui diffère de ce qu'on a pu voir avant que ce soit dans le positif, par exemple, dans la récupération, dans les doigts, dans les mains. Eh ben, nous on va positiver toujours en disant : "Y'a de l'amélioration, là, c'est mieux. Vous voyez, vous n'arrivez pas à bouger votre main il y a une heure. Là, vous arrivez à bouger les doigts" Donc on positive toujours. On essaye de montrer le peu qu'il peut y avoir, de montrer que c'est positif pour les gens ou ... où il n'y a pas de récupération immédiate ou c'est plus compliqué pour eux. Euh ... On fait appel au kiné, beaucoup.
- Hmm
- Donc on fait appel au kiné et pour nous, en tant que soignants, infirmiers on met des choses en place, comme des... avec les ergo aussi on met le bras déficitaire dans une écharpe, par exemple, pour qu'il évite de pendre et que ce soit douloureux pour le patient. Et en fait. Du coup, on l'incite à se servir du bras gauche ou de la jambe qui elle n'est pas déficitaire. Et on essaie toujours de, de laisser faire au maximum le patient quand il n'est pas seulement plégique mais parétique. On essaye, on l'aide, on essaye de.. qu'il fasse au maximum pour que lui se rende compte que c'est faisable en fait.
- Pour qu'il prenne conscience de son corps aussi justement ?

- Oui, et qu'il se rend compte aussi qu'il est capable de faire, même même en ayant un déficit.
- Ok donc ..
- C'est pas incurable en fait
- Tu m'arrêtes si j'ai mal compris, mais en gros, c'est via ton expertise et ta capacité de diagnostic infirmière
- Oui
- Donc tu vas repérer des éléments cliniques que tu vas transmettre au patient
- Oui
- pour trouver instaurer justement cette relation de "Vous voyez les améliorations", "il faut être positif", il faut ...
- Oui, et d'être positif en fait.
- D'accord, et du coup est-ce que tu as pu remarquer des conséquences sur ce que justement tu apportais par rapport à ça. Est-ce que tu voyais que le patient, il arrivait à plus positiver ou ça prend du temps .. ?
- Déjà, ça prend énormément de temps nous on fait beaucoup aussi appel aux psychologues. Parce que des fois, nous on est dans les soins et les psychologues, elles sont là aussi. Elles prennent le temps aussi de beaucoup plus discuter, de prendre, de prendre la colère. Les gens sont souvent en colère au début, donc nous on est là aussi pour les soins et pas seulement pour les les aider dans leur dans acceptation de leur image qu'ils ont pour eux tu vois ...
- Et du coup, je sais plus ce que c'était la question je me suis perdue

- rires
- Si tu voyais des améliorations par rapport aux...
- Oui voilà c'est ça que je voulais dire : Les gens, on les prend en charge, souvent de 2 à 3 jours, et on reste dans le même secteur. Et souvent là, les gens me disent merci ou ou... Merci de m'écouter aussi parce que ben, ils ont besoin d'en parler, de ne voir que ça ne fonctionne pas. Et juste juste d'entendre leur colère. Souvent ils nous disent merci.
- D'accord, et ben merci beaucoup, c'était super intéressant. je ne sais pas si tu as envie de dire autre chose par rapport à ce que j'ai pu te poser comme question
- Non je ne vois pas.
- Et bien écoute merci beaucoup Marion !
- Merci !

Retranscription de l'entretien avec la deuxième infirmière:

- Bonjour Antoine Pintart. Je suis étudiant en troisième année et dans le cadre de mon mémoire qui a comme question: "Dans le cas d'une modification de l'image corporelle chez une personne soignée, en quoi la relation d'aide infirmière favorise t-elle l'acceptation de l'image de soi ?" Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ? et aussi euh... ce qui vous a motivé à travailler dans ce service de chirurgie vasculaire et depuis combien de temps y travaillez-vous ?
- Bonjour, Je suis IDE depuis 1993, cela fait 27 ans maintenant. J'ai commencé en

clinique sur Brest pendant 5 ans puis je suis arrivée sur Rennes en 1998 où j'ai commencé au CHU. Je fais beaucoup de remplacement dans les différents services du CHU et en mai 2000, j'ai posé mes valises en chirurgie vasculaire, et j'y suis encore ! Cela fait maintenant 20 ans. Depuis 2014, je travaille également en consultation pansement vasculaire. Nous sommes plusieurs de l'équipe à avoir notre planning entre le service d'hospitalisation et la consultation pansement. Nous y voyons les patients en sortie d'hospitalisations pour un suivi de leurs plaies jusqu'à cicatrisation. C'est un service où la douleur est présente, bien avant les chirurgies mais aussi bien après. Nous avons beaucoup de patients avec des plaies, des plaies d'ulcères, des plaies d'amputations, des désunions de cicatrices de scarpas, abdo, de jambes... Il y a aussi des plaies de stade 4 de la maladie artérielle, des plaies distales qui sont très douloureuses. Bien souvent, les antalgiques prescrits sont insuffisants, le patient reste dans sa douleur, le soignant lui est impuissant devant cette douleur. Je me suis intéressée à cette douleur, je voulais mieux la comprendre, comprendre ses mécanismes, connaître les traitements et leur mode d'action. J'ai donc passé un Diplôme Universitaire sur la prise en charge de la douleur que j'ai obtenue en 2013. Sur cette année universitaire, j'ai pu voir que d'autres techniques, hors médicamenteuses, pouvaient avoir une action sur la douleur. Je me suis intéressée à l'hypnose. Il n'y avait pas sur le CHU de formation à l'hypnose mais une formation à la communication thérapeutique, qui est une approche hypnotique. J'ai fait cette formation en 2014 et je peux dire que ce fut une révélation. Je suis sortie de cette formation avec plein d'outils à mettre en pratique, pour aider le patient à mieux vivre un soin douloureux, une anxiété, une douleur présente. A partir du moment où vous osez vous autoriser à utiliser ces outils, que vous voyez qu'une modification se fait chez votre patient et que finalement, il vit mieux telle situation, vous êtes contente, autant pour le patient que pour vous. Voyant que ce sont des outils hypnotiques, que le patient est là, sans être là... vous vous dites que vous pouvez encore faire mieux pour le patient... Je me suis formée à l'hypnose thérapeutique sur l'année Universitaire 2016-2017, à Nantes. J'ai obtenu un Diplôme Universitaire en Hypnose thérapeutique. Depuis, j'utilise beaucoup la communication thérapeutique et l'hypnose dans les soins, mais aussi à d'autres moments d'anxiété, de peur, ou pour de la relaxation. L'objectif étant de rendre le patient autonome par l'autohypnose, pour qu'il puisse se gérer au quotidien, surtout quand il vit de soins de détersion, de méchage tous les jours...C'est un super outil, autant pour aider le patient, que personnellement !!

- D'accord.

- Le patient vasculaire a bien souvent une longue histoire avec sa maladie qui est rappelons le, une maladie chronique. Nous le suivons sur une longue durée qui peut aller jusqu'à plusieurs années. Des liens se créent, c'est cette approche que j'aime, le relationnel étant tellement important dans la prise en soin !! Il y a les soins bien sûr, mais l'approche que nous pouvons avoir avec notre patient au moment du soin est primordiale car elle peut avoir une action sur l'efficacité de celui-ci. Par exemple, quand vous donnez un antalgique, si vous le donnez en disant au patient que vous n'êtes pas sûr de son efficacité, et bien le patient peut rester dans sa douleur alors que si vous le lui donnez en lui disant avec conviction que c'est un super médicament et qu'il va vite le soulager, et bien l'action de l'antalgique va être positive dans ce sens.

- Mon mémoire portant sur l'image corporelle, qu'est-ce que cela vous évoque dans le service dans lequel tu travailles ?

- Je travaille dans un service où nos chirurgiens réalisent environ 140 amputations par an. Autant dire que ces amputations ont une incidence sur leur image corporelle. L'amputation provoque une modification de la représentation que le patient se fait de son corps et du ressenti de son corps et de son rapport à l'environnement. Il y a tout un travail d'acceptation à faire pour le patient et c'est là que notre rôle de soignant est important pour le guider sur son cheminement, un travail d'écoute, d'encouragement, de réapprentissage, de rééquilibrage, de préparation à la sortie, ... Les préparer au regard de l'autre qui peut être gênant au départ... Dans le service, ils sont protégés, nous n'avons pas le regard que certaines personnes auront à l'extérieur, c'est pour cela que parfois, la sortie leur fait peur... Ils suivent le travail de deuil, comme quand on perd une personne proche. Là, ils perdent un membre ou un bout de membre, il faut l'accepter et ce chemin peut être long pour certains patients, d'autres vont l'accepter plus facilement et se rééduquer tout aussi rapidement... d'autres n'accepteront jamais et surtout chez les personnes âgées, peuvent se laisser aller jusqu'à la mort, c'est le syndrome de glissement. Y est associé le fait d'avoir un

membre en moins accélère le travail du cœur, le sollicite plus, ce qui fait que les patients âgés ont une espérance de vie raccourcie lorsqu'ils ont une amputation majeure. Ce travail se poursuit en structure de rééducation par la suite. Nous, nous ne sommes que le premier maillon et il y a un super travail des services de rééducation par la suite. Mais ils n'y vont pas tous. Les patients âgés ne sont pas forcément rééduqués du fait de leurs pathologies associées et malheureusement, ne sont plus verticalisés.

- Ok d'accord très intéressant... et tu as déjà commencé à y répondre... mais quelles sont les conséquences

- Comme je l'ai dit, certains patients peuvent ne jamais accepter cette nouvelle image et peuvent déprimer, se laisser aller. Nous avons connu dans le service des syndromes de glissements où le patient ne veut plus rien... se laisse mourir. D'où le rôle très important des psychologues et je pense qu'en service de rééducation, ils ont un suivi. Puis ils rencontrent d'autres patients qui ont aussi des amputations et je sais que cela est très important dans ce processus. Dans le service de chirurgie où je travaille, nous avons une psychologue depuis un an. Jusque-là, nous faisons ce travail avec toute l'empathie, la bienveillance. Nous continuons à le faire, c'est notre travail d'être à l'écoute de nos patients, de les observer, nous commençons cette rééducation avec eux sur les mobilisations, l'habillement, la prise de conscience de cette modification de cette image corporelle. Nous amorçons ce travail en service de chirurgie en attendant que les patients sortent en service de rééducation, en structure de convalescence ou à la maison. Ça nous est arrivé d'entendre dans le service, des patients qui voulaient mettre fin à leur jour car l'amputation pour eux, était quelque chose de pas vivable. Même en leur disant que la vie continue, qu'ils ont leur famille, leurs petits-enfants... Ils ne se voient pas avec un membre en moins dans l'avenir. A ce moment-là, nous faisons appel au psychologue et psychiatre rapidement pour une prise en soin efficace. Certains patients âgés peuvent refuser l'amputation car ils veulent « partir » dans leur intégrité, cela est respecté par nos chirurgiens, surtout chez les patients grabataires, qui n'ont plus du tout d'autonomie, qui ont des facteurs de comorbidités associés, et après discussion avec le patient, entouré de sa famille avec le chirurgien et l'équipe. A ce moment-là, nous nous mettons en relation avec

les équipes de soins palliatifs.

- Ok, et de manière plus précise comment qualifies-tu le parcours du deuil des patients, fin... à quelles étapes peuvent être rendu les patients dans ton service ?

- Nous sommes dans un service de chirurgie et nous ne voyons les patients que quelques jours après leur amputation. Ce sont des patients que nous connaissons bien. Souvent, ce processus de deuil a commencé bien avant que le geste soit réalisé. Ils ont leur plaie pour certains depuis plusieurs années avec des douleurs qu'ils connaissent depuis très longtemps. Des jours sans pouvoir faire quoique ce soit, des nuits sans dormir à cause de la douleur. Une douleur tellement horrible que certains patients vont accepter l'amputation qui va représenter pour eux une délivrance et ils vont d'autant plus cheminer vers l'acceptation car cette amputation va représenter l'après de la douleur et là, ils sont prêts à tout. Des patients vont vite cheminer, je dirai que c'est aussi lié à la personnalité de chacun, au vécu, aux histoires de vie de chacun. On va cheminer différemment quand c'est une amputation d'orteils par rapport à une amputation dite majeure comme l'amputation en jambe ou trans tibiale et l'amputation en cuisse dite trans fémorale. Quand c'est plus soudain, c'est plus dur pour accepter. Je dirais que la chronicité de la maladie vasculaire permet au patient de faire ce cheminement inconscient. De plus, à chaque hospitalisation où les alternatives thérapeutiques de revascularisation commencent à se réduire, le chirurgien évoque cette possibilité, le patient entend ce terme « amputation ». Il sait que... cela peut arriver... Contrairement à une amputation post traumatique où la soudaineté du geste fait que l'acceptation peut être dure dans le sens où le patient vit un choc post traumatique. Dans le processus d'acceptation chez le patient vasculaire, ce qui peut freiner l'acceptation, ce sont les douleurs et sensations du membre fantôme. Le patient peut avoir des sensations de son membre, les douleurs, comme si le membre était toujours présent. Ce sont des douleurs dites neuropathiques liées à des lésions de nerfs. Le cerveau n'a pas intégré certaines informations et envoie les messages douloureux. Différents moyens sont mis en œuvre pour diminuer voire faire disparaître ces douleurs comme la miroir thérapie par exemple... Mais ces sensations et douleurs peuvent mettre des freins dans ce processus d'acceptation. Il est aussi prouvé que ces douleurs et sensations seront d'autant plus importantes et très vite après la chirurgie quand le patient a été hyperalgique avant la chirurgie. D'où l'importance des traitements antalgiques avant

la chirurgie.

- Ma dernière question porte sur la relation d'aide infirmière et j'aimerais savoir quels sont les moyens que vous mettez en place pour établir une relation de confiance, et quelles sont les conséquences de la relation d'aide pour le patient ?
- La relation soignant-soigné est lien de confiance qui se crée entre le soignant et le soigné, qui va faciliter autant la prise en soin du patient dans les soins que va lui apporter le soignant. C'est une alliance, qu'on appellera dans le soin une alliance thérapeutique. Pour que le patient adhère au soin, il est primordial d'avoir cette relation de confiance, ce lien si important... Cette relation se fait dès les premières secondes de la rencontre, dès le premier regard, ... La qualité du soin est renforcée, le patient vit bien le soin, l'hospitalisation, le soignant est satisfait et sent son travail valorisé. La confiance est accessible dans le sens où il faut être vrai avec le patient. Il ne faut pas lui mentir, il faut valider son inconfort, son mal-être, sa douleur. Avoir cette position basse qui va faire que le patient va adhérer puis accepter. Ce qui est important dans le tout début de la relation, c'est de se présenter, dire qui on est, utiliser des termes que le patient va comprendre, reformuler ses paroles, rassurer, utiliser des mots positifs... Faire de la communication thérapeutique... En chirurgie vasculaire, nous connaissons bien nos patients car nous les suivons sur de longues années, l'artérite étant une maladie chronique. Cette relation devient pérenne, nous connaissons tous d'eux, ils connaissent tout de nous. Je reste vraie avec eux, j'utilise aussi beaucoup l'humour en ayant toujours ce respect envers eux. Les patients, qui sont en stress, s'accrochent à ce qu'ils peuvent et bien souvent c'est le soignant. Nous pouvons être aussi le lien entre eux et le médecin, car bien souvent, ils ne vont pas oser dire les choses aux médecins, par peur, par pudeur... J'utilise les outils de communication thérapeutique en utilisant des mots adaptés, utiliser des mots qui n'induisent pas de douleur, par exemple, ne pas utiliser la négation car le patient en état de stress n'entend pas la négation (quand tu dis : ne vous inquiétez pas, le patient entend : ah bon, parce qu'il faut que je m'inquiète ?). C'est utiliser ses propres mots, expressions... Quand j'entre dans une chambre ou que je vais chercher un patient en salle d'attente, je m'approche, je me mets à la hauteur du patient, je me présente, je peux serrer la main aussi : "Bonjour, je m'appelle Claudie et je suis votre

infirmière aujourd'hui, je vais faire ce qu'il faut pour que vous soyez confortable" Je valide beaucoup ce que dit le patient, j'utilise ses propres mots et je vais utiliser beaucoup le VAKO ça veut dire Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, c'est-à-dire les différents canaux sensoriels et les mots correspondants pour parler sur le même canal du patient et être sûr qu'il intègre bien mon message. Le plus important est d'apporter du Bien-être, du Confort et de la Sécurité au patient. Je vais beaucoup observer et écouter le patient, et c'est peut-être le plus important. Il faut observer et écouter ses différents langages verbal comme non verbal. Je vais utiliser aussi un outil de communication thérapeutique qu'on appelle le Mirroring. La reformulation est un Mirroring verbal, mais prendre la même position que son patient facilite la communication. C'est le Mirroring de posture, Gestuel. Le patient est assis, croise les bras et bien je lui demande si je peux m'asseoir à côté de lui et je vais croiser mes bras, il ne va rien voir et faire du Mirroring facilite la communication.... Il y a un autre outil de Mirroring que j'utilise beaucoup et qui est le Pacing respiratoire : Je me synchronise avec la respiration du patient et je vais parler sur son expiration. Ça aide beaucoup le patient à se détendre, c'est un outil puissant pour la prise en charge de la douleur aussi. Ça ne prend pas du temps de faire ça, il faut juste s'autoriser à oser utiliser ces différents outils, et finalement, on gagne un temps précieux et qu'est-ce que ça fait du bien... au patient et à nous-mêmes !!! C'est retrouver des valeurs de soignant qu'on a l'impression parfois de perdre avec la charge de travail qui devient de plus en plus importante !

IV - Les tableaux d'analyse:

Catégories / Thèmes	Sous thèmes	Item / Verbatim
------------------------	-------------	-----------------

Image corporelle	<p>1.3 Définition</p> <hr/> <p>1.1 Les modifications rencontrées dans les services</p> <hr/> <p>1.2 Conséquences</p>	<p>IDE 1 : “C’est l’image que l’on renvoie aux autres” (= environnement)</p> <p>IDE 2 “Modification de la représentation que le patient se fait de son corps , du ressenti, et de son rapport à l’environnement</p> <hr/> <p>IDE 1 - “hémiparétique ou hémiparétique ou simplement parétique d’un membre”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “une simple paralysie faciale change complètement un visage” = apparence physique - Troubles moteurs et sensitifs ‘veulent ressentir) <p>IDE 2 (parle plus loin du Regard des autres)</p> <ul style="list-style-type: none"> - modification de la représentation que le patient se fait de son corps = physique - ressenti de son corps <p>son rapport à l’environnement.</p> <p>IDE 1 :Ne peut plus attraper sa fourchette</p> <ul style="list-style-type: none"> - bras qui pend - Plus de sensation - Besoin d’assistance - Apparence physique modifier (visage) <p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de glissement. - Accélère le travail du cœur, le sollicite plus - Regard des autres
2 Deuil	2.2 Les facteurs influant	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - localisation de l’abc (bras droit pour

	<p>droitier, visage)</p> <p>2.2.2 la localisation</p> <p>2.2.3 Le vécu</p> <p>2.2.1 distance du traumatisme</p> <hr/> <p>2.1 Le ressenti exprimé par les patients</p>	<p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - localisation de l'amputation - histoire de vie - personnalité de chacun, Ressenti et conséquences - L'intensité de la douleur avant l'amputation (accepte plus facilement car ne supportait plus la douleur avant) - sensations et douleurs post amputation qui peuvent mettre des freins dans ce processus d'acceptation. <p>IDE 1 : phase aiguë 24 h</p> <p>IDE2 : Maladie chronique (douleurs permanente avant) temps de se préparer à l'amputation)</p> <p>C'est plus dur avec une amputation soudaine post traumatique. La maladie chronique aide l'acceptation,</p> <p>En effet les deux sont d'accord sur le fait qu'il faut du temps pour faire le deuil de ce traumatisme</p> <hr/> <p>IDE 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - " une angoisse en faite... permanente." dans l'espoir que ca revienne - " Assisté." - ça arrive souvent que les gens tapent leurs membres ne
--	---	--

		<p>fonctionnent plus : colère”</p> <ul style="list-style-type: none"> - la ou il y a pas récupération immédiate ou c'est plus compliqué pour eux. <p>IDE 2 “ syndromes de glissements” “mettre fin à leur jours ” “Les personnes âgées veulent mettre fin à leurs jours”</p> <ul style="list-style-type: none"> - regard de l'autre qui peut être gênant au départ... - la sortie leur fait peur... - “Les patients, qui sont en stress”
	<p>2.1 Les étapes du deuil</p> <p>classement</p>	<p>IDE 1 Pour les gens qui ont déjà fait un AVC fatalité”</p> <p>“Les gens qui en ont jamais fait : déni au début.”</p>
	<p>2.1.1 le déni et la colère</p>	<p>“ça arrive souvent que les gens tapent leurs membres ne fonctionnent plus : colère”</p>
	<p>2.1.2 l'acceptation</p>	<p>IDE 2 1 “il faut l'accepter et ce chemin peut être long pour certains patients, d'autres vont l'accepter plus facilement // 2 d'autres n'accepteront jamais” “processus de deuil déjà bien avancé” “l'acceptation est plus facile pour soulager une douleur ” 3 “la chronicité favorise l'acceptation” “la soudaineté la complique” “sensation du membre fantôme et douleur = frein” “Les préparer « au regard de l'autre »”</p>
	<p>2.1.3 Le refus</p>	<p>“psychologue // rééducation = se confronter d'autre personne dans le même processus”</p> <p>“soins palliatif”</p>

	<p>2.3 Favoriser l'acceptation</p>	<p>D'abord, la prise de conscience de cette modification de cette image corporelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IDE 2 Leur laisser le temps. (ne mettent pas tous le même temps a accepter, certains n'accepterons jamais” - IDE 1 Le laisser faire - L'aider à prendre conscience de son corps - IDE 2 Travail d'acceptation à faire pour le patient - Les préparer au regard de l'autre qui peut être gênant au départ... - Interprofessionnalité : contact kiné ergo et <u>psychologue</u> - Rencontrent d'autres patients qui ont aussi des amputations et je sais que cela est très importants dans ce processus. importance de la relation d'aide
<p>Relation d'aide</p>	<p>3.1 Définition</p> <hr/> <p>3.2.1 La posture IDE</p>	<p>IDE 2 “lien de confiance qui va faciliter la prise en soin” “alliance thérapeutique” “indispensable pour que le patient accepte le soin”</p> <hr/> <p>IDE 1 “exprimé une avancée positive”</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Écouter s'exprimer

	<p>3.2.1.1 ÉCOUTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ils ont besoin d'en parler, d'être écouter - Confort , bras dans une écharpe , travail avec ergo gestion de la douleur - un travail d'écouter, d'encouragement, de réapprentissage, de rééquilibrage, de préparation à la sortie - Mais ne pas oublier : aussi écouter le négatif : Ne pas oublier ide 1 Et juste juste d'entendre leur colère(= entendre la difficulté) ide 2 Valider son inconfort, son mal être, sa douleur.
	<p>3.3.1.2 <u>BIENVEILLANCE</u></p>	<p>IDE2 ajoute décrit ses actions détaille la posture bienveillante :</p> <p>relation de confiance, ce lien si important</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dès les premières secondes de la rencontre, dès le premier regard, - Il faut être vrai avec le patient - Avoir cette position basse qui va faire que le patient va adhérer puis accepter. - Se présenter, dire qui on est, - Humour - Respect envers eux - Je m'approche, je me mets à la

	<p>3.3.2 Les outils favorisant la relation d'aide :</p>	<p>hauteur du patient, je me présente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apporter du Bien-être, du Confort et de la Sécurité au patient. - Observer et écouter ses différents langages verbal comme non verbal. - L'empathie, la bienveillance. - Les observer. <ul style="list-style-type: none"> - <i>IDE 1</i> Montrer que" c'est pas incurable" positif +++ grâce aux connaissances et la compétence <u>d'observation clinique</u> inf - IDE 2 outils complémentaires pour favoriser relation de confiance - Reformuler ses paroles, - Utiliser des mots positifs...ne pas utiliser la négation - Utiliser les termes que le patient - . C'est utiliser ses propres mots, expressions... - Je valide beaucoup ce que dit le patient, - Je vais utiliser beaucoup le VAKO - Mirroring verbal - Mirroring de posture, - Je me synchronise avec la respiration du patient et je vais parler sur son expiration. <p>3.3 Ne pas oublier</p> <hr/> <p>IDE 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils se rendent compte que c'est
--	---	---

	L'évaluation	<p>faisable</p> <ul style="list-style-type: none">- Remerciement <p>“ça prend énormément de temps” “appel aux psychologues”. “ de prendre, de prendre la colère”</p> <p>“Les gens sont souvent en colère au “Remerciements”</p>
--	--------------	---

Quatrième de couverture

NOM : Pintart

PRENOM : Antoine

TITRE : Altération de l'image corporelle et relation d'aide

SUMMARY IN ENGLISH

The subject of this essay will be the impaired body image and the counselling that nurses can provide.

First, I will explain two situations which questioned me : a 46-year-old mother who does not accept her children's looks about her paraplegia, and a woman who, following cancer, will have a colostomy and who is afraid of the looks of the others, especially during the next holidays.

Then, the conceptual framework will address the notion of body image, in order to first differentiate it from the body schema and to better understand the concepts that define it. Then comes a definition of mourning process for the purpose of better understanding the mechanisms following an alteration of body image. Finally, the notion of helping relationship will also be discussed.

Thanks to the interview guide adapted to a subject, I conducted two interviews with nurses. One is working in a neurovascular department and the other one is working in a vascular surgery department. They were able to give me their point of view and their professional experience. Empathy, caring, listening and sincerity are the words that I will keep in mind about these interviews and this essay.

RESUME EN FRANCAIS

Mon travail de fin d'études concerne l'altération de l'image corporelle et la relation d'aide que les infirmières peuvent apporter.

Dans un premier temps, je vous exposerai deux situations m'ayant questionnées : une mère de 46 ans n'acceptant pas le regard de ses enfants au vue de sa paraplégie, et une femme qui suite à un cancer devra avoir une colostomie et qui appréhende le regard des autres notamment pour les prochaines vacances.

Ensuite le cadre conceptuel abordera la notion d'image corporelle, afin tout d'abord de la différencier du schéma corporel et de mieux comprendre les concepts qui la définissent. Vient ensuite une définition du processus de deuil pour mieux comprendre les mécanismes suite à une altération de l'image corporelle. Enfin, la notion de relation d'aide sera aussi abordée.

Grâce au guide d'entretien adapté au sujet, j'ai effectué deux entretiens auprès d'infirmières. L'une travaille dans un service de neuro-vasculaire et l'autre en chirurgie vasculaire. Elles ont pu m'apporter leur point de vue et leur expérience sur le terrain. Empathie, bienveillance, écoute, sincérité sont les quatre mots phares de ce que je retiendrai de ces entretiens, et de ce mémoire.

Impaired body image // mourning process // nurse counselling // empathy // caring // sincerity

Altération de l'image corporelle // processus de deuil // relation d'aide infirmière // empathie // sincérité

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

CHU de Rennes, 2 Henri le Guilloux, 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - 2020

