



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

En quoi l'accompagnement de l'infirmière participe-t-il à l'acceptation d'une modification de l'image corporelle d'un patient ?

Formateur référent : Catherine Dieu

PICAULT Solweig
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
2 mai 2022

Introduction	3
Situation d'appel	3
Cheminement vers la question de départ	5
Du questionnement à la question de départ	5
Le cadre théorique	6
Image corporelle	6
Schéma corporel et image de soi	6
Estime de soi et regard de l'autre	8
Perturbation de l'image corporelle	8
Bouleversement de la représentation de soi	8
Atteinte de l'intégrité corporelle	10
Les différentes réactions face à la modification de l'image corporelle	10
Les étapes du deuil	10
Le mécanisme d'identification avec le soignant	11
L'acceptation de l'image de soi	12
Le rôle de l'infirmière auprès des patients	13
L'accompagnement infirmier	13
La relation soignant-soigné	15
La relation d'aide et de confiance	17
La relation d'aide	17
La relation de confiance	17
Les ressources disponibles pour l'accompagnement des patients	18
La méthodologie du recueil de données	19
L'analyse descriptive	19
La discussion	19
La question de recherche	19
La conclusion	19
Sources	19
Annexes	22
Abstract	44

Attestation de non plagiat



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 de.....*Infirmier*.....

Travaux de fin d'études :
(nom du document). En quoi, l'accompagnement de l'infirmière participe-t-il à l'acceptation d'une modification de l'image corporelle ?

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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document)..... à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de.....*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.....*2/05/2012*.....

Signature de l'étudiant :.....*Schweig Picault*.....

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 :

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes que je souhaiterais remercier.

Je souhaiterais d'abord remercier ma référente de MIRSI, Madame Catherine Dieu, qui m'a été d'une aide précieuse, grâce à ses conseils, sa patience et sa disponibilité.

Je remercie également tous les formateurs de l'IFSI pour leurs conseils et leur aide ainsi que leur disponibilité.

Enfin, je souhaite remercier ma famille, pour m'avoir soutenue durant ces années de formation.

Citation :

“La persévérance c’est ce qui l’impossible possible, le possible probable et le probable réalisé”

Léon Trotsky

1. Introduction

Actuellement étudiante en troisième année de formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers au CHU de Rennes, je réalise le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers à l'occasion de la validation de mon Diplôme d'État. Pour la réalisation de ce travail, je me suis longtemps demandée sur quel sujet j'allais pouvoir travailler. Depuis ma première année, trouver le bon sujet de recherche, un sujet qui allait me passionner et me permettre de me donner à 100% dans les recherches était quelque chose qui était très important pour moi. Pourtant, jusqu'au début de cette troisième année, je n'avais aucune idée sur quoi travailler et enfin en prenant le temps de mettre sur une feuille blanche toutes les difficultés que j'avais pu rencontrées lors de mes stages, les cours et des expériences personnelles, différentes problématiques et interrogations sont apparues. J'ai ensuite pris le temps d'analyser ces différentes situations et une en particulière m'avait profondément marquée et questionnée. J'ai donc choisi de travailler sur la situation d'un jeune homme en situation de handicap que j'ai rencontré lors d'un de mes stages de première année. En analysant la situation de ce jeune homme, j'ai pu faire apparaître un questionnement qui m'a permis de trouver ma question de recherche. Ma plus grande difficulté face à ce jeune homme a été de savoir comment réagir face à sa situation de handicap qui datait depuis seulement quelques semaines. Je cherche donc à travers ce travail de recherche à comprendre comment on peut aider un patient à accepter une modification de son image corporelle en tant qu'infirmier. Ce travail va me permettre de travailler sur de nombreux aspects de la profession infirmière et sur les différentes méthodes de prises en soins et d'accompagnement.

1.1. Situation d'appel

Ma situation se déroule lors de ma première année en école d'infirmière. J'effectue cette première année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Lorient et mon premier stage se déroule dans un établissement de soins de suite et de réadaptation, spécialisé dans la rééducation et réadaptation fonctionnelle et en médecine physique et de réadaptation. Ce centre de rééducation s'adresse aux adultes et aux enfants présentant des affections de l'appareil locomoteur, des affections neurologiques et neuromusculaires, des affections cardiovasculaires et respiratoires et s'adresse également qu'aux grands brûlés.

Le service dans lequel j'effectue mon stage est destiné aux blessés médullaires. Les différentes pathologies prises en charge sont les paraplégies, les tétraplégies et les syndromes de la queue de cheval. Ce service se caractérise par une rééducation spécialisée incluant les troubles vésicaux sphinctériens et ana rectaux, la prise en charge des problèmes génito-sexuels, une filière spécialisée dans le traitement des escarres., une large expérience de la réanimation fonctionnelle chirurgicale et la rééducation du membre supérieur en collaboration avec l'hôpital St Louis de Paris et une recherche permanente de l'autonomisation des patients.

Le service est composé de 8 chambres seules. Les chambres sont toutes occupées lors de mon stage. Je suis présente dans le service pour une durée de 5 semaines. Lors de ma troisième semaine, un jeune patient arrive dans le service. Je suis à l'aise avec le service maintenant et connaît tous les patients qui sont présents dans le service. J'ai pu réaliser les soins d'hygiène et de confort ainsi qu'à plusieurs reprises des sondages urinaires évacuateur sur des hommes. Lors de l'arrivée de ce patient je ne suis pas présente car je suis de matin et j'ai donc quitté le service avant son arrivée. Je le rencontre le lendemain matin et j'ai pu lire son dossier médical avant d'aller le voir. Il est tétraplégique depuis seulement quelques mois, suite à un accident qui a eu lieu durant l'été. Une mauvaise réception suite à un saut d'une falaise avec noyade. En plus de la tétraplégie, son cerveau a subi des dommages suite à la noyade. Le patient est âgé de 21 ans. La communication est devenue suite à cet accident limitée à quelques mots, gestes et images.

Lors de ce stage, j'effectue les soins avec une infirmière et une aide-soignante, car elles travaillent en binôme dans ce service. Je n'ai pas eu de patient à charge pendant les premières semaines de mon stage donc cela m'a permis de rencontrer tous les patients du service, de me familiariser avec le service et les bonnes pratiques des soins. Un matin, nous allons donc voir ce jeune patient ; Tom et nous l'aidons pour faire sa toilette et s'habiller. À ce moment-là, je ne ressens pas de gêne particulière à être avec un patient aussi jeune, car je suis avec l'infirmière et l'aide-soignante qui parle avec Tom et en conséquence je n'ai pas trop à me soucier de cela et je peux me concentrer sur mes soins.

Plus tard, dans la matinée, l'infirmière me demande d'aller réaliser un sondage urinaire évacuateur à Tom toute seule. J'ai déjà réalisé ce soin seule plusieurs fois sur d'autres patients et je me sens plutôt à l'aise avec celui et confiante. Je me rends ainsi dans la chambre de Tom et je commence à préparer mon matériel. J'entame le soin et je me rends compte que je ne suis pas du tout à l'aise contrairement aux précédentes fois où j'ai pu effectuer ce soin avec d'autres patients. Je ne sais

comment parler au patient, comment interagir avec lui alors que cela ne m'avait auparavant jamais posé de problème avec aucun patient même avec des patients ayant des difficultés de communication. De plus, je me rends compte que Tom lui-même semble être gêné ; il ne me l'exprime pas directement, mais son faciès et sa façon d'agir me font transparaître cette émotion.

1.2. Cheminement vers la question de départ

Un jeune homme tétraplégique. Âgé de 21 ans. Difficultés à communiquer. Obligé de recommencer une nouvelle vie et tout réapprendre. Nouveau patient et enchaîne les hospitalisations. Voilà qui est Tom. Dans la société, dans sa vie "d'avant", Tom était un jeune comme tous les autres, qui avait ses amis, sa famille, ses études, sa voiture. Maintenant, il doit faire face au nouveau regard des autres sur lui, sur son image. D'ailleurs ? Quelle image Tom a-t-il de lui depuis son accident ? Et avant son accident ? Cette interrogation, je me la suis posée en sortant de sa chambre. De cette interrogation, des dizaines de questions ont découlées dans ma tête.

Cette modification de l'image de soi survenue après un accident est un choc, un traumatisme pour l'estime de soi. L'image corporelle est complètement bouleversée ; la vie de Tom est complètement bouleversée. Le personnel soignant devient donc le pilier numéro un pour aider à traverser ce changement, aider le patient à s'accepter et à se redécouvrir dans ce nouveau corps.

Suite à cette question, beaucoup d'éléments me posent question :

- Comment aborder la paraplégie avec un jeune patient récemment blessé ?
- Comment savoir sans être trop indiscret ce qu'il ressort de sa situation ?
- Que comprend-il de son état ?
- Comment l'aider à comprendre son handicap ?
- Comment l'aider à accepter son handicap ?
- Que pense-t-il des soins et des aides qui lui sont apportés ?
- Comment aborder une personne ayant eu un accident récemment ?
- Quel est le rôle de l'IDE dans cette circonstance ?
- Quelle relation il a avec les jeunes soignants qui sont autour de lui ?

1.3. Du questionnement à la question de départ

Cette situation a eu lieu dès ma première année et lors de mon premier stage. Elle m'a directement fait écho et je me suis tout de suite interrogée sur ma pratique professionnelle et comment j'allais pouvoir aider ce patient et tous les autres patients qui sont dans des situations similaires.

De plus, étant une ancienne nageuse de haut niveau et amatrice de sports en tout genre, j'ai moi-même été confrontée à des situations assez semblables suite à des blessures où se pose la question de qu'est-ce que l'on va devenir, comment accepter ce changement ?

Ma question de départ est donc la suivante :

En quoi l'accompagnement de l'infirmière participe-t-il à l'acceptation d'une modification de l'image corporelle d'un patient ?

2. Le cadre théorique

2.1. Image corporelle

2.2. Schéma corporel et image de soi

L'image de soi est un concept défini par Paul SCHILDER en 1935 qui est psychiatre et psychanalyste autrichien, comme étant *"la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique, mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps"*. Il précise par ailleurs que l'image corporelle est *"l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même."* Autrement dit, nous sélectionnons l'image corporelle que nous souhaitons avoir, celle que nous voulons renvoyer aux autres. Par conséquent, l'image du corps correspondrait alors plus à une vision psychologique dans laquelle les attitudes et les sentiments sont éprouvés par le corps au travers de son apparence physique et la représentation mentale de soi. Celle-ci se distingue du schéma corporel qui selon une vision physiologique met plus l'accent sur la perception et l'expression du corps dérivant de l'intégration des expériences sensorielles et motrices de celui-ci.

Le schéma corporel est une représentation du corps dans l'espace. Cette représentation, qui comprend toutes les parties du corps, est formée durant l'enfance grâce aux sens tels que la vue, l'ouïe et le toucher. (Weil-Barais A., Cupa D. (2008), p.82) Le schéma corporel a pour but de donner : « *la sensation de la position du corps, l'appréciation de la direction du mouvement et le maintien du tonus postural* ». (Michel B. (1995), p.26) Wallon H. précise que la construction du schéma corporel et celle de la perception de l'autre, suivent un même mode de développement. Wallon H. confère au schéma corporel le sens de représentation globale de la personne. (Weil-Barais A., Cupa D. (2008), p.82).

Selon Marchais (1970), le schéma corporel serait

une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps en tant qu'entité statique ou dynamique : position dans l'espace, posture respective des divers segments, mouvements qu'il exécute, contact avec le monde environnant.

Le schéma corporel est donc très subjectif et dépend de chaque individu. Ce schéma varie d'une personne à une autre en fonction de l'histoire de vie de chacun, des croyances et de l'éducation reçue. De plus, cette notion représente l'idée que chacun a de son corps.

Selon Françoise Dolto, l'image corporelle représente la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain. Elle devient le lieu d'émission et de réception des émois interhumains langagiers. (Rezette S. (2008), p.60). L'image corporelle est ainsi considérée comme un messenger entre l'affect et le paraître. Elle permettrait d'exprimer les émotions ressenties.

Selon Wood (1975), l'image du corps a été conceptualisée comme une image mentale de son propre corps, c'est-à-dire la façon dont le corps apparaît au moi. Bien que superficielle, l'apparence physique est déterminante dans les jugements qui sont portés sur notre personne et l'impression qui s'y dégage (Le Breton (1997)).

Smith R. cité par Mave Salter (1992) affirme que « *Nous avons tous une image de notre corps [...] Notre image est renforcée par les comportements sociaux et notre environnement. Nous aspirons tous à la perfection qui se révèle impossible à atteindre* ». L'image du corps est donc en perpétuelle évolution car elle dépend du regard des autres et des comportements sociaux.

La notion d'image corporelle est également une notion assez subjective. C'est l'image du corps que renvoie chaque individu. La perception de cette image va ensuite dépendre de chaque individu et

des standards/critères de chacun. L'image corporelle joue un rôle important dans la société. Elle est la première image que l'individu offre au monde. Il y a également une notion de perfection qui est énoncée ; cela montre bien que l'image de soi peut se révéler être un idéal à atteindre pour certaines personnes qui ont une perception erronée de leur propre image.

2.3. Estime de soi et regard de l'autre

La diminution de l'estime de soi est définie par Virginia Henderson comme la perception négative que l'individu éprouve face à son apparence physique, lors de la perte d'un organe ou d'une fonction ou lors d'une atteinte à l'intégrité du moi.

Plusieurs troubles peuvent être liés à une perturbation de l'image corporelle ; anxiété, refus de parler, perte corporelle, refus d'aide, refus de sortir en public, refus de se regarder dans le miroir, etc. La perturbation de l'image corporelle est un sujet très important dans la société actuelle. La jeunesse, très présente sur les réseaux sociaux, est de plus en plus sensible à l'image corporelle renvoyée par chaque individu, et remplir certains critères de beauté deviennent la priorité de certains jeunes qui se mettent en danger pour y parvenir.

Le regard de l'autre devient très important lors d'une modification de l'image corporelle. En effet, lorsque le soignant entre dans la chambre du patient, le premier regard qu'il va porter sur lui devient très important. Le patient lira dans le regard du soignant la présence ou non d'une perturbation du regard porté sur lui. Le regard que l'équipe soignante deviendra une des premières étapes pour le patient dans son cheminement vers l'acceptation et pourra lui permettre de se sentir ensuite capable d'affronter le regard de ses proches. À long terme, cela pour l'aider à reconstruire son identité et de retrouver sa place dans la société.

3. Perturbation de l'image corporelle

3.1. Bouleversement de la représentation de soi

La perturbation de l'image corporelle est définie comme la "*confusion dans la représentation du moi physique.*" Cela montre bien qu'après une modification de l'image corporelle le patient peut être vraiment perturbé et qu'il est très important de prendre en soin autant le physique que le

psychique. Une bonne prise en soins pourra permettre au patient de mieux comprendre et accepter son nouveau schéma corporel.

Deux psychologues spécialisés en psychologie sociale ont mis en relation le facteur d'âge dans la perturbation de l'image corporelle. En effet, selon Lionel Dany, professeur de Psychologie Sociale à Aix-Marseille Université et Michel Morin, également professeur de psychologie sociale à l'université Aix Marseille dans Bulletin de Psychologie (n°509), le concept d'image corporelle, c'est

l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus au moins intégrés dans une perception globale (...) cette image est constituée de perceptions et représentations, qui nous servent à évoquer et évaluer notre corps, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques, mais aussi comme sujet ou parti de nous-mêmes, chargée d'affects multiples, et parfois, contradictoires (...) peut être appréhendées comme un construit multidimensionnel, qui inclut des composantes perceptuelles, attitudinales, mais aussi affectives.

L'image de soi est donc quelque chose de personnel et de subjectif, car elle dépend de l'histoire de chacun, des opinions, des goûts, de la société... De plus, selon eux, l'âge joue un rôle très important dans la perturbation du schéma corporel. En effet, les patients les plus jeunes et plus particulièrement les jeunes femmes ont un niveau de perturbation de l'image corporelle augmenté, parce qu'ils seraient davantage influencés par les standards corporels que l'on peut retrouver dans les magazines ou sur les réseaux sociaux.

Price (1995) a différencié trois aspects de l'image corporelle normale : le corps idéal, le corps réel et la présentation du corps. Le corps idéal correspond aux aspirations de tout individu, à ce qu'il souhaiterait être. Cette image mentale est souvent influencée par les normes socioculturelles, la publicité, les modes et maintenant par les réseaux sociaux. Ce corps idéal est un grand fléau pour la jeunesse, car pour réussir à l'atteindre certaines personnes sont prêtes à tout sans penser à leur état de santé ainsi qu'aux conséquences que cela entraîne. Le corps de besoin est un objet de dépendance aux soins médicaux et à autrui, objet de perte d'autonomie ou de non-satisfaction des besoins. Le corps identitaire est lorsque l'image de soi est détruite, qu'il y a un effondrement des repères identitaires. Le corps de dépendance et l'identitaire deviennent indispensable lors d'une modification de l'image corporelle. Ces deux distinctions du corps peuvent permettre de mieux travailler sur la reconstruction de l'image et de permettre au patient de prendre le temps d'accepter les changements. Le corps imaginaire est un corps fantasmé, une image idéalisée d'un corps. Cette

perception d'un corps fantasmé peut devenir problématique lors d'une modification de l'image corporelle car le patient peut s'accrocher à cette image et l'acceptation peut devenir d'autant plus difficile. Et enfin, le corps de douleur est le corps physique et psychique.

3.2. Atteinte de l'intégrité corporelle

Pour réapprendre à comprendre et s'identifier à ce nouveau corps, il n'est pas suffisant de seulement soigner les blessures "physiques" mais il faut également accompagner le patient dans ce réapprentissage et cette nouvelle identification. Pour le patient, sa relation au corps est complètement bouleversée pour lui, mais aussi pour ses proches et la société.

"Lorsque nous sommes devant un miroir, nous avons deux impressions, la première est visuelle : c'est une image de nous, extérieure, imposée, un peu étrangère. L'autre est une sensation interne de notre corps ; les deux peuvent aller de pair ou s'opposer" (Herbet et Quillet 1981).

4. Les différentes réactions face à la modification de l'image corporelle

4.1. Les étapes du deuil

Il est possible de faire un parallèle entre le processus de deuil et la perte d'un membre ou une maladie qui entraîne une modification de l'image corporelle. La perte d'un membre comme l'approche de la fin de vie va déclencher chez certaines personnes une phase de crise psychologique pendant laquelle l'individu doit accepter la perte, les modifications des habitudes de vie, la perte d'autonomie et accepter des changements...

La psychiatre Elisabeth Kübler-Ross a défini cinq étapes du deuil pour aider à mieux comprendre les comportements et changements psychologiques des patients. En fonction de chaque patient, toutes ces étapes n'apparaissent pas dans le cheminement du patient. Ces étapes n'ont pas d'ordre d'apparition défini, certaines ne peuvent jamais apparaître, d'autres permuter... De plus, ces étapes de deuil ne concernent pas seulement le patient mais aussi la famille et les proches.

Ces étapes peuvent être considérées comme un mécanisme de défense face à l'annonce de la perte d'un membre ou de la fin de vie. « Les mécanismes de défense représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions » (Freud A., (1936)).

D'après les cours de Catherine Dieu (2021), et le modèle d'Elisabeth Kübler-Ross, la première étape est celle du déni. Elle peut se manifester par un refus et l'état de choc. La prise de conscience de l'irréversibilité de la maladie et de la proximité de la mort, entraîne un état momentané de paralysie totale, physique et psychologique qui laisse la personne sidérée, vide de sentiments et de repères. Elle n'intègre pas les informations, elle refuse d'admettre un diagnostic ou un pronostic grave.

La seconde étape est celle de la colère, de la révolte. C'est le signe d'une frustration insupportable par rapport à ce que la maladie ou la vieillesse nous oblige à accepter et ce à quoi il faut renoncer. C'est une agressivité contre ceux qui ont encore la possibilité de vivre et de faire des projets.

La troisième étape est le marchandage. Le patient ressent une culpabilité à renoncer et à accepter la fin, alors qu'il souhaite encore s'accrocher à la vie. Certains connaissent une boulimie et une soif de vivre qui bouleversent l'entourage.

L'avant dernière étape est celle de la tristesse, la dépression. L'approche de la mort est une expérience de séparation qui entraîne de la tristesse. Un travail d'acceptation est nécessaire.

La dernière étape est celle de l'acceptation, la résignation, le lâcher prise. Il peut, dans l'ambivalence, exprimer en même temps une acceptation de la mort et de la vie. Malgré l'imminence de la mort, le patient sait vivre chaque instant intensément et est encore capable de projets.

4.2. Le mécanisme d'identification avec le soignant

Il est par ailleurs possible que la relation soignant soigné soit affectée par un mécanisme d'identification du soignant par rapport patient. De plus, l'angoisse du patient peut aussi faire résonance avec l'angoisse du soignant. On peut également appeler ce phénomène un effet miroir. Cela peut entraîner tant chez le patient que chez le soignant du doute, du désarroi, une rupture de la communication. Le patient peut également apparaître comme un objet de persécution pour le soignant et inversement. Dans ces moments-là et pour éviter ces conséquences il est important pour le soignant de passer la main au reste de l'équipe soignante et d'arriver à exprimer ses difficultés pour éviter tout incident.

Dans la pratique de l'exercice infirmier, il est impératif de conserver une bonne distance pour ne pas déborder de ses propres affects. Edward T.Hall, présente une description des différentes distances :

la distance publique : distance adoptée dans la société lors de la prise de parole en public ou lors d'un sentiment de menace ; la distance sociale : distance adoptée lors de conversations impersonnelles. Il n'y a pas de toucher. ; la distance personnelle : distance adoptée lors de conversation personnelle ; la distance intime : distance adoptée lors de relations intimes, il y a un échange sensoriel important.

Il est également important pour le soignant d'être honnête avec le patient et l'équipe soignante lorsqu'il a des difficultés ou qu'il ne se sent plus capable de s'occuper du patient en respectant les bonnes pratiques. Il peut également faire appel à d'autres paramédicaux et à une équipe pluridisciplinaire dans ces moments là. "Ne pas déroger de son rôle en lien avec ses compétences, ni dans le "pas assez", ni dans le "trop" qui dépasse nos limites et faire appel aux autres en cas de nécessité". Bourdieu (1985)

4.3. L'acceptation de l'image de soi

L'acceptation de la nouvelle image corporelle par un patient qui est atteint d'une maladie chronique ou d'une maladie aiguë ou qui a subi un accident va dépendre de beaucoup d'éléments ; les circonstances d'apparition, l'âge, le contexte, l'environnement et le sexe de la personne. Tous ces éléments vont faire que l'acceptation de la modification va être différente et plus ou moins difficile d'une personne à une autre.

De plus, dans le cas des maladies chroniques ; l'avancée de la pathologie et des symptômes, va faire que l'intensité de la douleur, le nombre de rendez-vous médicaux, les examens et les hospitalisations vont augmenter, ce qui va rendre le travail sur l'image de soi très compliqué car le schéma corporel va se modifier et l'image que le patient aura de lui va doucement se dégrader. Le lien de confiance entre la personne soignée et le soignant devient donc primordial dans ces moments là pour valoriser et accompagner la personne qui subit ces changements corporels. Le soignant doit être présent pour répondre à tous les besoins du patient.

Le concept de Caring est un modèle d'accompagnement pour les soignants lors de la prise en soins de patients. Il s'appuie sur des valeurs humanistes qui guident les attitudes des soignants. Les attitudes sont par exemple d'être attentif, chercher à comprendre l'autre, vouloir assister l'autre, etc. "Le caring, dont la finalité est la satisfaction de la personne soignée, favorise le développement des potentialités permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment

donné, en tenant compte de l'entourage. Il peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles." Watson traduction Bonnet 1998. Ce concept aide les infirmiers à guider leur pratique relationnelle et à les aider à comprendre comment accompagner les patients dans l'acceptation de l'image de soi.

Dans le cadre d'une opération chirurgicale par exemple, Costello (1974) cité dans le livre de Mave Salter, décrit que l'acceptation de l'altération corporelle s'effectue en cinq phases : « Il faut donner au patient le temps d'accepter l'apparence de la plaie opératoire. Il doit la toucher, l'explorer. Il doit accepter la nécessité d'apprendre à se prodiguer des soins. Il faut qu'il devienne indépendant et acquière la maîtrise des soins quotidiens. Il doit reconstruire une nouvelle image de son corps et si possible y adapter son style de vie » (Salter, M. (1992), p.14) Toutes ces étapes aident le patient à accepter la modification de son image corporelle. Ces étapes doivent prendre autant que le patient le désire et le soignant doit être à ses côtés pour pouvoir l'accompagner dans ces différents moments.

5. Le rôle de l'infirmière auprès des patients

5.1. L'accompagnement infirmier

Selon le dictionnaire Larousse, l'accompagnement est "l'action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements" ou alors "ce qui accompagne quelque chose." Cette définition est difficilement transférable au domaine des soins, car si l'on suit le sens de cette définition, l'infirmier ne fait qu'accompagner le patient dans un mouvement et non dans un accompagnement global et quotidien.

Selon l'HAS, l'accompagnement, c'est "processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres" "approche générale et pluridisciplinaire, l'accompagnement en institution ou au domicile relève d'initiatives et de procédures adaptées aux attentes et besoins de la personne de la personne ainsi que de ses proches" "c'est une démarche dynamique et participative" "la pertinence et l'efficacité d'un accompagnement relèvent de l'élaboration d'un projet coordonné explicite et transparent qui intègre la multiplicité des facteurs spécifiques à chaque situation." Cette définition nous donne une autre approche de l'accompagnement ; en effet, d'après l'HAS, l'accompagnement est principalement centré sur le patient dans sa globalité et repose sur la mise en place d'un projet adapté à ce patient.

L'accompagnement est un travail qui demande de la volonté et de la motivation de la part des deux côtés, c'est-à-dire de la part de l'équipe soignante et de la part du patient. De plus, cet accompagnement repose sur plusieurs objectifs qui sont définis avec le patient.

Selon P. VERSPIEREN, enseignant en philosophie morale, "accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas." Cette définition prend compte le libre arbitre du patient ainsi que de son individualité. Partout où il va, c'est le patient qui choisit sa vitesse de cheminement et l'infirmier le suit en s'adaptant au rythme du patient. L'infirmier se place donc en second dans la prise en soin. De plus, il ne faut pas oublier que chaque patient est unique et a ses propres besoins. En conséquence, il faut adapter chaque accompagnement en fonction des envies du patient. Il faut prendre en compte la personne dans sa globalité et dans son individualité.

Selon Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCL) et Lauréat de la Fondation Van Goethem-Brichant pour la réadaptation, l'accompagnement infirmier, c'est « faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. Un mouvement qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien ». « Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences » « accompagner c'est tenir compte de la complexité et de l'individualité de chaque personne ; c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement ; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelle que soit la situation de la personne » « il est à rappeler les valeurs (citées dans notre projet pédagogique) qu'il convient d'appliquer dans sa pratique professionnelle pour être un accompagnant ». Ces différentes définitions expliquent très bien ce qu'est l'accompagnement et comment il est primordial de respecter la personne accompagnée. Il est en effet fondamental de prendre en compte le patient ainsi que ses objectifs et d'évoluer dans la prise en soins en se basant sur ses envies et son état du jour. L'accompagnement peut être en quelque sorte comparé à un caméléon ; il faut adapter l'approche, le degré d'accompagnement et les objectifs chaque jour.

Selon Maela Paul, la notion d'accompagnement se situe entre deux points bien distincts. « D'un côté, la dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui, et les figures qui interrogent le sens et de l'éthique de ce rapport, de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et les logiques qu'elle

combine, comme autant de critères d'adéquation à une situation sociale spécifique ». (Paul M., (2004), p.8)

Selon l'OMS le rôle infirmier, c'est « aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel, mental et social... Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé ». Selon le Code de la santé publique, « relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a la compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire. ». Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé « L'infirmier réalise des soins relatifs à maintenir ou restaurer la santé de la personne malade. Il surveille l'état de santé des patients et coordonne les soins pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie. Il agit, soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin : entretien avec le patient et sa famille, éducation thérapeutique, préparation et distribution des médicaments, soins de nature technique. ».

Le rôle d'un infirmier est de prendre en compte le patient dans sa globalité. Avant les soins, avant les rendez-vous, il faut s'assurer que le patient se sente à l'aise et qu'il comprenne bien pourquoi il est là, pourquoi il a besoin d'un infirmier... Son bien-être est le premier objectif de l'infirmier. Le rôle de l'infirmier est donc d'accompagner le patient dans sa maladie et de lui proposer un accompagnement qui lui convient et qui est réévalué quotidiennement.

5.2. La relation soignant-soigné

La personne soignante est l'individu qui apporte des soins, préventifs, curatifs ou palliatifs. Cette personne peut être un aide soignant, un infirmier ou encore par exemple un auxiliaire de puériculture. Ce soignant doit se montrer à l'écoute du patient, connaître son histoire médicale, être présent pour lui et adopter une posture adaptée.

Selon Yves Gineste et Rosette Marescotti, l'Humanité est un concept qui vise à prendre des "hommes vieux" dans le respect de leurs particularités d'humains : "un soignant est un professionnel

qui prend soin d'une personne ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas, détruire la santé de cette personne". Pour faire en sorte que cette relation fonctionne, le soignant doit prendre en soin un patient qui selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales est une personne que l'on soigne moralement et physiquement, à qui apporte des soins. Le soigné dit "patient", qui étymologiquement veut dire "celui qui souffre".

D'après le psychologue Manoukian A. (2008) : « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. ». Il ajoute aussi que : « Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné [...]. Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation ».

Louis Malaboef (1921) détaille quatre niveaux dans la construction de la relation soignant-soigné ; la relation de civilité : rituel social et convivial de l'échange ; la relation de compréhension : qui est exprimée tout d'abord par de l'empathie et grâce à une écoute attentive de l'autre ; la relation fonctionnelle : elle correspond à une fonction d'investigation grâce à un recueil de données qui permet d'orienter la prise en soin ; la relation d'aide thérapeutique : elle se met en place par l'instauration dans un premier temps d'un climat de confiance puis par le respect d'au moins deux éléments qui sont le temps minimum à consacrer au patient et pour soi-même et un minimum de disposition psychologique.

"Chaque acteur doit pouvoir retrouver chez l'autre, comme dans un miroir, ses propres attitudes et une image qui ne le surprenne pas, ni ne l'effraie" (Scelles, 2013). L'infirmier est présent pour le patient pour le soigner, l'accompagner et l'apaiser tout au long de l'hospitalisation. L'instauration d'une relation de confiance débute par la rencontre. Discuter, observer, écouter la personne et prendre le temps de faire sa connaissance dès le début sont des éléments importants pour créer un lien de confiance tout en restant dans un cadre professionnel. L'infirmier a déjà en général des informations sur le patient car il a pu lire son dossier médical avant de pouvoir rencontrer le patient. Le patient lui n'a rien et la première rencontre va donc être très importante pour lui. Si la première rencontre se déroule dans un climat de confiance, le patient pourra alors dès le début exprimer ses souhaits, ses doutes ou encore ses craintes.

Chaque patient arrive dans un service avec son parcours, ses croyances et ses difficultés. Le respect des croyances et de la spiritualité du patient par l'équipe soignante est essentiel pour leur bien-être

psycho corporel. S'adapter au patient est essentiel pour le soignant car ne pas arriver à communiquer avec la personne peut entraîner de l'angoisse et favoriser un isolement et le retrait social. "En analyse, même lorsque le patient se tait, il parle à son insu par sa posture, ses gestes, ses mimiques. La voix tue est débordée par le bavardage et la naïveté du corps qui énonce à sa manière la tension." (Le Breton, 2015). Il est donc important de bien observer les habitudes, le faciès et les attitudes du patient.

6. La relation d'aide et de confiance

6.1. La relation d'aide

La relation d'aide est définie selon Rogers C., psychologue américain (1902-1987) comme « une interaction entre deux personnes où l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va au-delà de la volonté d'être à l'écoute ».

Pour adapter la relation d'aide aux besoins du patient, il est possible de se référer aux quatorze besoins de Virginia Henderson. Il permet de résumer les besoins de chaque individu et de ne rien omettre dans la prise en soins. Il est également possible de se référer à la pyramide de Maslow qui reprend les besoins fondamentaux pour trouver le besoin d'accomplissement. Celle-ci peut être utilisée par le soignant et par le patient.

Cette relation d'aide doit s'installer dans un climat de confiance pour pouvoir satisfaire les besoins du patient.

6.2. La relation de confiance

La relation de confiance se construit au fur et à mesure. Elle se développe lors d'actes répétées et qui sont réalisées quotidiennement. Dans la relation soignant-soigné, l'installation d'une relation de confiance est primordiale pour une bonne prise en soins. Les gestes du quotidien vont montrer au patient qu'il peut avoir confiance en l'équipe. Cette relation peut parfois être difficile à instaurer et parfois elle sera instantanée, cela dépendra de chaque patient. "Dans nos sociétés

contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange." Médard, 1995.

L'installation d'un climat de confiance implique donc que le soignant ait un rôle plutôt actif, car c'est celui qui soigne et le patient un rôle plutôt passif, car il est celui qui est demandé et qui reçoit les soins. Cela signifie que l'accumulation d'erreurs dans la prise en soins de la part de l'équipe soignante va engendrer une perte de confiance chez le patient pouvant conduire à la destruction du lien de confiance. " Sans régularité dans les comportements; sans codes et actions répétitives qui encadrent l'action, sans horaires fixes, les actions imprévisibles et chaotiques ne pourraient pas se coordonner entre elles" Reynaud (1997).

7. Les ressources disponibles pour l'accompagnement des patients

7.1. L'éducation thérapeutique des patients

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe a défini en 1998 l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme le fait de « former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. Elle comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. De même, elle doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants ».

En juin 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) complète en disant que: « L'ETP est une pratique de soins qui fait partie de la stratégie thérapeutique de tout patient dès lors que ses besoins éducatifs ont été évalués et que le patient a accepté la proposition d'une ETP personnalisée. Des priorités éducatives sont négociées avec le patient en fonction de l'urgence et de la gravité de la situation, de la complexité de la gestion de la maladie, de l'impact sur la charge mentale et émotionnelle liée à la ou les maladies dont souffre le patient ».

L'ETP va permettre au patient de retrouver son autonomie pour certains aspects de sa prise en soins. Cela va également lui permettre de s'adapter à son nouveau corps et de comprendre comment il peut se l'approprier.

7.2. Les différentes activités thérapeutiques

En fonction des besoins de chaque patient, différentes activités peuvent lui être proposées. Les activités sensorielles permettent de retrouver le sens du toucher est le sens qui se développe le premier et celui qui perdure jusqu'à la fin de la vie. Ces activités impliquent le patient dans une dimension émotionnelle et physique.

Il est possible de proposer aux patients des activités de type relaxation. Des séances de bains thérapeutiques avec un professionnel peuvent aider le patient à se réapproprier son corps tout en découvrant comment il peut le mobiliser et le sentir. Dans ce type d'activité, la sensorialité du patient est au centre des préoccupations. Les inductions tactiles et sonores permettent la consolidation du nouveau schéma corporel.

Le concept Snoezelen, est un concept qui a été pensé comme une démarche adaptée à l'accompagnement des personnes handicapées. C'est une activité qui consiste à prendre soin des personnes en situation de handicap en proposant plusieurs approches ; celle du toucher, de l'odeur, etc. Cet accompagnement s'appuie sur une relation respectueuse des compétences de la personne. Il est centré sur plusieurs axes : relationnel, sensoriel, détente et bien être.

En revanche, il est très important de prendre en compte que le seuil de tolérance est différent en fonction de chaque personne. En effet, pour certaines personnes le toucher peut être considéré comme une intrusion et pour d'autres personnes ça sera le silence et le non contact. D'autres activités comme des groupes de discussion, le passage d'un patient expert ou encore une thérapie miroir peuvent être proposées.

8. La méthodologie du recueil de données

8.1. Choix de la construction du guide d'entretien

Au travers du guide d'entretien que j'ai réalisé, j'ai cherché à comprendre comment les soignants se sentaient lors de l'accompagnement d'un patient qui a subi une modification de l'image corporelle. Ce guide d'entretien de type semi-directif s'est construit sur la base d'une série de questions d'ordre chronologique partant de la notion d'image corporelle et allant jusqu'à l'accompagnement infirmier. J'avais également préparé des éléments pour compléter mes questions afin de pouvoir rebondir en cas d'incompréhension de la part du soignant. J'avais également la possibilité de changer l'ordre de mes questions en fonction de la tournure que prenait l'entretien.

Pour faciliter la discussion lors de ces entretiens et éviter des répétitions j'ai demandé aux soignants l'autorisation d'enregistrer l'échange avec mon téléphone. Cela m'a permis ensuite de bien analyser ces entretiens. Ce guide d'entretien se trouve en annexe I.

8.2. Population interrogée

J'ai donc cherché à interroger des soignants qui avaient connu cette population. J'ai donc contacté plusieurs professionnels que j'avais rencontrés lors de mon stage de S1. N'ayant pas de réponse de leur part, j'ai ensuite contacté une infirmière travaillant dans un service de SRR et diplômée depuis une dizaine d'années. Pour mon second entretien, j'ai contacté une infirmière qui travaillait en psychiatrie mais qui avait auparavant travaillé en service de réadaptation. Ces deux parcours différents m'ont permis d'avoir des entretiens très différents mais très enrichissant tous les deux.

9. L'analyse descriptive

Pour analyser ces deux entretiens, j'ai choisi de regrouper les différents thèmes abordés par les infirmières entre eux. Afin de préserver l'anonymat des infirmières j'utilise IDE 1 et IDE 2 pour les nommer.

La notion de corps ou d'image corporelle est décrite de plusieurs façons. Tout d'abord, pour certaines personnes c'est une projection de soi à l'autre. En effet, l'IDE 2 exprime que pour elle, l'image corporelle c'est "ce que l'on renvoie à l'autre". Mais elle ajoute également que c'est aussi "l'image que je me renvoie" et qu'une possible "distorsion" entre ces deux projections peut être faite. De plus, pour elle, l'image corporelle peut également être perçue comme "un fantasme de notre corps". Pour l'IDE 1 qui travaille avec un public qui souffre de maladies mentales, la plupart des patients pensent qu'ils n'ont pas de corps, qu'il n'existe pas. Elle exprime donc que définir l'image corporelle est difficile pour elle car le public avec lequel elle travaille ne le permet pas. Pour beaucoup de ses patients le travail est commencer par "ressentir son corps" pour ensuite "le reconstruire". De plus, pour l'IDE 1, l'image corporelle est très "subjective".

Les différents types de modifications corporelles qui ressortent de ces deux entretiens sont des accidents de la vie et beaucoup d'amputations suite à des pieds diabétiques. Suite à ces modifications plusieurs types de réactions surviennent. Tout d'abord, pour l'IDE 2 très souvent la

première réaction est la colère, beaucoup de colère avec un sentiment d'injustice "pourquoi moi pas un autre ?" et puis ensuite, un sentiment de culpabilité s'ajoute même si les patients ne sont pas coupables de la modification. En parallèle des patients peuvent réagir complètement différemment avec un état de sidération qui entraîne un déni avec un mutisme complet avec des patients qui vont donc ignorer complètement les problématiques. L'IDE 1 fait tout de suite référence aux étapes du deuil en expliquant que "la perte d'un membre c'est comme la perte d'un membre de ta famille par exemple". Pour d'autres patients les réactions seront différentes ; dépression pour certains, résignation pour d'autres avec un refus de se regarder dans le miroir. De plus, les deux infirmières ajoutent que certains patients ont peur. Les patients sont également extrêmement "critiques envers eux-mêmes" d'après l'IDE 2. Les réactions des patients sont très différentes en fonction de la pathologie, du changement et de leur personnalité. La plupart des patients passent par les étapes du deuil d'après les deux infirmières avec bien sûr des variantes sur les émotions ressenties.

La prise de conscience de la modification est d'après l'IDE 2 beaucoup plus difficile pour les jeunes patients et les femmes. Elle est également plus compliquée lorsque la modification est la conséquence d'un accident bête comme l'exprime l'IDE 2 qui cite comme exemple un patient qui était sur un pont et qui a eu sa casquette qui s'est envolée et qui a volé la récupéré et est tombé du pont. Dans ces situations-là, l'acceptation est encore plus difficile car il y a beaucoup de regrets et de remise en question de la part des patients.

Le regard de l'autre joue énormément dans l'acceptation de l'image de soi d'après les deux infirmières. Le regard du soignant sur la modification ne va pas changer d'après l'IDE 2 grâce à l'habitude du métier et des patients. Un regard d'une personne proche du patient va être plus difficile à accepter d'après l'IDE 2 car "dans la lecture du regard le patient va voir qu'il y a eu un changement". De plus, elle ajoute que le premier regard des proches peut être difficile à accepter car "ils réalisent l'étendu des dégâts et le travail à faire". Cela peut également être difficile pour les proches car il peut y avoir de la culpabilité. En parallèle, l'IDE 2 ajoute qu'un "regard neuf peut être salvateur" pour le patient car il n'y a aucun changement dans le regard et celui d'un patient souffrant des mêmes maux également car "il est mieux compris par quelqu'un qui a vécu la même chose".

L'acceptation de l'image de soi est un processus long et un gros travail pour le patient, "c'est faire le deuil de ce que l'on a été au-delà du corps", selon l'IDE 2. L'acceptation se fera plus ou moins facilement en fonction de l'âge, du sexe, des circonstances, du changement qui a eu lieu et de la perte. Cette décision est très personnelle, elle dépend de l'environnement de la personne, de son

entourage comme l'exprime l'IDE 2 ; "pour une personne seule ça sera plus compliqué, elle n'aura rien à se raccrocher". Pour les patients, un nouveau projet de vie s'impose avec des étapes compliquées comme "se regarder dans le miroir et se "réhabituer à son nouveau corps" d'après l'IDE 2. L'IDE 1 dit également que les patients se posent beaucoup de questions ; "comment être beau à nouveau", " comment je peux me mettre en valeur". Certaines personnes n'accepteront même jamais leur nouveau schéma corporel ; et certains choisissent le patient de l'IDE 2 le suicide assisté en Suisse.

L'accompagnement infirmier est très important pour le patient dans ces moments là. Tout d'abord, d'après l'IDE 2 il demande beaucoup de temps et qu'il est important de savoir que le "temps soigné est différent du temps soignant". Elle ajoute que "la répétition est pédagogique" et qu'il faut "oser hausser le ton" avec certains patients. Les deux infirmières abordent le sujet de "l'alliance thérapeutique" en disant que c'est primordial car sans cela il n'est pas possible de mettre en place un accompagnement. De plus, elles reprennent toutes les deux les mêmes termes en parlant d'accompagnement global, qu'il faut "adapter au patient en fonction de ses capacités et de ses envies" et qu'il est différent d'une personne à l'autre". L'IDE 1 précise que le but de cet accompagnement c'est "d'aider la personne" et qu'il faut toujours laisser le patient décider. Elles précisent également toutes les deux que le soignant doit faire preuve de patience, qu'il doit être capable d'écouter et qu'il doit être présent auprès des patients. L'objectif de l'accompagnement se résume pour l'IDE 2 à travers trois choses: confort, bien être et respect. L'adaptation du projet de soins est également très important pour permettre un accompagnement adapté, l'IDE 2 en parle en disant "qu'il faut poser des objectifs très courts dans le temps".

De plus, le soignant dispose de différentes ressources pour l'aider dans son accompagnement. Pour les deux IDE, ces ressources sont l'équipe multidisciplinaire ; en effet, elles en parlent toutes les deux en disant que c'est essentiel car sinon la prise en soin ne peut être globale. De plus cela permet d'après elles une "multiplicité des regards sur le patient". Cette équipe permet de compléter le projet de vie du patient et de faire en sorte qu'il puisse réussir ses objectifs. De plus cela permet lors de moments difficiles de "s'échanger les rôles". L'IDE 2 utilise également beaucoup l'humour et dit que les patients sont "comme des enfants".

L'accompagnement se base sur deux types de relations : la relation d'aide et la relation de confiance. D'après les deux IDE, ces relations doivent se faire "naturellement", et il faut "faire comme tu le sens". De plus, elles ajoutent que ces relations se basent sur de la bienveillance "il doit lire de la

bienveillance dans les yeux du soignant” et qu’il faut trouver une posture adaptée au patient. Elles adoptent toutes les deux une posture en symétrie. Pour avoir une relation de confiance avec le patient il faut pouvoir le mettre à l’aise rapidement et trouver “une complicité avec le patient” tout en gardant ses distances. De plus, l’IDE 2 ajoute que le soignant doit “bien connaître la personne et son environnement” et qu’il ne faut pas oublier que “c’est une personne avant tout, pas un patient”. Pour l’IDE 1, il est possible de “prendre dans ses bras” un patient tout en adaptant son geste au patient qui est en face de nous. Elle ajoute que pour elle, il n’y a pas de “manière définie d’établir une relation de confiance”, il faut toujours “s’adapter au patient, à ses capacités et à ses envies”. L’IDE ajoute qu’il ne faut pas hésiter à “booster les patients”.

La place du soignant est également très importante. Pour l’IDE 1, cette place est parfois difficile et il peut facilement entrer en conflit face aux patients “qui est le soignant pour obliger à se soigner”. et que parfois, “on fait ce qu’on peut et pas ce qu’on veut des patients”. Le patient doit également toujours se remettre en question d’après l’IDE 1 pour savoir “qu’est ce qui peut apporter en fonction de la problématique du patient”. Il doit également “chercher une équipe multidisciplinaire quand il n’en a pas” car sans cette équipe, il ne peut pas répondre aux besoins du patient.

D’après les deux infirmières, plusieurs paramètres peuvent rendre la prise en soins plus difficile et l’acceptation de la modification plus compliquée pour les patients. En particulier pour les personnes les plus autonomes, les sportifs, les jeunes, les femmes et suite à un accident bête. La précarité et la difficulté d’accès aux soins. De plus, l’IDE 1 ajoute que pour les patients souffrant déjà de troubles psychologiques, il est plus compliqué d’accepter les changements. La prise en soins peut également être compliquée pour les soignants comme le dit l’IDE 2 “pas de coupure de boulot”, les soignants sont des éponges et absorbent beaucoup”. Entre le soignant et le soigné, cela peut également être difficile car le patient peut faire des “aller retour dans ses prises de décisions” et peut avoir “beaucoup d’hésitation pendant les soins ce qui entraînent des retours en arrière” d’après l’IDE 2.

Pour le soignant, s’occuper quotidiennement des patients entraîne parfois des défis. En effet, comme le dit l’IDE 2, le soignant est “le dernier rempart avant l’erreur” et doit toujours “garder le sourire et son sang froid” dans toutes les situations. Elle ajoute également que les soignants doivent être vigilants et ne pas lier une trop grande complicité avec les patients. Il doit au quotidien s’assurer que ses patients soient “en confort” et qu’ils “ne souffrent pas”.

10. La discussion

Pour répondre à ma question de départ “En quoi l’accompagnement de l’infirmière participe-t-il à l’acceptation d’une modification de l’image corporelle d’un patient” je vais mettre en parallèle les différents thèmes retrouvés au travers de mes recherches et de mes deux entretiens.

Dans un premier temps, j’ai pu définir l’image corporelle et voir au travers de plusieurs définitions et au travers de différents auteurs que celle-ci est très subjective et qu’elle dépend de l’histoire de chacun. Cette notion, comme elle est définie plus haut, est vraiment unique et propre à chacun et s’apparente beaucoup à du psychique. De plus, ce terme image corporelle ne signifie pas la même chose pour tout le monde comme nous avons pu le voir lors des entretiens. En effet, une des infirmières définit l’image corporelle comme “une image que l’on renvoie” et la seconde la définit comme le fait de “se sentir bien dans son corps. Pour s’occuper de patients dont l’image corporelle a été modifiée il est donc important d’essayer de comprendre ce que représente cette notion pour le patient et si elle est importante pour lui. En fonction de son parcours, son sexe et son âge il peut y attacher ou non une grande importance ce qui jouera énormément dans son cheminement vers l’acceptation de sa nouvelle image corporelle.

Le rôle de l’infirmier dans ces moments là est très important car au travers de la relation qu’il va construire avec le patient, le soignant pourra l’accompagner dans son cheminement. Instaurer une relation de confiance, une relation d’aide va permettre de mettre le patient en confiance et donc lui permettre de se sentir capable de s’appuyer sur le soignant lorsqu’il rencontre des difficultés ou qu’il ressent le besoin de se sentir écouté. Installer cette alliance thérapeutique et créer ce climat de confiance ne va pas forcément être évident mais le soignant pourra s’appuyer sur plusieurs ressources comme la famille du soigné, l’équipe multidisciplinaire, etc. De plus, la relation de confiance va se développer au travers d’actes quotidiens qui sont répétés. Les infirmières avec qui j’ai pu m’entretenir précise que parfois cette relation de confiance et cette complicité avec le patient va se faire instantanément et parfois jamais et dans ces moments là il est important d’être capable en tant que soignant de savoir passer la main à un collègue dans la limite du possible afin de garantir une prise en charge adaptée au patient.

J’ai donc retrouvé beaucoup d’éléments dans mes entretiens avec les deux professionnels de santé que j’avais énoncé dans mon cadre conceptuel ce qui m’a permis de confirmer mes réflexions sur la position de l’infirmière aux côtés des patients.

Pour conclure, je dirais que s'adapter au patient, l'écouter et échanger avec lui sont les éléments clés d'un accompagnement complet et qui puisse répondre aux besoins du patient. Au-delà de son corps, au-delà de son image corporelle, il ne faut pas oublier que le "patient est avant tout une personne", pour reprendre les mots de l'infirmière 2 et qu'il faut également penser à ses souffrances psychologiques.

11. La question de recherche

Ma question de départ pour ce mémoire d'initiation à la recherche était "En quoi l'accompagnement de l'infirmière participe-t-il à l'acceptation d'une modification de l'image corporelle d'un patient".

Au travers de mes recherches, j'ai pu voir tout d'abord que le cheminement vers l'acceptation ou non de la modification de l'image corporelle était subjectif et qu'il dépendait vraiment du patient, de son environnement, sa pathologie, etc. J'ai également pu voir que l'accompagnement infirmier était primordial dans ce travail vers l'acceptation mais qu'il dépendait aussi d'un travail en équipe au travers de différents professionnels de santé ou non.

J'ai également pu voir que les difficultés rencontrées par les soignants pour répondre à tous les besoins du patient sont nombreuses et que le manque de moyens se faisait ressentir par les infirmières avec qui j'ai pu m'entretenir et qui se sentent parfois démunis face à certaines situations.

Pour conclure, je retiens ma question de départ, et garde l'hypothèse que l'infirmière joue un rôle dans l'acceptation de la modification de l'image corporelle et que sa place est très importante aux côtés du patient et de ses proches.

12. La conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'apprendre pleins de nouveaux éléments sur l'image corporelle et sur l'accompagnement infirmier. Il m'a montré que

Entreprendre des recherches sur l'image corporelle m'a permis de vraiment comprendre que parfois ce qui nous paraît évident peut ne pas l'être du tout pour la personne qui est en face de nous, notamment pour cette notion. J'ai vu que par exemple les deux infirmières avaient une définition

totallement différente de ce terme est également différente de la mienne. Je pense qu'il est donc important dans des situations similaires de reprendre les termes avec les patients pour s'assurer qu'ils ont bien compris et ainsi qu'en tant que soignant nous puissions répondre au maximum à leurs attentes et comprendre leurs objectifs.

De plus, revoir les notions sur le rôle de l'infirmier et l'accompagnement m'a vraiment permis de revoir des situations de stage dans lequel je n'étais pas à l'aise et de me rendre compte que parfois un dialogue lors d'une remise de thérapeutiques peut jouer sur l'état du patient pour la journée ou pour les jours à venir. Il m'a également permis de me rendre compte d'une notion que l'on oublie souvent surtout lorsqu'on est étudiant qui est que le rôle de l'infirmier ne se résume pas qu'aux gestes techniques mais également à la discussion et qu'il est important de prendre le temps même quand c'est le bazar dans le service d'échanger avec le patient, de rire avec lui et de le rassurer.

13. Sources

Ouvrages :

Courjou, E. (2007). *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*. InterEditions.

Marc, G. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Heures France.

Breton, L. D. (2015). *Du silence*. Métailie.

Lévy, I. (1999). *Soins & croyances*. Estem.

Articles :

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers, N° 125(2)*, 20. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>

Webographique :

Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. (2004). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches

Blessés médullaires / Équipes médicales & spécialités / Centre Mutualiste de Kerpape - Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles. (2021). Centre mutualiste de Kerpape. <http://kerpape.mutualite56.fr/fr/equipes-medicales-specialites/blesses-medullaires>

Code de la santé publique. (2022). Légifrance, le service public de la diffusion du droit. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/

Définition accompagnement. (2021). Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469>

Définition infirmier. (2021). Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infirmier/42953>

Définition patient. Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58654>

Fiche métier infirmier. (2021). Ministère de la Solidarité et de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier>

OMS. (2022). Organisation Mondiale de la Santé.

<https://www.who.int/fr>

Santin, A. S. (2009, 7 mai). *La relation de soin : une question de confiance ? | editorial | Espace éthique/Ile-de-France.* Espace éthique. Région Ile de France.

<https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

Seguin, V. (2022, 16 mars). *5 étapes du deuil : déni, colère, marchandage, dépression et acceptation.*

Happy End. <https://www.happyend.life/les-5-etapes-du-deuil-selon-kubler-ross/>

Snoezelen. (2020, 25 novembre). *Snoezelen, une approche pour les plus fragiles, Pétrarque*

snoezelen. Snoezelen concept. <https://www.snoezelen-concept.fr>

Illustration :

Pyramide de Maslow. (2018, 20 juin). [Illustration]. Ma psychologie.

<https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/>

14. Annexes

Annexe I : Guide d'entretien.

Annexe II : Entretien 1.

Annexe III : Entretien 2.

Annexe IV : Pyramide de Maslow.

Annexe V : Tableaux d'analyses

Annexe I : Guide d'entretien

Introduction : Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

- Quelles sont les principales modifications de l'image corporelle des patients que vous avez rencontrés dans votre parcours ?
- Pour vous, en tant que soignant, à quoi fait référence la notion d'image corporelle ?
- En quoi l'image corporelle des patients dont vous prenez soin est-elle perturbée ? A quoi cela fait référence quand on parle de perturbation de l'image corporelle ? (représentation du corps modifié et fonction modifiée)
- Quelles sont les principales réactions des patients que l'on peut rencontrer après une modification de leur image corporelle ? Avez-vous un exemple à me partager ?
- En quoi la modification de l'image corporelle représente-t-elle un deuil ? Par quelle phase les patients passent-ils ?
- Est-ce qu'il y a des conditions, ou des particularités qui rendent l'acceptation de la modification de l'image corporelle plus difficile pour certains patients ? Si oui lesquelles ?
- D'après vous, quel rôle l'infirmière peut-elle/doit-elle avoir dans l'acceptation de la modification de l'image corporelle du patient ?
- Comment s'articule selon-vous l'accompagnement de ces patients ? Quels sont les moyens et ressources à votre disposition ? (équipe multidisciplinaire) Pouvez-vous illustrer vos propos par un exemple ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées par le soignant durant l'accompagnement quotidien de ces patients ? Qu'est-ce que l'accompagnement quotidien de ces patients reflète sur les soignants ?
- Quels sont les principaux défis du soignant dans l'accompagnement de ces patients ?
- Comment réussissez-vous à établir une relation d'aide et de confiance ?
- Qu'est-ce qui fait que les patients arrivent à accepter la modification de l'image corporelle ?
- Avez-vous des expériences qui vous ont particulièrement touchées ?

Étudiante : Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

IDE : Alors moi je suis diplômée depuis à peu près une dizaine d'années. J'ai commencé essentiellement à travailler dans des SSR, parce que cela permettait une prise en charge très diversifiée et cela permettait de voir beaucoup de choses donc je m'y retrouvais pas mal tout en sachant que j'aurais accès à la prise en charge de soins palliatifs par exemple. Donc c'est pour ça que je me suis dirigée plutôt là-dessus et surtout parce que le SSR se transformait progressivement en médecine donc très intéressant. Donc du coup j'ai fait ça pendant pas mal d'années en entrecoupant, en faisant des petites missions par ci par là pour ne pas faire justement que du soin palliatif ou du pansement spécifique ou ce genre de choses et puis depuis 1 an et demi environ, je suis ici donc, j'ai intégré le service de post-réanimation et j'ai aussi accepté de prendre un poste en tant qu'encadrant sur l'UCC donc on est sur des choses qui sont complètement différentes, des entités complétement éloignées. L'UCC pour une raison particulière, c'est la prise en soin des personnes en grande fragilité lié à l'âge et ça me tenait particulièrement à cœur parce que c'est souvent les grands oubliés, qu'il y a peu de place, quand il y en a elles sont très chères donc c'était pour apporter une petite action là-dessus. Le post réanimation, on est sur quelque chose de beaucoup plus technique, donc moi la technique ça me plaisait donc ça me permettait de continuer, mais la prise en charge est aussi très globale puisque ce sont des gens avec qui si tu n'as pas un vrai projet, ils restent dans ton service jusqu'à la fin de leur vie. Donc c'est cet aspect-là qui m'intéressait. Voilà un peu mon parcours.

Étudiante : Pour vous, quelles sont les principales modifications de l'image corporelle des patients que vous avez rencontrés dans votre parcours ?

IDE : Elles sont très diverses, alors si on parle essentiellement du post réa, là où je suis aujourd'hui, la modification de l'image elle est en plusieurs étapes parce que les gens sont passés en réanimation donc concrètement inconscients et ils n'étaient pas du tout en capacité de se rendre compte de ce qu'ils leur arrivaient. Quand ils arrivent en post réa, c'est une découverte souvent récente, après ça dépend à quel stade de réveil ils sont, quand ils sont bien éveillés, en général ce sont des choses qu'ils vivent mal hein forcément. Imaginez-vous du jour au lendemain être para ou tétra enfin, c'est ça peut être compliqué ou avoir juste une canule de toute façon, juste ça pour respirer et puis bon, c'est se réhabituer à son corps et faire le deuil de ce que l'on a été avant au-delà même du corps, de ce que l'on a été puisque le projet de vie en général change totalement même quand on se remet

bien, ça peut changer. Donc la modification du regard du soi elle est clairement imbriquée, enfin, ce sont des services où on a forcément des images de soi modifiées parce qu'on perd en autonomie, parce que rien que de pas réussir à respirer seul et ceux qui respirent seuls, c'est pas pouvoir se lever du lit parce qu'il y a tout un temps de rééducation à faire qu'elle soit respiratoire ou mécanique. Donc du coup le regard qu'ils portent sur eux-mêmes est souvent très critique, ils sont souvent dans la peur de pas pouvoir récupérer parce qu'ils ont déjà tellement perdus pendant la phase de réanimation que la reprise suite à ce genre d'hospitalisation, c'est très compliqué, même quelqu'un de jeune peut mettre des mois et des mois à s'en rendre compte et puis elle est aussi liée au regard que portent les autres sur le patient. Pas du tout les soignants, parce que nous on a l'habitude et que notre regard ne se modifie pas. Par contre, le regard des proches ; qui réalisent l'étendue des dégâts parfois et cette autonomie qu'il n'y a plus et du coup ce qu'il va falloir faire pour pouvoir y pallier donc du coup il y a une forme de culpabilité, il y a beaucoup de choses qui se créent autour de ça, la culpabilité, le changement du regard, le deuil, la colère aussi, ceux sont les étapes du deuil.

Étudiante : Pour vous, en tant que soignant, à quoi fait référence la notion d'image corporelle ?

IDE : Alors pour moi, l'image corporelle, c'est ce que l'on renvoie, donc c'est l'image que j'ai que je me renvoie, mais finalement j'ai l'image que j'ai de moi donc il peut y avoir une distorsion avec effectivement un changement d'image et l'image que l'on renvoie aux autres qui vous connaissent ou qui ne vous connaissent pas. Donc il y a ceux qui vous connaissent et vous pouvez lire effectivement dans leur regard qu'il y a un changement ou pas selon s'il arrive ou pas à passer outre et puis il y a ceux qui ne vous connaissent pas donc ils ont un regard complètement neuf et qui est peut-être et souvent plus salvateur que celui qui vous connaissait déjà parce que du coup il n'y a pas de comparatif possible quand on ne vous connaissait pas. Donc pour moi l'image corporelle, c'est vraiment notre enveloppe extérieure qu'on projette à l'œil de l'autre ou à soi-même, c'est un miroir en fait. Mais il y a aussi l'idée qu'on s'en fait, l'idée qu'on a fantasmé de son propre corps... Mais bon après on va loin dans le truc, mais bon.

Étudiante : En quoi l'image corporelle des patients dont vous prenez soin est-elle perturbée ? À quoi cela fait référence quand on parle de perturbation de l'image corporelle ?

IDE : Pourquoi pas un autre ? On en avait eu un il n'y a pas longtemps qui a eu un accident de moto, il était avec sa femme, il ne roulait pas particulièrement vite, mais en fait il s'était fait un frontal avec le gars qui était bourré qui arrivait en face et donc il a un accident et ils tombent tous les deux du

même côté et se retrouvent tous les deux amputés du même côté. Ils sont fautifs de cet accident, mais pour autant, ce monsieur, il se sent en fait très coupable déjà d'avoir envoyé finalement sa femme à l'hôpital et que bon, il n'y est pour rien, mais c'est comme ça. Donc il se sentait très coupable, il avait beaucoup de mal à se regarder dans la glace, beaucoup de mal à parler de l'amputation et des possibilités derrière. Elle, je n'en parle même pas elle était dans un déni complet donc il y a eu tout un travail à mettre en place pour accepter de regarder déjà les moignons. Dans ces cas-là, il faut passer les étapes du deuil, on peut en parler, mais en fait, on ne le vit que de l'extérieur donc on avait fait venir un monsieur qui était passé par notre service et qui avait été amputé et qui lui à recommencer sa vie et à adapter des prothèses et qui aujourd'hui c'est quelqu'un de totalement épanoui, mais il lui a fallu beaucoup de temps donc on a fait rencontrer ce patient à cet autre patient. On lui avait proposé en fait, en disant « voilà, ce monsieur il a vécu la même chose que vous et ça a été très dur pour lui comme ça l'est pour vous donc voilà, aujourd'hui, il est capable d'accomplir des tas de choses, il est tout à fait ok pour venir vous voir et en parler avec vous. » Les questions deviennent plus simples à poser en fait parce que quand vous avez quelqu'un qui a perdu sa jambe comme vous c'est plus facile de lui poser des trucs très techniques du quotidien qu'à moi il va me la poser, mais même si je sais pleins de trucs sa situation je ne la connais pas, je ne l'ai pas vécue en réalité, pour de vrai. Ils ont souvent l'impression que dans l'image corporelle, d'être mieux compris par quelqu'un qui a vécu la chose parce que c'est très facile de dire ne vous inquiétez pas vous allez vous en sortir. Facile à dire, mais la réalité des choses, c'est qu'il faut reconstruire une vie autour de ça. Alors là, on parle de personnes amputées, mais ça peut se décliner sur des personnes en soins palliatifs qui se voient se transformer physiquement, et qu'il faut qu'ils s'accrochent et qui ont du mal à s'accrocher et pour autant, ça serait la chose la plus importante à faire. Donc du coup en réalité, ce n'est pas lié qu'à un service, mais lié à la personne, à sa façon de vivre sa pathologie, certains donnent l'impression de bien la vivre alors qu'au fond, ils la vivent très mal, ils pleurent le soir et ils ne vous en parlent pas. Le physique, c'est super important, vous pouvez avoir mal quelque part, mais quand ça ne se voit pas vous dites que ça va vraiment passer. Mais quand ça se voit, le pourquoi du comment vous avez mal il est plus tout à fait pareil. Vous réalisez en fait la vision que vous avez vous, vous permet de réaliser à quel point vous êtes touché et à quel point vous avez peut-être perdu de l'autonomie. IL y a aussi le regard de l'autre, si vous finissez défiguré, il y a moyen que vous ayez du mal à l'avaler parce que dans le regard de l'autre vous le voyez même si l'autre ne veut pas le montrer.

Étudiante : Quelles sont les principales réactions des patients que l'on peut rencontrer après une modification de leur image corporelle ? Avez-vous un exemple à me partager ?

IDE : On a tout type de réaction, c'est ce que je vous disais tout à l'heure. On en aura un qui va faire une dépression et qui ne vous dira pas un mot, un autre qui va vous jeter des choses à la figure parce qu'il est désespéré. On va avoir de tout, de la colère, de la résignation pour certains et qui iront après sur de la colère, mais en premier lieu on a des gens qui sont comme si sidéré un petit peu selon le niveau d'atteinte ; quand vous dites à quelqu'un que vous avez perdu votre jambe et puis jusqu'à la hanche, il peut avoir un état de sidération. Donc il peut y avoir des états de sidération, on a beaucoup d'état de colère ou de repli, c'est vraiment on est d'une extrême à l'autre. Pour les replis, forcément la personne n'est pas prête en fait donc elle va se replier puis à vous d'aller la chercher pour qu'elle se rouvre à nouveau, peut-être pour qu'elle se mette en colère, mais qu'elle exprime sa douleur. Globalement, c'est plutôt ça, j'ai jamais vu de gens hyper contents... Mais il y a aussi le truc du mutisme hein, vous avez des gens qui sont complètement mutiques ou qui vont ignorer la problématique aussi donc vous allez vous y retourner parce que vous êtes obligé de pointer du doigt et vous vous rendez compte que la personne fait comme si de rien était donc elle élude... Là, c'est pareil, travail à faire avec le psychologue, avec le médecin de compréhension etc pour pouvoir passer les différentes étapes.

Étudiante : En quoi la modification de l'image corporelle représente-t-elle un deuil ? Par quelle phase les patients passent-ils ?

IDE : Ce sont des étapes du deuil, il y a de la colère, il y a pleins de choses. Et puis à un moment donné, si vous êtes d'accord pour mettre une prothèse puis non je ne suis pas d'accord, il y a une tendance à faire beaucoup d'aller-retour dans ces différentes étapes, mais qui sont nécessaires et qui permettent de reconstruire donc après on accompagne les patients au mieux. Et comme je le disais on essaye de faire rencontrer des personnes qui vivent la même expérience, les amener sur le plateau technique pour leur montrer que c'est possible. Pour les femmes, leur faire comprendre que la vie n'est pas terminée parce qu'elles ont été lésées. Il y a des choses que l'on remplace même si ce n'est pas la même chose que d'avoir sa propre jambe, son propre bras enfin peu importe il y a des choses qui se remplacent et qui font que l'on voit moins le handicap donc bon on essaye de travailler là-dessus, mais c'est souvent un travail de longue haleine, il faut l'assistante sociale, il faut la psychologue, enfin il faut du monde autour pour étayer et avoir du temps je crois que c'est le plus compliqué.

Étudiante : Est-ce qu'il y a des conditions, ou des particularités qui rendent l'acceptation de la modification de l'image corporelle plus difficile pour certains patients ? Si oui lesquelles ?

IDE : Je pense que quand il y avait un handicap au départ, déjà de base déjà ça aide pas forcément. Là où c'est très compliqué, ce sont des gens qui étaient très autonomes dans leur vie, qui étaient très sportifs, qui faisaient pleins de choses seuls. Là d'un coup, c'est difficile à accepter. La jeunesse aussi, quand vous êtes jeune, que vous avez 30 ans, qu'on vous dit ça y est vous ne bougerez pas de votre lit, il y a moyen que ça soit très compliqué. Alors je ne dis pas que ça l'est moins pour des personnes plus âgées, mais disons qu'on n'envisage pas les mêmes choses et quand vous avez 30 ans et que votre vie n'est pas faite, que vous n'avez pas eu encore d'enfant que voilà vous êtes dans une projection de ce que va être votre vie, mais elle n'est pas faite. Je dirais que c'est là où c'est le plus compliqué... Et puis dans les accidents idiots. Vous avez des choses qui se comprennent mieux que d'autres en fait. Vous êtes atteints d'une maladie, ce n'est pas juste, mais vous êtes atteint d'une maladie. Vous êtes blessé à cause de quelqu'un, donc vous êtes victime d'un accident c'est plus compliqué faut accepter et parfois une maladie on a le temps de s'y préparer pas l'accident enfin après c'est tellement variable d'une personne à l'autre... mais je dirais que chez les jeunes c'est quand même plus compliqué parce qu'il faut vraiment leur prouver par A plus B que « tu vas pouvoir reculer ça, que tu vas pouvoir faire ça », il faut que ce soit concret et peut être poser des objectifs très court dans le temps pour qu'ils puissent voir cette évolution.

Étudiante : D'après vous, quel rôle l'infirmière peut-elle/doit-elle avoir dans l'acceptation de la modification de l'image corporelle du patient ?

IDE : Son rôle, il est comme dans tous les autres services, il est dans l'accompagnement. Il n'y a pas de rôle spécifique parce qu'on ne peut pas apprendre aux élèves comment accompagner quelqu'un, je pense que vous avez pu le voir pendant vos études, vous allez vous adaptez par rapport à la personne qui est en face de vous et par rapport à ce que vous êtes vous donc le savoir être évidemment il est essentiel. Je pense que ce qu'ils leur font le plus de mal, c'est s'ils lisent de la pitié, c'est pour ça que je parle vraiment d'accompagnement, on n'est pas là pour dire « oh pauvrete » non pas pauvrete, souvent, ce sont des coups de pieds au cul qu'il faut mettre et même si on a envie parce qu'on comprend la souffrance, mais il faut les booster, et ce, dès le départ sinon ils peuvent aussi s'effondrer et partir dans des grosses dépressions et le rôle de l'infirmière, c'est aussi ça, c'est d'être en alerte par rapport à ça aussi ; est-ce qu'il doit bien, est-ce qu'il ne dort pas bien, est-ce qu'il a mal ou pas, est-ce qu'il est en repli pendant la journée ou est-ce qu'il participe ou est-ce

qu'il y a des échanges ou est-ce qu'il n'en a pas. Enfin toujours sous-pesée qu'est-ce que tu n'as qu'est que tu n'as pas, alors avec lui tu l'auras, avec lui tu ne l'auras peut-être pas on s'en fou, l'essentiel, c'est qu'à un moment donné tu arrives à déterminer dans quelle mesure tu peux rentrer dans la bulle de cette personne et l'aider à avancer donc c'est être en alerte sur tout ce qu'elle te dit, parfois ça peut être très anodin, ça peut être juste « oh non je ne suis pas très bien aujourd'hui », et les questions qu'on pose habituellement « est-ce que vous avez bien dormi, est-ce que vous allez bien » et parfois ça n'a rien à voir, parfois, c'est juste « oh ça fait longtemps maintenant que je suis là j'ai vu personne depuis trois semaines », et il y a une baisse de moral donc une baisse de motivation, une baisse de tout. Donc cet accompagnement il est hyper important, bien connaître la personne, bien connaître son environnement, les possibilités de l'environnement, ses possibilités à lui aussi, que peut proposer le service et puis aussi toujours objectivé la prise en soin, elle est hyper importante parce que c'est ce qui va les motiver. Donc accompagnent, bienveillance, bien sûr, mais est-ce que ça j'ai vraiment besoin de le dire. Considérez les patients comme une personne à part entière et pas comme une personne abîmée. Et peut-être mettre en avant que des solutions, il y en a toujours, ce n'est peut-être pas celles qu'on attend, mais il y a des solutions. Comment on peut valoriser et objectiver le projet de soin pour que la personne adhère en fait. C'est un accompagnement qui va être sûrement plus global, qui ne va pas être ciblé sur le petit pansement, le petit machin, mais qui est essentielle pour tout le reste de la prise en charge.

Étudiante : Comment s'articule selon-vous l'accompagnement de ces patients ? Quels sont les moyens et ressources à votre disposition ? Pouvez-vous illustrer vos propos par un exemple ?

IDE : La prise en soin, elle ne peut pas être faite juste par l'aide-soignant ou l'infirmière parce qu'en fait nous on va aider au moment des soins, mais après il y a tout un truc à reconstruire. Dans la reconstruction, il y a votre propre image et peut être l'adaptation de votre maison ou votre appartement pour pouvoir y vivre avec votre pathologie ou votre handicap. Donc tout ça est imbriqué et même si on trouve des solutions pour la perte physique quand vous vous regardez dans une glace votre image elle a vraiment changée et ça, c'est à part se faire suivre, en parler, trouver comment être à nouveau beau tout simplement est-ce que je suis beau avec une jambe en moins ? Est-ce que je suis beau avec la moitié de la gueule fracassée, de quelle manière je peux mettre en valeur ça en général quand on n'est pas bien on ne se dit pas de quelle manière je peux mettre en valeur ça donc les aides elles viennent de l'extérieur t'as des esthéticiennes qui sont spécialisées là-dedans qui interviennent aussi pour l'image de la personne essayer de la mettre en valeur, montrer que la vie ne s'arrête pas parce que qu'il te manque une jambe ou un bras ou même que tu

as la gueule défoncée, c'est peut-être que la vie elle tient à autre chose, mais bon ça, c'est du travail de longue haleine qu'on n'a pas souvent le temps de faire complètement en service. En service, on l'amorce, on en discute, mais on ne peut pas aller au bout du truc parce que c'est souvent des heures et des heures de prise en charge pour que la personne accepte et puisqu'elle veuille bien faire entendre sa détresse, rien que ça, c'est prend du temps. Les gens, il leur fallait des semaines rien que pour commencer à sortir de leur détresse même quand on leur pose dix fois la question, il faut que ce soit leur moment en fait et on n'a pas le même temps en fait. Le temps du soignant et le temps du soigné, il est tellement différent en fait que bah parfois toi t'arrives pleine de bonne volonté en disant bah je vais essayer de prendre dix minutes 1/4 d'heure pour en discuter, mais ce n'est juste pas le bon moment pour cette personne en fait et ça, ça ne se prévoit pas. Autant il y a des gens qui vont être très réceptifs ne vous savez pas pourquoi ça passe très facilement et voila et pour d'autres et bah non donc c'est devoir se réadapter à chaque fois et trouver un créneau dans le projet de soin pour que cette personne puisse être prise en charge à ce niveau-là. La multidisciplinarité encore plus que dans n'importe quel service, là clairement, on accompagne quelqu'un donc il faut trouver des personnes ressources essentielles pour lui, faciliter la prise en charge, parfois ce sont des choses toutes simples, les personnes qui habitent un peu loin et qui ont besoin de rentrer chez elle et qui peuvent rentrer chez elles, et bien peut être proposer plus rapidement un hôpital de jour ou un hôpital à domicile de façon à ce que cette personne puisse sortir et peut être avoir ce deuxième souffle, ce deuxième élan pour pouvoir continuer en rééducation ou autre. Toujours considéré que la personne que l'on a en face est une personne et pas un patient, car chaque patient est différent donc si déjà tu considères la personne comme une personne à part entière normalement, tu fais moins d'impair que si tu essayes de reproduire 50 fois la même chose avec 50 personnes différentes, ça ne marchera pas. Donc oui, la pluridisciplinarité est importante, la collaboration, elle est super importante. Parfois on accompagne ça ne marche pas, donc on renvoie auprès de l'assistante sociale qui n'a absolument pas à parler des soins en tant que telle et qui finalement va se retrouver à parler des soins parce qu'entre les deux le contact passe mieux, peut-être que c'est une histoire d'âge... peu importe le pourquoi du comment. Mais du coup la multiplicité des regards va permettre de s'adapter et on hésite moins à s'échanger les rôles. Donc je ne vais pas devenir assistante sociale, mais si je vois que l'assistance sociale a essayé de parler de quelque chose et que ça n'a pas été entendu, c'est peut-être des petits éléments que je vais reprendre et essayer d'installer au bon moment de façon à ce que la personne adhère. La pluridisciplinarité est essentielle.

Étudiante : Quelles sont les principales difficultés rencontrées par le soignant durant l'accompagnement quotidien de ces patients ? Qu'est-ce que l'accompagnement quotidien de ces patients reflète sur les soignants ?

IDE : Alors pareil, comme dans n'importe quel service de soins, je rencontre pleins de gens avec leur problématique, il y a un côté un peu éponge même si tu ne veux pas absorber et bah tu absorbes et parfois, au bout d'un certain temps ça devient compliqué à gérer parce que tu ne coupes pas en fait du boulot. Donc ça, ça peut être problématique. Ensuite, il y a tout ce qui peut être de l'ordre des transferts en fait, tu fais des transferts sur ton grand-père, sur ton frère, sur ton enfant, on peut tous être à même de faire des transferts et sans s'en rendre compte en fait et ça, c'est un petit peu à distance qu'on se dit non mais en fait là il y a un truc qui ne va pas, je ne suis pas comme d'habitude. Donc oui, on prend notre charge aussi on apprend à travailler ou à vivre avec mais en tout cas ce qui est sûr, c'est que dans l'accompagnement des personnes lourdes comme ça tu n'en sors pas indemne quoi, tu embarques une partie de leur vie avec toi et la distance communément appelée la distance professionnelle elle n'existe pas qu'on soit clair. On met une distance, mais on ne peut pas mettre une barrière. On essaye de rester professionnelle et je dis bien on essaye parce que la petite mamie ou le petit papi qui a été mignon machin tu crées autre chose et même quand tu ne veux pas créer autre chose et bien tu crées autre chose. Donc oui, il y a un impact sur l'accompagnement, quand il est facile à faire, quand les gens sont adhérents facilement ça va, mais quand on doit y revenir plusieurs fois tout en connaissant la difficulté de la personne ça devient difficile à vivre et puis ça prend du temps. Et tu as d'autres patients à côté et donc après tous les problèmes s'imbriquent les uns dans les autres parce que manque de personnel, manque de temps, accompagnement interrompu ou pas poursuivi jusqu'au bout... donc oui ça nous impacte parce qu'on n'est pas efficace dans notre travail, on n'est pas efficace dans cet accompagnement jusqu'au bout. On sait aussi qu'on perd en crédibilité auprès du patient quand tu dis à un patient que tu reviens dans une demi-heure et que tu reviens jamais parce qu'il s'est passé un truc entre deux par exemple, et bien le patient il perd confiance et à juste titre... Même s'il comprend très bien que tu as été rappelée et que machin, mais tu casses quelque chose dans la prise en charge. Donc c'est plus ça qui est compliqué, c'est de tenir ses engagements, d'aller jusqu'au bout de la démarche et de le laisser au vestiaire.

Étudiante : Quels sont les principaux défis du soignant dans l'accompagnement de ces patients ?

IDE : Les principaux ? Tu es sûr que tu veux les principaux ? Parce que les principaux ils sont nombreux ! Au quotidien déjà, c'est arriver à prendre tous ses patients en charge du matin au soir

sans rien oublier et aller au bout du projet, en tout cas au moins du jour quoi, dans la prise en soin. Je dirais que ça déjà, c'est essentiel. Ce qui est aussi essentiel, c'est que le soignant il est une bonne connaissance de ses patients, parce que si tu n'as pas une bonne connaissance de tes patients, c'est la merde, on s'en sortira pas, c'est sûr. D'autant qu'aujourd'hui on est dans un système où il y a tellement de difficultés au niveau de la santé que le patient qui ne se sent pas compris, qui a peur il ne peut pas y aller, parfois pour un truc de merde, parfois pour un dextro, il ne voudra pas le dextro parce qu'il a peur et qu'on ne lui a pas expliqué et qu'en fait il sait même pas comment vous vous appeler. Donc je pense que c'est tout ce qui peut être lié dans la prise en charge. Déjà la mise en condition de votre patient, l'accompagnement qui reste le truc essentiel, les échanges, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas faire un truc à votre patient sans lui expliquer, ni même lui parler de ses résultats donc ce n'est pas à vous de lui en parler c'est au médecin si le médecin ne l'a pas fait vous faites le relai et vous êtes un relai essentiel parce que vous êtes le dernier rempart avant l'erreur ou la faute même. Donc, il faut être tout le temps sur le qui vive, il faut être prête à réagir. En fait, il faut s'attendre à tout et n'importe quoi pour pouvoir réagir. Garder le sourire, ce qui est parfois difficile et ne jamais prendre les choses pour soi ce qui est essentiel, mais qu'on ne fait pas, parce que c'est très compliqué parce qu'il y a un investissement de nous même, parce qu'on s'occupe de gens, qu'il est hors de questions qu'on traite mal notre patient. Mais personne a dit qu'on allait mal le traiter, pour autant toi qui es investi dans sa prise en charge, il y a des choses qui te semblent vraiment insupportables et qui te font monter au créneau et tu auras certainement raison. Mais c'est garder son sang froid et ne pas se perdre là-dedans, alors j'en parle genre, c'est trop facile, mais moi, c'est ma difficulté au quotidien. Mon objectif moi, c'est que mon patient se sente en confort, que j'ai travaillé pour son bien-être, qu'il ne souffre pas, qu'il n'est pas mal, c'est la première de nos prises en charge, elle n'est pas pour rien, on ne soigne jamais une personne qui souffre, une personne qui a très mal et bien tant qu'elle a mal, tu peux toujours essayer tu n'y arriveras pas quoi. Donc la prise en charge est là ; le confort, le bien-être, le respect, le respect de ce qu'il est, le respect de sa dignité, le respect même de ses espoirs même s'ils sont complètement infondés. On tourne surtout sur quelque chose de bienveillant pour ramener le soin derrière, parce que quand la charge est lourde tu ne soignes pas facilement de base alors quand c'est lourd la personne il faut gagner cette complicité, parce qu'il va se créer une forme de complicité et c'est ce qui va faire que ton patient après tu en obtiens ce que tu veux. Mais bon voilà, c'est à tes risques et périls...

Étudiante : Comment réussissez-vous à établir une relation d'aide et de confiance ?

IDE : Alors parfois ça se fait tout à fait naturellement, c'est ce que je disais tout à l'heure n'osait pas trop pourquoi, on s'entend bien avec quelqu'un puis ça se fait assez facilement. Après, c'est la posture souvent qui est adoptée, moi je sais que je préfère adopter une posture en symétrie ou vraiment le gars peut lire la bienveillance dans mes yeux et il n'est pas là à se dire « mon Dieu, mon Dieu elle va me sauver », non je ne suis pas là pour avoir cette posture-là, donc c'est souvent voilà la posture que j'adopte et éviter qu'il y ait un trop gros décalage entre le soignant-soigné, essayer de mettre à l'aise assez rapidement. Alors après, suivant la personne, tu utilises l'humour, tu utilises des tas de petites choses, mais que tu ajustes en fait par rapport à la personne qui est en face de toi et ce qui se passe. Parfois tu leur rentres dedans aussi, des fois, tu es obligée de les engueuler, ça ne te fait pas plaisir de les engueuler, mais c'est comme ça que tu gagnes leur confiance, tu n'auras pas d'accompagnement sans alliance thérapeutique, ce n'est pas possible. Donc parfois ça se met en place sur des petites choses, sur trois fois rien, c'est t'amènes un plateau et puis il te dit « mais moi ne mangerais pas ça, c'est dégueulasse » et en fait tu te rends qu'en changeant juste le goût du yaourt, c'est bon il est content et c'est bon tu as gagné un petit quelque chose dans la relation qui va te permettre de lui faire accepter des tas de trucs. Donc c'est un peu comme avec un enfant, un enfant, c'est innocent, il ne te dit pas non juste pour te faire chier, oui pour te faire plaisir, il fait les choses et puis à toi de t'adapter. Un patient il faut se dire que c'est lui qui va faire les choses et c'est à toi de t'adapter alors du coup t'essayes de créer une relation plutôt de confiance, mais qui peut mettre très longtemps à se mettre en place parce que selon son parcours jusque-là, parfois il faudra que tu rattrapes des trucs donc, ça sera plus compliqué. Il va falloir que tu lui prouves en fait ou par ta posture ou par ta manière de l'aborder ou de t'en occuper qu'il peut te faire confiance et que c'est la multiplicité des petites choses qui vont faire qu'il a confiance parce qu'il voit que tu te démerdes, que tu te fais chier pour lui. Bon il a vu une fois, c'est bon, la confiance, elle est gagnée. Donc voilà on travaille là-dessus comme ça, faire accepter quelque chose à quelqu'un parfois il faut des jours et des jours/ Les premiers temps il te dit non et puis un matin il se réveille, finalement il y a réfléchi et ce n'est pas toi qui as été meilleur que la fois d'avant, c'est juste qu'il faut aussi au patient un temps de réflexion par rapport à ce qu'on lui dit.

Étudiante : Qu'est-ce qui fait que les patients arrivent à accepter la modification de l'image corporelle?

IDE : Alors je ne sais pas ce qu'il fait qu'ils acceptent parce que déjà ils n'acceptent pas tous. Nous encore récemment on a l'exemple de quelqu'un qui n'acceptait pas sa situation, qui avait à peine trente ans et on pouvait entendre qu'il n'acceptait pas parce qu'on savait que sa situation allait se

dégrader, qu'il n'allait pas vers du mieux et cette personne a décidé de partir en suisse pour se suicider. Donc pour le soignant déjà, c'est un échec parce qu'on se dit en fait à quoi je sers en fait, lui il préfère mourir. Dans un premier, ça a été ça et dans un second temps, c'était pour le soignant la compréhension de son choix, se détacher de ça et accepter que le patient ait fait ce choix et t'essayes toujours en fait, tu essayes toujours de re-modifier ça, mais tu te rends qu'une fois que la décision elle est prise, comme toi quand tu prends une décision, la décision elle est prise et que t'en rattrape très peu qui sont allés aussi loin dans leur réflexion. Donc du coup « qu'est-ce qui fait que certains arrivent à accepter », je pense que c'est lié à tellement d'éléments, beaucoup l'environnement, surtout l'environnement... Des personnes qui sont très entourées on va pouvoir vraiment très bien travailler, des personnes qui sont seules, c'est plus compliqué, n'elles n'ont rien à se rapprocher. Donc du coup alors on dit souvent que la répétition est pédagogique et c'est vraiment ça. On répète beaucoup sous des formes différentes, ont parfois un peu plus violent, c'est ce que je disais, parfois on n'est pas sympa, mais on est obligé de dire « mais vous cherchez quoi, vous chercher à mourir / a bah non pas du tout / a beh si je vous assure que si » et le fait d'être un petit sec, un petit dur, on va réussir à nouer quelque chose. Donc c'est pour ça que je dis qu'est vraiment très différent d'une personne à l'autre parce que finalement vous faites la même chose avec quelqu'un d'autre et ça se passe très mal. Donc qu'est-ce qui va faire le déclic, je pense qu'il y a une histoire de temps, une histoire d'environnement, de temps accordé dans l'accompagnement parce que je pense que pour accepter, alors le temps peut être plus ou moins court, plus ou moins long, mais je pense que si vous n'avez personne pour entendre votre parole ça peut être compliqué ; l'écoute de la détresse ; mais il n'y a pas un élément qui va déclencher, c'est un cheminement. Quand vous êtes face à ce genre de situation, c'est comme quand vous apprenez que vous allez mourir, vous passez les étapes du deuil comme pour n'importe quel truc, mais après il faut accepter. Vous arriverez à accepter ou pas. Mais ça reste un cheminement et ce cheminement personne ne peut le faire pour vous. Donc vous pouvez accompagner par l'écoute, par des échanges, mais ce travail en réalité, c'est la personne qui le fait et parfois en un jour c'est fait et d'autres ils leur faillent six mois et d'autres qui n'y arriveront jamais à l'accepteur et d'autres préféreront aller se suicider.

Étudiante : Avez-vous des expériences qui vous ont particulièrement touchées ?

IDE : J'en ai plusieurs, alors j'en ai un qui avait un cancer ORL qui était en phase terminale, il faisait de la chimiothérapie, de la radiothérapie enfin constamment pour essayer de stabiliser et il a rencontré un nouveau médecin ce jour-là et ce nouveau médecin à regarder ses analyses, a regardé le dossier, est parti le voir en lui disant Monsieur, va falloir vous faire une hémi transectomie,

c'est-à-dire couper la tête en gros, on va tout te gratter d'un côté, tu vas en mourir. Et lui savait déjà qu'il allait en mourir, mais il n'a pas accepté qu'un médecin lui sorte comme ça, ce qu'il est tout à fait entendable, c'était assez violent, donc il nous a dit que c'était insupportable et qu'on le retrouvera au fin fond de la forêt et il se serait certainement mis une balle dans la tête. Donc ça a commencé comme ça et moins de 24h après, on a eu ses derniers résultats, il était en rémission complète, depuis quelque temps, mais bon, on sait très bien que ce sont des cancers qui démarrent donc on ne s'est pas dit « ouais il est sauvé », il n'était pas sauvé, mais en tout cas il avait gagné du temps sur la maladie. Il nous a dit « je sors et je ne reviendrais plus » donc on lui a dit, mais vous allez où ? « Ça me regarde », on n'a jamais su où il était parti, l'adresse qu'il a donné, c'est l'adresse de chez lui, mais a priori, il n'est jamais arrivé à bon port. Je ne suis pas sûr qu'il soit allé se mettre une balle dans la tête, mais je pense qu'il a fui le milieu hospitalier pour vivre ses derniers moments. Je pense qu'il en avait assez qu'on lui raconte de tout et des choses affreuses en plus. Donc voilà j'ai cet exemple-là. Donc bien sûr dans l'image qu'il entretenait avec lui-même, c'était très compliqué parce qu'en fait, il ne pouvait pas se regarder dans la glace, c'était affreux. Donc nous on avait fait tout un truc pour cacher toute une partie du visage, parce qu'il avait toute une partie du visage qui était tout à fait saine et tout à fait regardable, mais l'autre partie, c'était affreux. Donc nous on a travaillé sur son image juste déjà comme ça, en cachant la partie abîmée et puis on ne le faisait pas sentir. Après, c'était lui avec lui, c'était plus compliqué...

J'en ai eu une autre avec qui c'était très compliqué, je parle que des exemples qui me viennent tout de suite hein. Cette femme, elle était schizophrène donc c'était d'autant plus compliqué, l'image de soi et tout, là pour le coup, on y est, c'est très compliqué. Et donc elle voyait le diable partout donc elle avait un cancer du sein en dernier stade et là on était arrivé à un point, elle ne se regardait pas, elle nous avait dit qu'elle ne voulait pas regarder et elle avait complètement aliéné le truc, ça n'existait pas. Elle n'avait jamais mal, il n'y avait jamais besoin de refaire le pansement d'ailleurs il y avait un pansement qui ne servait à quoi ? À rien, elle arrachait le pansement et en fait en dessous, c'était un truc affreux, creusé et plein de vers. Donc là en terme d'image de soi, c'est très compliqué encore plus quand t'es schizo et donc elle ne supportait pas et pour éviter qu'elle est un regard trop emprunt de peur, on ne lui avait pas parlé des vers, on ne lui avait rien dit. Et il y a eu une fois où elle a essayé de regarder et on a dit « attention, attention on est en train de mettre le produit, et si vous regardez vous risquez d'avoir des projections dans l'œil, on vous montre après si vous voulez ». Et en fait ce qu'on lui a montré, c'était avec une glace, on s'est démerdé pour qu'on ne voit pas grand-chose. Donc elle on a travaillé comme ça, pour son image d'elle parce que c'était très compliqué, c'était une dame par exemple quand elle vomissait qui essayait de récupérer son vomi en même temps qu'elle était en train de vomir parce que ça sortait

d'elle donc c'était un bout d'elle qui sortait enfin voilà... Donc le coup du cancer du sein avec des vers qui bougent à l'intérieur, non ça n'était pas possible. Au total des courses, cette dame elle a fini par en mourir, elle a mis 3 ans à mourir quand même, donc on peut dire que ça a duré, mais tout le temps où ça a duré je crois qu'elle a réussi à vivre avec parce qu'elle ne le voyait et parce qu'on faisait tout pour. On était deux à pouvoir s'approcher vraiment, pouvoir la manipuler donc on détournait le problème et ça a très bien marché avec elle, mais je pense que c'est parce qu'il y avait la schizophrénie par-dessus. Quelqu'un d'autre, je ne suis pas sûr que ça se serait passé de la même manière, d'ailleurs j'en ai eu une autre dans le même style qui elle n'était pas schizophrène et elle refusait les soins. Juste le fait de regarder elle ne voulait pas, on lui disait de pas regarder, elle s'imaginait, donc elle a refusé les soins et elle est morte pour refus de soins.

Étudiante : Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

IDE : Depuis mon diplôme, j'ai beaucoup travaillé en psychiatrie et j'ai réalisé de temps en temps des coupures à droite à gauche ; en gériatrie, en orto etc, mais j'ai principalement travaillé en psychiatrie. Mais après à un niveau personnel, je suis invalide depuis 10 ans donc j'ai eu loisir aussi au-delà de la psychiatrie de vaquer en centre de réadaptation.

Étudiante : Pour vous, quelles sont les principales modifications de l'image corporelle des patients que vous avez rencontrés dans votre parcours ?

IDE : Alors je vais d'abord te parler des patients que j'ai pu rencontrer en psychiatrie. Pour ces patients psychotiques, la plupart d'entre eux n'ont pas de corps en fait, il n'existe pas. Dans ce cadre-là, dans la fonction psychique, le corps est ou à ressentir, ou à construire ou reconstruire. Néanmoins, ceux sont des êtres humains alors ils ne sont pas dépourvus de corps, psychose ou névrose, on s'en tape hein... parce que malheureusement ils sont aussi confrontés à plusieurs problématiques de base, ils sont aussi confrontés à de la chimiothérapie par exemple. Mais tous les patients que j'ai pu rencontrer sous chimiothérapie que ce soit en psychiatrie ou ailleurs, il y a tous les effets secondaires qui entrent en jeu, perte de poids, perte de cheveux, perte des ongles, perte de dents, etc. Mais en fait dans la population que je rencontre, le plus gros problème est le problème des moyens financiers parce qu'ils sont beaucoup sous haschich donc ce sont des dépenses qui vont jusqu'à 900 euros par mois donc ça aide pas à avoir la perruque de tes rêves. Tu ne vas pas non plus aller chez la manucure tous les 15 jours parce que tes ongles sont cramés, parce que tu les sens plus, que ça te fait un mal de chien la chimiothérapie. De plus, ils ont déjà des dents toutes pourries de base parce qu'ils n'ont pas eu les soins dentaires et qu'en plus ils s'en fichent un peu... Mais quand tu as de la chimiothérapie en plus, ce n'est pas aidant... mais voilà, il y a des tas de détails comme ça ou les moyens financiers sont importants pour la construction quelle qu'elle soit. À partir du moment où cette raison n'est pas un choix esthétique, où on économise pour pouvoir le faire, ou c'est un accident de la vie qui fait que ton corps est altéré, forcément l'argent va être à un moment donné problématique et dans la population que je rencontre, c'est moins de 200 euros pour vivre et quand tu as des charges comme tout le monde, c'est peu. J'ai pu rencontrer aussi des personnes amputées, principalement à cause de l'isolement social, le diabète non traité, non diagnostiqué qui a amené à une amputation, donc là la prothèse tu n'en parles pas, déjà qu'ils considèrent qu'ils n'ont pas de

corps, tu ne vas pas leur rajouter un faux bras, une fausse jambe ou je ne sais quoi... Mais oui, c'est souvent le pied diabétique que j'ai le plus souvent rencontré dans mes patients. J'ai eu des membres supérieurs, mais là, c'était plus en orto. Mais oui moi j'ai pu essentiellement rencontrer des personnes avec des pieds diabétiques... Donc là tu as tout un travail à faire sur l'accompagnement. Alors l'avantage ou le désavantage en psychiatrie, c'est que quand tu en rencontres un, tu sais que dans 15 ans, il sera toujours là parce qu'à partir du moment où ils mettent un pied en psychiatrie généralement il est là jusqu'à la fin de sa vie ou la tienne, tu ne sais pas qui va partir le premier. Donc là donc tu as l'accompagnement en rééducation fonctionnelle, tu vas pouvoir être là pour l'emmener à ses séances. Et si effectivement, l'amputation est liée à un pied diabétique, on aura eu le temps avant l'opération de se préparer à l'amputation, ce qui n'est pas le cas pour les victimes d'accidents de la route. J'ai un pote, ce n'était pas un patient, mais je peux en parler, je l'ai rencontré en centre de rééducation, qui a eu un accident de moto. Lui, il a eu pleins d'interventions et il n'a pas anticipé le matin en partant « tiens, je n'ai rien d'autre à faire cet après-midi, je vais cartonner... ». Donc les pieds diabétiques, on a cette « chance », de pouvoir les préparer à l'intervention, bon après je ne sais pas si on peut vraiment préparer quelqu'un à perdre un membre, mais expliquer le déroulé de l'intervention et la nécessité de le faire. Après libre à eux de l'accepter ou pas, il y en a qui accepte, mais il y en a qui refusent. Qui sommes-nous pour obliger quelqu'un à se soigner ? Donc on fait ce qu'on peut, mais on ne fait pas ce qu'on veut... Et ça, c'est vraiment très dur parce que notre envie elle n'est pas de les regarder mourir, loin de là, c'est cruel de les accompagner en fin de vie quand ils ont dit non en fait ; « ça ne va pas être possible, on ne touche pas à mon pied », oui, mais tu vas en mourir, « oui, mais c'est mon choix ». C'est très compliqué en fait. On a eu aussi une période où de nombreux de patients tentaient de s'immoler par le feu... On a réussi à en sauver quelques-uns, mais pas tous malheureusement. Mais voilà, il y a une période où faire ça, c'était devenu une mode dans le service... On a donc récupéré quelques défigurés, parce que du coup ils ne craquent pas complètement, on avait le temps de les arrêter. Mais c'était très compliqué parce qu'ils n'arrosaient pas en premier leurs orteils, c'était d'abord le visage et les femmes aux cheveux longs... Et après quand elles retrouvent leurs esprits et qu'elles se disent « pourquoi j'ai fait ça », bah parce que toi sur le moment, ça t'a paru être une bonne idée et que maintenant beaucoup moins, mais maintenant voilà la tête que tu as et il va falloir que tu vives avec. Et là, c'est un processus excessivement long, l'acceptation de l'image de soi, alors déjà leur premier est très clairement de recommencer quand elles se voient donc là on a un travail énorme avec nos collègues des services des brûlés, nos collègues des services ambulatoires... Mais voilà, c'est vraiment un travail de longue durée avec ces personnes-là.

Étudiante : Pour vous, en tant que soignant, à quoi fait référence la notion d'image corporelle ?

IDE : Personnellement, je trouve que l'image de l'autre est tellement subjective... Le tout pour moi, c'est que la personne se sente bien dans son corps. Il y en a qui doivent absolument faire 45 kilos et d'autres qui font 100 kilos et qui le vivent très bien ; ils dansent, ils chantent tous les matins en se levant et c'est juste génial. Donc moi je suis qui pour juger qui est bien, qui n'est pas bien... le tout c'est que la personne qu'elle quelle soit, se sente bien dans son corps. À partir du moment où elle ne se sent pas bien, c'est là que moi j'interviens en tant que soignante et on va voir où est le problème. Est-ce que moi je peux lui apporter quelque chose en fonction de sa problématique. Mais ce qu'il faut savoir c'est où est son problème, est-ce qu'il est de l'ordre psychologique ou physique déjà ou les deux et une fois que ça, c'est détecté, qu'est-ce que moi je peux faire, avec qui je dois travailler pour pouvoir aider cette personne et après ce qu'on fait tous ensemble. C'est comme ça que moi je travaille.

Étudiante : En quoi l'image corporelle des patients dont vous prenez soin est-elle perturbée ? A quoi cela fait référence quand on parle de perturbation de l'image corporelle ?

IDE : En fait, c'est compliqué parce que dans la plupart des personnes que j'ai pu rencontrer, le schéma corporel, il n'y en a pas...

Étudiante : Quelles sont les principales réactions des patients que l'on peut rencontrer après une modification de leur image corporelle ? Avez-vous un exemple à me partager ?

IDE : Quel âge, quelles circonstances, quel changement corporel ? Tous ces paramètres-là ont de l'importance en fait. Pour mon ami, qui a eu un accident de moto, ce qui a été difficile à accepter c'est le fait qu'il ait eu cet accident à cause d'un caillou sur la route. Ce jour-là, il ne roulait pas vite en plus alors qu'il m'a dit plusieurs fois qu'il avait l'habitude de rouler assez vite à moto en disant si je dois me planter je me planterais, mais je saurais pourquoi. Et là, le jour de son accident, il n'est pas responsable de son accident, mais c'est lui qui va perdre une jambe, qui va subir 17 interventions parce qu'en plus il va y avoir des complications au bloc, des infections et surinfections, des reprises de prothèses, etc. Maintenant, il y a vraiment sa prothèse définitive, mais il a fallu vraiment qu'il la fasse refaire plusieurs fois. Bref, quand je l'ai rencontré, il pensait vraiment que c'était fini tout ça, mais finalement deux ans après toujours pas, mais il avait fini par accepter, ce qu'il lui était arrivé, mais au départ, c'était très très compliqué parce qu'il le vivait vraiment comme une injustice. La

difficulté aussi, c'est que ça se passe dans l'urgence. Tu arrives à l'hôpital plus ou moins conscient et quand tu te réveilles plus tard tu n'as plus de jambes... Bon bien sûr les chirurgiens ont fait ce qu'il fallait faire pour sauver ta vie, mais toi tu te rends compte que tu tombes de ta moto et l'instant d'après tu te réveilles à l'hôpital, tu as des brides qui te reviennent, mais quand tu es bien réveillé tu te rends compte que tu n'as plus de jambes. Après, c'est ce qu'il m'a dit... Mais voilà, le membre fantôme, il existe vraiment, mais quand tu soulèves le drap, tu te rends bien compte qu'il te manque quelque chose. Et après on t'explique... on t'explique, mais ce n'est qu'après. Donc c'est un vraiment violent.

Étudiante : Oui donc en fait, à ce moment-là c'est vraiment un état de sidération.

IDE : Oui complètement, on est là-dedans. Parce qu'effectivement, on n'a pas le temps de dire « bon monsieur, je vais prendre une heure avec vous je vais expliquer comment ça se passe » mais non là t'es dans l'urgence vitale, tu n'as pas le temps. Donc pour mon ami, c'était ça, sauf bien sûr pour les autres interventions qu'il a eues plus tard. Mais voilà, c'est soit l'amputation, soit tu crèves en fait. Donc tu te fais opérer. Mais bon, pour lui de toute façon, sa jambe, elle était déjà manquante, il l'a perdu lors de l'accident donc il fallait finir le travail au bloc. Une histoire qui m'a beaucoup marqué, c'est une jeune femme de 24 ans. Donc à ce moment-là je travaillais en obstétrique. Donc on annonce à cette femme, qu'elle a un cancer de l'utérus et qu'il faut lui retirer très très rapidement son utérus. Mais cette femme, n'a jamais eu d'enfant, qui n'a qu'un seul rêve dans sa vie, c'est de fonder une famille. Elle a 24 ans, on va lui retirer son utérus, et elle n'a pas d'enfant et donc elle ne pourra jamais en porter. Donc elle nous dit ça, et là, il y a une autre infirmière qui lui balance « vous savez, vous pourrez toujours en adopter ». Et ça, ça m'a vachement choquée quoi, on vient d'apprendre à une femme, qu'elle ne pourra jamais porter d'enfant et l'autre à déjà la solution. Elle n'est clairement pas prête à entendre ça. Alors, oui il y a souvent des solutions ; mais au moment où on annonce une telle perte invisible parce que de l'extérieur personne ne sait que cette femme n'a pas d'utérus évidemment. Mais c'est un traumatisme qu'elle va devoir porter à vie. Alors il est invisible évidemment, alors il te manque un bras ou une jambe, mais ça va se voir et il y a des membres invisibles qui sont tout autant voir plus douloureux à perdre en fait. Donc il y a des trucs que tu voudrais faire, mais qui sont impossibles parce que tu ne peux pas accompagner chaque patient tout au long de leur vie en fait. Et pour cette femme j'espère qu'elle a rencontré un homme génial, qui l'a rassuré et qui avait peut-être des enfants qu'elle a aimés comme les siens. Je ne sais pas, mais j'ai envie de croire à ça parce que moi ça me rassure en fait.

Étudiante : En quoi la modification de l'image corporelle représente-t-elle un deuil ? Par quelle phase les patients passent-ils ?

IDE : Alors généralement on parle de la perte d'un membre... et quand tu perds quelqu'un de ta famille, on parle de la perte d'un membre de ta famille. Est-ce que tu vois un lien ?

Étudiante : Oui, oui bien sûr...

Étudiante : Est-ce qu'il y a des conditions, ou des particularités qui rendent l'acceptation de la modification de l'image corporelle plus difficile pour certains patients ? Si oui lesquelles ?

IDE : Je dirais que là encore, c'est une question de circonstance... La fille quand elle s'est immolée, elle pensait mourir, donc elle ne pensait clairement pas être défigurée à vie, elle pensait juste mourir. Donc non seulement elle est en vie, mais en plus défigurée, donc clairement elle nous en voulait énormément pour le coup. Alors, combien de temps il lui faudra pour s'en remettre, je n'en sais rien, parce qu'elle n'a rien demandé en fait, elle voulait juste mourir. Et nous là pas de bol, on la sauve, mais en la sauvant on lui crée encore plus de mal quoi. Mon ami, il a accepté parce qu'il savait que la carlingue de sa moto c'était lui. Alors, oui il a eu du mal parce que pour une fois, ça n'était pas sa faute, mais il savait que la carlingue, c'était son corps. Donc là, les étapes de deuil cheminent un petit peu plus vite. Les circonstances jouent énormément sur l'acceptation et l'explication. Revenons sur le pied diabétique de tout à l'heure. Si tu as le temps d'expliquer à ton patient que s'il ne prend pas son traitement, voilà comment ça va se passer. Il y a eu les cours d'hygiène, la prévention sur l'hygiène du pied diabétique, sur comment on prend sa glycémie, sur comment on injecte ou comment on prend le traitement et quelles sont les conséquences de l'absence de traitement. Il a eu tout ça. Il n'a pas pris son traitement ou alors son traitement est mal dosé, etc, il n'a pas ouvert à l'infirmière quand elle venait faire la prise de sang ou lui injecter ses traitements, etc. Donc il a un pied diabétique et il va falloir amputer les orteils, et si tu refuses ce seront pas les orteils, mais le pied, etc. Donc à un moment il va dire oui, pour l'amputation, mais ça va être long, compliqué... Il y a tout un travail autour. Mais ça, c'est un travail qui peut permettre d'empêcher l'amputation ou la minimiser.

Étudiante : D'après vous, quel rôle l'infirmière peut-elle/doit-elle avoir dans l'acceptation de la modification de l'image corporelle du patient ?

IDE : Je pense que la prise en soins, elle est comme dans tous les services ; de l'écoute, de la patience, présente auprès des patients, de l'échange, etc. Elle doit être là auprès du patient, pour l'accompagner, mais l'acceptation appartient au patient. Il acceptera s'il le veut. Mais après je pense qu'on est ce qu'on est. Si une infirmière n'est pas à l'écoute, elle ne sera pas plus là, qu'elle ne sera dans un autre service, si elle n'est pas attentive aux soins de suites, elle ne le sera pas plus là dans un autre service. On est ce qu'on est.

Étudiante : Comment s'articule selon-vous l'accompagnement de ces patients ? Quels sont les moyens et ressources à votre disposition ? Pouvez-vous illustrer vos propos par un exemple ?

IDE : Alors oui, une équipe multidisciplinaire il y en a et heureusement. Après, si tu n'as personne, c'est à toi d'aller chercher et de créer cette équipe, en fonction du besoin de ton patient, de ses envies et de ce qu'il te dit. C'est à toi de créer son équipe, de savoir ce dont il a besoin et jusqu'où il aura envie d'aller. En fait, c'est lui qui décide, ce n'est pas toi, c'est lui. C'est à toi d'aller lui donner les moyens pour qu'il aille là où il a envie d'aller, et plus loin c'est encore mieux. Et surtout en fonction de ses capacités et de ses envies.

Étudiante : Quelles sont les principales difficultés rencontrées par le soignant durant l'accompagnement quotidien de ces patients ? Qu'est-ce que l'accompagnement quotidien de ces patients reflète sur les soignants ?

IDE : L'acceptation du soignant de ce qu'il se passe pour le soignant. Que le soignant soit capable de dire « je ne peux pas » ou « je ne peux plus ». Malheureusement, on ne peut pas sauver tous les patients, et encore les sauver d'eux-mêmes. Certains patients décident que c'est la fin et il faut que le soignant sache et soit capable d'accepter ce choix. Et puis il faut faire attention, à l'effet miroir, à la projection, mais après ça, c'est pour tous les services.

Étudiante : Quels sont les principaux défis du soignant dans l'accompagnement de ces patients ?

IDE : Pour moi, le principal défi c'est le temps et l'absence de choix. Parce que s'il doit subir une transformation corporelle qu'il n'a pas choisi, il va falloir lui faire comprendre que c'est vital. Il faut aussi du temps pour expliquer quand c'est possible et ça ça peut être compliqué parce que parfois on a pas le temps de l'expliquer. Le service où tu travailles aussi, combien de temps tu as avec ce patient, combien d'étapes tu vas pouvoir traverser avec lui, etc.

Étudiante : Comment réussissez-vous à établir une relation d'aide et de confiance ?

IDE : Alors je ne sais pas ce qu'il faut pour faire ça. Je pense que parfois on en apprend bien plus dehors à discuter et à fumer avec une/un patient plutôt que dans un bureau par exemple. Je pense qu'il n'y a pas de manière pour établir une relation de confiance. Il faut s'adapter au patient, à ses capacités, ses envies... Et puis parfois, il faut faire comme tu le sens quoi. Mais il faut aussi avoir des bonnes distances thérapeutiques, il en faut, laquelle ? Je n'en sais rien. Est-ce qu'il faut prendre la patiente dans ses bras ? Oui, non, ça dépend du contexte, il faut s'adapter à la situation. Comment moi j'entre en contact pour la première fois avec un patient ? Je n'en sais rien, ça dépend du contexte, ça dépend de l'âge, ça dépend des circonstances. Tu ne parles pas à un ancien qui a de la culture comme tu parles à un jeune de vingt ans, comme tu parles à un enfant. Ou comme tu parles à deux personnes de 60 ans, un qui a fait le tour du monde et l'autre, il n'est jamais sorti de chez lui. Tu ne vas pas leur parler de la même manière, il y en a un qui ne va rien comprendre. Il faut que tu t'adaptes quoi, comment je n'en sais rien. Je ne sais même pas s'il y a une formule pour ça. Je suis incapable de transcrire comment.

Étudiante : Qu'est-ce qui fait que les patients arrivent à accepter la modification de l'image corporelle?

IDE : Eh bien, tu leur poseras la question... Non mais clairement, ça n'appartient qu'à eux. Il y en a qui n'accepteront jamais. Donc comment, je n'en sais rien... Moi, je n'ai toujours pas accepté la mienne... C'est l'autre qui regarde, qui doit être capable de regarder en fait... Mais c'est propre à chacun. Il y en a qui sont beaucoup plus sensibles à leur image corporelle que d'autres.... C'est très personnel en fait.

Annexe IV : Pyramide de Maslow



Annexe V : Les tableaux d'analyses

Les types de réactions		Les types de relations		Contexte	Regard de l'autre	Instaurer un projet de vie	
émotions	prise de conscience modification	relation de confiance	relation d'aide			Adapter projet de soins	Les ressources
état de sidération	telos à s'en rendre compte surtout chez les plus jeunes et chez les femmes	pas de manière définie d'établir une relation de confiance	adaptation au patient	origine de l'accident	soignant : l'habitude peut permettre que le regard ne change pas donc peut aider les patients ne pas montrer de la pitié dans le regard	recherche de solutions	équipe multidisciplinaire psychologue médecin patient expert plateau technique assistante sociale aide soignant esthéticienne spécialisée échange des rôles peut aider dans la prise en soin
colère sentiment d'injustice	pourquoi moi pas un autre	s'adapter au patient à ses capacités, ses envies	booster les patients « coups de pieds au cul »	lié à la personne, à la pathologie	connu : culpabilité réalisent étendu des dégâts et du travail à faire patient n'arrive pas à passer outre car lecture dans regard qu'il y a un changement	valoriser et objectiver projet pour obtenir adhésion de la personne	humour

Les types de réactions		Les types de relations		Contexte	Regard de l'autre	Instaurer un projet de vie	
deuil ; perte d'un membre ou d'une fonction parallèle avec membre de la famille		faire comme tu le sens naturellement	toujours être en alerte		inconnu : regard neuf qui peut être salvateur	adaptation lieu de vie	adaptation lieu de vie
détresse		garder des bonnes distances thérapeutiques	bien connaître la personne et son environnement		autre patient : mieux compris par quelqu'un qui a vécu la même chose	poser objectifs très court dans le temps	multiplicité des regards très important pour s'adapter au maximum au patient
cheminement		on peut prendre le patient dans ses bras : dépend du contexte / âge / circonstances	bienveillance			hôpital jour ou à domicile	
repli mutisme		posture adoptée — posture en symétrie				multiplicité des regards	
désespoir dépression		bienveillance dans les yeux du soignant	personne avant tout pas un patient				
peur		mettre à l'aise rapidement	complicité avec patient				
très critique envers eux mêmes		alliance thérapeutique	respect choix patient				
refus de se regarder		comme avec un enfant utilisation de l'humour					

Les types de réactions		Les types de relations		Contexte	Regard de l'autre	Instaurer un projet de vie	
déni ignore les problématiques		peut mettre beaucoup de temps à se mettre en place ou alors mise en place très rapide					
résignation		multiplicité des gestes qui vont montrer qu'il peut avoir confiance					
déni ignore les problématiques		peut mettre beaucoup de temps à se mettre en place ou alors mise en place très rapide					
		dépend de la personne en face adaptation					
		engueuler patient prouver qu'il peut te faire confiance					
		temps					
		respect choix patient					

notion de corps / image du corps	prise en soins difficultés pour le soignant		types de modification	accompagneme nt	soignant	acceptation image de soi	image corporelle
	Défis pour le soignant						
pas de corps / n'existe pas	personne qui était très autonome	ne rien oublier	accident de la vie	temps de prise en soins des heures et des heures temps soignant différent de temps soigné	qui est-il pour obliger à se soigner	long	subjective
corps à reconstruire construire ressentir	sportif femme jeune accidents bêtes	aller au bout du projet	amputation pieds diabétique	temps avec opération notion d'urgence joue	on fait ce qu'on peu /on fait pas ce qu'on veut	gros travail ; faire le deuil de ce que l'on a été au delà du corps	objectif que la personne se sente bien dans son corps
corps altéré	précarité financières et sociales difficulté d'accès aux soins	bonne connaissance des patients		très compliqué	qu'est-ce que le soignant peut apporter en fonction de la problématique	problème psychologique ou physiologique ?	
pas de schéma corporel chez certaines personnes	personne seule	mise en condition du patient ; expliquer les soins avant		intervention quand la personne n'est pas bien dans son corps	chercher un équipe multidisciplinaire si tu n'en as pas pour répondre aux besoins du patient	âge circonstances quel changement corporel sexe / quelle perte ?	

notion de corps / image du corps	prise en soins difficultés pour le soignant		types de modification	accompagnement	soignant	acceptation image de soi	image corporelle
ce que l'on renvoie à l'autre / ce que je me renvoie (distorsion possible)	difficultés psychologiques déjà présentes	dernier rempart avant l'erreur		aider la personne	être capable de dire je ne sais pas ou je ne peux pas	contexte du changement : prévu ou urgence (maladie/accident)	
enveloppe extérieure	temps et absence de choix	garder le sourire garder son sang froid		ensemble	respecter le choix du patient	annonce	
projection de soi à l'autre	beaucoup d'hésitation de la part du soigné pendant les soins qui entraîne des retours en arrière	que le patient se sente en confort qu'il ne souffre pas		écoute patience présence auprès des patients échanges	être vigilant à l'effet miroir	appartient au patient	
miroir	aller retour dans les prises de décisions	complicité ; ne pas trop se rapprocher des patients		laisser le patient décider	choix du patient peut être vécu comme un échec (suicide assisté) puis compréhension du patient	très personnel	
idée que l'on s'en fait	éponge absorbe beaucoup transferts pas de coupure boulot			en fonction des capacités et des envies du patient	se détacher des patients	n'acceptent pas tous	

notion de corps / image du corps	prise en soins difficultés pour le soignant		types de modification	accompagnement	soignant	acceptation image de soi	image corporelle
fantasme de notre corps	pas de distance professionnelle pas de barrière			répétition pédagogique		environnement	
	charge à supporter dur de tenir engagement / d'aller au bout de la démarche			oser hausser ton avec certains patients		différent d'une personne à l'autre	
	manque de personnel manque de temps accompagnement interrompu			différent d'une personne à l'autre		comment être à nouveau beau comment je peux me mettre en valeur	
	choix du patient (suicide assisté) peut être vécu comme un échec dans un premier temps			alliance thérapeutique		décision de se suicider	
				global		entourage du patient ; personne seul ça sera plus compliqué ; elle n'aura rien à se raccrocher	
				adaptation au patient		changement du projet de vie	

notion de corps / image du corps	prise en soins difficultés pour le soignant		types de modification	accompagne- ment	soignant	acceptation image de soi	image corporelle
				objectifs : confort bien être respect		se réhabituer à son nouveau corps être de nouveau capable de se regarder	

15.

16. Abstract

PICAULT Solweig
Titre du mémoire : En quoi l'accompagnement de l'infirmière participe-t-il à l'acceptation d'une modification de l'image corporelle ?
Mon mémoire d'initiation à la recherche porte sur l'accompagnement infirmier auprès de patients ayant subi une modification de leur image corporelle. Ce type de situation est régulièrement rencontrée dans les services car très souvent suite à une pathologie ou suite à un accident, les symptômes, les traitements ou les examens entraînent une modification de l'image corporelle. L'accompagnement infirmier dans ces situations est donc primordial car c'est un des soignants qui côtoie le plus le patient lors de l'hospitalisation ou même lors des soins à domicile. Cet accompagnement est assez spécifique car englobe tout le patient que ce soit dans un aspect psychologique ou physique. Au travers de cette recherche j'ai donc essayé de comprendre comment et pourquoi l'infirmier peut influencer l'acceptation ou non de la nouvelle image corporelle du patient. J'ai pu ensuite mettre en parallèle mon cadre conceptuel avec les deux entretiens que j'ai pu réalisés avec des infirmières. Ces échanges ont pu compléter mes recherches et comprendre la réalité de cette prise en soins.
Mots clés : Image corporelle / Modification / Acceptation / Accompagnement / Relation
Title : How does the nurse's accompaniment contribute to the acceptance of a change in body image ?
My introductory research paper deals with nursing support for patients who have undergone a change in their body image. This type of situation is regularly encountered in departments because very often following a pathology or following an accident, the symptoms, treatments or examinations lead to a change in body image. Nursing support in these situations is therefore essential because it is one of the caregivers who works most closely with the patient during hospitalization or even during home care. This accompaniment is quite specific because it includes the whole patient whether in a psychological or physical aspect. Through this research I tried to understand how and why the nurse can influence the acceptance or not of the new body image of the patient. I was then able to compare my conceptual framework with the two interviews I had with nurses. These exchanges were able to complete my research and understand the reality of this treatment.
Key words : body image / change / acceptance / relationship / support