

GIPES Avignon

Ambre NUISSIER-MARIN

Travail de fin d'études

ACCOMPAGNER VERS LA RECONSTRUCTION D'UNE IMAGE CORPORELLE MODIFIÉE



Unité d'enseignement 5.6 S6 :

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire : Blandine TUFFET

Note aux lecteurs : « *Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut pas faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur* »

Ce travail de fin d'études constitue un réel aboutissement de ces trois années de formation en soins infirmiers. Cette expérience m'a permis d'en apprendre davantage, sur le plan professionnel mais aussi sur le plan personnel.

Pour ce, je souhaite remercier de façon générale tous ceux qui ont, de près comme de loin participé, contribué, qui m'ont aidé et soutenu, à la conception de ce long travail de recherche.

Je remercie particulièrement ma directrice de mémoire, Madame TUFFET Blandine, pour tout son investissement dans mon travail de recherche. Pour son aide, ses conseils précieux, ainsi que pour sa bienveillance, tout le long de la rédaction de mon mémoire. Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école d'infirmière d'Avignon pour toutes les connaissances et expériences apportées m'ayant servi dans ce travail de fin d'études. Je souhaite également remercier les documentalistes, toujours disponibles pour venir nous aider lors de nos recherches.

Je tiens ensuite à remercier les professionnels de santé, que j'ai pu rencontrer tout au long de ma formation, lors de mes stages, au sein de l'école et lors des entretiens, de m'avoir apporté des connaissances, pratiques comme théoriques et de m'avoir encadrée et permis de construire la future infirmière que je suis entrain de devenir.

Enfin je remercie mes parents, ma famille et mes amis pour tout le soutien moral qu'ils m'ont apporté durant ces trois ans, mais aussi pour leurs encouragements et leur présence.

Un grand merci à tous.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Situation d'appel et questionnements.....	3
2. Question de départ.....	5
3. Cadre de référence.....	6
3.1 L'image corporelle	6
3.1.1 Image corporelle et schéma corporel.....	6
3.1.2 Modification de l'image corporelle.....	8
3.1.3 L'impact de la modification de l'image corporelle	10
3.2 L'accompagnement	13
3.2.1 Définitions.....	13
3.2.2 L'accompagnement dans le soin.....	15
3.2.3 L'accompagnement d'une personne ayant subi une modification de son image corporelle	19
4. Enquête exploratoire	25
4.1 Méthodologie	25
4.1.1 Présentation de l'outil.....	25
4.1.2 Population choisie	25
4.1.3 Lieux d'investigation.....	26
4.1.4 Guide d'entretien.....	26
4.2 Analyse.....	27
4.2.1 Présentation échantillonnage.....	27
4.2.2 Analyse à plat	27
4.2.3 Analyse croisée.....	29
5. Problématique	36
6. Question de recherche	40
7. Limites et critiques de ce travail de recherche	41
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	44
Annexes.....	I
Annexe I : Guide d'entretien.....	I
Annexe II : Autorisation d'entretien.....	II
Annexe III : Entretien n°1	III

Annexe IV : Entretien n°2.....	IX
Annexe V : Entretien n°3	XIV
Annexe VI : Entretien n°4.....	XXII
Annexe VII : Grille d’analyse	XXXII
Annexe VIII : Autorisation de diffusion du travail de fin d’études.....	XXXVI

Introduction

Ce travail de fin d'études, me permettant d'obtenir mon diplôme d'Etat infirmier, repose sur une réflexion menée depuis la fin de ma seconde année d'études. Celle-ci a été initiée par une situation de soin vécu qui m'a particulièrement marquée, me menant par la suite à un questionnement professionnel. Ces recherches et analyses m'ont permis de consolider et d'agrandir mes connaissances professionnelles, dans un domaine qui me plaît, ne pouvant qu'améliorer ma future pratique infirmière.

Avant même de rentrer à l'école d'infirmière, j'avais déjà un attrait pour la médecine et chirurgie reconstructrice, réparatrice et esthétique et le concept d'image corporelle. Durant ces trois années d'études, j'ai pu rencontrer de nombreux patients avec des problématiques différentes mais celle d'une image corporelle perturbée est souvent revenue ; et d'origines multiples. En effet, celle-ci peut se manifester suite à une brûlure, une amputation, la pose d'une stomie ou encore simplement un corps qui ne nous plaît pas. M'intéressant à ce sujet et rencontrant cette problématique dans ma pratique professionnelle, il me paraissait évident que mes recherches s'axeraient vers ce domaine.

Ma situation de départ aborde l'accompagnement d'un patient diabétique, ayant subi plusieurs amputations. Mon questionnement s'est alors porté sur l'impact que cette modification de l'image corporelle pouvait avoir sur l'accompagnement du soignant et donc finalement, l'approche à adopter pour accompagner ces patients. Cette réflexion a pour but de mieux comprendre les personnes touchées par cette problématique, ce qu'elles vivent, les répercussions que ça peut avoir et le parcours qu'elles doivent traverser, jusqu'au but commun des deux parties prenantes (accompagné et accompagnateur) de cet accompagnement : l'acceptation du nouveau corps et le « bien-être » du patient. Du fait des origines multiples d'une modification de l'image corporelle, en plus de mon attraction pour ce sujet, ce phénomène se trouve dans tout type de service confondu. Du fait de son omniprésence dans mon secteur professionnel il était alors intéressant de réaliser un travail de recherche portant sur ce phénomène.

Pour établir une réflexion autour de cette problématique, j'ai premièrement construit un cadre théorique. J'ai tout d'abord voulu définir ce qu'est une image corporelle, le concept de base de mes recherches. J'ai alors pu continuer ma réflexion sur ce qu'est une image corporelle

modifiée, puis les différentes répercussions qu'il peut y avoir sur le patient et sa vie. Ceci m'a donc mené à vouloir aborder l'accompagnement de ces patients. Or, pour cela il fallait qu'au préalable je définisse ce qu'est accompagner de manière générale, puis ce que ça signifie dans le domaine du soin. Une fois fait, j'ai donc pu explorer ce que les auteurs disent sur l'accompagnement de patient ayant subi une perturbation de leur image corporelle. Après avoir récolté ces données, dans un second temps, j'ai pu à l'aide d'un guide d'entretien, interviewer des infirmières sur le sujet ; dans le service des grands brûlés et celui de chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique. Pour finir j'ai alors pu m'appuyer sur mon cadre de référence et croiser mes données théoriques avec les réponses obtenues lors de mes entretiens afin d'avancer dans mon questionnement et d'en ouvrir un nouveau.

1. Situation d'appel et questionnements

Lors d'un stage de deuxième année en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), je prends en soin monsieur X, âgé de 70 ans, accueilli dans le service suite à une amputation du gros orteil du pied gauche. Ce patient est diabétique et présente plusieurs complications de sa pathologie. En effet, il est atteint d'une forte baisse de la vision suite à une rétinopathie diabétique et a déjà subi il y a 8 ans une amputation de la jambe droite à mi-cuisse suite à une artériopathie nécrisante. Monsieur X est porteur d'une prothèse et a un fauteuil roulant, ce qui lui permettait d'être assez autonome à domicile mais suite à cette deuxième amputation, il est beaucoup plus dépendant pour ses déplacements et sa toilette. Il porte également un change complet par précaution car il a des fuites urinaires. Ce patient présente également une cicatrice importante au niveau du torse suite à une éviscération diaphragmatique (malformation rare entraînant une surélévation anormale du diaphragme sans communication entre la cavité abdominale et thoracique) à l'âge de 9 ans.

Après avoir aidé monsieur X pour sa toilette, je m'occupe de son pansement du pied qui nécessite une réfection quotidienne à cause de l'aspect de la plaie (fibrine, exsudat et nécrose). Les médecins ont informé le patient qu'une amputation plus importante serait peut-être nécessaire en fonction de l'évolution de la plaie.

Au moment de la toilette et du pansement, nous échangeons beaucoup avec Mr X. Il me demande toujours comment évolue sa plaie car il appréhende une nouvelle amputation plus haute. Un jour, il m'a dit « *Depuis mon enfance, je vis avec une énorme cicatrice. Ensuite j'ai eu cette amputation et j'ai dû apprendre à vivre au quotidien avec un membre en moins et une nouvelle apparence physique. Je ne veux pas subir une nouvelle amputation car je ne serai plus du tout autonome et serai obligé de quitter mon domicile* ». J'ai beaucoup de peine pour ce patient et je me rends compte que sa crainte ne concerne pas que l'esthétisme mais surtout sa perte d'autonomie. Pour moi, l'amputation impacte surtout l'image corporelle mais mon ressenti n'est pas celui du patient. En quoi nos représentations influencent-elles nos prises en soin ? Je m'interroge donc sur le rôle du soignant auprès des patients amputés et la prise en compte des attentes du patient dans l'accompagnement. Et plus généralement, comment accompagner les patients lors d'une modification de l'image corporelle.

Un matin, je suis avec une infirmière qui ne m'a encore jamais vu réaliser la réfection du pansement. Elle me laisse donc en autonomie pour les soins d'hygiène puis me rejoint dans la

chambre pour le pansement. Elle vérifie le matériel que j'ai préparé puis m'indique que je peux commencer mon soin. J'enlève le pansement déjà existant et comme à son habitude, monsieur X me demande comment va sa plaie. N'ayant plus une très bonne vue, il veut qu'on lui décrive l'aspect de sa plaie. Avant que j'aie eu le temps de lui répondre, l'infirmière prend la parole et lui dit « *mouais mouais ça passe* », tout en me faisant une grimace. J'ai interprété cette grimace comme un « *non ça ne va pas du tout* ». J'ai été surprise par cette réponse et n'ai pas compris le mensonge de l'infirmière. Etait-ce pour ne pas inquiéter le patient ? Suite à la réponse de l'infirmière, le patient paraissait d'ailleurs rassuré. Je me suis alors sentie très mal à l'aise car les jours précédents, j'ai été honnête avec monsieur X et je lui avais dit que sa plaie n'était pas très jolie. Il pourrait donc perdre confiance en moi et croire en une amélioration de sa plaie. Ce patient ne voyant pas très bien, l'infirmière aurait-elle eu la même réponse auprès d'un patient bien voyant. Je m'interroge donc sur l'impact de cette vulnérabilité sur la réponse de l'infirmière.

J'ai quand même continué mon soin jusqu'au bout mais je n'osais plus parler, ni regarder le patient. Ce mensonge a heurté mes valeurs personnelles et professionnelles mettant à mal ma relation avec monsieur X.

En dehors de la chambre, je demande à l'infirmière la raison pour laquelle elle n'a pas été honnête avec le patient. Après avoir soufflé longuement, l'infirmière me répond « *tu sais il ne voit plus grand-chose et il n'y a plus vraiment d'espoir, il va finir par être amputé de sa deuxième jambe, ça ne sert à rien de l'affoler. En plus, il a déjà été amputé de son autre jambe donc il sait ce que c'est* ». Sa réponse m'interroge car en ayant pour objectif de rassurer le patient et en voulant le protéger, qu'en est-il des droits du patient ? Monsieur X demande à être informé de l'évolution de sa plaie. Le non-respect de son choix peut-il être justifié et le mensonge a-t-il sa place dans le soin ?

2. Question de départ

Cette situation m'a beaucoup affectée et je ne me suis pas sentie à l'aise suite au mensonge de l'infirmière mais cela m'a permis de faire émerger de nombreux questionnements. Dans ma future profession, je serai amenée à prendre en soin des patients ayant subi une modification de leur image corporelle (amputation, stomie, alopecie...) et je souhaite pouvoir les accompagner du mieux possible. De plus, je m'interroge sur l'impact de la vulnérabilité dans nos prises en soin. C'est pourquoi ma question de départ est :

En quoi la vulnérabilité du patient ayant subi une modification de son image corporelle impacte l'accompagnement du soignant ?

3. Cadre de référence

3.1 L'image corporelle

3.1.1 Image corporelle et schéma corporel

Le mot « corps » prend ses racines du mot latin et signifie, selon le CNRTL, « l'organisme humain », le corps, qui serait donc opposé à l'âme, l'esprit. L'âme vient également du latin « anima ». D'après leur origine, on peut s'apercevoir que l'âme et le corps sont complètement dissociés et même opposés. Le mot image provient lui, selon le dictionnaire de l'académie française, du latin « imago » qui signifie représentation. De ce fait, l'image corporelle signifierait : la représentation de l'organisme humain à proprement parlé, excluant toute dimension psychologique.

Et pourtant, Selon Paul SHILDER (1968), psychiatre et psychanalyste autrichien, dans son ouvrage *L'image du corps*, l'image du corps humain, est définie telle que « *l'image de notre propre corps, que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* ». Il définit donc l'image corporelle comme propre à nous-même, singulière mais surtout qui serait liée à notre esprit, puisque ce serait lui le fondateur de celle-ci. Une autre professionnelle de santé Françoise DOLTO (1984), pédiatre et psychanalyste, explique dans son ouvrage « *L'image inconsciente du corps* » que l'image corporelle ou selon elle, l'image inconsciente du corps, serait liée à l'histoire du sujet et serait largement inconsciente, constituant le support du narcissisme. Elle lie donc également le corps à l'esprit, cette part inconsciente faisant partie du domaine psychologique et donc de l'esprit. De plus, si elle est liée à l'histoire du sujet cela signifie donc qu'elle n'est pas figée, qu'elle peut évoluer dans le temps, en fonction du vécu, mettant de nouveau en lien l'image corporelle et l'esprit.

On peut donc s'apercevoir d'un parallélisme entre la définition de l'image corporelle venant de son étymologie et celle donnée par la suite par des psychanalystes incluant la part psychologique dans sa formation.

Bob PRICE, psychiatre, définit l'image corporelle à travers 3 composantes : le corps réel, le corps idéal et l'apparence.

- **Le corps réel** : est défini comme « *le corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du temps et les agressions du milieu* ». Selon lui, le corps réel

représente donc le corps tel qu'il est. En effet, au cours de la vie le corps subit de nombreux changements d'une part que l'on peut qualifier de « normaux » tel que le vieillissement et d'autre part des changements induits par les aléas de la vie (cancer, accidents, toutes pathologies...) susceptibles de modifier le corps.

- **Le corps idéal** : c'est « *l'image mentale du corps rêvé* ». Il explique qu'elle est influencée par les normes socioculturelles, la publicité et la mode. Ce corps idéal est donc également fondé à travers le regard des autres. Il peut être perturbé en cas de changement du corps réel, pouvant altérer le bien-être physique mais aussi psychologique, créant une différence entre ce corps idéal et ce corps réel.
- **L'apparence** : c'est « *la façon dont on présente son corps au monde extérieur* ». Le corps réel tout comme le corps idéal peuvent influencer cette apparence de façon positive ou négative. Une amputation, par exemple, est une modification du corps réel, à l'encontre du corps idéal et qui va changer l'apparence de ce dernier.

A travers ces trois composantes, Bob PRICE rejoint les deux précédents auteurs en incluant cette part psychologique dans la construction de l'image corporelle et y ajoute même l'importance du regard des autres à travers cette apparence mais aussi ce corps idéal influencé par les autres et les pubs/modes.

Lors de mes recherches sur l'image corporelle, le terme de schéma corporel est souvent apparu, et j'ai donc voulu comprendre le lien qu'il y avait avec.

Pour définir le schéma corporel je me suis appuyée sur un écrit de Véronique DUVAL BISSOUDRE (2019), psychomotricienne et formatrice : « *Schéma corporel, image corporelle et espace-temps* ». Selon elle, le schéma corporel est : « *la représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace et le temps* ». En effet selon elle, le schéma corporel concerne plutôt ce que nous représentons physiquement, le corps d'humain que nous représentons. De plus elle explique que celui-ci se construit pendant l'enfance, grâce à ses expériences sensorielles et motrices et que c'est à partir de 18 mois que celui-ci débute sa construction du schéma corporel représentatif, en prenant conscience de la totalité de sa dimension corporelle.

Françoise DOLTO (1984), dans son même ouvrage : « *L'image inconsciente du corps* », explique que contrairement à l'image corporelle qui est propre à chacun, le schéma corporel est le même pour tous, s'élaborant sur les sensations, ce qui rejoint la définition donnée

précédemment. Elle ajoute que le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace, se structurant par les expériences et les apprentissages. Enfin elle définit l'image corporelle comme quelque chose d'inconscient, en revanche elle déclare le schéma corporel faisant autant partie de notre inconscient que de notre préconscient et conscient.

On peut donc s'apercevoir à travers les écrits de ces auteurs, que le schéma et l'image corporelle sont à distinguer, or ils restent intimement liés. Effectivement l'image de soi commence donc par le schéma corporel que nous nous construisons durant l'enfance. Il représente une base de départ qui est ensuite agrémentée par chacun de nous, par notre histoire et nos expériences émotionnelles ; en lien en parti avec les normes socioculturelles et notre rapport avec le regard des autres. Ceci créant notre image corporelle, tous deux pouvant en parallèle évoluer dans le temps. De plus il est intéressant de constater que l'étymologie du mot corps n'a absolument pas influencé sa représentation dans le temps ainsi que sa considération. En définissant le schéma corporel et l'image corporelle, les auteurs ont expliqué ce lien corps et esprit par l'impact des sensations et des émotions sur le corps, contrairement à son premier sens étymologique. Comme dit précédemment, le schéma corporel et l'image corporelle peuvent tous deux évoluer et donc être modifiés. Dans la prochaine sous partie nous allons aborder la modification de cette image corporelle, ce que c'est et comment ce phénomène peut arriver.

3.1.2 Modification de l'image corporelle

Pour comprendre ce qu'est l'image corporelle modifiée et plus particulièrement en lien avec la maladie, je me suis tout d'abord appuyée sur un article : « *Du corps rêvé au corps réel, un regard clinique porté sur l'image corporelle* », écrit par Léa RESTIVO, Joly AVON et Lionel DANY (2021). Comme vu précédemment, l'image corporelle peut évoluer dans le temps suite à des événements qualifiés de normaux : la puberté, le vieillissement. Cependant, cette modification peut également être due à une pathologie. En effet, les auteurs expliquent que tout facteur susceptible de modifier le corps engendre donc en conséquence, une modification du rapport que les individus entretiennent avec celui-ci. De plus, ils insistent sur un double aspect de cette modification de l'image corporelle. Un aspect psychologique « *car c'est à partir d'une place de sujet que le corps est appréhendé et investi par les patients* » et un aspect social, ils expliquent que c'est l'inscription sociale, culturelle et historique qui construit ce rapport

qu'aura le patient à son corps. Effectivement, pour reprendre les 3 composantes de l'image corporelle de Bob PRICE, l'image se construit à travers le corps tel qu'il est (le corps réel), à travers le corps idéal, rattaché à l'aspect social et psychologique et enfin à travers l'apparence, influencée par le corps idéal et le corps réel. L'image corporelle se fondant d'une façon psychosociale, si celle-ci est modifiée, ces deux dimensions sont donc à prendre en compte.

Sandrine JONNIAUX, Frank HOF et Olivier DUFOUR (2013), tous les trois infirmiers, vont eux aussi aborder la notion d'image corporelle modifiée dans l'article : « *L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée* ». Les auteurs soulignent que l'image corporelle perturbée est un diagnostic infirmier et qu'elle est définie telle que : « *une confusion dans la représentation mentale du moi physique* ». Mais pour pouvoir le diagnostiquer, encore faut-il savoir comment le repérer. Ils vont parler de ce phénomène comme parfois plus ou moins conscient et pouvant être le résultat d'une modification corporelle visible ou invisible, temporaire ou définitive. En effet, cette perturbation peut être due à une amputation, une pathologie psychique ou encore à une « simple » douleur. Les auteurs expliquent également que ces changements corporels peuvent amener à « *une perturbation de l'estime de soi, un sentiment d'impuissance voire une perte d'espoir* ». Les auteurs lient donc la modification de l'image corporelle à la perturbation de l'estime de soi. Afin d'approfondir, j'ai voulu définir ce qu'est l'estime de soi. Pour ce je me suis d'abord appuyée sur le dictionnaire Larousse de la psychologie définissant l'estime de soi ainsi : « *attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine* ». De plus Brigitte GUERRIN (2012), infirmière et cadre de santé formatrice, écrit dans son ouvrage « *Estime de soi* » publié dans « *Les concepts en sciences infirmières* », que l'estime de soi est : « *une donnée fondamentale de la personnalité, il participe à l'équilibre psychique* ». Ces deux définitions démontrent le lien intime entre l'image corporelle et l'estime de soi. En effet l'estime de soi est définie comme la manière dont on se considère et celle-ci va dépendre en partie de l'image corporelle que nous avons, ayant ces deux dimensions psychologique et sociale. Si l'image corporelle est modifiée, la manière dont on se considérera le sera aussi et donc l'estime de soi sera également perturbée.

Afin de concrétiser cette notion d'image corporelle modifiée, je me suis appuyée sur un écrit traitant des patients stomisés : « *Le parcours psychologique du patient stomisé* », de Stéphane FAURY (2022), psychologue et docteur en psychologie. La stomie (abouchement chirurgical

d'un segment du tube digestif à la peau) implique des modifications corporelles visibles et invisibles pour certaines, mais pas seulement. L'auteur explique que l'intervention chirurgicale entraîne : « *une rupture biographique et temporelle dans la vie du patient* » et que les conséquences de cette modification corporelle sont également psychologiques. Il cite : la perturbation de l'image du corps, le trouble de la sexualité, la baisse de l'estime de soi, une symptomatologie anxiodépressive, une diminution de la qualité de vie, etc. On peut constater que dans ce cas, la pathologie induit une modification corporelle jouant un rôle dans la modification de l'image corporelle du patient mais que l'aspect psychologique et social est également impacté. Ces trois dimensions perturbées et modifiées : le physique, le psychologique et le social, mènent à la modification de l'image corporelle, rejoignant les définitions et descriptions précédentes d'une image corporelle modifiée.

Maintenant que nous avons défini ce qu'est une modification de l'image corporelle et le processus entraînant ce phénomène, étant construit à travers une perturbation dans le domaine physique, psychique et social, nous allons étudier les impacts et conséquences que cette image corporelle modifiée engendre.

3.1.3 L'impact de la modification de l'image corporelle

Afin d'étudier l'impact que la modification de l'image corporelle peut avoir sur le patient, je me suis de nouveau servie de l'article de Sandrine JONNIAUX, Frank HOF et Olivier DUFOUR (2013), intitulé : « *L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée* ». Dans cet article, les auteurs vont parler d'un lien étroit entre perturbation de l'image corporelle et perturbation de l'identité. Pour illustrer leurs dires, ils ont donné l'exemple d'un père de famille qui allait sûrement se faire amputer d'une jambe, mais lui, ce qui l'atteignait le plus, ce n'était pas la peur de la perte d'une partie de son membre mais plutôt le fait de ne pas pouvoir parler fort (suite à une fracture de son maxillaire). Ayant pour habitude de crier et d'avoir un ton autoritaire lorsqu'il parle à sa famille, ce changement lui a provoqué une perturbation de son identité « *voire même dans sa fonction (rôle de chef de famille)* ». Cet exemple montre que la modification de l'image corporelle du fait de ne plus pouvoir parler fort a eu un impact sur son identité. Dans ce cas nous en revenons aux aspects psychologiques et

sociaux. Ces deux dimensions étant atteintes en cas de modification de l'image corporelle, il en découle donc que celle-ci a un impact dans la vie socio-psychologique du patient.

Pour pousser ma réflexion je me suis resservie de l'article : « *Du corps rêvé au corps réel, un regard clinique porté sur l'image corporelle* » de Léa RESTIVO, Joly AVON et Lionel DANY (2021). Ces auteurs vont parler de répercussions objectives sous-entendant les répercussions physiques directes et psychosociales comme la qualité de vie ou encore des modifications des interactions sociales. En effet, lors d'une amputation d'un membre par exemple, il va y avoir un impact physique, avec un aspect fonctionnel altéré, mais cette modification de l'image corporelle va également avoir un impact sur l'aspect psychologique du patient en rapport avec ce déséquilibre entre corps idéal et corps réel et un impact sur sa vie sociale voire professionnelle (ne pourra pas forcément participer à toutes les activités de groupe et selon le travail exercé il peut même devoir changer de poste ou de profession). En revanche les auteurs insistent sur : « *l'investissement préalable du patient dans son image corporelle* », la place initiale que le patient donne à son image corporelle. Ils expliquent qu'il faut tout d'abord replacer cette image corporelle dans la vie singulière du patient. Pour appuyer leur dire ils vont utiliser le modèle cognitivo-comportemental du développement et des expériences liées à l'image corporelle proposé par Cash (psychologue clinicien américain) renvoyant à l'une des deux sous-composantes de l'image corporelle : « *l'investissement vis-à-vis de l'apparence ou de certains attributs physiques* ». Les auteurs expliquent que cela permet d'aller plus loin que : « *la seule identification d'un écart perçu entre corps d'avant et corps actuel et qu'elle éclaire le degré d'importance que les individus y accordent* ». Ce modèle met en avant la singularité du vécu et de l'histoire du patient, engendrant donc un impact de cette modification corporelle, propre à chaque patient en rapport avec sa vie et le rapport individuel qu'il entretient avec son corps. De plus, Léa RESTIVO, Joly AVON et Lionel DANY ajoutent un autre facteur influant ce rapport que le patient a avec son image corporelle : le contexte socio-culturel et historique ; afin de comprendre l'influence de l'esthétique dans le vécu de la pathologie et de ses répercussions corporelles. En effet ils définissent l'insatisfaction corporelle comme le fruit des relations entretenues entre corps idéal et corps réel mais faisant également l'objet de régulations sociales.

La modification de l'image corporelle va donc impacter le patient dans sa globalité, que ce soit physiquement, psychologiquement, socialement voire professionnellement. Or cet impact

multidimensionnel va avoir différents degrés selon les domaines mais surtout selon le patient et cette relation qu'il entretient avec son image corporelle.

Simon LORRIOT (2020) psychologue clinicien, va aborder le deuil engendré par cette modification corporelle dans son ouvrage : « *L'irruption de la maladie et le deuil du corps bien portant* » publié dans « *Le corps dans les soins* ». Selon lui, le deuil de façon générale, est : « *l'ensemble des réactions consécutives à la perte d'un objet d'attachement* ». Il explique que la maladie, quelle qu'elle soit, provoque une rupture avec le corps d'avant, celui dit de « bien portant » et celui d'après engendrant des « *mouvements psychiques dans la façon de se le représenter* ». Et donc pour Simon LORRIOT, le deuil du corps bien portant commence par un travail psychique de renoncement lié à l'image du corps. Renoncer à son corps d'avant (avant la maladie) et investir son nouveau corps et celui d'après. S'appuyant sur la définition de l'image corporelle de Françoise DOLTO (1984), qui la qualifie de support du narcissisme, l'auteur explique l'apparition d'épisodes dépressifs accompagnant la restructuration psychique de l'image corporelle. Il explique également que ces temps sont nécessaires coïncidant avec le désinvestissement du corps perdu. En effet la modification de l'image corporelle, quelle qu'elle soit et quelle que soit l'importance que le patient lui donne, engendre un deuil de son image corporelle passée.

Afin de poursuivre avec l'exemple utilisé précédemment, je vais étudier l'impact de la modification corporelle chez un patient stomisé. Pour ce je vais de nouveau utiliser l'article de Stéphane FAURY (2022) : « *Le parcours psychologique du patient stomisé* ». L'auteur souligne, que de nos jours l'image corporelle joue un rôle essentiel et qu'une image du corps négative peut mener à un isolement social et à de l'anxiété. Suite à une stomie, Stéphane FAURY explique que les patients peuvent se sentir moins attirants, adapter leurs tenues vestimentaires pour cacher au maximum la stomie. De plus, les stomies peuvent provoquer des émissions de gaz non contrôlées, par exemple, empêchant certaines personnes de se rendre au cinéma ou au restaurant. L'auteur parle d'une rupture biographique dans la vie du patient qui nécessite un deuil de son ancien corps et de son ancienne vie. Effectivement, cet exemple de modification corporelle démontre l'impact sur l'image corporelle du patient, puis l'impact que cette modification de l'image corporelle a sur le patient que ce soit sur le plan physique, psychique ou socioprofessionnel. De plus l'auteur va également parler de cette notion de deuil, rejoignant les écrits de Simon LORRIOT (2020).

Ces différents écrits m'ont permis d'étudier l'impact de la modification sous différents angles mais se rejoignant sur le fait que la modification de l'image corporelle impacte le patient dans différents domaines engendrant donc un deuil de cette ancienne vie et non seulement de ce corps perdu.

Le patient subissant une perturbation, une modification de son image corporelle est un patient en deuil ; avec une vie personnelle, sociale et professionnelle également perturbée par les retentissements de la maladie ou des traitements. En première ligne face à ces patients en deuil et ayant une vie globalement perturbée, nous retrouvons l'équipe soignante. Il est donc intéressant de s'interroger sur l'accompagnement de ces patients.

3.2 L'accompagnement

3.2.1 Définitions

Avant d'introduire cette notion dans le domaine du soin, j'ai trouvé important de la définir et d'en comprendre son sens de manière générale. Je me suis tout d'abord appuyée sur des définitions provenant de dictionnaire. Je me suis servie du dictionnaire Le Robert afin de définir le terme accompagnement. Il est donc défini tel que « *le fait de soutenir, d'assister quelqu'un* ». Pour approfondir sa définition, j'ai voulu chercher le sens que lui donne certains auteurs et professionnels.

Lors de mes recherches sur le concept d'accompagnement, je suis immédiatement tombée sur des écrits de Maela PAUL (2012), Docteur en sciences de l'éducation et faisant figure de référence au regard du concept d'accompagnement. Je me suis donc servie d'un de ses ouvrages : « *La démarche d'accompagnement, repères méthodologiques et ressources théoriques* ». L'auteur de la préface rappelle la définition que Maela PAUL donne de l'accompagnement. Selon elle, il s'agit de « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui et à son rythme* ». Maela PAUL explique que l'accompagnement implique une certaine posture, qui va être guidée par l'éthique (fondement de l'accompagnement). Elle va donner la définition de l'éthique suivante : « *ensemble de fins et de principes destinés à orienter l'action globale d'un sujet dans son existence concrète* ». En effet comme le souligne Maela PAUL, l'éthique se trouve à la base de l'accompagnement, questionnant la responsabilité, la liberté et l'existence des autres. En outre, pour elle accompagner c'est davantage une question

à vivre plutôt qu'à résoudre : « *comment être en relation avec celui qui demande ou qui doit être accompagné ?* » sans oublier la singularité de celui-ci, liée à la personne, à la situation et au contexte. En plus de la définition que donne Maela PAUL, elle insiste sur la posture que doit avoir l'accompagnateur vis-à-vis de l'accompagné en lien avec l'éthique, la responsabilité et donc le rôle qui en découle.

Pour approfondir sur cette notion d'éthique, étant le fondement de l'accompagnement d'après Maela PAUL, je me suis appuyée sur un article de Martine BEAUVAIS (2004), enseignant-chercheur en sciences de l'éducation, s'intitulant « *Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement* » publié dans « *Savoirs* ». Dans un premier temps, Martine BEAUVAIS donne sa définition de l'accompagnement : « *démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts* ». De plus elle explique qu'« *accompagner l'autre en tant que « sujet* » revient alors à *l'appréhender en tant que personne singulière, personne qui se construit, qui se « pro-jette », qui agit et s'assume dans un environnement donné* ». A travers cette manière de définir l'accompagnement, l'auteur se rapproche de la définition donnée par Maela PAUL. En effet, nous pouvons retrouver cette notion de singularité de l'accompagnement. Martine BEAUVAIS ajoute que « *toute pratique d'accompagnement se doit d'être pensée et agie au regard des singularités contextuelles propres à l'accompagné* ». Ensuite, l'auteur nous parle de principes éthiques, et parmi eux : la responsabilité. En effet elle explique que dans une relation accompagné-accompagnateur, les deux ont singulièrement des responsabilités envers eux-mêmes et envers autrui, or dans cette relation ils ont tous deux une responsabilité mais à échelle différente. Elle étaye sa réflexion expliquant que l'accompagnateur pousse le sujet accompagné à se développer, s'autonomiser et donc par conséquence à être davantage responsable. De plus l'accompagnateur est également responsable des actes et des choix vis-à-vis de cet accompagnement et donc des répercussions qu'il y aura sur l'accompagné. D'autre part, Martine BEAUVAIS souligne la responsabilité de l'accompagné dans la façon dont elle va choisir ce qu'elle fait de ce « *cadre d'accompagnement* » qu'il lui est présenté. Dans cet article, c'est intéressant, l'auteur soulève la responsabilité des deux parties de cet accompagnement, même s'ils sont à échelle différente ; ce que nous ne retrouvons pas dans l'écrit de Maela PAUL qui a davantage insisté sur le côté accompagnateur.

Pour finir j'ai utilisé un article : « *Ce qu'accompagner veut dire* », publié dans « *Psychologisation de l'intervention sociale : enjeux et perspectives* », écrit par Eric

GAGNON, Pierre MOULIN et Béatrice EYSERMANN (2011). Dans cet article les auteurs ont abordé l'accompagnement à travers divers secteurs de pratique. D'après eux, « accompagnement » renvoie à « *ne plus vouloir faire à la place de la personne, mais lui permettre d'exercer par elle-même un contrôle plus grand sur sa vie* », « *une promotion de l'autonomie* ». Encore une fois cette vision rejoint les définitions de l'accompagnement données précédemment. De plus, les auteurs vont citer les travaux de Cantelli et Genard et d'Ion, Laval et Ravon dans lesquels ils expliquent que cette pratique a pour but de « *restaurer la dignité et la confiance de la personne vulnérable et souffrante, par le biais d'une relation centrée sur l'écoute* ». Par ces écrits nous pouvons retrouver la notion de rôle et de responsabilités évoqués antérieurement à travers le but instauré par ces auteurs. Ce qui rejoint Maela PAUL (2012) lorsqu'elle explique qu'accompagner engage une certaine posture. Enfin, Eric GAGNON, Pierre MOULIN et Béatrice EYSERMANN, d'après l'analyse de leur étude, ont fait émerger six dimensions par lesquels les pratiques d'accompagnement s'apparentent ou se distinguent, parmi les différents secteurs de pratique : le souci de l'autre, l'individualisation de la relation, l'approche globale, le travail sur soi, l'autonomie et l'intégration sociale. Par la suite, nous étudierons l'accompagnement dans le secteur du soin ; il sera donc intéressant d'observer si ces six dimensions apparaissent.

Les définitions données par ces différents auteurs de l'accompagnement au sens large se rejoignent. Elles traduisent l'accompagnement comme une véritable relation, dont l'accompagnateur ne fait pas « à la place de » mais plutôt soutient, fait avec lui et à son rythme ; nécessitant une adaptation et donc une singularité de l'accompagnement. De par sa posture, l'accompagnateur a un rôle et des responsabilités. De plus, l'accompagné est placé au centre de cet accompagnement et il a lui aussi des responsabilités vis-à-vis de la réponse qu'il amènera face à l'accompagnement proposé.

A présent, la définition de l'accompagnement donnée, je vais pouvoir me pencher sur ce qu'est l'accompagnement dans le secteur du soin, l'accompagnement d'un patient.

3.2.2 L'accompagnement dans le soin

Lorsque nous parlons d'accompagnement dans le soin, nous parlons donc d'accompagnement de patients.

Afin d'entamer ma réflexion autour de l'accompagnement dans le soin, je me suis tout d'abord servie d'un article de Maela PAUL (2012) : « *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient* », publié dans « *Recherches en soins infirmiers* ». Maela PAUL, reprend sa définition de l'accompagnement « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* » et en détaille les trois éléments le constituant. Elle explique que « *se joindre à quelqu'un* » inscrit premièrement le principe de relation dans cet accompagnement, en effet elle souligne qu'« *être avec* » implique de se rendre disponible, présent, d'être attentif. Ensuite, « *pour aller où il va et en même temps* » traduit que le mouvement ainsi que la direction sont réglés à partir d'autrui et cela suppose également que celui qui accompagne doit s'accorder, s'adapter à celui qui est accompagné, être à son rythme. De ce postulat, l'auteur expose que pour que cette relation se fasse « *sous le signe de la coopération, les deux personnes doivent se percevoir comme compétentes et percevoir l'autre de la relation comme compétent* ». Cela rejoint également cette notion de confiance, que Maela PAUL déclare comme nécessaire, devant être mutuelle, pour que les personnes engagent autocontrôle et autonomie. Elle explique que c'est pour cela qu'une grande importance est donnée au développement du lien entre le patient et le soignant, et qu'il est le moteur d'un accompagnement singulier. De plus, elle rappelle qu'afin d'être « *au plus près des personnes accompagnées, les professionnels sont attentifs à restaurer la confiance en soi, l'image de soi* », car en effet, elles sont souvent perturbées chez les patients de manière générale comme expliqué dans la première partie. L'auteur énonce deux types d'accompagnements ainsi qu'une double visée : « *d'une part un accompagnement dit « accompagnement/maintien » à dominante sociale et relationnelle impliquant d'assurer une présence auprès d'une personne dans une situation existentielle et d'autre part un « accompagnement/visé », consistant à dynamiser cette personne dans la réalisation d'un projet. Par ailleurs tout accompagnement est doté d'une double visée : l'accompagnement « productif » (à visée productive) se décide comme investissement et s'apprécie comme résultat, et l'accompagnement « constructif » (à visée constructive) se réalise dans le projet d'autonomisation de son porteur et s'apprécie comme enrichissement* ». A travers ces deux types d'accompagnement et cette double visée, nous pouvons nous apercevoir qu'accompagner englobe autant la personne elle-même (son besoin d'autonomisation, de présence) que la vie de la personne de manière générale (réalisation d'un projet). De même que nous l'avions évoqué dans la partie précédente, Maela PAUL décrit qu'accompagner implique pour celui qui accompagne une véritable posture suscitant une

certaine responsabilité. Dans son ouvrage, l'auteur développe cinq caractéristiques de l'accompagnement :

- Une posture « éthique » : elle explique que l'accompagnateur doit toujours se trouver dans une posture réflexive et critique permanente permettant de ne pas franchir la barrière de la substitution (faire et dire à la place de).
- Une posture de « non-savoir » : l'auteur explique que dans cette relation d'accompagnement, le professionnel ne doit plus uniquement se référer à ses savoirs mais plutôt aux résultats des échanges avec l'accompagné. Cela permet de « *s'ouvrir aux savoirs et vérités construits par les échanges et dialogues en situation* ». En revanche, Maela PAUL rappelle que le « non-savoir » ne veut pas dire « ignorance » ou rester neutre mais cette posture stimule une recherche mutuelle ainsi qu'un esprit plus ouvert tandis que « *lorsque les certitudes dominent, elles rétrécissent et limitent les possibilités* ».
- Une posture de « dialogue » : comme nous l'avons précédemment exprimé, les échanges et dialogues contribuent à s'ouvrir à des savoirs et vérités autres que ceux relevant de la profession. De plus ce sont ces situations de dialogues qui permettent de sortir du cadre institutionnel (professionnel-patient), d'humaniser et de personnaliser cet accompagnement.
- Une posture d'« écoute » : « *L'écoute désigne un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagée du sens* ». Maela PAUL décrit l'écoute comme la clé du questionnement du rapport à la réalité dans laquelle ils sont, un processus permettant la remise en question.
- Une posture « émancipatrice » : la relation d'accompagnement est présentée ici comme « *une opportunité, pour l'un comme pour l'autre de « grandir en humanité »* ».

A travers ces postures, le rôle et les responsabilités du soignant sont davantage explicites. Or l'auteur ne parle pas seulement de la responsabilité du soignant dans cet ouvrage mais également de celle du patient. Le patient, étant acteur de sa relation d'accompagnement, est responsable de l'établissement de son projet et du rythme auquel il avance. Cette démarche inscrite dans le but que le patient soit autonome et donc responsable de sa santé. Pour Maela PAUL, l'accompagnement dans le soin « *introduit une dimension existentielle à l'écoute du patient, de la reconnaissance de ses besoins et de ses ressources mais aussi de ses difficultés pour accepter sa condition* ». En effet le soignant accompagne le patient dans le projet d'un

futur, mais il l'accompagne également dans le deuil de sa situation passée. Dans sa conclusion, l'auteur souligne les risques encourus ainsi que la responsabilité qui « *pèse sur les professionnels* » et d'autant plus s'ils ne sont pas eux-mêmes accompagnés.

Afin de poursuivre, je me suis appuyée sur un article de Anne-Marie MOTTAZ (2012), infirmière-puéricultrice et Docteur en sciences de l'éducation : « *Accompagnement* » publié dans « *Les concepts en sciences infirmières* ». Dans cet article, l'auteur reprend la posture éthique que doit avoir le soignant, traduisant la réflexivité et le respect du patient vis-à-vis de son passé ou de son projet. Ensuite, Anne-Marie MOTTAZ développe le rôle de l'accompagnateur en déclarant que celui-ci doit favoriser l'interaction et s'adapter à l'évolution de la situation. De plus, selon elle, la personne qui accompagne est « *à l'écoute, disponible, elle garde une juste distance et s'intéresse en priorités aux aspects positifs de la personne accompagnée* », cela rejoint grandement l'écrit de Maela PAUL (2012) parlant de posture d'écoute et de se rendre disponible. Enfin, la personne qui accompagne doit se trouver dans une relation singulière où elle valorise l'autre et préserve son autonomie. Anne-Marie MOTTAZ souligne également que pour réaliser cet accompagnement le soignant doit s'appuyer sur ses ressources et sur ses compétences. Or, comme nous l'avons vu juste au-dessus, les certitudes limitent les possibilités, d'autant plus que cet accompagnement est singulier. Ces ressources et compétences seraient donc des outils à utiliser avec parcimonie et pertinence au regard de la situation. Pour l'auteur « *les pratiques d'accompagnement s'inscrivent dans un contexte de soins où les soignants sont en recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels* ».

Enfin, j'ai utilisé un article de Michel FONTAINE (2009), infirmier, intitulé « *Accompagner, un lieu nécessaire des soins infirmiers...* » publié dans « *Pensée plurielle* ». L'auteur base sa réflexion en partant du postulat que : « *soigner c'est obligatoirement accompagner* ». Il soutient son affirmation expliquant qu'à l'apparition d'un dysfonctionnement lors d'un processus de maladie, qu'elle soit physique ou mentale, le soignant et donc souvent l'infirmier, devra « *analyser la situation et s'engager dans une démarche adaptée pour stimuler, renforcer, favoriser, restaurer les « forces vitales »* ». De plus, il cite Marie-Françoise COLLIÈRE (historienne, enseignante en soins infirmiers, militante de la cause des femmes soignantes et nommée « expert en soins infirmiers » en santé publique en 1973) pour parler de soins d'accompagnement. En effet, les soins d'accompagnements, tels que les soins d'accompagnement de soutien ou bien ceux que l'on catégorise de soins de confort sont

« indispensables ». De ce fait, Michel FONTAINE explique que cette nécessité procure aux soins d'accompagnement « *un statut positif au sens scientifique du terme* » mais que c'est également elle qui responsabilise la posture d'accompagnateur. D'autre part, l'auteur rappelle qu'accompagner un patient c'est prendre en compte toutes ses dimensions physiologiques, psychologiques, sociales et spirituelles. En effet, pour que l'accompagnement soit singulier et centré sur le patient, le soignant doit adapter sa manière d'accompagner en fonction du sujet nécessitant un accompagnement, de sa situation personnelle et professionnelle, et de ses croyances et désirs. Ensuite Michel FONTAINE, suppose que l'accompagnement infirmier est à « *l'interface de trois formes de responsabilités : primaire, substitutive et constitutive* ». La responsabilité primaire correspondrait alors au rôle propre de l'infirmier, « *en amont du pathologique et de la maladie* ». Cette responsabilité serait donc en lien avec tous les soins que nous pouvons procurer sans prescription médicale tels que les soins de confort ou un soutien psychologique. La responsabilité substitutive, décrite comme étant transitoire mais indispensable, serait celle permettant d'avoir un accompagnement adapté et réfléchi suite à une substitution sociale (famille, proches), suscitant un savoir culturel et social. Enfin, la responsabilité constitutive serait celle permettant au patient de s'identifier dans sa « *substance première* » et ce, en partie grâce aux soins de confort remettant l'accent sur le « *prendre soin de la vie* ».

A travers tous ces écrits nous pouvons nous rendre compte de la complexité de ce que signifie accompagner dans le domaine du soin. Tout d'abord par la singularité de cet accompagnement, vis-à-vis du patient, de son vécu, de son ressenti, etc. Mais également de par la responsabilité que l'accompagnateur a vis-à-vis de celui qu'il accompagne.

3.2.3 L'accompagnement d'une personne ayant subi une modification de son image corporelle

A présent, nous avons défini ce qu'est accompagner et plus précisément dans le domaine du soin. Cela me permet donc d'approfondir mes recherches sur ce qu'est l'accompagnement des personnes ayant subi une modification et perturbation de leur image corporelle.

Pour ce faire j'ai tout d'abord réutilisé un article précédemment exploité : « *L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée* » écrit par Sandrine JONNIAUX, Frank HOF et Olivier DUFOUR (2013). Tout en expliquant l'impact que va avoir cette image corporelle modifiée, les auteurs rappellent le rôle premier du soignant : « *« d'être avec » la personne soignée durant les périodes de transition où elle affronte la maladie, de lui administrer des soins comme à sa famille si nécessaire* ». En effet les patients vivant une modification de leur image corporelle vont devoir, selon eux, adapter leur image corporelle ainsi que leur concept de soi et leurs rôles sociaux. Sans oublier la famille et l'entourage, devant, eux aussi s'adapter aux perturbations corporelles de cette personne. La question que les auteurs se posent est donc « *comment aider la personne à intégrer ces changements corporels et à retrouver une image corporelle satisfaisante d'elle-même ?* ». Pour y répondre les auteurs vont citer Callista ROY (une des auteurs infirmières ayant développé le concept d'image corporelle) et son modèle de l'adaptation appliqué aux soins infirmiers. Ce modèle repose sur le fait que la personne présente quatre modes d'adaptation : les besoins psychologiques, l'image de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance. De plus, les trois derniers modes d'adaptation sont regroupés en un thème : adaptation psychosociale. Callista ROY précise que le mode « image de soi » repose sur l'intégrité psychique, favorisant les liens internes et externes de la personne. L'accompagnement de l'infirmier semble donc être autant physique que psychique. Pour aller plus loin dans l'accompagnement de ces patients, les auteurs de cet article se sont penchés sur une réflexion réalisée aux hôpitaux universitaires de Genève portant sur la problématique de l'image corporelle perturbée. De cette réflexion en est ressorti un outil relationnel : l'approche corporelle. Celui-ci permettrait de répondre à des besoins réels, exprimés par les patients et les soignants. Les auteurs ont alors exploré les différentes médiations corporelles telles que le toucher, les massages, la relaxation..., procurant, selon eux, une expérience corporelle et visant une meilleure intégration des aspects physiques et psychiques, « *elles peuvent aider la personne à se réapproprier son propre corps, sa propre histoire de vie et retrouver ainsi un état de bien-être satisfaisant* ». Enfin, les auteurs exposent le sujet de l'intimité et de la sexualité. Ils décrivent de nombreuses études montrant que ce sujet paraît trop intime pour l'aborder avec le patient. Pourtant, les patients se préoccupant de ce sujet, il leur paraît important que les professionnels en parlent et qu'ils le prennent en compte dans l'accompagnement d'une personne ayant une image corporelle perturbée.

Pour continuer, je me suis de nouveau re-servie d'un article : « *Du corps rêvé au corps réel, un regard porté sur l'image corporelle* », écrit par Léa RESTIVO, Joly AVON et Lionel DANY (2021). Comme précédemment exprimé, les auteurs expliquent que « *l'enjeu du corps malade est à penser dans sa double composante psycho-sociale* ». De ce fait, ils exposent que cette double composante doit-être prise en compte « *dans le repérage des perturbations de l'image corporelle et l'accès à des soins dédiés* ». Selon eux, plusieurs éléments peuvent mener à l'identification d'une image corporelle modifiée tels que : les modalités d'expression, les conséquences sur l'individu en termes d'estime de soi, de sentiment de contrôle et d'espoir, les facteurs favorisant sa survenue. Tout en appuyant sur « *le rapport préalable des individus à leur corps ou les idéaux corporels socialement partagés* ». En effet avant de pouvoir accompagner le patient il faut avoir repéré cette perturbation de son image corporelle, mais surtout une perturbation qui sera unique du fait de la singularité de la personne. Effectivement, les auteurs relèvent la disparité des préoccupations liées à l'image corporelle ainsi que les spécificités des différents contextes de modification de l'image corporelle. Afin de poursuivre, les auteurs ont choisi d'aborder les soins sociaux-esthétiques. Ils expliquent que ces soins visent un « *accompagnement corporel de la souffrance ainsi qu'une reconstitution de l'image de soi et de la dignité* ». Ils expliquent également que le socio-esthétique place le toucher au centre de cette pratique ; comme nous avons pu le voir dans l'article précédent, le toucher peut avoir une place importante dans la réappropriation de son corps. Pour Léa RESTIVO, Joly AVON et Lionel DANY le toucher constitue « *dans ce contexte d'objectivation du corps, un rappel du lien avec le monde extérieur* ». Pour finir, les auteurs se sont interrogés sur l'expérience du soignant face à un corps malade et son propre rapport au corps. Ils en ont conclu que cela paraissait important de prendre en compte la perspective du soignant, son expérience du rapport au corps des patients et du rapport à son propre corps, pour par la suite pouvoir prêter attention à d'éventuelles perturbations de l'image corporelle vécues par les patients. Cela rajoute donc une dimension supplémentaire à prendre en compte lors de l'accompagnement d'un patient ayant subi une modification de son image corporelle.

Ensuite, pour étendre mes recherches, je me suis servie, de nouveau, d'un article de Sandrine JONNIAUX, Frank HOF et Olivier DUFOUR (2013) : « *L'image corporelle perturbée, quels objectifs et interventions en soins infirmiers ?* ». Pour entamer leur réflexion, les auteurs partent du postulat que considérer le patient dans sa globalité revient à « *proposer un soin qui ouvre un espace d'expression (prendre soin du corps tout en se préoccupant du vécu de la*

personne) ». Cela rejoint les articles précédents, pointant du doigt un accompagnement singulier. De ce fait, selon les auteurs, le soin relationnel représente la « *trame des interventions* ». En effet, ils expliquent que c'est tout d'abord ce qui mène à une relation de confiance, nécessaire dans une relation de soin mais que de plus, « *il s'agit de proposer à la personne soignée des moyens de découvrir les possibilités qui lui sont propres afin de résoudre ses problèmes* ». Ils qualifient même ce soin relationnel comme indispensable dans l'accompagnement d'une personne ayant subi une modification de son image corporelle. Le soin relationnel permet, dans une relation de confiance, de s'intéresser au vécu de la personne pour ensuite pouvoir adapter son accompagnement. Les auteurs ont relevé plusieurs interrogations concernant le vécu de la personne pouvant mettre en lumière ses besoins : sa façon de vivre la maladie, ses sentiments et émotions, ses représentations, ses sensations corporelles du moment dans l'ensemble du corps, la place du corps, les événements ayant pu s'inscrire dans le corps, l'activité physique et sportive, les parties du corps les plus et les moins investies, la manière et les mots utilisés pour parler du corps et l'impact sur son identité. Les réponses pouvant être multiples, les objectifs de soins peuvent donc l'être eux aussi, sans oublier les besoins des proches également. Les auteurs expliquent qu'« *aider la personne à développer des compétences adaptées à ses possibilités et à ses motivations participe à améliorer la perception d'elle-même* ». Pour cela, ils rappellent la nécessité d'évaluer avec la personne ses capacités, de mettre en valeur les aptitudes existantes et de les coordonner avec sa réalité ; mais aussi « *la valoriser, l'aider à renforcer l'estime d'elle-même, fixer de nouveaux objectifs et assurer la continuité de l'apprentissage en trouvant des relais constituant autant d'aides possibles pour l'atteinte de ses objectifs* ». De plus, ils abordent l'autonomie via l'apprentissage des soins, comme pouvant permettre au patient de mieux intégrer sa nouvelle image corporelle voire de se l'approprier. Ensuite, Sandrine JONNIAUX, Frank HOF et Olivier DUFOUR parlent d'intervention pour aborder les différentes approches pouvant être proposées aux patients ayant une image corporelle modifiée. Ces interventions, énoncent-ils, doivent se construire et s'adapter « *continuellement, à partir des éléments importants pour la personne* ». Parmi-elles, les auteurs accordent une importance particulière aux soins corporels : « *ces interventions mettent en avant l'humain au plus profond de son intimité* ». Selon eux, des premiers soins de base peuvent contribuer à une image de soi plus positive, tels que « *la toilette, l'utilisation d'un savon parfumé, d'une eau de toilette...* ». Ils expliquent qu'au cours d'une « simple » toilette, le patient peut se reconnecter avec son corps, le toucher, mais aussi

reconnaître ses compétences et mobiliser ses ressources. Nous en revenons encore une fois au toucher. Et en effet par la suite, les auteurs déclarent que le toucher, pratique psychocorporelle « *contribue à restaurer une image de soi puisque la peau est à la fois contenant et contenu* ». De plus, ils expliquent qu'elle est également utilisée pour maintenir une communication et des liens, la mémoire affective étant celle la plus longtemps préservée.

J'ai précédemment évoqué le terme d'image corporelle positive. Ce qui est en effet l'objectif de l'accompagnement d'une personne ayant une image corporelle modifiée : qu'elle puisse avoir une image positive d'elle-même. Pour explorer ce concept, je me suis appuyée sur un écrit par Franziska WIDMER HOWALD (2016), publié par la Promotion de Santé Suisse : « *Image corporelle positive, notions de base, facteurs d'influence et conséquences* ». Tout d'abord, l'auteur définit le fait d'avoir une image corporelle positive comme la fait de se sentir bien dans son corps et en être satisfait, « *indépendamment de son poids, sa silhouette ou de ses imperfections* ». De plus, il rappelle pourquoi il est important de soutenir le développement d'une image corporelle positive. Celui-ci explique qu'une image corporelle positive contribue à un bien être physique et psychique, ayant un impact sur l'estime de soi, l'acceptation de soi et l'hygiène de vie (alimentation et activité physique). L'auteur soutient que l'image corporelle, l'estime de soi, l'acceptation de soi et l'hygiène de vie sont étroitement liés. Une personne ayant une image corporelle positive serait donc plus susceptible d'avoir une bonne estime de soi, une meilleure acceptation de soi ainsi qu'une meilleure hygiène de vie (de meilleures habitudes alimentaires, une attitude plus saine vis-à-vis de l'activité physique) et inversement. Quatre facteurs alors importants à prendre en compte lors de l'accompagnement d'un patient ayant subi une modification de son image corporelle.

Enfin, je vais reprendre l'exemple utilisé les fois précédentes « *Le parcours psychologique du patient stomisé* », écrit par Stéphane FAURY (2022). L'auteur reprend cette notion de deuil, de son ancien corps, de son ancienne vie et cite cinq étapes de ce deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Il explique que le parcours de ce deuil n'est pas identique à tous les patients mais qu'il est important de repérer où en est le patient afin de pouvoir ajuster l'accompagnement « *en s'adaptant à son rythme et ses besoins* ». Dans le cas de la stomie, l'auteur explique que le patient doit faire face à des modifications visibles mais également invisibles. De ce fait le soignant peut « *accompagner le patient à regarder sa stomie, à la toucher, à verbaliser ses ressentis, puis à maîtriser les soins afin de renforcer son sentiment de contrôle* ». Nous retrouvons ici les éléments évoqués dans les articles précédents tels

qu'établir une relation de confiance afin d'échanger autour du sujet, instaurer une autonomisation des soins afin de réassurer le patient ainsi que la pratique du toucher, exploré à de nombreuses reprises. De plus, Stéphane FAURY précise que la représentation que les patients ont de leur stomie, étant singulière chez chaque patient, doit être identifiée et repérée par les soignants afin de comprendre leurs réactions comportementales et émotionnelles et d'ajuster son accompagnement. Enfin, l'auteur aborde le sujet de la sexualité, restant selon lui un sujet tabou. Chez ces patients, au-delà de l'aspect physique, il explique que la barrière peut être également psychologique par « *peur de ne pas être séduisant, d'être confronté à des problèmes avec la stomie, peur de l'échec, ...* ». Or, c'est un sujet, déclare-t'il, dont les patients n'osent pas, habituellement, en parler. Et en outre, ce n'est pas non plus un sujet évoqué par les soignants. Cette problématique avait déjà été soulignée antérieurement.

D'après ces différents ouvrages, accompagner une personne ayant subi une modification de son image corporelle se ferait donc par différentes étapes. Tout d'abord établir une relation de confiance avec le patient, afin de pouvoir échanger et déterminer où se situe le patient dans son deuil, l'importance qu'il donne à son image corporelle et à cette modification ainsi que ses compétences et ses besoins ; de manière à pouvoir avoir un accompagnement le plus singulier possible et au plus proche des attentes du patient. Ensuite le soignant doit pouvoir, par le biais de son rôle propre mais aussi à travers de nombreuses médiations possibles, accompagner le patient afin qu'il puisse se réapproprier son corps et restaurer une image corporelle positive, par lui-même. Parmi ces différents soins possibles, la pratique du toucher, pouvant se retrouver dans les soins de base comme dans des pratiques plus spécifiques, a été de nombreuses fois rapportée, comme étant d'une grande vertu dans l'accompagnement d'une personne vivant une perturbation de son image corporelle. Enfin, dans plusieurs écrits nous retrouvons le manque d'attention porté à la question de l'intimité et de la sexualité, non abordée par les soignants et dont les patients n'osent sûrement pas évoquer.

4. Enquête exploratoire

4.1 Méthodologie

4.1.1 Présentation de l'outil

Mon enquête exploratoire a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs et individuels. Les entretiens semi-directifs permettent d'avoir un fil conducteur, grâce à des questions générales, permettant aux professionnels interrogés de pouvoir développer leurs réponses ; mais aussi de d'illustrer les propos et de faire préciser à l'aide de questions de relance. L'objectif de ce type d'entretien étant de récolter des informations apportant des réponses à des questions et de collecter des données. Ces entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien permettant d'aborder l'ensemble de mes questionnements. Celui-ci a été testé et validé en amont par ma directrice de mémoire.

J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels afin que les soignants puissent répondre librement à mes questions ; cela pouvant permettre d'être plus honnête, la notion de jugement ou de honte étant complètement exemptée. J'ai donc demandé à ce que les entretiens soient réalisés dans une pièce plutôt isolée des allées et venues du personnel et plutôt calme.

Chaque entretien a été enregistré via mon téléphone portable, sous l'accord du professionnel interrogé afin de pouvoir retranscrire nos discussions en annexe de mon mémoire mais surtout pour être davantage à l'écoute et attentive à ce que me dit le professionnel de santé. En revanche l'anonymat des soignants a été préservé afin qu'ils se livrent en toute confiance.

4.1.2 Population choisie

Par rapport à ma situation, j'ai interrogé des professionnels infirmiers car ce sont mes pairs. De plus, ce sont eux, souvent en binôme avec les aides-soignants, qui se retrouvent le plus au contact des patients concernés par mon sujet mais aussi de manière générale. En outre, je dois acquérir les mêmes compétences qu'eux, ce sont donc eux, les plus à même à répondre à mes interrogations vis-à-vis de ma situation et de mon futur rôle infirmier.

J'ai pu interroger 4 infirmières, soit deux par lieu d'investigation, ayant une expérience professionnelle, une ancienneté dans le service et un âge différent. Cela m'a donc permis d'obtenir des réponses différentes et de pouvoir comparer les définitions qu'ils ont chacun des concepts traités, leurs avis et ressentis et s'ils diffèrent. Cette disparité m'a permis également d'analyser si leur discours est influencé davantage par leur âge ou bien par leur expérience professionnelle.

4.1.3 Lieux d'investigation

Pour conduire cette enquête exploratoire, je me suis rendu dans un service de chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique et chez les grands brûlés. Les soignants de ces services et plus particulièrement les infirmiers, sont constamment en contact avec des patients vivant une modification de l'image corporelle. Ils me paraissaient donc les mieux placés pour répondre à mes questions. De plus, j'ai choisi ces lieux d'investigations car les patients de ces deux services, similairement, doivent faire face à une modification de leur image corporelle. Mais chez les grands brûlés, les patients arrivent dans le service par « contrainte », suite à un accident, la démarche de soin n'est pas de leur initiative. Tandis que les patients se trouvant en service de chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique sont venus de leur plein gré, leur démarche est personnelle et ce sont eux qui ont choisi de se faire hospitaliser. Deux services présentant des patients ayant une image corporelle perturbée, mais d'origine différente et donc pouvant révéler une approche du soin différente.

4.1.4 Guide d'entretien

Le guide d'entretien sur lequel je me suis appuyée (Annexe I), semi-directif, se construit avec une question inaugurale large ainsi que trois autres questions principales et des questions de relance réfléchies au préalable. En outre, avant ma question inaugurale je leur ai demandé leur âge, leur année de diplôme ainsi que leur ancienneté dans le service représentant un talon sociologique, me permettant de comparer, croiser les réponses.

4.2 Analyse

4.2.1 Présentation échantillonnage

Infirmières	Service	Année de diplôme	Ancienneté dans le service	Age
Infirmière n°1	Grands brûlés	2018	2 ans	37 ans
Infirmière n°2	Grands brûlés	2018	2 mois	28 ans
Infirmière n°3	Chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique	2012	5 ans	36 ans
Infirmière n°4	Chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique	2001	7 ans	45 ans

4.2.2 Analyse à plat

Entretien n°1 :

L'infirmière définit une image corporelle perturbée comme une atteinte corporelle, un changement corporel à accepter, qu'il soit positif ou négatif. Pouvant, avoir un impact sur la vie professionnelle ainsi que familiale. Elle explique que dans son cas, chez les grands brûlés, les patients doivent tout d'abord faire le deuil de l'accident pouvant être traumatisant ; puis ensuite devoir accepter qu'ils n'auront jamais le même corps, jamais la même peau, accepter ce nouveau corps. Elle explique également que le chemin sera très long, passant par de la reconstruction mais que ce n'est que pour aller vers du positif. L'infirmière décrit son accompagnement comme étant basé tout d'abord sur la communication, le dialogue mais aussi comme étant pluridisciplinaire, accompagnée d'aides-soignantes, psychologue, kinésithérapeute ; tout en accompagnant comme ils le peuvent la famille aussi en parallèle.

Enfin, l'entretien s'est terminé par le récit d'une situation avec un patient, dont l'accompagnement lui avait été compliqué. Elle décrit cet accompagnement difficile à cause de la non implication du patient qui se laissait aller, demandait à ce qu'on l'assiste pour tout et qui régressait petit à petit.

Entretien n°2 :

Selon l'infirmière numéro deux, la modification de l'image corporelle dépend de la personnalité du patient ainsi que de son histoire de vie. L'impact est donc différent selon chaque patient, menant à différentes prises en soin, à un accompagnement singulier. Elle précise que cela peut aussi varier en fonction du regard que la famille porte vis-à-vis de cette modification corporelle (les brûlures). Elle explique qu'il y a une prise en charge psychologique importante afin de pouvoir apprendre à vivre avec une nouvelle image corporelle. De plus, elle cite également cette accumulation de l'évènement traumatisant et du fait de devoir accepter une nouvelle image corporelle. L'infirmière parle alors de différentes étapes dans l'accompagnement et aussi, d'un accompagnement pluridisciplinaire avec, de plus, différentes médiations à disposition permettant d'accepter ce nouveau corps. Cette modification de l'image corporelle, d'après-elle, est vécue plus difficilement chez les jeunes, portant une importance à l'image de soi, accentuée par les réseaux sociaux. Pour finir, l'infirmière m'a raconté un accompagnement qui l'a particulièrement marquée ; du fait de la superficie de la brûlure mais également de l'impact que la modification corporelle a pu avoir sur la vie de cette jeune patiente (répercussions familiales, identitaire).

Entretien n°3 :

L'infirmière du troisième entretien définit un patient ayant une image corporelle perturbée comme un patient qui n'arrive pas à accepter son image corporelle. Pour elle, l'impact de cette modification de l'image corporelle est différent selon chaque patient, selon son vécu, sa personnalité ; mais tendant quand même la plupart du temps vers une délivrance. L'infirmière notifiera quand même un impact dans la vie du patient. Ensuite, elle décrit son accompagnement jouant beaucoup sur la psychologie, le dialogue. Elle parle d'un accompagnement adapté à eux, à chaque patient individuellement. L'infirmière m'a, par la suite, exposé un accompagnement

difficile face à une patiente qui ne communiquait pas du tout ; en plus de sa brûlure importante au visage qui a nécessité de longs soins. Un accompagnement vécu lorsque cette infirmière travaillait chez les grands brûlés. Puis, elle m'a parlé d'un accompagnement également compliqué et cette fois, vécu dans le service de chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique. Concernant un patient transgenre dont les soins effectués étaient tellement douloureux que ça en est devenu un supplice pour les soignants d'affliger une telle douleur, avec un contexte familial compliqué.

Entretien n°4 :

Lors de mon dernier entretien, l'infirmière a défini un patient ayant une image corporelle perturbée comme un patient souffrant psychologiquement de l'image personnelle qu'il renvoie dans le miroir. Une image corporelle perturbée, pouvant être influencée par les effets de mode. Elle explique que leur rôle est donc de permettre à ces personnes de retrouver une image corporelle positive. Ensuite elle va aborder l'impact relationnel et familial que peut avoir cette modification de son image corporelle. Les soins relationnels sont, selon elle, primordiaux dans l'accompagnement de ces patients. Enfin, elle a raconté un accompagnement particulièrement marquant pour elle. Celui d'une jeune maman, amputée qui est passée par différentes étapes dans son deuil et sa reconstruction, allant de la volonté de mourir jusqu'à faire des photos nue. Ainsi que l'impact que cela a pu avoir sur sa vie globalement. L'infirmière rappelle à quel point ce parcours peut être long et l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire pour reconstruire l'image corporelle d'un patient.

4.2.3 Analyse croisée

A travers l'analyse des différents entretiens réalisés auprès de ces quatre infirmières, trois thèmes ressortent :

- La modification de l'image corporelle
- L'impact de la modification de l'image corporelle
- L'accompagnement

La modification de l'image corporelle

Selon l'infirmière numéro une, la modification de l'image corporelle se définit par un changement corporel, qu'il soit positif ou négatif (Entretien n°1 : L10-12 « *quelque chose dans son corps qui change et il faut que la personne puisse accepter ce changement. Que ce soit des fois aussi en positif parce que je pense à la chirurgie plastique ou en négatif* »). De plus, l'impact que peut avoir cette modification de l'image corporelle, dépendrait selon-elle, de la visibilité de la brûlure et non forcément de la gravité de celle-ci (Entretien n°1 : L 44-46 « *c'est surtout les gens qui sont brûlés au niveau du visage. Ils pensent que ça va être très long, alors que le visage, c'est vraiment quelque chose qui cicatrise le mieux pour le coup* »). Ce qui nous ramène à la notion d'apparence. L'infirmière numéro deux, va parler plutôt d'un concept pouvant dépendre de chaque sujet. Elle explique que la personnalité du patient ainsi que son histoire de vie peuvent influencer la manière de définir ce qu'est une image corporelle perturbée (Entretien n°2 : L 9-11 « *Ça dépend. Parfois il y en a ils vont avoir vraiment une image du corps modifiée simplement parce qu'ils ont le bras avec une brûlure. Et d'autres, ils vont être brûlés à 45%, et il ne va pas avoir de problème avec ça* »). Pour l'infirmière numéro trois, avoir une image corporelle perturbée correspond au fait de ne pas accepter son image (Entretien n°3 : L 10-11 « *ça peut être un patient juste qui n'accepte pas son image* »). Et enfin, pour la quatrième infirmière une image corporelle perturbée c'est, ne pas avoir une image que l'on renvoie qui nous convient (Entretien n°4 : L 10-11 « *c'est surtout par rapport à leur image personnelle de ce qu'ils renvoient dans le miroir* »). D'après ces quatre définitions différentes, on peut remarquer que la notion de changement est présente dans celle donnée par les deux premières infirmières, travaillant chez les grands brûlés. Tandis que les deux dernières infirmières, travaillant en service de chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique ont davantage lié la perturbation de l'image corporelle à une non acceptation de son image corporelle. De ce fait on peut supposer que la définition que ces infirmières ont de ce qu'est un patient ayant une image corporelle modifiée, perturbée, est peut-être influencée par les patients que côtoient ces infirmières et le service dans lequel elles exercent. Par exemple, les grands brûlés doivent faire face à des changements corporels causés par les brûlures liées à un accident. Alors que les infirmières travaillant en service de chirurgie reconstructrice, réparatrice et plastique ont plus fait référence à des patients arrivant (de leur plein gré) avec une image corporelle déjà perturbée, citant parmi eux les patients dysmorphophobiques, attendant de l'hospitalisation de retrouver une image corporelle positive. (Entretien n°4 : L 14-15 « *on est là pour intervenir justement pour récupérer une image corporelle, pour que les gens aillent de*

l'avant » L 23-24 « ils sont très anxieux parce qu'il faut se réapproprier cette image de soi »). En revanche par la suite, ces deux dernières infirmières parlent des patients se présentant suite à une grosse perte de poids (volontaire) pour enlever l'excédent de peau restant (Entretien n°3 : L13-14 *« c'est dur pour eux d'accepter leur nouveau corps, même s'ils sont contents d'avoir perdu du poids »*). Finalement, pour ces patients aussi c'est un changement corporel qui a engendré cette perturbation de l'image corporelle, même si elle pouvait déjà être présente vis-à-vis du poids avant la perte réalisée. L'infirmière numéro une est la seule indiquant que ce changement corporel induisant une modification de son image corporelle puisse être également positif, faisant référence aux chirurgies plastiques. Pourtant elle ne travaille pas dans ce service, contrairement aux deux dernières infirmières. C'est aussi la seule à avoir fait le lien entre le degré d'importance donné à cette modification corporelle et à la visibilité de celle-ci. Enfin l'infirmière numéro deux est la seule à avoir parlé de la singularité de perception du concept d'image corporelle et donc de celle d'une image corporelle perturbée. C'est peut-être encore une fois lié au service, les brûlures pouvant être multiples ainsi que l'appréhension vis-à-vis de celles-ci. Ou alors lié à son expérience précédente en dermatologie lui permettant d'avoir une autre expérience avec des patients vivant des modifications corporelles et donc par conséquence une perturbation de leur image corporelle (Entretien n°2 : L 91-92 *« Moi je travaillais en dermatologie avant, donc forcément image altérée par différentes pathologies... ça peut être des jeunes patients comme des personnes âgées »*). Mais globalement, les définitions données se rejoignent toutes.

L'impact de la modification de l'image corporelle

Pour l'infirmière numéro une, la modification de cette image corporelle va impacter le patient dans sa vie globalement : au niveau corporel et de l'image qu'il aura de lui, au niveau professionnel selon où se trouve la brûlure, ainsi qu'au niveau familial, de l'entourage (Entretien n°1 : L 39-40 *« il faut vraiment qu'ils fassent le deuil de l'ancienne image qu'ils avaient et l'acceptation de leur nouveau corps »* L 135-137 *« on a eu des couples qui se sont séparés, etc. Parce qu'il y a une grosse perturbation d'image corporelle et que pour le conjoint aussi, il faut accepter le nouveau corps de l'autre personne »*). Cet impact est bien imagé par l'exemple que cette infirmière m'a donnée à la fin, d'un père avec son fils (Entretien n°1 : L 121-123 *« ça faisait quand même deux mois qu'il n'avait pas vu son fils qui avait neuf ans. Il*

ne voulait pas trop le voir parce qu'il avait peur que le petit ne le reconnaisse pas »). Comme exposé plus tôt, l'infirmière numéro deux déclare que la définition d'une image corporelle perturbée est singulière, propre à chaque patient et de ce fait l'impact également. Elle précise qu'elle a remarqué que l'impact pouvait être plus grand chez les jeunes (Entretien n°2 : L 26-29 « Ça dépend de l'âge aussi... Là, on a un jeune en ce moment, il a 23 ans. Et c'est vrai que ce n'est pas pareil pour lui. Il a envie de plaire. Tu es dans l'âge où forcément tu vas voir des filles et tout... Et d'autres qui sont mariés, ça fait longtemps. Donc ce n'est pas pareil »). De plus, elle va parler de devoir reconstruire son identité dans son exemple ainsi que de l'impact familial (Entretien n°2 : L 76-77 « elle va avoir une grosse phase de reconstruction de son identité. Puis elle avait des jeunes enfants, donc tu as toute cette image corporelle aussi perturbée par rapport à l'enfant »). Enfin, rejoignant la première infirmière, la seconde explique que ces patients vont devoir vivre avec cette modification corporelle, que c'est à vie. Durant le troisième entretien, l'infirmière a déclaré que l'impact que pouvait avoir une modification de son image corporelle, pouvait dépendre d'une personne à l'autre, rejoignant l'avis de la seconde infirmière (Entretien n°3 : L 23-24 « d'une personne à l'autre c'est différent. Parce que selon le vécu, le caractère de la personne ça peut changer »). Mais que généralement dans ce service c'était une délivrance (Entretien n°3 : L 35-36 « c'est vraiment leur enlever la souffrance qu'ils ont eue et qu'ils ont dû avoir pendant des années »). Enfin, contrairement aux dires des deux premières infirmières, l'impact au niveau fonctionnel est selon cette infirmière, passager. Et concernant la famille, elle décrit cette modification de l'image corporelle future pouvant susciter un accompagnement accru de celle-ci ou au contraire une rupture. Lors de l'entretien numéro quatre, l'infirmière a déclaré ne pas savoir si cette modification de l'image corporelle avait un impact sur la vie professionnelle des patients. En revanche elle explique qu'elle a un impact sur la famille et plus particulièrement les couples (Entretien n°4 : L 31-34 « Relationnel, familiale, on a constaté quand même pas mal de séparations suite à ça... Parce qu'il y a certaines personnes qui se réapproprient tellement bien leur image que leur vie d'avant, elles ne veulent plus en entendre parler »). D'autre part, dans l'exemple que l'infirmière me donne à la fin de l'entretien, elle décrit que la modification de l'image corporelle peut aussi entraîner à ne plus vouloir vivre (Entretien n°4 : L 149 « elle a voulu mourir »). Cette patiente a dû ensuite passer par le deuil de sa profession et à court terme celui de son rôle de maman ; témoignant d'un impact sur la vie professionnelle et familiale. (Entretien n°4 : L 195-198 « déjà elle ne voulait plus les voir... Elle a dû rester au moins deux

mois et demi, trois mois sans voir ses enfants »). La première infirmière tout comme la quatrième, ont relaté à travers leurs exemples un impact important au niveau familial, surtout par rapport au couple mais aussi par rapport aux enfants. Etant les deux infirmières les plus avancées dans l'âge on peut supposer que cet impact les marque plus du fait qu'elles soient peut-être mères elles aussi. A travers ces différentes visions de l'impact que peut avoir une image corporelle perturbée, les infirmières ont toutes déclaré qu'elle retentissait, de façon provisoire ou définitive, sur la sphère professionnelle, familiale ainsi que personnelle, lié à son identité, à l'estime de soi. Les infirmières numéros deux et trois se rejoignent sur cette singularité de l'impact, or la seconde infirmière est la seule à avoir relevé le fait que cet impact puisse être plus grand chez les jeunes, ayant un regard davantage penché sur l'image de soi. On peut émettre l'hypothèse que cet avis est lié à son âge (c'est l'infirmière interviewée la plus jeune) et donc peut-être que cela l'affecte plus du fait de la proximité des âges. Ou alors est-ce lié à son ancienneté dans le service, de seulement deux mois.

L'accompagnement

Lors du premier entretien, l'infirmière numéro une décrit que leur accompagnement est davantage basé sur la communication permettant de rassurer le patient face à ce long parcours qui les attend (chirurgie, reconstruction, réadaptation...), (Entretien n°1 : L 51-53 « *On parle beaucoup avec eux, on leur explique que le chemin, comme je vous ai dit, va être long mais qu'ils vont arriver à reprendre une vie normale, qu'ils vont pouvoir faire des choses ; avec de nouvelles perspectives* »). De plus, elle met un point d'honneur sur l'importance d'un accompagnement pluridisciplinaire pour restaurer l'image corporelle du patient, avec : infirmiers, aides-soignantes, psychologue et kinésithérapeute (Entretien n°1 : L 61 « *c'est un travail de coordination* »). Enfin, elle parle d'un accompagnement par différentes étapes selon où en est le patient dans son deuil. D'autre part, la perturbation de l'image corporelle pouvant impacter les relations familiales, l'infirmière ajoute qu'elles essaient d'accompagner aussi à ce niveau-là (Entretien n°1 : L 132-133 « *on essaie de les accompagner à ce qu'ils avancent un petit peu dans leur vie* »). L'infirmière numéro deux explique que la prise en soin psychologique représente une part importante de l'accompagnement du patient. Mais aussi, que cet accompagnement va être différent en fonction de comment il vit cette modification de l'image corporelle et de l'impact qu'elle va avoir. Elle parle aussi d'accompagnement de la famille afin

de les mener eux aussi à accepter ce changement (Entretien n°2 : L 34 « *comprendre la prise en soin, ce qui en découle par derrière. Donc c'est plus facile par la suite* ») ; un entourage présent représentant, selon elle, un pilier important dans l'acceptation et la reconstruction de l'image corporelle du patient. (Entretien n°2 : L 41-42 « *c'est l'entourage aussi qui joue beaucoup. Le fait d'être entouré, de pouvoir en discuter* »). Tout comme la première infirmière, l'infirmière numéro deux parle de différentes étapes dans cet accompagnement mais de façon plus précise : la phase aigüe, la phase chronique, puis la phase de remodelage en mettant en parallèle la phase d'acceptation, la mise en confiance puis la mise en place d'un accompagnement plus singulier. Ensuite l'infirmière numéro deux va également parler d'un accompagnement pluridisciplinaire en ajoutant certaines médiations (Entretien n°2 : L 64-65 « *t'as aussi des ateliers, par exemple, pour aider à vivre avec des brûlures qui se voient, il y a des ateliers maquillage* »). Lors de l'entretien numéro trois, l'infirmière insiste également sur l'aspect psychologique de l'accompagnement d'une personne ayant une image corporelle perturbée (Entretien n°3 : L 61-66 « *on joue beaucoup sur la psychologie. Avant qu'ils partent au bloc, et quand ils reviennent du bloc, ils ont besoin quand même toujours d'être rassurés... Il y a beaucoup de réassurance et d'encouragement* »). L'infirmière cite également des gestes anodins pouvant avoir pourtant un grand rôle dans la réassurance du patient, tel qu'un premier lever. Pareillement aux deux premières infirmières, cette troisième infirmière parle d'un accompagnement basé sur le patient et en fonction d'où il en est dans l'acceptation de la perturbation de son image corporelle (Entretien n°3 : L 70-71 « *on s'adapte à leur comportement à eux. En fonction de ce qu'ils nous disent. Parce que d'une personne à l'autre, il y en a, ils ne sont pas au même niveau psychologiquement* »). L'infirmière numéro quatre aborde l'accompagnement de ces patients comme essentiellement relationnel. Elle utilise les termes de bienveillance, attention, un regard qui n'est pas dans le jugement ; cela rejoint les propos de l'infirmière numéro trois. Dans ces quatre entretiens, la communication, le relationnel et l'aspect psychologique sont les points clé de l'accompagnement. D'autre part seulement les trois premières infirmières ont parlé d'un accompagnement centré sur le patient et construit en fonction de lui et de ses besoins. L'infirmière numéro quatre étant celle avec le plus d'ancienneté dans le service et ayant son diplôme depuis plus longtemps que les autres, on peut émettre l'hypothèse que le temps lui a fait « généraliser » sa manière d'accompagner. On peut remarquer également, que seules les deux premières infirmières ont parlé d'accompagnement de la famille, ainsi que de l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire. On peut

supposer que c'est lié à leur service, les patients ayant pour la plupart subi un accident, la famille est peut-être plus présente physiquement en plus d'être présente psychologiquement. Enfin, l'infirmière numéro deux est la seule à avoir parlé de médiations. Comme ce sont des pratiques assez récentes on peut imaginer qu'elle se soit plus familiarisée avec le concept que les infirmières plus âgées et plus anciennement diplômées.

5. Problématique

1. Eléments similaires dans mon cadre de référence, ainsi que chez les soignants interrogés

Afin de définir ce qu'est une image corporelle perturbée, modifiée, les auteurs ainsi que mon cadre de référence se rejoignent pour parler d'un changement corporel qui en serait alors à l'origine. Ensuite ils vont tous deux relater le fait que cette modification de l'image corporelle puisse être sous un double aspect : psychologique et social. En effet les auteurs de mon cadre de référence expliquent un aspect psychologique car selon eux « *c'est à partir d'une place de sujet que le corps est appréhendé et investi par les patients* » ; et un aspect social, l'inscription sociale, culturelle et historique étant ce qui permet de construire le rapport que le patient a avec son corps. Les soignants ont eux aussi parlé d'une variation dans la manière de définir une modification de l'image corporelle en fonction de la personnalité et l'histoire de vie du patient : « *Alors tout dépend aussi de la personnalité, de l'histoire de vie. Ça dépend* ». De plus les soignants rappellent également le rapport que le patient a avec son image personnelle, l'image qu'il renvoie dans le miroir, ramenant à cette place de sujet, « *ça peut être un patient juste qui n'accepte pas son image* ».

Ensuite, concernant l'impact que peut avoir cette modification de l'image corporelle, les auteurs de mon cadre de référence ainsi que les infirmières interrogées ont évoqué le deuil de l'ancien corps et donc de l'ancienne image corporelle que le patient va devoir faire afin de pouvoir accepter cette nouvelle image corporelle. En outre, ils vont également se rejoindre sur l'impact que peut avoir cette perturbation de l'image corporelle, que ce soit sur le plan relationnel et social, familial ou encore professionnel mais aussi psychologique. Les auteurs du cadre de référence parlent de répercussions physiques et psychosociales et que l'anxiété et l'isolement social ainsi que l'apparition d'épisodes dépressifs peuvent être les conséquences d'une mauvaise image corporelle. Les soignants témoignent de ces répercussions à travers leurs exemples : des patients qui se séparent de leur conjoint, ou qui ne veulent pas voir leurs enfants ou même qui en sont arrivés à ne plus vouloir vivre. En outre, nous pouvons retrouver dans le cadre de référence tout comme dans le discours des soignants un impact sur l'identité de la personne subissant une perturbation de son image corporelle, la menant à devoir la reconstruire.

Pour finir, leurs discours s'accordent pour décrire cet impact comme singulier et dépendant de chaque personne.

Enfin, ils se rejoignent tous pour parler d'un accompagnement singulier ; réalisé en fonction du patient, d'où il en est dans cette acceptation de ce nouveau moi, de ses besoins et de ses capacités. Ensuite, les auteurs du cadre de référence tout comme les infirmières interrogées vont parler d'un accompagnement autant physique que psychique et basé particulièrement sur la communication, le relationnel. Les auteurs vont parler d'un travail psychique de renoncement lié à l'image corporelle ainsi que des soins relationnels comme étant la « *trame des interventions* », la clé permettant cet accompagnement singulier. De leur côté, les infirmières disent parler beaucoup avec eux, « *il y a beaucoup de relationnel ici, essentiellement* ». On peut retrouver des similitudes, également, dans le fait d'aborder les médiations corporelles et les soins socio-esthétiques. Dans mon cadre de référence les auteurs vont parler des soins socio-esthétiques comme visant un « *accompagnement corporel de la souffrance ainsi qu'une reconstitution de l'image de soi et de la dignité* », « *elles peuvent aider la personne à se réapproprier son propre corps, sa propre histoire de vie et retrouver ainsi un état de bien-être satisfaisant* ». Lors de mon entretien numéro deux, l'infirmière a évoqué des ateliers existant permettant de reconstruire une image corporelle tels que les ateliers maquillage. Ensuite, on retrouve dans mon cadre de référence tout comme dans mes entretiens cette notion d'accompagnement constant, même lors de petits gestes pouvant sembler insignifiants. Les auteurs vont donner l'exemple d'une toilette permettant de se reconnecter avec son corps de pouvoir le toucher et l'infirmière numéro trois va donner l'exemple d'un premier lever. Des gestes « simples » mais qui font que l'accompagnement des soignants est d'un grand soutien pour les patients. Pour compléter, dans mon cadre de référence, les auteurs vont parler de la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire afin de répondre à tous les besoins du patient : « *assurer la continuité de l'apprentissage en trouvant des relais constituant autant d'aides possibles pour l'atteinte de ses objectifs* ». Les infirmières interrogées m'ont également parlé de l'importance d'un travail pluridisciplinaire pour restaurer l'image corporelle du patient. Pour finir, nous pouvons retrouver des deux côtés cette notion d'accompagnement de la famille en parallèle, si nécessaire. Les auteurs parlent de prendre en soin la famille si besoin ; et les infirmières témoignent accompagner le patient et la famille, à accepter ces changements.

2. Éléments retrouvés chez les soignants mais non dans mon cadre de référence

Lors de l'entretien numéro un, l'infirmière a évoqué le fait que le changement corporel induisant cette modification de l'image corporelle puisse être négatif comme positif, faisant allusion aux chirurgies reconstructrices et esthétiques. La notion de changement « positif » n'a pas été abordé par les auteurs dans mon cadre de référence. De plus, elle explique l'existence d'un lien entre la visibilité de la modification corporelle et l'importance qui lui sera donnée. Un facteur influant la façon de considérer avoir une image corporelle modifiée, non explorée par le cadre de référence.

Ensuite, lors de l'entretien numéro deux, lorsque nous discutons de l'impact que peut avoir la modification de l'image corporelle, celle-ci précisa qu'elle avait remarqué un impact plus important chez les jeunes patients. Un élément non exploré dans mon cadre de référence.

Toujours dans cette dynamique de changement positif, l'infirmière numéro trois a parlé de cet impact comme souvent une délivrance pour le patient. Cette facette de l'impact de la modification de l'image corporelle n'a pas non plus été abordée par le cadre de référence.

Enfin, un dernier élément ne figure pas dans mon cadre de référence mais a été évoqué par les soignants : la présence de l'entourage comme point clé dans le cheminement vers une acceptation de son image corporelle, « *c'est l'entourage aussi qui joue beaucoup. Le fait d'être entouré, de pouvoir en discuter* ». En effet les infirmières vont parler d'un soutien familial comme très important ; même si la famille peut être parfois rejetée au départ, par le patient, devant passer par plusieurs étapes psychologiques.

3. Éléments présents dans mon cadre de référence mais que je ne retrouve pas chez les soignants interrogés

Dans mon cadre de référence, nous rencontrons l'idée que la modification de l'image corporelle puisse être le résultat d'une modification corporelle temporaire ou définitive, visible ou invisible ; des notions qui n'ont pas été évoquées chez les soignants interrogés. De plus, ils vont parler de la modification de l'image corporelle comme étant un phénomène pouvant être inconscient. Un élément que nous ne retrouvons pas non plus dans le discours des soignants. Enfin les auteurs de mon cadre de référence lient la modification de l'image corporelle et la perturbation de l'estime de soi, un lien non réalisé par les infirmières interrogées.

Dans l'accompagnement d'une personne ayant subi une modification de son image corporelle, les auteurs de mon cadre de référence ont abordé le lien, également existant, entre une image corporelle positive et un état de bien être satisfaisant. En effet les auteurs affirment qu'il y a un lien entre image corporelle, estime de soi, acceptation de soi et hygiène de vie, des facteurs influant sur le bien-être. Lors de mes entretiens, ce ne sont pas des notions qui sont ressorties. Ensuite, les auteurs du cadre de référence ont, à de nombreuses reprises, évoqué le toucher comme approche permettant de se reconnecter avec son corps et comme ayant de grandes vertus pour aller vers une acceptation de sa nouvelle image corporelle, ils expliquent qu'ils constituent « *un rappel du lien avec le monde extérieur* », qu'il « *contribue à restaurer une image de soi puisque la peau est à la fois contenant et contenu* ». Les médiations ont été évoqué par une des soignantes lors de mes entretiens, or cette pratique du toucher pouvant faire partie de simples gestes ou bien d'une médiation corporelle à part entière, n'a pas été précisément abordée. Pour continuer, les auteurs du cadre de référence expliquent l'importance de mettre la personne au centre de l'accompagnement et de la faire participer afin d'améliorer la perception qu'elle aura d'elle-même. Les infirmières ne m'ont pas parlé de l'importance de l'investissement du patient dans sa prise en soin lors de mes entretiens. Et elles ne m'ont pas non plus parlé de la responsabilité du soignant lors de cette prise en soin ainsi que de celui qui est accompagné. Dans mon cadre de référence, nous retrouvons également plusieurs fois, la problématique de l'intimité et de la sexualité, qui selon eux est un sujet non abordé par les soignants dans les services et qui pourtant fait partie des préoccupations du patient. Cela devrait alors être pris en compte dans l'accompagnement mais en effet ce sujet n'a pas été abordé dans les différents impacts liés à cette perturbation de l'image corporelle, par les infirmières interrogées. Enfin, les auteurs de mon cadre de référence ont parlé de l'appréhension personnelle que le soignant a, au préalable, avec le corps de manière générale puis le sien. Etant important à prendre en compte pour par la suite pouvoir prendre en soin et accompagner quelqu'un ayant une image corporelle perturbée. Un élément qui n'a pas été abordé lors de mes entretiens par les infirmières.

6. Question de recherche

A l'issue de ces recherches théoriques ainsi que de mes entretiens et de l'analyse que j'en ai faite, je peux en déduire que la modification de l'image corporelle peut entraîner de lourdes conséquences dans la vie du patient et de ce fait de multiples étapes à franchir. Un long parcours pour le patient, ayant donc besoin d'un accompagnement de la part des personnes l'entourant (soignants et famille). Je m'aperçois alors de certains points clé ressortant, pouvant être déterminants dans l'accompagnement d'un patient ayant subi une modification de son image corporelle. Le premier grand point clé est le relationnel. D'après mon analyse il semblerait que cet accompagnement soit physique mais aussi psychique. Et afin de pouvoir mener cette prise en soin, il est alors nécessaire de créer une relation de confiance, la communication étant le premier pas pour l'acquérir. Ensuite la notion d'un accompagnement du patient dans sa globalité est souvent ressortie comprenant aussi l'accompagnement de la famille en parallèle ; ainsi qu'une prise en soin pluridisciplinaire incluant les différentes médiations. Le but étant donc d'accompagner le patient de façon holistique et singulière en fonction de lui, de l'impact que cette modification de l'image corporelle a sur le patient et sa vie, de ses besoins, ses désirs et ses compétences ; le laissant maître de cette prise en soin. La finalité de cet accompagnement est alors que le patient puisse accepter cette nouvelle image corporelle.

Une importance est portée, aujourd'hui, sur l'image corporelle, l'image de soi et ce en partie du fait de la société actuelle orientée vers l'apparence. Pour cela j'ai voulu affiner ma question de départ en question de recherche, me demandant : **comment accompagner un patient ayant subi une modification de son image corporelle dans un processus d'acceptation ?**

7. Limites et critiques de ce travail de recherche

Ce travail fût long et pas toujours facile à réaliser. En effet tout d'abord j'ai eu du mal à trouver une situation de départ qui pouvait être mise en lien avec ce sujet qui m'intéresse particulièrement : les soins esthétiques, reconstructeurs et réparateurs. Ensuite, j'ai eu quelques difficultés à trouver des données pour mon cadre de référence ce qui m'a finalement fait perdre beaucoup de temps dans la rédaction de mon mémoire.

Suite à cela, j'ai pu avoir des rendez-vous pour mes entretiens assez rapidement, or, ces derniers furent un peu biaisés. J'avais pour souhait d'interroger deux infirmières par service, d'âge et d'ancienneté différentes. Malheureusement cela ne put être possible, les deux infirmières ayant le plus d'ancienneté se trouvaient dans le même service. De plus, les quatre infirmières étaient d'une tranche d'âge similaire sauf une se trouvant dans le premier service où je me suis rendue. En outre, si c'était possible, j'avais le souhait d'interroger au moins un infirmier homme pour ajouter un critère d'analyse, mais ce ne fut pas le cas. Enfin, lors de mon quatrième entretien, une seconde infirmière est venue prendre part à l'entretien, ce qui a pu influencer les réponses de l'infirmière interviewée et donc perturber l'entretien. Malgré le fait d'avoir demandé un endroit calme où nous ne puissions pas être dérangées, il a été difficile de réaliser ces entretiens sans être régulièrement interrompues ou comme dit précédemment sans que quelqu'un vienne prendre part à la conversation.

Je suis consciente que mon enquête est limitée et qu'elle ne permet pas une généralisation de mes résultats au vu de l'échantillonnage.

Pour conclure, j'aurais sûrement dû être plus persévérante, au début, lors de mes recherches pour mon cadre de référence et peut être que j'aurais dû être plus catégorique au sujet de l'endroit calme, exempté de tout passage, afin que mes entretiens soient réalisés dans de meilleures conditions.

Conclusion

Ce travail de fin d'études conclut ainsi ces 3 années de formation, dans le but d'obtenir mon diplôme infirmier. Ce travail de recherche et d'analyse m'a permis de regrouper des données théoriques sur une problématique qui m'intéresse particulièrement ; celle de l'image corporelle. Mais aussi, de réaliser des entretiens avec des professionnels étant constamment au contact de patients souffrant d'une image corporelle modifiée, perturbée. Mes recherches théoriques m'ont apportée de nouvelles connaissances, m'ont permis une meilleure compréhension du rôle de l'infirmier face à ces patients ainsi que l'importance et la complexité de l'accompagnement devant être réalisé. Cette acquisition me sera utile dans ma profession, la problématique de l'image corporelle et de l'accompagnement n'étant pas propres à un service en particulier. Les rencontres réalisées lors de mes entretiens ont toutes été enrichissantes et m'ont permis, en les croisant avec mon cadre théorique, de répondre à certaines interrogations de mon questionnement et d'en ouvrir un nouveau.

Ce travail a fait ressortir un point important dans le cheminement du patient pour qu'il puisse reconstruire une image corporelle satisfaisante : l'accompagnement du soignant basé sur le relationnel. En effet, le patient souffrant d'une image corporelle perturbée aura besoin d'être accompagné dans ce long parcours de réappropriation de son corps. Pour ce faire le soignant va devoir communiquer avec lui, instaurer une relation de confiance pour ensuite adopter un accompagnement le plus adapté possible ; en fonction d'où il en est dans son deuil, de l'importance qu'il donne à cette modification corporelle, de l'impact qu'elle va avoir dans sa vie (pouvant être physique et psychique). Le soignant se doit d'être à l'écoute, attentif, bienveillant, disponible, de rassurer le patient. Mais l'accompagnement ne se réduit pas seulement au patient mais plus globalement à lui et tout ce qui l'entoure. On parle alors de prise en soin holistique. La famille est souvent, si elle en ressent le besoin, accompagnée aussi en parallèle. Il y a donc beaucoup de facteurs pouvant influencer l'accompagnement, le rendant alors complexe et faisant ressortir la responsabilité de l'infirmier dans la façon dont il va accompagner.

Cette expérience a été très enrichissante et j'ai pris plaisir à explorer les différents concepts et thèmes de ce travail de fin d'études ; autour d'un sujet me plaisant particulièrement. Ce travail réalisé a permis de mettre en lumière les différents rouages du rôle et de

l'accompagnement du soignant face à un patient ayant subi une modification de son image corporelle. Ce, en ayant compris, en amont, les impacts multiples que celle-ci peut avoir. L'accompagnement et la modification de l'image corporelle sont des notions existant dans d'autres services que dans ceux dans lesquels j'ai réalisé mes entretiens voire même dans d'autres domaines que le médical. Les recherches et analyses effectuées vont alors m'être précieuses en tant que professionnelle, l'accompagnement étant un point fort de toute prise en soin confondu et l'image corporelle perturbée pouvant être subie chez un patient dans n'importe quel service. De plus, ces savoirs pourront aussi m'être utile dans ma vie personnelle, ces notions comme je l'ai dit précédemment pouvant se retrouver dans d'autres domaines.

Au cours de ce travail j'ai pu faire une distinction entre un patient vivant une modification de l'image corporelle et dont l'objectif était qu'il accepte ce nouveau corps et pour lequel aucune reconstruction physique n'est possible. Le patient doit accepter cette nouvelle image et de façon définitive ; comme un patient avec une stomie par exemple, sur l'aspect esthétique rien ne pourra être fait. Et un patient qui traverse lui aussi une modification de son image corporelle mais dont la modification est « changeable ». Pour ces patients, où différentes prises en soin sont possibles pour rectifier en quelques sorte cette modification corporelle, le terme d'image corporelle positive est davantage ressorti. La chirurgie reconstructrice et réparatrice est souvent la solution vers laquelle se tournent ces patients. Au-delà de reconstruire une image satisfaisante, pouvons-nous alors dire que la chirurgie reconstructrice permet de restaurer une image corporelle positive ? Permet-elle aux patients ayant subi une modification de l'image corporelle d'à nouveau se plaire ?

Bibliographie

Ouvrages

- BEAUVAIS Martine (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement, Savoirs. Paris. L'HARMATTAN. Pages 99 à 113.
- DOLTO Françoise (1984). L'image inconsciente du corps. Paris. POINTS.
- DUVAL BISSOUDRE Véronique (2019). Schéma corporel, image corporelle et espace-temps, Cahier de la puéricultrice. Paris. ELSEVIER MASSON. Page 37.
- FAURY Stéphane (2022). Le parcours psychologique du patient stomisé. Paris. ELSEVIER MASSON. Pages 45 à 46.
- FONTAINE Michel (2009). L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers..., Pensée plurielle. Paris. DE BOECK SUPERIEUR. Pages 53 à 63.
- GAGNON, E., MOULIN, P., & EYSERMANN, B. (2011). Ce qu'accompagner veut dire, publié dans Psychologisation de l'intervention sociale : enjeux et perspectives, Revue d'intervention sociale et communautaire. Bourg-Saint-Andéol. REFLETS. Pages 90 à 111.
- GUERRIN Brigitte (2012). Estime de soi, Les concepts en sciences infirmières. Toulouse. ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS. Pages 185 à 186.
- JONNIAUX, S., HOF, F. & DUFOUR, O. (2013). L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée, SOINS. Paris. ELSEVIER MASSON. Pages 27 à 30.
- JONNIAUX, S., HOF, F. & DUFOUR, O. (2013). L'image corporelle perturbée, quels objectifs et interventions en soins infirmiers, SOINS. Paris. ELSEVIER MASSON. Pages 16 à 20.
- LORRIOT Simon (2020). L'irruption de la maladie et le deuil du corps bien portant, La revue de l'infirmière. Paris. ELSEVIER MASSON. Pages 24 à 25.
- MOTTAZ Anne-Marie (2012). Accompagnement, Les concepts en sciences infirmières. Toulouse. ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS. Pages 42 à 43.
- PAUL Maela (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient, Recherches en soins infirmiers. Toulouse. ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS. Pages 13 à 20.

- RESTIVO, L., AVON, J. & DANY, L. (2021). Du corps rêvé au corps réel, un regard clinique porté sur l'image corporelle, SOINS. Paris. ELSEVIER MASSON. Pages 27 à 30.
- SHILDER Paul (1980). L'image du corps. Paris. GALLIMARD.
- WIDMER HOWALD Franziska (2016) Image corporelle positive : notion de base, facteurs d'influence et conséquences. Berne. PROMOTION SANTE SUISSE.

Sites internet

<https://www.istockphoto.com/fr/photo/se-sentir-en-guerre-contre-elle-même-gm600132072-103177325>, consultée le 17 mai 2024.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Date entretien :

Prénom anonymisé :

Age :

Année de diplôme :

Lieu d'exercice :

Ancienneté dans le service :

- 1) Selon vous qu'est-ce qu'un patient avec une image corporelle perturbée ?
- 2) Comment vos patients vivent la modification de leur image corporelle ?
- 3) En quoi l'accompagnement de ces patients est différent ? |
Relance : Se fait-il par différentes étapes ?
- 4) Pouvez-vous me raconter une situation qui vous a marqué, un accompagnement difficile ? Pourquoi ?

Annexe II : Autorisation d'entretien



Annexe III : Entretien n°1

1 *Ambre* : Ce sera bien anonymisé dans la retranscription. Alors du coup, je veux bien votre âge
2 s'il vous plaît.

3 **IDE** : J'ai 37 ans.

4 *Ambre* : Et votre année de diplôme ?

5 **IDE** : 2018.

6 *Ambre* : Et donc ça fait combien de temps que vous travaillez dans ce service ?

7 **IDE** : Dans ce service ? J'y travaille depuis deux ans, donc 2022.

8 *Ambre* : Ok et donc selon vous, qu'est-ce qu'un patient avec une image corporelle perturbée ?

9 **IDE** : C'est un patient, en fait, qui a eu au niveau de...déjà au niveau corporel, qui a soit une
10 brûlure, en tout cas par rapport à nous, ou quelque chose dans son corps qui change et il faut
11 que la personne puisse accepter ce changement. Que ce soit des fois aussi en positif parce que
12 je pense à la chirurgie plastique ou en négatif, mais il y a quand même une perturbation
13 corporelle par rapport à ces patients-là.

14 *Ambre* : D'accord, et en général plutôt dans ce service, comment ils vivent cette modification
15 de l'image corporelle ?

16 **IDE** : Dans ce service-là, puisque nous, on a beaucoup de brûlés. Déjà, en fait, il y a beaucoup
17 de choses dans l'image corporelle par rapport à ici, où en fait déjà, ils doivent faire le deuil par
18 rapport à l'accident qu'ils ont eu ou quelque chose comme ça qui les a traumatisés. Déjà, il y a
19 ça, et après, il y a au niveau du corps, vraiment. En fait, ils n'auront jamais le même corps qu'ils
20 avaient eu avant. Surtout pour les personnes qui ont été greffées où vraiment ça ne sera jamais
21 la même peau que ce qu'ils avaient avant. Donc ça, tout ça, il faut l'accepter et des fois c'est un
22 peu long. Des fois ils ne veulent pas voir, ils ne regardent pas forcément leurs plaies, leurs
23 brûlures ou quand ils sont greffés, ils ont un peu de mal à voir ça. On essaie de les amener à ce
24 que petit à petit, en fonction de leur...

25 *Ambre* : De leurs croyances, peut-être ?

26 **IDE** : De leurs croyances ? Pas forcément. En tout cas, chez les brûlés, ce n'est pas forcément
27 par rapport à la croyance, c'est vraiment lié à une dégradation corporelle. Donc il y a beaucoup
28 de choses dans la brûlure, il y a les brides qui peuvent avoir aussi (c'est les cicatrises qui ne
29 se font pas bien parce que la peau cicatrise au plus proche et des fois ça fait des brides), on a
30 des moyens de contention qui permettent d'éviter ça. Mais des fois on a eu des patients où on
31 n'a pas pu trop l'éviter. Donc après ça, il y aura de la reconstruction à faire derrière, des
32 opérations et tout ça. Et ça c'est très long. Quand on a des gros brûlés, on leur dit que c'est un
33 combat qui va être très long, parce que ça ne va pas se cicatriser en un mois, deux mois, enfin
34 ils ne retrouveront pas une vie d'ici, peut-être un an quoi.

35 **Ambre** : Vous leur dites dès le départ ?

36 Oui, chez les gros, gros brûlés, on leur dit quand même que ça va être long, mais qu'il y aura
37 du positif. Et l'avantage dans la brûlure, c'est que quand même on voit une évolution positive.
38 Dans tous les cas, ça va être positif puisque la peau va cicatriser puisque voilà, ça va être...
39 Mais il y a quand même cette image corporelle et il faut vraiment qu'ils fassent le deuil de
40 l'ancienne image qu'ils avaient et l'acceptation de leur nouveau corps.

41 **Ambre** : Et souvent, quand vous leur annoncez ils réagissent comment ?

42 **IDE** : En fait, nous on les a quand même en phase aigüe. Donc en fait, ils sont brûlés, ils
43 viennent d'être brûlés et ils viennent là ; ils sont vraiment beaucoup choqués de ce qui leur est
44 arrivé déjà. Et la perturbation de l'image corporelle, c'est surtout les gens qui sont brûlés au
45 niveau du visage. Ils pensent que ça va être très long, alors que le visage, c'est vraiment quelque
46 chose qui cicatrise le mieux pour le coup. Sur des brûlures qui sont en deuxième degré, ça peut
47 vraiment cicatriser très vite et pas trop laisser de traces, je dis bien, pas trop. Il y aura quand
48 même des cicatrices, mais quand même, ce n'est pas comme quelqu'un qui est greffé.

49 **Ambre** : Et du coup, vous allez les accompagner comment ces patients ?

50 **IDE** : On parle beaucoup avec eux, on leur explique vraiment que le chemin, comme je vous ai
51 dit, va être long mais qu'ils vont arriver à reprendre une vie normale, qu'ils vont pouvoir faire
52 des choses ; avec des nouvelles perspectives aussi. Parce que des fois, ça va impacter, si les
53 gens qui sont brûlés aux mains tout ça, s'ils ont des métiers manuels, ils ne vont peut-être pas
54 retrouver leur métier d'avant. Donc ça, il y a aussi ce deuil là aussi à faire. Mais par rapport à
55 l'image corporelle... c'est compliqué, franchement, c'est compliqué. Mais voilà, on discute, on

56 a une psychologue qui vient les voir, les brûlés. On dit qu'elles sont dédiées qu'à la brûlure,
57 dans ce service là et qui parlent de tout ça. Donc que ce soit nous en tant que soignants que ce
58 soit infirmiers, que ce soit aides-soignants, infirmiers ou même kiné, parce qu'on a une kiné qui
59 est là tout le temps à 100 %. Elle les aide du coup à la mobilité, mais aussi la perturbation de
60 l'image corporelle. C'est un travail de coordination et on est tous ensemble quoi, vraiment, on
61 travaille avec eux.

62 **Ambre** : Et vous qui travailliez dans d'autres services avant, vous trouvez qu'il y a une différence
63 entre l'accompagnement d'un patient dans d'autres services et un accompagnement dans ce
64 service-là, particulièrement ?

65 **IDE** : Par rapport à l'image corporelle ?

66 **Ambre** : Oui. Parce que du coup l'image corporelle, a effectivement un impact sur leur travail
67 pour ceux qui travaillaient avec leurs mains et tout ça.

68 **IDE** : Alors oui, moi j'ai travaillé en urologie, donc en urologie il y a une perturbation de l'image
69 corporelle, surtout sur les personnes qui vont avoir un bricker, qui va avoir une stomie, je veux
70 dire une stomie urinaire. Et ça, oui, il y a toute une prise en charge à faire par rapport à ça, mais
71 c'est autre chose encore, parce que là on est dans la cancérologie et il y a déjà aussi la maladie.
72 Alors que la brûlure c'est un accident, de travail ou un accident de la vie domestique et tout ça.
73 Mais pour moi ce n'est pas pareil parce qu'il n'y a pas cette notion de cas de cancer, de maladie.
74 Ce n'est pas pareil, les patients, la stomie, on va dire que c'est difficile à accepter, mais ils savent
75 que... les brûlés non plus, ils n'ont pas le choix... Mais je veux dire c'est...non...ce n'est pas
76 pareil, je trouve que ce n'est pas pareil, on n'accompagne pas pareil, ce n'est pas possible.

77 **Ambre** : Il y a différentes étapes d'accompagnement pour justement ce deuil de l'ancien corps ?

78 **IDE** : Je te dirais, il y a différentes étapes...ça dépend où en est le patient, avec déjà son deuil
79 à lui. Quelqu'un qui va être dans le...on va dire dans la colère, ça va être compliqué. On va
80 entendre la colère, on va la laisser s'exprimer, mais on ne va pas pouvoir non plus...Il faut
81 attendre qu'elle passe toutes les étapes de son deuil, mais ce n'est pas évident. C'est vrai.

82 **Ambre** : Vous vous êtes souvent retrouvés dans des situations complexes ?

83 **IDE** : Oui, on a eu un monsieur qui est venu il n'y a pas si longtemps que ça et qui était
84 vraiment... un accident de travail. Et il a été brûlé au niveau du visage, au niveau du corps, au

85 niveau du haut du corps, les bras, les mains. Et donc ce monsieur en fait, a été brûlé au niveau
86 des mains, mais vraiment au troisième degré, vraiment. Il a été greffé un peu de partout tout ça.
87 Et donc ce monsieur, c'était... Il a fait beaucoup de réanimation, bien sûr, puisqu'il passe d'abord
88 en réanimation et après ils viennent chez nous une fois qu'ils sont stables au niveau
89 hémodynamique et tout ça. Et le monsieur, il avait déjà été greffé sur une grosse partie du corps.
90 Donc lui, il a eu des amputations au niveau des doigts qui ont été faites après, parce qu'ils ont
91 essayé quand même de pouvoir récupérer la mobilité des doigts, tout ça. Mais il avait les deux
92 petits doigts où vraiment c'était trop brûlé. Et c'était compliqué, ce monsieur était manuel, il
93 était mécanicien de métier et il a eu son accident dans son lieu de travail. Il savait très bien qu'il
94 n'allait pas retrouver une vie normale, qu'il ne pouvait pas refaire son travail, avec deux doigts
95 en moins... Enfin voilà, avec tout ce qui est... Et c'est un monsieur qui dans la perturbation de
96 l'image corporelle, bien sûr, il était très perturbé parce qu'il avait des brides au niveau du cou.
97 En réanimation, ça avait été compliqué. Et ce monsieur, en fait, il se laissait beaucoup aller,
98 beaucoup aller, beaucoup aller. Il voulait qu'on s'occupe de lui tout le temps, mais pour tout,
99 pour lui donner à manger, etc. Alors au début oui, on lui donnait à manger etc. Mais on a une
100 kiné qui vient quand même pour leur faire des couverts ergonomiques etc. Et qu'il avait
101 possibilité de manger tout seul. Et en fait il ne voulait pas manger tout seul parce que pour lui
102 c'était... il fallait qu'on l'aide, il avait peur qu'on ne l'aide plus ; alors que nous on le poussait
103 tout le temps. On les pousse les gens quand même. Quand on voit qu'ils régressent un peu (parce
104 qu'on peut dire qu'il régresse un peu), on les pousse à aller de l'avant. Parce qu'en fait, le but
105 c'est que quand même, qu'ils retrouvent une vie normale, une autonomie. Et oui, ça a été
106 compliqué pour lui et les doigts. C'est vrai que l'amputation des doigts, ça a été très difficile
107 pour lui, très difficile parce que là il a compris qu'il ne pourrait pas refaire le métier qu'il faisait.

108 **Ambre** : Et pour vous du coup, l'accompagnement était compliqué ?

109 **IDE** : L'accompagnement était compliqué parce que lui, vraiment il régressait, vraiment. Il
110 revenait toujours en arrière, il voulait toujours qu'on lui fasse davantage et il n'arrivait pas à
111 être autonome. Donc c'était compliqué parce que nous, on avait vraiment envie qu'il y aille quoi.
112 Il fallait qu'il bouge quoi. Et en fait, comme on a eu beaucoup de temps à avoir une place en
113 rééducation pour lui, parce qu'il n'était pas d'ici normalement, il devait être sur Lyon. Et on a eu
114 des problèmes de places et du coup sa prise en charge en rééducation a été prise tard. Et c'est là
115 où on a eu des difficultés à le faire aller un petit peu en avant.

116 **Ambre** : D'accord, parce que vu qu'il n'y avait pas la rééducation, il se laissait plus...

117 **IDE** : Il se laissait porter. Et aussi à Noël, quand ça faisait quand même deux mois qu'il n'avait
 118 pas vu son fils qui avait neuf ans. Il ne voulait pas trop le voir parce qu'il avait peur que le petit
 119 ne le reconnaisse pas. Alors qu'au niveau du visage il était brûlé sur le bas du visage, mais ce
 120 n'était pas non plus très choquant. Je veux dire, ce n'était pas... Il n'était pas non plus défiguré.
 121 Et lui, il avait beaucoup de mal à ce que son petit le voit comme ça. Donc on a essayé de
 122 l'accompagner parce que le petit aussi avait envie de le voir. C'est son papa. Enfin voilà, on a
 123 essayé de l'accompagner à ce qu'il accepte de voir son enfant et pour lui et pour le petit. Et
 124 quand le petit est venu, en fait, je pense qu'il n'a pas trop osé le regarder, le petit, parce qu'il a
 125 beaucoup regardé la télé et en fait il est peut-être passé à côté de son premier...

126 **Ambre** : De la première fois qu'il voyait son père comme ça.

127 **IDE** : Oui, oui... Ça a été... Voilà, ça, ça fait partie de voilà, on essaie de les accompagner à ce
 128 qu'ils avancent un petit peu dans leur vie.

129 **Ambre** : Parce que du coup, ça impacte aussi les relations avec les familles, l'entourage ?

130 **IDE** : Avec sa famille, avec sa dame. On a eu des couples qui se sont séparés, etc. Parce qu'il y
 131 a une grosse perturbation d'image corporelle et que pour le conjoint aussi, il faut accepter le
 132 nouveau corps de l'autre personne. Ça aussi.

133 **Ambre** : Et du coup vous accompagnez aussi par rapport à ça ?

134 **IDE** : Alors après nous ils s'en vont si tu veux. Donc on essaye d'accompagner les familles
 135 quand ils sont là, mais après ils s'en vont. Donc on n'a pas trop ce rapport-là. Mais on a essayé
 136 oui... pour cette dame. Mais elle a été, je ne parle pas pour elle parce que la pauvre, elle était
 137 vraiment accompagnante et vraiment, il n'y a pas de souci là-dessus. Mais il y a eu des couples
 138 et tout ça... Oui, où ça s'est plutôt mal passé par la suite, qu'on a su après. Mais quand au début
 139 ils sont en phase aiguë et qu'ils sont... Enfin Voilà, au début non, c'est après, je pense, qu'il y a
 140 tout qui se découle.

141 **Ambre** : Donc au début, vous êtes plus sur la santé, la récupération et...

142 **IDE** : Exactement, exactement.

143 **Ambre** : Le deuil du corps d'avant et de l'accident.

144 **IDE** : Exactement.

145 *Ambre* : Et après...

146 **IDE** : L'acceptation, vers l'acceptation de ce nouveau corps. Mais nous en fait, quand ils vont,
147 quand on va les greffer, on va les greffer mais après ils s'en vont. Trois quatre jours après la
148 greffe, ils partent en maison de rééducation. Donc on n'a pas trop le temps de voir ce nouveau
149 corps, en fait. On les voit des fois en consultation quand ils viennent après parce qu'ils ont des
150 rendez-vous. Après, avec les plasticiens et tout ça, on les voit, mais c'est vrai qu'on les voit
151 furtivement. Voilà, donc on est vraiment sur une...ici, plutôt sur une phase aiguë.

152 *Ambre* : D'accord, mais vous êtes quand même témoin d'une répercussion sur la vie familiale,
153 professionnelle...

154 **IDE** : Oui ça oui. On a eu des patients qui se sont séparés, qui ont fait une reconversion
155 professionnelle parce que quand on ne peut pas refaire le même métier, ben il faut bien rebondir.

156 *Ambre* : D'accord. Voilà, c'est tout pour moi, à part si vous avez d'autres choses, peut-être, à
157 dire dessus, ou sur votre rôle justement dans cet accompagnement.

158 **IDE** : Non. Je ne vois pas.

159 *Ambre* : Non mais c'est parfait, merci beaucoup alors.

160 **IDE** : J'espère que ça va t'aider.

Annexe IV : Entretien n°2

- 1 **Ambre** : Alors, du coup je veux bien avoir votre âge s'il vous plaît.
- 2 **IDE** : 28 ans.
- 3 **Ambre** : L'année de diplôme ?
- 4 **IDE** : 2018.
- 5 **Ambre** : Et ça fait combien de temps que vous êtes dans le service ?
- 6 **IDE** : Dans ce service, ça fait deux mois.
- 7 **Ambre** : Deux mois, ok. Et donc, selon vous, qu'est-ce qu'un patient avec une image corporelle
8 modifiée, perturbée ?
- 9 **IDE** : Alors, tout dépend aussi de la personnalité, l'histoire de vie. Ça dépend. Parfois, il y en
10 a, ils vont avoir vraiment l'image du corps modifié simplement parce qu'ils ont le bras avec une
11 brûlure. Et d'autres, ils vont être brûlés à 45 %, et il ne va pas y avoir de problème avec ça.
12 Après, c'est aussi l'image qu'ils renvoient. Enfin, nous, on est habitué, donc voilà ils savent
13 qu'ils peuvent nous faire confiance. Mais avec les proches, c'est différent parfois.
- 14 **Ambre** : C'est-à-dire c'est différent ?
- 15 **IDE** : Parce que nous, c'est vrai que c'est dans le milieu professionnel, donc ils savent qu'on ne
16 porte pas de jugement. Mais par rapport à la famille, parfois, ça peut être un peu traumatisant.
17 Donc forcément, ce n'est pas vu de la même manière.
- 18 **Ambre** : Traumatisant pour les proches ou pour le patient de se montrer comme ça ?
- 19 **IDE** : Les deux, du coup, parce que je pense que la famille va renvoyer une image et le patient
20 va se dire « Là, je suis défiguré, ça ne va pas ». Donc c'est pour ça qu'il y a une prise en charge
21 psychologique très importante aussi de ce côté-là. Parce que forcément, il va falloir qu'ils
22 apprennent à vivre parfois avec une nouvelle image. Et puis aussi, il y a tous les soins qui en
23 découlent. Parce que forcément, c'est à vie aussi parfois. Donc c'est une autre manière de prise
24 en soin, d'acceptation.
- 25 **Ambre** : Donc ils ne le vivent pas tous de la même façon ?

26 **IDE** : Exactement. Il y en a, ça va être... Ça dépend de l'âge aussi. Il y en a aussi... Là, on a un
27 jeune en ce moment, il a 23 ans. Et c'est vrai que ce n'est pas pareil pour lui. Il a envie de plaire.
28 Tu es dans l'âge où forcément, tu vas voir des filles et tout. Donc il y a une grosse prise en
29 charge psychologique. Et d'autres qui sont mariés, ça fait longtemps. Donc ce n'est pas pareil.
30 Il y a vraiment différentes prises en soin de ce côté-là ouais.

31 **Ambre** : Et souvent, la famille, elle est plutôt là ? Ou elle est plutôt réticente ?

32 **IDE** : Après, c'est l'inconnu aussi qui fait peur. Donc je pense qu'une fois qu'ils sont plus à l'aise,
33 qu'ils sont au clair sur différentes questions, ils arrivent à avancer avec le patient, comprendre
34 la prise en soin, ce qui en découle par derrière. Donc c'est plus facile par la suite. Mais au début,
35 c'est sûr que dans l'inconnu, on ne sait pas trop où on va. Et c'est là que ça peut être compliqué.

36 **Ambre** : D'accord. Et du coup, en quoi l'accompagnement de ces patients peut être différent par
37 rapport à d'autres patients qui n'auraient pas forcément une image corporelle modifiée ?

38 **IDE** : Je pense qu'effectivement, la prise en soin, qu'ils comprennent bien, que ça va être à vie
39 pour certains. Il y a les vêtements compressifs, que parfois tu dois garder 23h sur 24. Bien
40 hydrater la peau, même si c'est cicatrisé. Pareil, après, c'est l'entourage aussi qui joue beaucoup.
41 Le fait d'être entouré, non isolé, de pouvoir en discuter. Et aussi tout ce qui est prise en charge
42 psychologique, comme je te disais. Parfois, c'est traumatisant déjà l'accident. Donc tu as un état
43 de stress post-traumatique. Et en plus, tu vas devoir accepter une nouvelle image en plus de ça.
44 Et c'est vrai que le regard des autres, c'est très important aujourd'hui. L'image parfaite, les
45 réseaux sociaux en plus qui amplifient ça. Donc il y a toute une prise en charge à prendre en
46 compte qui est importante.

47 **Ambre** : Vous avez observé que chez les jeunes, c'était plus compliqué que chez les personnes
48 plus avancées dans l'âge ?

49 **IDE** : Oui, parce que la nouvelle génération, c'est vrai est quand même beaucoup basée sur
50 l'image de soi, toujours être apprêté, les réseaux sociaux avec les filtres, tout ça. C'est particulier.

51 **Ambre** : Et autant chez les filles que chez les garçons ?

52 **IDE** : Oui, les deux par contre, pareil et surtout les jeunes oui.

53 **Ambre** : C'est un accompagnement qui va se faire par différentes étapes ?

54 **IDE** : Alors oui, déjà quand ils arrivent, ils sont quand même en état de choc. Parfois ils peuvent
55 être un peu en déni, donc tu as le temps d'acceptation. Et une fois qu'ils vont être dans
56 l'acceptation des choses, la mise en confiance, là tu vas pouvoir démarrer le...ça va découler au
57 fur et à mesure. T'as la phase aiguë, après t'as toujours la phase chronique, et cette phase de
58 remodelage où ça peut être jusqu'à...à vie. Il va falloir accepter, à chaque fois ça va être par
59 étapes.

60 **Ambre** : Et après du coup, vers la nouvelle vie, c'est vous qui vous en chargez ?

61 **IDE** : Alors non, nous c'est plus en phase aiguë. Et après ils vont vers des centres de
62 rééducation. Et là t'as toujours la prise en charge kiné, t'as aussi des ateliers, par exemple, pour
63 aider à vivre avec des brûlures qui se voient, il y a des ateliers de maquillage. Après parfois il
64 y a des patients qui reviennent quand même nous dire un petit coucou, parce que c'est une grosse
65 étape de leur vie, donc ils sont très reconnaissants.

66 **Ambre** : Ils restent combien de temps en moyenne ?

67 **IDE** : En moyenne, tout dépend du degré de brûlure, la localisation, mais parfois ça peut aller
68 jusqu'à 2-3 mois, pour les plus grosses prises en soin.

69 **Ambre** : Est-ce que vous avez une situation qui vous a particulièrement marquée, ou alors parce
70 qu'elle était particulièrement difficile ?

71 **IDE** : Alors, moi ça fait 2 mois que je suis ici, donc c'est tout frais, mais je dirais peut-être une
72 jeune femme de 30 ans, qui a survécu à l'incendie de son appartement, qui a pu sauver ses
73 enfants, qui était quand même bien brûlée à 50-55% du corps. Et pour elle, elle va avoir une
74 grosse phase aussi de reconstruction de son identité. Puis elle avait des jeunes enfants, donc tu
75 as toute cette image corporelle aussi perturbée par rapport à l'enfant, parce qu'il te pose
76 beaucoup de questions. Après c'est des prises en soin parfois un peu difficiles aussi, quand ils
77 sont en phase aiguë, parce que tu as les douleurs, tu as les angoisses. Mais dans mes souvenirs,
78 après elle était quand même apaisée, parce qu'elle avait été prise en charge psychologiquement,
79 au niveau de la douleur, au niveau aussi de ses proches, il y avait des aides qui avaient été mises
80 en place. C'est vraiment une prise en charge holistique après. Après elle est partie quand même
81 un peu plus apaisée, donc c'est bien de voir aussi cette facette-là. Parce qu'ils arrivent en phase
82 aiguë, mais après on voit l'évolution, c'est ça qui est bien aussi.

83 **Ambre** : Comparé à d'autres services, vu que vous êtes là depuis deux mois, vous voyez
84 vraiment une vraie différence dans l'accompagnement ? Votre place est différente vis-à-vis du
85 patient ?

86 **IDE** : Pas vraiment, parce que la place du soignant... C'est toujours de l'accompagner au mieux
87 dans ses différentes demandes, de le maintenir au mieux. Après au niveau de l'image corporelle,
88 forcément c'est plus chez les brûlés, mais tu as différentes pathologies. Moi je travaillais en
89 dermatologie avant, donc forcément image altérée par différentes pathologies, tels que l'eczéma,
90 le psoriasis, ça peut être des jeunes patients comme des personnes âgées, mais vu que ça se voit
91 aussi, c'est pareil. Dès que ça atteint la peau, c'est la première image que tu renvoies, donc il va
92 y avoir un retour. Alors qu'au niveau psychologique, les troubles psychiatriques, tu ne vois pas
93 forcément sur toi, donc les gens vont moins te juger. Ils te jugent d'abord sur ton image. Pour
94 moi, je suis passée par la dermatologie, donc c'est un peu pareil.

95 **Ambre** : Après, l'impact est peut-être différent au niveau de la perturbation ou bien, elle est à
96 même échelle ?

97 **IDE** : Alors si, à moyen long terme quand même, puisque moi en dermatologie, c'était des
98 pathologies où il y a des phases de rémission avec des récives, donc tu le gardes à vie. Ça
99 découle de la même façon. Tu vas devoir apprendre à vivre avec, donc pareil.

100 **Ambre** : D'accord. Bon, c'est tout pour moi.

101 **IDE** : C'est tout bon ?

102 **Ambre** : Oui, c'est tout bon, merci beaucoup.

103 **IDE** : Pas de soucis, j'espère que tu auras tout.

104 **Ambre** : Oui, oui super, merci.

Annexe V : Entretien n°3

- 1 **Ambre** : Alors déjà, je veux bien votre âge, s'il vous plaît.
- 2 **IDE** : 36 ans.
- 3 **Ambre** : Et l'année de diplôme ?
- 4 **IDE** : Alors, 2012.
- 5 **Ambre** : Et du coup, ça fait combien de temps que vous exercez dans le service ?
- 6 **IDE** : Ça fait 5 ans.
- 7 **Ambre** : Ok. Alors du coup, selon vous, qu'est-ce qu'est un patient avec une image corporelle
8 perturbée ?
- 9 **IDE** : C'est un peu large comme question. C'est un patient qui a du mal à s'accepter, en fait,
10 suite à un traumatisme ou alors un accident. En fait, pas forcément, ça peut être un patient juste
11 qui n'accepte pas son image, je pense. Je ne sais pas si... Oui, par exemple, ici, il y en a beaucoup
12 qui font des sleeves, des bypass. Ils perdent beaucoup de poids rapidement. Donc en fait,
13 physiquement, c'est dur pour eux d'accepter leur nouveau corps, même s'ils sont contents d'avoir
14 perdu du poids, parce que c'est rapide. Donc en fait, ils ont du mal, en gros, à accepter cette
15 nouvelle image et à... Comment dire ? Je ne trouve pas les mots. À croire que c'est eux. À
16 réaliser, en fait.
- 17 **Ambre** : Parce que du coup, ce sont des patients à qui on a déjà enlevé l'excédent de gras ?
- 18 **IDE** : C'est ça. Voilà. Nous c'est les suites, en fait. Oui, c'est les rattrapages quand il y a, par
19 exemple, un tablier au niveau du ventre. Par exemple, ils font une abdominoplastie ou un body
20 lift. Ou alors, au niveau des bras ou des cuisses.
- 21 **Ambre** : Et du coup, en général, les patients, comment vivent-ils cette modification corporelle
22 ?
- 23 **IDE** : Alors, d'une personne à l'autre, c'est différent. Parce que selon le vécu, le caractère de la
24 personne, ça peut changer. Mais c'est souvent une délivrance, en fait. Ils n'attendent que ça.
25 C'est vraiment la délivrance. Dès qu'ils sont opérés, de suite, ils nous demandent : « c'est bon,

26 ils ont enlevé assez ? Comment je suis ? Ça va, finalement, je rentre » Parce qu'on leur met des
27 gaines dans la gaine. C'est vraiment de la délivrance. Parce que c'est des gens qui ont souffert
28 de leur image. Parce que, par exemple, ils sont dans une société où, malheureusement, ils se
29 sont moqués. Donc, ils ont été moqués parce qu'ils ont été costauds. Après, ils perdent le poids.
30 Mais ils ont quand même cette image en tête qu'ils n'ont pas forcément maigri. Et en fait, quand
31 on leur enlève tout cet excédent de peau, c'est leur nouveau moi qui arrive. Et du coup, c'est une
32 délivrance. C'est, « ça y est, j'ai plus ça. Je vais pouvoir m'habiller correctement. J'ai ne vais
33 plus avoir le regard des autres ». C'est ça, quoi. Quand on ouvre le pansement, on peut autant
34 avoir des pleurs, mais de joie, que des sourires. Parce qu'ils sont ébahis du travail qui a été fait.
35 Et puis, c'est surtout qu'il n'y a plus cette souffrance. C'est vraiment leur enlever la souffrance
36 qu'ils ont eue et qu'ils ont dû avoir pendant des années. Le temps que la chirurgie soit acceptée,
37 soit prise en charge et qu'ils puissent faire l'opération. Je pense qu'ici aussi, les patients qui sont
38 opérés, ils ne réalisent pas tout de suite après l'opération. En fait, je pense que c'est une fois
39 qu'ils sont chez eux, qu'ils se regardent dans la glace, que là, vraiment, ils vont réaliser. Sauf
40 parfois pour les poitrines. Ils les emmènent dans la salle de bain, ils regardent dans le miroir.
41 Mais sinon, le reste, après l'opération, c'est encore œdématisé. Donc ça va encore diminuer,
42 dégonfler tout ça. Donc ce n'est pas forcément tout de suite. Mais après, c'est le truc de dire,
43 voilà, j'ai plus cette peau qui pend. Parce que c'est vrai qu'après, il faut attendre un an vraiment
44 pour que le corps se remette en place. Mais c'est vrai qu'on les voit, c'est une délivrance. Quand
45 ils nous disent « j'ai des rougeurs permanentes dessous, là, je n'aurai plus rien. Je vais pouvoir
46 m'habiller au moins à ma taille, parce que je prenais deux tailles au-dessus. Parce qu'il faut que
47 j'arrive à rentrer l'excédent de peau ». Ils ont des vécus qui ne sont pas faciles. La société, quoi.

48 **Ambre** : Donc là, contrairement peut-être aux services d'en bas, c'est un peu, l'inverse. Une fois
49 l'intervention faite, ils sont vraiment soulagés et l'impact va plus être positif ?

50 **IDE** : En bas, en fait, quand on leur fait des greffes de peau, c'est surtout la guérison. Ce n'est
51 pas encore l'image. Ce qu'ils ont toujours peur, c'est le visage. « Est-ce que je vais avoir mon
52 visage pareil ? » C'est surtout ça qu'ils demandent souvent. Mais souvent, ceux qui sont plus
53 grands brûlés, ils ont le traumatisme de l'accident déjà. Donc déjà, ils sont en train de gérer la
54 douleur. Tout ça, ils ne parlent pas tout de suite forcément de leur image. Sauf souvent pour le
55 visage. Ou alors si, « est-ce que je vais pouvoir marcher ? ». Pour la mobilité, pour tout ce qui
56 est fonctionnel, voilà. Après, d'une personne à l'autre, ça dépend.

57 **Ambre** : Et du coup, vous avez trouvé que l'accompagnement était différent que dans des
58 services de soins autres ?

59 **IDE** : Oui, alors je n'ai pas fait énormément de services. Mais, je dirais qu'on joue beaucoup
60 sur la psychologie. Avant qu'ils partent au bloc, et quand ils reviennent du bloc, ils ont besoin
61 quand même toujours d'être rassurés. Alors après, même si c'est ce qu'ils attendent, ils peuvent
62 nous dire, « est-ce que j'ai bien fait de faire cette opération ? Parce que quand même, c'est
63 douloureux, ça me tire ». Mais après, voilà, c'est beaucoup d'accompagnement psychologique
64 sur notre service. Outre les soins, la bienveillance, tout ce qu'on peut leur apporter, on est une
65 écoute quand même. Il y a beaucoup de réassurance et d'encouragement, on le fait par rapport
66 à ce qu'ils nous disent et tout.

67 **Ambre** : Et du coup, est-ce que cet accompagnement se fait par différentes étapes ? Parce que
68 vous avez parlé justement d'une réassurance, de tout ça.

69 **IDE** : En fait, on s'adapte à leur comportement à eux. En fonction de ce qu'ils nous disent. Parce
70 que d'une personne à l'autre, il y en a, ils ne sont pas au même niveau psychologiquement. Donc
71 en fait, en fonction de comment ils réagissent et ce qu'ils nous disent, on va adapter nos propos.
72 Alors ici il n'y a pas de psy ni de kiné c'est nous. C'est vrai que c'est un truc tout bête, mais rien
73 qu'un premier lever, quand ils ont fait une abdominoplastie, il y en a, ils vont te dire, « ok, je
74 me lève ». Il y en a, « vous êtes sûre, je peux ? » Et c'est leur dire, en fait, « ayez confiance en
75 vous. On est là pour vous accompagner. Mais voilà, vous pouvez vous lever. On va faire ça en
76 plusieurs étapes. Quand vous allez être rentrés à la maison, nous, on n'est pas là. Mais voilà, on
77 vous montre les bases. Après, il va falloir continuer ce qu'on vous montre ». Mais ouais, on doit
78 être présent quand même à chaque fois, quoi. Sur toutes les étapes de l'hospitalisation. Le avant,
79 pour les rassurer pour la chirurgie. Le après, parce que c'est nous qui les récupérons post-bloc
80 et les rassurer et leur dire « tout s'est bien passé, sinon, on nous l'aurait dit ». Enfin, voilà. Et
81 des fois, il y en a de suite : « Est-ce que je peux ? » « Non, vous ne pouvez pas voir de suite.
82 Mais ne vous inquiétez pas. Demain, quand on va vous faire le pansement, on va vous
83 montrer ». Il y en a qui demandent de faire des photos. Donc, on leur fait les photos. Et puis
84 après, quand ils partent à la maison, il y a quand même tous les papiers qui permettent à
85 l'infirmière d'avoir les instructions par rapport au pansement et tout ça. Et même s'ils sont à la
86 maison, ils ont quand même des numéros et des mails pour pouvoir avoir la suite des soins si
87 eux, ils ont des inquiétudes par rapport à la chirurgie. Il y a quand même toujours ce suivi, que

88 ce soit avant, pendant et après. C'est vrai que le truc différent des autres patients, on va dire,
89 c'est que même dans le service des brûlés et tout ça, les patients demandent souvent des photos
90 quand on fait les pansements. Ce n'est pas en cardio qu'ils vont demander ça. Donc, on fait
91 beaucoup de photos pour le chirurgien, mais aussi avec leur téléphone pour eux. Parce que c'est
92 la consécration. Ils veulent voir les étapes, eux. En fait, ils veulent des photos par étapes pour
93 voir comment le corps, il évolue.

94 **Ambre** : Et est-ce que vous trouvez que cet impact se ressent sur d'autres aspects que vraiment
95 leur image tout de suite, comme par exemple leur vie professionnelle ou leur vie familiale ?
96 Leur rapport avec la famille, leur rapport avec leur travail, est-ce que ça a un impact ?

97 **IDE** : Ils s'inquiètent par rapport au côté fonctionnel. Comment est-ce qu'ils vont pouvoir se
98 remobiliser ? Au bout de combien de temps ils vont pouvoir vraiment bien marcher ou du coup
99 travailler en fonction du métier qu'ils font ? Et aussi, il y a pas mal de dames qui ont des enfants
100 en bas âge qui s'inquiètent. « Est-ce que je vais pouvoir reporter mon enfant tout de suite ou pas
101 ? » Parce qu'au début, il ne faut pas qu'ils portent de charge. Alors, il y a ce côté-là.

102 **Ambre** : Après, ce sont des hospitalisations qui sont courtes ?

103 **IDE** : En général, oui. Et après, par rapport à la famille, en général, il y a toujours la famille
104 qui accompagne sur ce genre de... Parce que comme je te disais, c'est des parcours qui sont
105 longs. C'est-à-dire que déjà, pouvoir accéder à la sleeve ou bypass. Après, perdre le poids requis.
106 Après, ça passe au niveau de la commission pour savoir s'ils sont pris en charge ou pas. Donc,
107 il y a la famille derrière. Après, nous, il faut savoir aussi qu'on a des patients qui sont
108 transgenres. Donc, il y a aussi ce truc-là où ils sont quand même accompagnés. Alors, des fois,
109 malheureusement, il y a une rupture avec la famille par rapport à leur situation. Ou alors il y a
110 beaucoup la famille qui est derrière et qui est là justement pour dire « voilà, j'accepte ton choix
111 et on y va ». Et du coup, pareil aussi, c'est des papiers à faire, tout ce qui est administratif et
112 tout ça. Donc, il y a beaucoup d'impact quand même sur la suite.

113 **Ambre** : Et pour ces prises en charge-là, il n'y a pas de psychologues ?

114 **IDE** : Alors, eux, ils ont... En fait, tout ce qui est transgenre et même tout ce qui est bypass, et
115 tout ça. Avant de faire les chirurgies et tout ça, ils ont quand même des psychologues à voir. Ils
116 ne font pas la chirurgie comme ça, notamment sur les transgenres, où ils ont en plus de ça à
117 prendre des traitements hormonaux, que ce soit hommes ou femmes, avant qu'on leur fasse la

118 chirurgie. Donc, il y a ça et il y a quand même un accompagnement psychologique, du coup,
119 mais qui est fait en extérieur pour que quand ils fassent la chirurgie, ils soient vraiment ok.
120 Parce qu'il y a certains trucs où il n'y aura pas de retour en arrière. Donc, oui, il y a une prise en
121 charge psychologique pour ces genres de patients. Et souvent, c'est aussi... Enfin, ils doivent
122 avoir un psy. Alors, je ne sais pas si c'est affilié à la Sécurité sociale pour pouvoir valider aussi
123 le remboursement et tout ça. Parce qu'il faut savoir que c'est pris en charge. Toutes ces
124 chirurgies-là, sont prises en charge.

125 **Ambre** : Toutes celles que vous faites ici ?

126 **IDE** : Alors, quand c'est, par exemple, bypass tout ça, ça dépend, en fait, en fonction... Si, par
127 exemple, je vais dire une bêtise pour le ventre, il faut qu'il y ait tant de trucs qui recouvrent au
128 niveau du pubis pour que ça soit pris en charge. C'est pour ça qu'avant de faire la chirurgie, ils
129 demandent une prise en charge au niveau de la sécu et savoir si eux ils prennent en charge ou
130 pas. En fait, ils doivent voir le médecin de la sécu et c'est déjà arrivé qu'il y en ait qui aient des
131 refus parce qu'il faut un certain... Par exemple, il faut un certain nombre, comme elle dit,
132 d'excédents de peau. Si ce n'est pas beaucoup, ils vont dire non, là, ce n'est pas... Si c'est
133 purement esthétique, dans ces cas-là, ce n'est pas pris en charge. Si ça devient de la
134 reconstruction, dans ces cas-là, il y a une prise en charge. Il y en a même, je crois, des fois, ils
135 leur disent qu'il faut qu'ils prennent un peu de poids pour le bypass.

136 **Ambre** : D'accord. Et sinon, est-ce que vous pouvez me raconter un accompagnement d'un
137 patient qui vous a particulièrement marqué ou alors qui a été difficile ?

138 **IDE** : J'en ai eu, une brûlée. C'est une dame qui a été brûlée surtout au visage, mais quand
139 même assez profondément, parce que souvent, les brûlées qu'on a, par exemple, des retours de
140 flammes, barbecue, tout ça, c'est le visage, les mains, en général, sauf que ce n'est pas très
141 profond. Au niveau du visage, ils récupèrent tout, il n'y a pas de souci. Par contre, elle, c'était...
142 Alors, je ne sais pas... On ne sait pas exactement les circonstances, mais c'était en cuisinant et
143 c'était de l'huile qui avait pris feu. Donc, en fait, c'était assez profond et c'était... C'était difficile,
144 je trouve, sa prise en charge parce que déjà, elle avait l'air traumatisée. Elle ne parlait pas du
145 tout. Bon, après, il y avait un peu la barrière de la langue. C'était une dame maghrébine. Elle
146 arrivait quand même à parler, à comprendre, mais un peu difficilement. Donc, je ne sais pas si
147 c'est que la langue ou le traumatisme. Je pense qu'il y avait un peu des deux. Et ce n'était pas
148 facile parce que... En fait, c'était quand même assez profond. Le nez, il n'était plus pareil. Après,

149 elle a dû revenir se refaire... Elle est repartie en rééducation. Elle est revenue pour faire des
150 greffes de peau sur les paupières, il y avait des brides. Enfin, moi, ça m'a marquée dans le sens
151 où depuis que je travaillais dans le service, il n'y avait pas... Je n'avais pas vu encore un visage
152 brûlé aussi profondément. Ce n'est pas que ça m'a choquée, mais c'est que, du coup, pour elle,
153 c'était... Ça paraissait difficile, en fait, d'accepter. Elle était quand même jeune. Elle avait des
154 enfants en bas âge. Donc, voilà. Ce n'était pas évident.

155 **Ambre** : Et du coup, au niveau de la prise en charge ?

156 **IDE** : Elle a été vue plusieurs fois par la psychologue. Et ici et au centre de rééducation, parce
157 qu'après, il y a un suivi là-bas aussi. Et par la suite après, je ne sais pas trop comment ça s'est
158 fini, mais je sais que c'est quand même long pour elle pour accepter après ça.

159 **Ambre** : Et du coup, elle refusait les soins ? Ou non, quand même, elle était assez volontaire ?

160 **IDE** : En fait, elle laissait faire les soins. Mais comme elle ne parlait pas beaucoup, on essayait
161 de lui parler. Enfin, moi, j'essayais de lui parler. En fait je pense qu'elle avait besoin énormément
162 d'être rassurée, d'être chouchoutée, d'être... Voilà, je pense qu'il fallait beaucoup ça. Ce n'est pas
163 tout le monde qui le fait, donc ça ne devait pas être toujours facile pour elle, je pense. Parce
164 qu'en fait, ce qui était dur aussi, c'est que comme elle était brûlée, elle a eu des interventions au
165 niveau des yeux. Elle devait rester une semaine avec des yeux fermés, en fait. Donc elle devait
166 faire la toilette comme ça, manger. Enfin, ça, c'est dur parce qu'en voyant rien, en fait, c'est
167 compliqué.

168 **Ambre** : On ne sait pas ce qui se passe, qui arrive, qui s'en va.

169 **IDE** : D'un coup, il y a quelqu'un qui... Enfin, les gens ne pensent pas toujours à prévenir, par
170 exemple, pour prendre la température. Du coup, c'est un peu... Ça peut mettre un peu un côté...
171 On devient parano parce que je pense qu'elle avait peur. Déjà, elle était traumatisée de l'accident,
172 et en plus ça, quoi. Donc ça, ce n'était pas facile, oui.

173 **Ambre** : Et dans ce service ?

174 **IDE** : Et sinon dans ce service, pour le coup, c'était une patiente qui était transgenre, mais elle
175 n'avait fait aucune opération à part la poitrine. Et en fait, cette dame, elle avait eu un
176 papillomavirus. Donc c'était un monsieur, en fait, qui était dame. Et on a dû l'accompagner. Il
177 avait eu un cancer au niveau de... Donc de... Au niveau de l'anus. Et en fait, il avait une grosse
178 escarre. Et en fait, faire les pansements, c'était devenu... Parce qu'on lui faisait mal. Du coup,

179 après, on a été obligés de le mettre en soins palliatifs, cette personne. Et elle est partie, donc en
180 soins palliatifs, parce qu'on ne pouvait plus rien faire. Mais on l'a accompagnée longtemps, ici.
181 D'ailleurs, quand elle est partie, elle avait demandé que... Quand elle décède, on appelle le
182 service. Donc on nous a appelés pour nous dire qu'elle était décédée. Mais franchement, c'était
183 compliqué, parce qu'en fait, elle était très alique tout le temps. Plus rien n'y faisait. Elle pleurait
184 beaucoup. Très gentille. Mais franchement, c'est douloureux, quand tu sais que tu vas faire mal,
185 mais que tu n'as pas le choix, parce qu'il faut faire les soins. À la fin, franchement, on y rentrait
186 vraiment... On y rentrait vraiment, pas à reculons, mais c'était difficile. Parce que ce n'était pas
187 un bon moment, quand tu fais un soin, ça peut être un bon moment, même si ça peut faire un
188 peu mal. Mais là, en fait, on savait qu'on ne pouvait plus rien faire. Et qu'à chaque fois qu'on
189 allait rentrer faire ce pansement, c'était... Parce que même avec la morphine, le Kalinox, ça ne
190 suffisait pas. Ah ouais, franchement, c'était compliqué. Moi, j'en avais mal au cœur. Parfois, en
191 fait, on essaye de pousser un peu au niveau des chirurgiens pour qu'ils le fassent au bloc, quand
192 c'est trop dur, parce qu'on ne peut pas laisser souffrir quelqu'un comme ça. Des fois, c'est
193 compliqué aussi avec l'activité du bloc. Je m'en souviendrai toujours.

194 **Ambre** : Et du coup, elle est décédée de...C'était des lambeaux ?

195 **IDE** : Après, elle a été métastasée. C'était un cancer... C'était le papillomavirus qu'elle avait
196 attrapé, malheureusement, et qui s'est propagé, en fait, quand son conjoint est décédé. C'est là
197 qu'ils lui ont découvert ce cancer-là. Et au fur et à mesure, ça s'est propagé. Et en fait, il lui avait
198 fait plusieurs... Il lui avait essayé de lui nettoyer ou je ne sais plus exactement. Sauf qu'elle avait
199 un trou énorme au niveau du sacrum. Elle avait un vécu difficile aussi. Elle avait perdu son
200 frère, je crois, jumeau, ou frère, en tout cas, sa mère. Et puis, malheureusement... Si tu veux,
201 c'était une personne qui était d'origine maghrébine. Et en plus de ça, qui était homme-femme.
202 Parce qu'elle avait fait faire la poitrine, mais avait gardé les parties masculines en bas.

203 **Ambre** : Volontairement ?

204 **IDE** : Volontairement, je pense que ça ne se faisait pas trop à son époque. Qui, en plus,
205 travaillait dans le milieu de la nuit. Donc, vu d'où elle venait... Je pense qu'il y avait eu une
206 rupture, je pense, au niveau familial aussi. Et elle avait un vécu énorme. Elle a dû subir le cancer
207 de son conjoint aussi, qui est décédé. Donc, il y a eu tout un contexte familial qui était énorme.
208 Et c'était une dame qui était... Elle était adorable, vraiment gentille. Mais c'est vrai que c'est
209 quelqu'un qui m'a énormément marquée. C'était... À chaque fois qu'on y allait, c'était... C'était

210 compliqué. C'est vrai que là, ça a été dur. Et c'est vrai que pour nous, ça a été un soulagement
211 quand on nous a dit qu'elle passe en soins palliatifs. Parce qu'on s'est dit qu'au moins, ils vont
212 vraiment pouvoir la calmer au niveau de la douleur. Même si nous on essayait, mais ce n'était
213 pas suffisant. Ici, c'est des services de chirurgie. Donc, les médecins, ils ne sont pas comme les
214 médecins des soins palliatifs, chaque geste, en fait, tout est réfléchi. Donc, c'est vraiment... La
215 prise en charge est mieux. Après, je ne sais pas si on doit le dire, mais nous, à la fin, on l'a
216 autorisé. Elle fumait de l'herbe. Du coup, comme elle marchait, elle allait fumer son petit joint.
217 Elle allait fumer son petit joint et elle revenait.

218 *Ambre* : Ça l'a soulagée ?

219 **IDE** : Oui. Il y en a, ils en prennent en thérapeutique. En vrai, ce n'est pas autorisé. Mais nous,
220 à un moment donné, il faut savoir faire les choses... Quand ça peut soulager, on n'incite pas les
221 gens à faire ça. Mais là, honnêtement, c'était plus du palliatif et du coup, ça l'a soulagée un peu.
222 Donc, on l'a laissé fumer. Mais c'est vrai que ça m'a marquée. Voilà.

223 *Ambre* : D'accord. Bon, sinon, après, à part si vous avez d'autres choses à dire sur
224 l'accompagnement des patients qui ont vécu une modification de leur image corporelle...

225 **IDE** : Non, je n'ai rien de plus qui me vient comme ça. Nous, c'est vrai qu'on est dans la phase
226 aiguë. En fait, chez les brûlés, par exemple, on les voit au début. Et après, c'est long, la
227 reconstruction. Et nous, on ne les voit pas après au long cours. Mais en tout cas, juste pour
228 préciser voilà. Voilà. Ça va ?

229 *Ambre* : Oui, c'est parfait. Merci beaucoup.

Annexe VI : Entretien n°4

- 1 **Ambre** : Bon alors du coup au début, je vais juste vous demander l'âge et après quelques petites
2 questions, genre l'année de diplôme et tout ça...
- 3 **IDE** : Moi, j'ai 45 ans.
- 4 **Ambre** : L'année de diplôme.
- 5 **IDE** : J'ai été diplômée en 2001.
- 6 **Ambre** : D'accord. Et l'ancienneté dans le service ?
- 7 **IDE** : J'y suis depuis 2017.
- 8 **Ambre** : Alors du coup, selon vous, qu'est-ce qu'est un patient avec une image corporelle
9 perturbée ?
- 10 **IDE** : Déjà ici, la plupart des patients qui viennent nous voir, c'est surtout par rapport à leur
11 image personnelle de ce qu'ils renvoient dans le miroir. Il faut savoir que c'est des patients qui
12 font beaucoup de dysmorphophobie. C'est suite à des chirurgies bariatriques, donc des sleeves,
13 des bypass, des choses comme ça, il y a une grosse perte de poids. Et du coup, suite à ça, il y a
14 le relâchement cutané de la peau. Et nous, on est là pour intervenir justement pour récupérer
15 une image corporelle, pour que les gens aillent de l'avant.
- 16 **Ambre** : D'accord. Donc ils arrivent ici, leur image corporelle, elle est déjà...
- 17 **IDE** : Ils souffrent énormément. C'est des gens qui sont suivis psychologiquement avant d'être
18 suivis chirurgicalement parlant.
- 19 **Ambre** : Et justement, ces patients, ils vivent comment cette modification de leur image
20 corporelle ?
- 21 **IDE** : Après la chirurgie ou avant la chirurgie ?
- 22 **Ambre** : Les deux.

23 **IDE** : Avant la chirurgie, ils sont très anxieux parce qu'il faut se réapproprier cette image de
24 soi. Et après la chirurgie, en général, ils sortent satisfaits. Mais il y a encore un long parcours à
25 accomplir après. Parce que post-opératoire, direct, immédiat, ils sont contents. Et puis peu de
26 temps après, tu te rends compte que tu les revois revenir parce qu'ils revoient des défauts sur
27 eux. Le reflet qu'il y a dans le miroir, ce n'est jamais satisfaisant. Il en faut toujours plus,
28 toujours plus, toujours plus.

29 **Ambre** : Il y a un impact dans leur vie, que ce soit professionnelle, relationnelle, familiale, tout
30 ça ?

31 **IDE** : Professionnelle, je ne sais pas, je n'en sais rien en vérité. Relationnelle, familiale, on a
32 constaté quand même pas mal de séparations suite à ça, suite aux chirurgies. Parce qu'il y a
33 certaines personnes qui se réapproprient tellement bien leur image que leur vie d'avant, elles ne
34 veulent plus en entendre parler. Et le conjoint ou l'épouse, ça fait partie du côté négatif qu'on
35 veut zapper. Donc on a constaté ça quand même.

36 **Ambre** : Mais du coup, ici, c'est plus eux qui préfèrent se séparer de leur passé ?

37 **IDE** : Oui.

38 **Ambre** : D'accord. Et du coup, en quoi l'accompagnement de ces patients, il peut être différent
39 de l'accompagnement d'un patient dans un autre type de service ?

40 **IDE** : Ici, les patients viennent de leur plein gré. La plupart du temps, ils te disent : « personne
41 ne m'a forcé à venir ». Donc ils ne sont pas pareils dans leurs demandes. Limite, ce n'est pas
42 des patients ici, c'est des clients. En plus c'est du privé, c'est des patients qui payent. Donc ce
43 sont d'autres exigences après. On voit plus ici comme un service d'hôtellerie, de petites bonnes
44 qui viennent les satisfaire. Par rapport aux soignants, je ne parle pas par rapport aux chirurgiens.
45 Que dans un service de médecine, les gens viennent parce qu'ils sont malades, ils sont
46 souffrants. Donc ce n'est pas la même prise en charge en fait.

47 **Ambre** : Vous avez un accompagnement plus dans le relationnel ?

48 **IDE** : Il y a beaucoup de relationnel ici, essentiellement. Ce sont des gens autonomes pour la
49 plupart.

50 **Ambre** : En général, ils attendent quoi de vous dans la relation ?

51 **IDE** : Déjà les rassurer avant la chirurgie et même après d'ailleurs. Et qu'est-ce qu'ils attendent
52 de nous ?

53 **IDE 2** : Qu'est-ce que les patients attendent de nous ? Avant la chirurgie, c'est la question ?

54 **Ambre** : Avant et après, pendant tout l'accompagnement que vous avez auprès d'eux.

55 **IDE 2** : Oui c'est ça, de la réassurance, de la bienveillance, de l'attention. Un regard qui n'est
56 pas dans le jugement. Vu qu'on est dans l'esthétique, on a affaire... Mais là, vous parlez de votre
57 situation ou en général ?

58 **Ambre** : De l'accompagnement général.

59 **IDE 2** : Oui, parce qu'on a affaire à des cas complètement différents. On peut avoir des
60 transgenres, on peut avoir des femmes qui sortent d'une grosse intervention après une obésité.
61 Donc c'est le regard de l'autre qui est vachement important. Donc non jugement, un regard de
62 bienveillance. Après, comme tous les services hospitaliers, ils sont dans le stress d'être opérés,
63 donc rassurer.

64 **Ambre** : Et justement, vu que vous êtes là depuis peu, vous trouvez une vraie différence dans
65 votre accompagnement ? Entre un patient dans un autre service et un patient ici ?

66 **IDE 2** : Ici, ils sont vachement centrés sur le résultat après l'intervention au niveau visuel et
67 esthétique. Vu qu'on est dans la reconstruction. Après, les cas sont complètement différents.
68 Parce que soit ça peut être de l'esthétique pure, soit ça peut être justement retrouver son corps
69 alors qu'on le détestait après une grosse perte de poids. Soit un changement de sexe, même si
70 ici on ne fait pas de changement de sexe. Mais même sur les mastectomies, sur les transgenres.
71 Donc on est vachement ciblés sur le regard quand même ici. Ils attendent vachement au niveau
72 esthétique, oui je trouve. Alors que sur un service lambda, on est juste sur de l'accompagnement.
73 Pas dans de la guérison, mais dans quelque chose...si, de la guérison. C'est différent ici, le fait
74 qu'on soit en esthétique. Le regard est vachement... Quand on défait un premier pansement suite
75 à une intervention esthétique, ils attendent vachement de résultats visibles à l'œil nu. Alors que

76 quand on est dans de la chirurgie classique, on n'a pas un résultat de suite. On vient pour une
77 pathologie ou un problème et c'est différent.

78 **Ambre** : Et vous réagissez comment en général ? Quand c'est beau, vous vous dites waouh, c'est
79 beau ou vous restez en général neutre ? Vous attendez leur avis ?

80 **IDE** : On attend déjà de voir comment eux réagissent.

81 **IDE 2** : Il y en a qui ne veulent pas voir, quand même. Il y en a quelques-uns qui ne veulent pas
82 voir, qui se cachent les yeux.

83 **IDE** : Ce qu'il faut leur dire aussi, c'est que ce n'est pas le résultat final. Il y a encore des œdèmes,
84 il y a plein de choses. Les cicatrices sur une réduction mammaire par exemple, au premier
85 pansement, ce n'est pas joli. Je veux dire, c'est boursouflé, c'est violacé, tu as des gros
86 hématomes, des ecchymoses.

87 **IDE 2** : Il y en a quelques-uns qui sont jolis, mais ce n'est pas souvent.

88 **IDE** : Il faut être honnête aussi. Tu ne peux pas trouver une cicatrice dégueulasse et dire « ouh
89 que c'est beau ! ». À un moment donné, il faut être cohérent avec le résultat.

90 **IDE 2** : Après, ils nous demandent des fois qu'est-ce que vous en pensez. Moi personnellement,
91 je suis honnête. Je ne dis jamais que c'est laid. On sait ça, on rebondit toujours en disant que ce
92 n'est pas le résultat définitif. C'est difficile de se positionner. C'est vrai qu'on n'est pas censé
93 dire ce qu'on pense, mais des fois on le dit.

94 **IDE** : Il faut faire ça finement pour ne pas brutaliser.

95 **IDE 2** : Parce qu'ils nous regardent avant de se regarder eux. Ils sont vachement ciblés sur notre
96 regard. C'est difficile de mentir à travers le regard. Il faut avoir un regard authentique. Ils sont
97 ciblés sur notre regard. Ils le disent « ah j'attendais votre réaction ». Des fois, dans notre
98 réaction, je suis hyper honnête et transparente. Je suis incapable de mentir, ça va forcément se
99 voir. C'est vrai.

100 **Ambre** : En général, ils le prennent bien quand ils voient le résultat, même s'ils savent que ce
101 n'est pas le résultat final ?

102 **IDE** : La plupart sont satisfaits. J'ai dû voir une ou deux fois une dame pleurer, dire « non ce
103 n'est pas ça que je voulais ! C'est dégueulasse ! ». Mais c'est hyper rare.

104 **IDE 2** : Des fois, ils s'attendent à un peu plus. C'est-à-dire qu'ils disent « j'aurais voulu un peu
105 plus au niveau de la lipo-aspiration ». Par exemple, abdominal. Après les chirurgiens sont là
106 pour les remettre rapidement...

107 **IDE** : Ils leur ont dit qu'ils ne sont pas magiciens.

108 **IDE 2** : Surtout après une grosse perte de poids. Après le travail, c'est vous aussi qui allez le
109 faire, vous ne pouvez pas tout enlever d'un coup.

110 **Ambre** : Et après, sinon, vous trouvez que l'accompagnement se fait par différentes étapes ?

111 **IDE 2** : Avant la consultation ?

112 **Ambre** : Et puis même eux, par rapport au deuil du corps d'avant. Et du fait de l'acceptation du
113 nouveau corps.

114 **IDE 2** : Ça va être compliqué parce qu'ils restent peu ici. On n'a pas trop de suivi. Des fois, on
115 les revoit après la consulte...

116 **IDE** : Après comme je disais, la dysmorphophobie, elle revient toujours. Du coup, ils reviennent
117 pour des reprises. Et à l'inverse, les dames qui quittent leur conjoint. Parce qu'il fait partie de la
118 vie d'avant.

119 **IDE 2** : Du coup, il faut se débarrasser du tout. Il y a tout un contexte de vie autour de ça. Mais
120 nous, on n'a pas toutes les infos. Parce que déjà, ici, on ne les voit que souvent sur 2-3 jours.

121 **Ambre** : D'accord, c'est vraiment du court séjour ici ?

122 **IDE 2** : Ah oui. On n'est jamais sur du long séjour. Du long... C'est des cas...

123 **IDE** : Les DIEP.

124 **IDE 2** : Je dois réfléchir 15 jours.

125 **Ambre** : C'est quoi les DIEP ?

126 **IDE** : Les DIEP, c'est les reconstructions du sein après un cancer. Donc, tu as la mastectomie
127 totale, ils prennent au niveau abdominal de la graisse, de la peau et ils refont un sein avec. Donc,
128 ça, c'est des surveillances accrues. Et on garde le patient 7 jours.

129 **IDE 2** : Et après, quand ils restent longtemps, en fait, ce n'est pas des patients...c'est des
130 hébergements. Des personnes très âgées qui se dégradent de leur escarre. Et puis, tu ne sais pas
131 où les mettre, qu'on n'a pas pu reconstruire. On n'est plus sûr de la chirurgie reconstructrice et
132 réparatrice. On est sûr du on ne peut rien faire et du coup, ça traîne en attendant une mutation
133 ou quand c'est trop infecté au niveau d'une escarre, ou des choses comme ça. Parce qu'on n'a
134 pas que de l'esthétique on fait un peu de tout.

135 **Ambre** : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation qui vous a marquée ? Ou alors une
136 prise en charge difficile ?

137 **IDE** : Il y en a eu une, oui. C'était l'histoire de cette petite dame. Stéphanie, elle s'appelait, 30
138 ans. Maman de 2 jeunes enfants. La plus jeune, elle avait 2 ans, si je me souviens bien. Et en
139 fait, cette petite, elle a contracté une angine, qu'elle a refilé à sa maman, à Stéphanie. Et ça a
140 traîné, traîné. Au final, ça a migré ; elle a fait une endocardite, elle a fait un arrêt cardiaque. Ils
141 l'ont mise dans le coma. Et au bout de 40 jours de coma, quand elle s'est réveillée, ils avaient
142 dû l'amputer parce qu'elle avait fait un purpura fulminant. Elle avait fait le Syndrome des loges.
143 Donc, plus rien à récupérer. Donc, elle a été amputée au niveau de l'articulation d'une de ses
144 jambes. L'autre jambe, sous l'articulation. Ce qui lui a permis de pouvoir être appareillée par la
145 suite. Deux moignons, et puis des nécroses un peu partout au niveau du corps. Et ça, ça a été
146 vachement... Tout le monde a été très, très affecté. En fait, tu vois, je t'en parle, j'ai encore un
147 peu les poils qui dressent. Et ouais, ça a été très compliqué parce que cette dame, elle est passée
148 par toutes les phases, quoi, au réveil. Elle a voulu mourir. Elle a voulu se jeter de son lit. Elle a
149 voulu mettre fin à ses jours. Après, elle se raccrochait à l'idée qu'elle était encore en vie. Elle
150 avait ses enfants.

151 **Ambre** : Il y avait encore des choses possibles en termes de soins.

152 **IDE** : Voilà, voilà. Et donc, il y a eu une grosse prise en charge psychologique. Elle a été suivie
153 par le psychologue d'ici. Et puis, petit à petit, elle s'est réappropriée son corps. Elle a pu être
154 appareillée. Et maintenant, elle pose, elle fait des photos. Elle fait plein de photos nue, en plus.

155 **Ambre** : Pour montrer, justement...

156 **IDE** : Pour montrer, voilà, je suis passée par là, j'ai failli y rester. Mais je me réapproprie ce
157 nouveau corps, quoi. Mais ça a été un long, long parcours. Il faudrait que je retrouve... Parce
158 que je ne l'ai pas, là. Je n'ai plus son nom, mais...

159 **Ambre** : Et la photo, ça a été initié par la prise en charge d'ici comme moyen, peut-être, de
160 s'accepter ? Ou c'était de son côté ?

161 **IDE** : C'était de son côté. Oui, oui, c'était de son côté.

162 **Ambre** : D'accord.

163 **IDE** : Oui, parce que nous, quand elle était ici, ce n'était vraiment pas le moment de lui proposer
164 ce genre de... Non, c'était trop tôt, ici, pour proposer ce genre d'action.

165 **Ambre** : Parce qu'ici, du coup, ça a été quoi, sa prise en charge ?

166 **IDE** : Ici, ça a été les greffes. On a greffé sur les moignons. Par endroits, aussi, parce que je te
167 dis, ça a nécrosé. C'était tout nécrosé, donc il a fallu prendre d'un côté pour reposer de l'autre.
168 Donc ça a été surtout ça, en fait. La reconstruction immédiate sur les amputations et sur les
169 nécroses.

170 **Ambre** : Elle est restée combien de temps ?

171 **IDE** : Elle est restée longtemps. Une fois qu'elle a été sortie de la REA, elle avait été greffée,
172 tout avait été fait. Donc, nous, c'était vraiment la surveillance des greffons.

173 **Ambre** : Parce que là, les surveillances sont beaucoup plus longues quand c'est des greffons...

174 **IDE** : Au vu du nombre qu'elle avait, oui. Ça a été très, très long, oui. Et il y a eu une journée
175 où il a fallu retirer les agrafes. On a dû s'y mettre à deux avec la collègue. On a dû retirer 300

176 agrafes. On est restés des heures et des heures. Puis bon, pansements douloureux à chaque fois.
177 Ah non, ça a été compliqué. C'était très, très compliqué.

178 *Ambre* : Et ils sortent ici à partir du moment où il n'y a plus besoin de faire de pansement ?

179 *IDE* : C'est ça. Où c'est cicatrisé. Donc là, après, c'est la rééducation. Se réapproprier des
180 mouvements. Essayer de retrouver une nouvelle... De nouveau une dextérité. Et puis bon, pour
181 l'appareillage aussi, ça demande pas mal de trucs. De la kinésithérapie à fond pour te muscler.
182 Nous, on est vraiment dans la plaie. C'est pour ça qu'après, quand ils sortent d'ici, il y a encore
183 un long parcours. Entre ceux qui partent en centre de soins de suite et de réadaptation, tout ça.
184 Et la rééducation, quand il y a un lambeau, c'est une surveillance de 6 semaines.

185 *Ambre* : Et après, vous n'avez pas eu de nouvelles...

186 *IDE* : Non, elle n'est pas revenue ici. Elle n'est pas repassée. Je l'ai juste vue par l'intermédiaire
187 d'une collègue qui connaissait son ami. Son conjoint. Et du coup, elle m'avait montré les photos
188 qu'elle faisait, qu'elle postait.

189 *Ambre* : Et elle a pu reprendre son travail ?

190 *IDE* : Je ne sais pas. Parce qu'en plus, elle était styliste, pour Orchestra. Elle dessinait des
191 vêtements pour enfants.

192 *Ambre* : Donc oui, elle a dû avoir le deuil aussi à faire de sa profession.

193 *IDE* : Oui, oui je pense oui, et puis même pour son rôle de maman. Tu ne peux plus t'occuper
194 de ton gamin. Déjà, elle ne voulait plus les voir.

195 *Ambre* : Oui, justement, j'allais demander, son rapport avec ses enfants.

196 *IDE* : Elle est restée entre la REA et nous, ici, l'hospitalisation. Elle a dû rester au moins deux
197 mois et demi, trois mois, sans voir ses enfants.

198 *Ambre* : Et son mari ?

199 **IDE** : Son mari venait. Son mari venait, mais c'est pareil, c'était très compliqué. Au début, elle
200 l'a rejeté, plus ou moins. Parce qu'elle ne voulait pas qu'il la voit comme ça. Et puis après, il lui
201 a bien fait comprendre qu'il était là pour elle, quoi qu'il se passe. Et ça allait mieux. Mais quand
202 il sortait de la chambre, il pleurait. Elle lui en disait de toutes les couleurs.

203 **Ambre** : Et ses enfants, comment ils l'ont pris, à la première vue ?

204 **IDE** : Je ne sais pas.

205 **Ambre** : Mais après, ils venaient et ça allait ?

206 **IDE** : Je ne les ai jamais vus, les petits. La seule fois que je les ai vus, c'était une fois en visio.
207 Parce qu'elle avait accepté de montrer juste son visage. Mais après, ils ne sont jamais venus ici.

208 **Ambre** : Son visage, il n'était pas trop atteint ?

209 **IDE** : Non, non.

210 **Ambre** : Les nécroses, c'était que sur le corps ?

211 **IDE** : Ouais, sur le corps. Le dos, principalement. Il y avait le bras aussi, là, il me semble.
212 L'épaule. Et puis après, les membres, les quatre membres.

213 **Ambre** : Et vous, après, vous vous êtes...

214 **IDE** : Nous, on en a discuté entre nous. On a essayé un petit peu d'extérioriser.

215 **Ambre** : Vous avez des réunions comme ça pour parler de cas qui vous ont touché ?

216 **IDE** : Non. Non, parce que ça reste des situations très, très rares, ici. On n'a pas ce genre de
217 réunion. Ça pourrait être bien, parfois, quand même, pour parler d'autres choses. Voilà, c'est
218 tout ce que je peux vous dire, ma chère.

219 **Ambre** : D'accord. Vous n'avez rien à rajouter de plus sur le sujet en général ?

220 **IDE** : Toi, tu as quelque chose à dire, toi ?

221 **IDE 2** : Non, c'est intéressant d'avoir cette expérience dans ce service, justement, par rapport
222 au regard. D'ailleurs, si vous êtes ici et que vous nous posez la question, c'est que c'est
223 intéressant de se pencher sur le sujet du regard, de... Oui, c'est ça, de ne pas être dans la...
224 Comment dire ? Dans le jugement. Et c'est vrai que, du coup, l'apparence physique, c'est
225 vraiment important pour les yeux des gens, finalement.

226 **Ambre** : Surtout peut-être dans une société où, vraiment, elle est mise en avant.

227 **IDE** : Complètement. Ah ben oui. Kim Kardashian met des prothèses, on a toutes des demandes
228 de prothèses. Kim Kardashian enlève les prothèses, tout le monde enlève les prothèses. C'est
229 vraiment des élans de mode sur l'esthétique.

230 **Ambre** : D'accord. Vous avez autant d'esthétique que de réparatrice ou c'est par...

231 **IDE** : C'est par vague, ouais...

232 **IDE 2** : Et j'allais dire, heureusement qu'on n'a pas que de l'esthétique. Parce que, justement,
233 toujours être dans cette apparence, ça nous sort un petit peu d'être... Ça nous remet un peu les
234 idées en place. Bon, même si nous, en tant que soignants, on les a. On prend toujours du recul.
235 Mais d'avoir un peu de la reconstruction, les surveillances par rapport aux lambeaux, les
236 paraplégiques, ça nous sort un peu de l'esthétique pure. Voilà

237 **Ambre** : Merci beaucoup.

Annexe VII : Grille d'analyse

Thème	Théorie	Discours soignant
La modification de l'image corporelle	Partie 3.1.2 « <u>les</u> auteurs expliquent que tout facteur susceptible de modifier le corps engendre donc en conséquence, une modification du rapport que les individus entretiennent avec celui-ci » « <u>ils</u> insistent sur un double aspect de cette modification de l'image corporelle. Un aspect psychologique... et un aspect social » « <u>une confusion dans la représentation mentale du moi physique</u> » « Ils vont parler de ce phénomène comme parfois plus ou moins conscient et pouvant être le résultat d'une modification corporelle visible ou invisible, temporaire ou définitive » « Les auteurs lient donc la modification de l'image corporelle à la perturbation de l'estime de soi »	E1 : L 10-12 « <i>quelque chose dans son corps qui change et il faut que la personne puisse accepter ce changement. Que ce soit des fois aussi en positif... ou en négatif</i> » L 44-46 « <i>c'est surtout les gens qui sont brûlés au niveau du visage. Ils pensent que ça va être très long, alors que le visage, c'est vraiment quelque chose qui cicatrise le mieux pour le coup</i> » E2 : L 9-11 « <i>Alors tout dépend aussi de la personnalité, de l'histoire de vie. Ça dépend. Parfois il y en a ils vont avoir vraiment une image du corps modifiée simplement parce qu'ils ont le bras avec une brûlure. Et d'autres, ils vont être brûlés à 45%, et il ne va pas avoir de problème avec ça</i> » E3 : L 10-11 « <i>ça peut être un patient juste qui n'accepte pas son image</i> » E4 : L 10-11 « <i>c'est surtout par rapport à leur image personnelle de ce qu'ils renvoient dans le miroir</i> » E1 : L 39-40 « <i>il faut vraiment qu'ils fassent le deuil de l'ancienne image qu'ils avaient et l'acceptation de leur nouveau corps</i> » L 135 « <i>on a eu des couples qui se sont séparés, etc.</i> » L 121-123 « <i>ça faisait quand même deux mois qu'il n'avait pas vu son fils qui avait neuf ans. Il ne voulait pas trop le voir parce qu'il avait peur que le petit ne le reconnaisse pas</i> » E2 : L 26 « <i>Ça dépend de l'âge aussi</i> »
L'impact de la modification de l'image corporelle	Partie 3.1.3 « <u>les</u> auteurs vont parler d'un lien étroit entre perturbation de l'image corporelle et perturbation de l'identité » « Ces auteurs vont parler de répercussions objectives sous entendant les répercussions physiques directs et psychosociales comme la qualité de vie ou encore des modifications des interactions sociales » « <u>les</u> auteurs insistent sur : « <i>l'investissement préalable du patient dans son image corporelle</i> » »	

	« Ce modèle met en avant la singularité du vécu et de l'histoire du patient, engendrant donc un impact de cette modification corporelle, propre à chaque patient en rapport avec sa vie et le rapport individuel qu'il entretient avec son corps » « un autre facteur influant ce rapport que le patient a avec son image corporelle : le contexte socio-culturel et historique » « le deuil du corps bien portant » « l'auteur explique l'apparition d'épisodes dépressifs accompagnant la restructuration psychique de l'image corporelle » « une image du corps négative peut mener à un isolement social et à de l'anxiété »	L 76-77 « elle va avoir une grosse phase de reconstruction de son identité. Puis elle avait des jeunes enfants, donc tu as toute cette image corporelle aussi perturbée par rapport à l'enfant » E3 : L 23-24 « d'une personne à l'autre c'est différent... mais souvent c'est une délivrance » E4 : L 31-32 « Relationnel, familiale, on a constaté quand même pas mal de séparations » L 149 « elle a voulu mourir » L 195-198 « déjà elle ne voulait plus les voir... Elle a dû rester au moins deux mois et demi, trois mois sans voir ses enfants »
L'accompagnement d'un patient ayant une image corporelle perturbée	Partie 3.1.3 « le deuil du corps bien portant commence par un travail psychique de renoncement lié à l'image du corps » Partie 3.2.3 « d'être avec » la personne soignée durant les périodes de transition où elle affronte la maladie, de lui administrer des soins comme à sa famille si nécessaire » « L'accompagnement de l'infirmier semble donc être autant physique que psychique » « Les auteurs ont alors exploré les différentes médiations corporelles..., procurant, selon eux, une expérience corporelle et visant une meilleure intégration des aspects physiques et psychiques »	E1 : L 51 « On parle beaucoup avec eux » L 61-62 « c'est un travail de coordination et on est tous ensemble quoi, vraiment, on travaille avec eux » L 132-133 « on essaie de les accompagner à ce qu'ils avancent un petit peu dans leur vie » E2 : L 20-21 « il y a une prise en charge psychologique très importante » L 41-42 « c'est l'entourage aussi qui joue beaucoup. Le fait d'être entouré, de pouvoir en discuter » L 64-65 « t'as aussi des ateliers... il y a des ateliers maguillage » E3 : L 61-66 « on joue beaucoup sur la psychologie... Il y a beaucoup de réassurance et d'encouragement » L 70 « on s'adapte à leur comportement à eux » E4 : L 48 « il y a beaucoup de relationnel ici, essentiellement »

	« <i>elles peuvent aider la personne à se réapproprier son propre corps, sa propre histoire de vie et retrouver ainsi un état de bien-être satisfaisant</i> » « Enfin, les auteurs exposent le sujet de l'intimité et de la sexualité... les patients se préoccupant de ce sujet, ils leur paraissent important que les professionnels leur en parlent et qu'ils le prennent en compte » « <i>les auteurs ont choisi d'aborder les soins sociaux-esthétiques. Ils expliquent que ces soins visent un accompagnement corporel de la souffrance ainsi qu'une reconstitution de l'image de soi et de la dignité</i> » » « <i>le</i> <i>toucher constitue « dans ce contexte d'objectivation du corps, un rappel du lien avec le monde extérieur »</i> » « Ils en ont conclu que cela paraissait important de prendre en compte la perspective du soignant, leur expérience du rapport au corps des patients et du rapport à leur propre corps, pour par la suite pouvoir prêter attention à d'éventuelles perturbations de l'image corporelle vécues par les patients » « <i>proposer un soin qui ouvre un espace d'expression (prendre soin du corps tout en se préoccupant du vécu de la personne)</i>» « <i>selon</i> les auteurs, le soin relationnel représente la « trame des interventions » » « <i>il s'agit de proposer à la personne soignée des moyens de découvrir les possibilités qui lui sont propres afin de résoudre ses problèmes</i> »	
--	--	--

	« <i>aider la personne à développer des compétences adaptées à ses possibilités et à ses motivations participe à améliorer la perception d'elle-même</i> » « <i>la valoriser, l'aider à renforcer l'estime d'elle-même, fixer de nouveaux objectifs et assurer la continuité de l'apprentissage en trouvant des relais constituant autant d'aides possibles pour l'atteinte de ses objectifs</i> » « Ils expliquent qu'au cours d'une « simple » toilette, le patient peut se reconnecter avec son corps, le toucher, mais aussi reconnaître ses compétences et mobiliser ses ressources » « Et en effet par la suite, les auteurs déclarent que le toucher, pratique psychocorporelle « <i>contribue à restaurer une image de soi puisque la peau est à la fois contenant et contenu</i> » » « L'auteur soutient que l'image corporelle, l'estime de soi, l'acceptation de soi et l'hygiène de vie sont étroitement liés »	
--	---	--

Annexe VIII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Ambre, NUISSIER MARIN

Promotion : 2021-2024

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Accompagner vers la reconstruction d'une image corporelle modifiée

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 17/05/2024 Signature :

Accompagner vers la reconstruction d'une image corporelle modifiée

Mon travail de fin d'études traite de la modification de l'image corporelle et de l'accompagnement qui en découle. Il a été initié suite à un accompagnement marquant d'un patient amputé. Ma question de départ fût la suivante : « comment accompagner un patient ayant subi une modification de son image corporelle ? ».

A l'aide de mon cadre théorique, j'ai conceptualisé et défini les termes clés pour ensuite axer mes recherches sur les répercussions que peut avoir la modification de l'image corporelle ; puis sur le rôle infirmier dans son accompagnement vers une acceptation de soi. Des entretiens réalisés auprès d'infirmières m'ont permis de croiser les résultats avec mon cadre théorique et d'avancer dans mon questionnement.

La modification de l'image corporelle peut avoir des répercussions multiples ; entraînant une phase de deuil et un processus d'acceptation. Un parcours singulier qui requiert un accompagnement spécifique et holistique. Ce travail m'a permis de mieux comprendre le rôle infirmier et son importance dans la prise en soin, l'accompagnement d'un patient ayant subi une modification de son image corporelle. Le soignant doit permettre au patient d'avancer dans cette épreuve, à son rythme, selon ses besoins et compétences.

Mots clés : Image corporelle, accompagnement, acceptation, rôle infirmier, répercussions

Nombre de mots : 193

To support to the reconstruction of a modified body image

My dissertation is treating of the modification of the body image and the accompaniment that follows. It has been initiated after a prominent accompaniment of an amputated patient. My first question was : « How to support a patient who has been subjected to a modification of his or her body image ? ».

Thanks to my theoretical framework, I set up the conception and defined the key terms in order to center my researches on the repercussions that can have the modification of the body image ; then, about the nurse's role in the support through the way to self-acceptance. Interviews realized with nurses permitted me to cross the results with my theoretical framework and to deepen my reflection.

The modification of the body image can have numerous repercussions leading to a mourning phase and a process of acceptance. A singular way which needs a specific and holistic support. This work permitted me to understand better the nurse's role and its importance in the support of the patient who has suffered a modification of his or her body image. The nurse must allow the patient to go ahead from this ordeal according to his/her rhythm, needs and abilities.

Keywords : Body image, accompaniment, acceptance, nurse's role, repercussions

Number of words : 199