

L'image corporelle, un concept de soins



Octobre 2006

*Ce concept de soins a été édité, en octobre 2006, par les Infirmières Spécialistes
Cliniques du groupe image corporelle*

Sonia Beyeler

Lucienne Bigler- Perrotin

Nadia Donnat

Karine Jaggi

Sandrine Jonniaux

Régine Laroutis Monnet

Laurence Lataillade

Josiane Lei

Gisèle Schaerer

Marie-Andrée Séraphin

Marie-Hélène Tarteaut

Odile Thévenot

Michèle Victorion

PREFACE

Ce travail s'inscrit dans la continuité d'une pratique réflexive initiée dans les années nonante par Judith Seydoux, Infirmière Spécialiste Clinique (ISC) pour les soins liés à l'image corporelle. Ce poste a été transformé en 2000 en soins de réadaptation par la Direction des Soins Infirmiers, qui a réparti le champ clinique de l'image corporelle dans les différents domaines de soins (stomathérapie, réadaptation, oncologie, plaies...).

Afin de clarifier et développer le concept de soins liés à l'image corporelle, un groupe d'ISC « image corporelle » s'est créé.

Ce groupe comprend 13 ISC réparties sur plusieurs sites (Site Cluse-Roseraie, Loëx, Hôpital des Trois-Chêne, Cesco) qui interviennent auprès des équipes et des patients pour les soins liés à l'image corporelle dans les différents domaines d'expertise :

- Soins de stomathérapie
- Soins de plaies et cicatrisation
- Soins de réadaptation
- Soins en oncologie
- Soins à la personne âgée
- Soins antalgiques et palliatifs

SOMMAIRE

I. Introduction.....	Page 4
II. Cadre de référence	Page 5
1) Concept de soi	Page 6
2) Image corporelle	Page 5
3) Schéma corporel	Page 7
4) Le toucher	Page 8
III. Démarche de soins dans la pratique quotidienne	Page 9
1) Facteurs favorisants	Page 9
2) Caractéristiques	Page 9
3) Résultats attendus	Page 10
4) Interventions de soins	Page 10
5) Autres interventions possibles	Page 13
IV. Conclusion	Page 16
V. Bibliographie	Page 17
VI. Annexe	Page 18

I. INTRODUCTION

Ces trente dernières années ont été marquées par une évolution importante du contexte des soins infirmiers. D'une part, la généralisation de nouvelles technologies toujours plus pointues, la diminution de la durée d'hospitalisation des personnes malades, le rationnement des soins ont nécessité de nouvelles compétences infirmières techniques et organisationnelles. D'autre part, les avancées de la médecine ont permis un accroissement de la durée de vie de la population.

Ainsi on peut observer une augmentation des patients présentant des maladies chroniques évolutives, nécessitant un accompagnement relationnel de longue durée, dans un véritable partenariat.

Force est de constater que si l'organisation des compétences techniques paraît aller de soi pour faire face aux situations de soins complexes, la nécessité de développer des compétences relationnelles paraît moins évidente.

L'écart entre les besoins exprimés par les patients en terme de communication, de relation et les réponses très pointues mais souvent très mécanistes du système de soins actuel est un élément de plus en plus souvent rapporté par les patients et par les infirmières(iers).

Un des aspects du rôle des Infirmières Spécialistes Cliniques est d'aider les soignants à s'adapter aux contraintes organisationnelles, sans perdre de vue la personne malade et le sens des soins prodigués. Dans notre pratique quotidienne et à travers nos domaines d'expertises respectifs (oncologie, stomathérapie, réadaptation, soins palliatifs, soins de plaies...), nous rencontrons régulièrement des patients qui sont affectés par des changements importants de leur image corporelle et des soignants qui expriment des difficultés à partager avec les patients l'expérience de ces changements.

De plus, les multiples pathologies et la vieillesse peuvent aboutir à une modification de la communication interpersonnelle. Une partie de notre rôle est donc aussi de développer et d'utiliser tous les canaux de communication possible avec la personne soignée. L'approche corporelle est alors un outil relationnel de choix qui répond à des besoins bien réels exprimés par les patients et les infirmier(e)s. Enfin, cette approche répond également à notre désir d'encourager et de soutenir auprès de nos collègues une vision et des interventions de soins globales. Cette approche demande d'avoir un esprit créatif qui pousse le soignant à rencontrer la personne dans ses désirs, ses espoirs et à l'accompagner dans son expérience unique de changement.

II. CADRE DE REFERENCE

Pour élaborer ce concept de soins, nous nous sommes appuyées sur nos connaissances issues des sciences infirmières et plus particulièrement sur quelques écoles de pensée et modèles conceptuels¹ qui constituent les bases de notre discipline:

- ✓ l'école des besoins, incarnée par des théoriciennes en soins infirmiers telles que Virginia Henderson, Dorothea OREM..., influencée par des penseurs comme A. Maslow² (pyramide des besoins), E. Erickson (théorie du développement de la personnalité)
- ✓ l'école de pensée de l'humain en devenir de Rose-Marie Rizzo-Parse, influencée par Martha Rogers, à laquelle elle rajoute la notion philosophique phénoménologique existentielle de Sartre, Heidegger et Merleau Ponty (annexe 1).

La notion de corps, qui existe depuis l'antiquité, nous a paru incontournable pour introduire le concept d'image corporelle.

Ainsi, Platon a proposé une théorie idéaliste et mathématique de l'homme dans l'univers et Aristote en a proposé une autre, matérialiste, physique, en lien avec les sciences de la nature (le corps était vu comme un objet que l'on découvrait et observait). Ces philosophes marquèrent le début d'une pensée logique et rationnelle, à laquelle nous sommes encore attachés dans notre monde moderne. Le corps a d'abord été vu, observé et même disséqué.

Dès le XVIIIème siècle, la phénoménologie en lien avec les sciences humaines (expérience vécue) et la psychanalyse ont enrichi les différentes théories du corps.

Husserl, Merleau-Ponty, Schilder, Wallon, Piaget, Lacan, Dolto ont conceptualisé des notions aussi diverses que l'image du corps, le schéma corporel, l'image spatiale du corps, l'image de soi, l'image inconsciente du corps, etc. Ces multiples approches montrent combien il est difficile de tenir un discours univoque sur le corps.

Aussi, voici quelques définitions sur les principaux concepts que nous avons retenus tels que le concept de soi, l'image corporelle, le schéma corporel et le toucher.

¹ <http://sideral.sante.free.fr/CR/> (CRREFIDETHEORIES.PDF) - Principales conceptions actuelles de la discipline infirmière. 21 janvier 2005 (consulté le 22 aout 2006)

² <http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoinsmaslow.html> - Maslow, Henderson, soins. Dr Lucien Mias (consulté le 22 aout 2006)

1) Le concept de soi

René l'Ecuyer(1994), psychologue, fournit la première théorie expérientielle développementale (*références aux contenus de l'expérience personnelle de soi des personnes ainsi qu'aux transformations de ces contenus avec l'âge*), basée sur l'analyse des résultats. Tout au long de ses recherches, il a construit ce modèle dans une approche phénoménologique. Dans son livre « le développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse », il définit le concept de soi ainsi: « le concept de soi réfère à la façon dont la personne SE perçoit, à un ensemble de caractéristiques (goûts, intérêts, qualités, défauts, etc.), de traits personnels (incluant les caractéristiques corporelles), de rôles et de valeurs, etc. que la personne s'attribue, évalue parfois positivement ou négativement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même, à l'expérience intime d'être et de se reconnaître en dépit des changements ¹».

Selon Cooley (1956), professeur à l'université de Sherbrooke au département de psychologie,« le concept de soi d'une personne intègre un ensemble complexe d'attitudes, de sentiments conscients et inconscients, de perceptions de soi, de son corps, de ses rôles sociaux et de sa valeur personnelle. C'est une expression de ses sentiments, de son expérience, de son insertion sociale. Le concept de soi, c'est ce que l'on pense de soi même, en tant qu'entité indépendante et distincte, et ce que l'on pense être aux yeux des autres »².

Finalement, le concept de soi est la façon dont une personne se sent, se voit ou pense être. Il évolue et change constamment, de la naissance à la mort; il est influencé par l'interaction de la personne avec son milieu et son entourage ainsi que par la façon dont les autres la perçoivent. Ce concept inclue les sentiments, les attitudes et les valeurs ; il influe sur les réactions en toutes circonstances. Il englobe la façon dont on se fait une représentation mentale de soi-même, de sa valeur, de ses capacités, de son pouvoir de séduction et de sa capacité à se faire aimer. Il comprend l'image corporelle, l'idéal du moi, l'estime de soi, l'exercice de son rôle et l'identité personnelle.

2) L'Image corporelle

La notion d'image du corps appartient au champ conceptuel de la psychanalyse. **Selon Paul Schilder**, l'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même ». C'est la somme des jugements conscients et inconscients que nous portons à l'égard de notre corps. Elle englobe les perceptions présentes et passées.

Un autre auteur, **Bob Price**, directeur de l'enseignement par correspondance au Royal College à Londres (1998), définit l'image corporelle en trois composantes : **le corps réel, le corps idéal et l'apparence.**

¹ L'ECUYER René. Le développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse. P 45.

² Selon Cooley cité par A.POTTER Patricia. G :PERRY Anne. Soins Infirmiers, théories et pratique. P 741.

a. Le corps réel

C'est le corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du temps et les agressions du milieu. C'est en quelque sorte une composante de l'environnement. Le corps réel change à la fois parce qu'il vieillit d'une part, et parce qu'on l'utilise en permanence d'autre part. De même, les traumatismes, le cancer, l'infection et la malnutrition peuvent changer de manière radicale le corps réel. Un regard réaliste sur les possibilités et les limites du corps réel constitue souvent l'élément déclenchant d'une réflexion autour de ce qui menace l'image corporelle et d'une prise de conscience de l'existence d'une perturbation de l'image corporelle.

Quand le corps réel change, il s'écoule souvent un certain laps de temps avant que l'image corporelle change, elle aussi. Durant ce laps de temps, la personne peut refuser le diagnostic, l'enseignement et le traitement prescrit.

b. Le corps idéal

C'est l'image mentale du corps rêvé et des prouesses qu'il devrait accomplir. La conception du corps idéal est profondément influencée par les normes socioculturelles, par la publicité et par les diverses modes concernant la forme physique et la santé.

L'image mentale du corps idéal peut être perturbée par une altération du corps réel et toute perturbation du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique de la personne.

c. L'apparence

Le corps réel s'harmonise rarement avec l'image qu'on se fait du corps idéal et c'est pour essayer de faire correspondre le rêve à la réalité que l'on se présente d'une certaine façon aux yeux des autres. L'apparence est, littéralement, la façon dont on présente son corps au monde extérieur : la façon de s'habiller, de se coiffer et de soigner sa présentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser du matériel d'appoint comme une canne ou un appareil auditif. La mode (qui touche principalement le corps idéal) peut changer radicalement l'apparence d'une personne. De même, la paralysie ou la perte d'un membre (qui touche le corps réel) peut aussi changer radicalement l'apparence.

3) Le schéma corporel

Le schéma corporel est souvent confondu avec l'image corporelle. Tous deux peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre.

Selon Françoise Dolto, psychanalyste, le schéma corporel « spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est le même pour tous les individus. Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, il est indépendant du langage ». Il est une réalité de fait, constitué à partir de perceptions. Le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi pré-conscient et conscient alors que l'image du corps est éminemment inconsciente.

4) Le toucher

D'après le dictionnaire Larousse « le toucher est le sens corporel le plus généralisé, diffus sur toute la peau, chez l'homme, il est particulièrement développé aux extrémités des doigts et des lèvres ». Il est le premier à se développer chez l'embryon humain et, tout au long de notre vie, le toucher sera essentiel. Comme les autres sens, s'il n'est pas stimulé, il perd sa sensibilité. Le sens du toucher est très lié à la peau, organe du toucher.

Les différentes expériences corporelles, de la naissance à l'âge adulte, vont permettre à la personne de développer une connaissance de son corps, situer les différents éléments internes, percevoir la place de chaque partie du corps.

Les infirmières utilisent beaucoup le toucher, notamment lors des soins d'hygiène. Omniprésent dans les soins infirmiers, il est à lui seul langage et peut être un outil de communication privilégié.

Tout problème de santé peut perturber le concept de soi et, par-là même, l'image corporelle. Aussi, que pouvons-nous observer au quotidien et quelles actions entreprendre pour accompagner au mieux les personnes atteintes dans leur image corporelle ?

III. DEMARCHE DE SOINS DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les principales conceptions actuelles de la discipline infirmière nous ont inspirées dans la démarche de clarification de ce concept de soins. Nous mentionnerons notamment les modèles qui servent de cadre de référence à la documentation clinique infirmière aux HUG et qui constituent les 17 domaines de soins:

- ✓ la théorie des quatorze besoins selon Virginia HENDERSON,
- ✓ le modèle de l'Adaptation de Marjory GORDON où les plans de soins sont répartis selon 11 modes fonctionnels de santé.

Le diagnostic infirmier de l'image corporelle perturbée est étroitement lié au concept de soi (idéal du moi, estime de soi, exercice de son rôle, identité personnelle).

Vu l'interdépendance de ces différentes composantes et la diversité des causes possibles, il n'y a pas de caractéristiques ni d'interventions « typiques » à ce diagnostic. Quelques exemples sont proposés ci-dessous, en utilisant la nomenclature des transmissions ciblées et de la démarche liée en vigueur aux HUG.

1) Facteurs favorisants

- maladie chronique
- perte d'une ou de plusieurs parties du corps
- perte d'une ou plusieurs fonctions (sensorielles, motrices, ...)
- traumatisme grave
- atteinte mentale, maladie psychiatrique (anorexie), obésité
- intervention chirurgicale
- changements liés à la croissance et au développement (puberté, grossesse, ménopause, vieillissement, ...)

2) Caractéristiques

- inquiétude face au changement ou à la perte
- sentiment de colère, impuissance, tristesse ou désespoir
- agressivité, agitation, pleurs, repli sur soi
- soins personnels inadéquats (une personne qui blesse l'orifice de sa stomie en voulant réduire la taille de l'orifice de la poche)
- sentiments négatifs envers son corps (une personne stomisée qui dit un jour « *je me sens mi-homme mi-sac poubelle* »)
- refus de regarder ou toucher la partie du corps atteinte
- peur du regard des autres (une femme qui a perdu ses cheveux suite à un traitement oncologique s'exprime : « *comment va réagir et que va dire ma fille en me voyant ?* » ou qui ne se met plus nue devant son conjoint)
- dissimulation, exhibition de la partie concernée, (une personne amputée qui cache avec une couverture ou ses draps la partie manquante ou, au contraire,

qui va se promener en fauteuil roulant en relevant le bas du pantalon exposant ainsi le moignon aux yeux des autres)

- personnification de la partie manquante (une personne qui va donner un surnom à son doigt qui n'est plus là, qui va appeler sa stomie Olive, ...)

3) Résultats attendus

Ces résultats dépendent de la situation et du contexte de la personne.

Résultats possibles :

- la personne sera rassurée, pourra exprimer ses émotions et sentiments
- elle exprimera le sens que représente cette perte pour elle (une personne atteinte d'un cancer qui dit « *j'ai été trop méchant avec ma femme, c'est normal ce qui m'arrive* » ou une très jolie femme qui dit « *maintenant on va m'accepter pour ce que je suis* », « *c'est l'occasion de m'occuper un peu plus de moi* »)
- elle utilisera de nouvelles stratégies d'adaptation pouvant diminuer son anxiété (une personne trachéotomisée qui met un foulard autour de son cou pour sortir)
- elle exprimera et montrera qu'elle accepte son apparence (dans sa façon d'être et de se présenter)
- elle assumera à nouveau les responsabilités inhérentes à son rôle

4) Interventions de soins

Il s'agit de proposer un soin qui ouvre un espace d'expression, en considérant la personne dans sa globalité (prendre soin du corps tout en se préoccupant du vécu de la personne).

Cette approche est un processus où le soignant et le patient vont vivre plusieurs étapes :

- ✓ **Etablir une relation de confiance** par un moment de présence authentique, où le soignant est à l'écoute de l'expérience vécue par le patient.
- ✓ **Explorer et s'intéresser au vécu de la personne :**
 - sa façon de vivre la maladie, la chirurgie, le traitement, la rééducation, (« *Tous ces tuyaux dans mon corps, c'est comme si on me violait* »)
 - son expérience
 - ses sentiments et émotions concernant son apparence, son style de vie
 - ses représentations, ses objectifs et ses projets de vie
 - les sensations corporelles du moment dans l'ensemble du corps, de la tête aux pieds (« *c'est bizarre de ressentir ce liquide chaud au travers de la poche sur mon ventre* »)
 - la place du corps dans l'histoire actuelle (« *ce qui est important pour moi c'est d'être en vie même avec mon pied en moins, car j'aurais pu y rester* »)

- les évènements ayant pu s'inscrire dans le corps : les maladies infantiles ou de l'âge adulte, les signes annonciateurs de la maladie, les accidents, allergies, interventions chirurgicales, les agressions...
 - l'activité physique et sportive actuelle et antérieure
 - les parties du corps les plus investies et les moins investies (« *je n'ai jamais aimé mes jambes, par contre je suis fière de mes mains* »)
 - la manière et les mots utilisés pour parler du corps
 - les sentiments et émotions qui se dégagent : respect, honte, indifférence, rejet, attentions, soins... (« *J'ai honte de montrer mes mains, j'ai l'impression que cela dégoûte les gens* »)
 - l'impact sur l'identité de la personne (« *Je suis professeur, mais mes enfants ne m'ont connu que malade* »)
- ✓ **Informé la personne et ses proches** tout au long du séjour sur :
- le diagnostic, les traitements, les effets indésirables (par exemple chute des cheveux après un traitement de chimiothérapie, repousse des cheveux...) et les possibilités palliatives à cet évènement (perruque, foulard, chapeau, ...)
 - le processus de soins et de réadaptation
- ✓ **Elaborer un objectif de soins avec la personne,** afin de l'aider à s'adapter au changement dans l'image de son corps, pouvant lui permettre d'exercer une certaine autonomie
- ✓ **Aider à construire de nouvelles compétences :**
- gérer sa maladie, perdre son autonomie, subir de nombreux traitements sont des facteurs qui mobilisent une grande partie des ressources de la personne. Cette gestion nécessite du temps, en fonction des prises de médicaments, des soins plus ou moins longs à organiser sur une semaine...et aussi de l'énergie car souvent la maladie est fatigante et douloureuse.

- face aux répercussions de l'atteinte corporelle, les patients doivent donc changer leurs habitudes et leurs comportements. Dans la plupart des cas, la personne soignée chemine vers l'idée qu'elle aura à prodiguer des soins à elle-même, puis intègre des nouvelles notions jusqu'à apprendre et maîtriser de nouveaux gestes : fixer sa prothèse de jambe, faire les irrigations, gérer son emploi du temps pour les patients colostomisés, contrôler les effets secondaires des traitements, ...

Le parcours vers une plus grande autonomie passe par l'apprentissage des soins. Ce processus peut aider le patient à mieux intégrer sa nouvelle image corporelle puis, peut-être, à se l'approprier progressivement.

Construire des compétences adaptées à leurs possibilités et à leurs motivations, peut améliorer la perception qu'ont les patients d'eux-mêmes.

Plusieurs actions constituent cette démarche d'enseignement :

- recueillir les perceptions que la personne a d'elle-même
 - l'aider à regarder et à toucher la partie atteinte
 - l'aider à identifier et mobiliser ses ressources personnelles et externes
 - évaluer avec elle ses capacités, mettre en valeur les aptitudes existantes et les coordonner avec sa réalité
 - créer ensemble des objectifs d'apprentissage
 - lui proposer de faire le point sur ses acquisitions
 - valoriser la personne, l'aider à renforcer l'estime qu'elle a d'elle-même
 - fixer de nouveaux objectifs
 - assurer la continuité de l'apprentissage en trouvant des relais
- ✓ **Préparer la sortie :**
- si possible, en accord avec le patient, intégrer rapidement la famille, les partenaires de soins dans le processus de soins
 - anticiper la suite des traitements, l'aider à trouver des stratégies d'adaptation, pour lui permettre d'organiser sa sortie
 - proposer une rencontre avec une personne ayant vécu une situation similaire (un jeune patient amputé et appareillé qui marchait sans canne est venu rendre visite à un autre jeune patient amputé quelques jours après l'intervention, cela a permis à ce dernier de voir que l'on pouvait remarcher sans canne, et lui a redonné du courage pour sa rééducation)
 - proposer des adresses d'associations, de soutien. Mettre à sa disposition les ressources du réseau (autres collègues, groupes de parole, associations de patients, adresses, dépliants, ...)

Nos interventions se construisent et s'adaptent continuellement, à partir de ce qui est important pour la personne. Gardons en mémoire que toutes les actions qui peuvent paraître anodines (eau de Cologne lors de la toilette, un petit bonjour dans le couloir...) sont des soins qui ont autant de valeur pour la personne. D'autres interventions complémentaires peuvent également enrichir ces soins.

5) Autres interventions de soins possibles

✓ **Relation d'aide :**

Dans sa définition la plus simple, le terme « relation » signifie « la rencontre de deux personnes ». Pour que cette rencontre ait lieu, les deux personnes doivent se reconnaître et se respecter comme des êtres humains égaux.

C'est à Carl Rogers, psychologue américain (1902-1987) dont l'approche repose sur une philosophie humaniste, que nous devons la théorie de la relation d'aide. Dans sa philosophie, la relation avec l'autre est primordiale. Elle est un instrument de guérison mais aussi une aide à la réalisation de soi pour la personne soignée. Lorsque la personne a des difficultés qu'elle ne peut affronter seule, l'infirmière peut, dans la relation d'aide, l'aider à trouver soulagement, réconfort, croissance.

Il s'agit de faciliter, pour le patient, l'expression et la précision des émotions imprimées dans son corps. Par exemple, une jeune femme reçoit une chimiothérapie qui va lui faire tomber les cheveux. Partir de là où elle en est, en écoutant et en entendant ses préoccupations du moment, comme: « *Est-ce que ça va repousser?* Ou « *Comment vais-je me montrer à mes enfants?* » Ou encore « *Comment faire pour que mon mari ne le remarque pas?* ».

La relation d'aide est donc un soin. Il s'agit de proposer à la personne soignée des moyens de découvrir les possibilités qui lui sont propres pour résoudre ses problèmes. La relation entre un soignant et une personne soignée qui a exprimé un besoin d'aide est interactive. Ce soin peut aider la personne à exprimer ses sentiments et émotions lors d'une épreuve difficile, un changement important (tel qu'une perturbation de l'image corporelle). Il est indispensable pour accompagner une personne qui subit une modification de l'image corporelle.

✓ **Techniques corporelles :**

L'intégration de techniques corporelles constitue un excellent médiateur (qu'il y ait ou non des problèmes de communication verbale) et permet d'aborder le patient dans une dimension différente :

➤ **Toucher présence / Toucher relationnel**

Le soignant va toucher les différentes parties du corps avec ses mains en prenant bien soin de les laisser quelques minutes sur chaque partie du corps, se calquant sur la respiration de l'autre, dans le respect de l'intimité et du confort.

Penser à tirer les rideaux, couvrir la personne, donner des indications de durée, expliquer le but de l'exercice... Exercice qui se pratique de préférence au lit, la position est plus confortable, mais convient également pour une personne assise (ou sur un fauteuil roulant).

Le but est d'aider la personne à prendre conscience que son corps est un tout, en sentant les limites de son enveloppe corporelle.

Le toucher peut être : sécurisant ou menaçant, érotique ou tendre, caressant, enveloppant, piquant, collant, repoussant..., aussi il est important d'être dans la présence à l'autre, dans l'instant présent.

Prenons l'exemple d'une dame âgée hospitalisée pour une amputation (suite à un accident de la voie publique). A J4, lors d'un toucher présence réalisé sur son moignon, elle dit se sentir rassurée, en confiance. Jusque là, elle n'avait ressentie que de la douleur (opération, pansement, bandage) au niveau de son moignon. Or là, pour la première fois, elle ressent quelque chose d'agréable, de doux, léger, réconfortant. Elle dit être plus confortable ensuite. Ce toucher lui a permis de ressentir les nouvelles limites de sa jambe, d'une façon plutôt rassurante selon elle.

Il peut s'agir également de réapprendre à une personne hémiparétique suite à un AVC à toucher son bras hémiparétique qu'elle peut ou non négliger, à le laver avec attention, à le masser, afin de reprendre conscience de la présence de ce côté du corps.

➤ **Toucher massage**

Le toucher massage est bien autre chose qu'une technique à effet mécanique. Son effet majeur se trouve dans la relation qui s'établit entre celui qui masse et celui qui est massé.

« Ce concept rappelle celui du lien intime qui existe entre les qualités inhérentes au toucher : actions informelles, intuitives, relationnelles mais aussi présence et écoute bienveillantes, et le massage, gestuelle plus élaborée aux multiples effets bienfaisants ». ¹

➤ **Autres médiations**

Les autres médiations corporelles telles que la relaxation, la sophrologie, l'expression corporelle, les outils d'art thérapie (dessin, ...), le photo-langage visent également une meilleure intégration des aspects physiques et psychiques et se conduisent principalement à travers le corps. Le corps dont on parle ici n'est pas seulement physique et fonctionnel, il est aussi lieu d'affects, de représentations, d'émotions et outil de relation.

¹ Savatofski Joël. Plaidoyer pour le toucher massage.

➤ **Relaxation, sophrologie**

Les techniques de relaxation, sophrologie, visent à réduire la tension psychique par l'apprentissage de la détente musculaire; le but étant toujours de fournir à la personne des outils lui permettant à terme de trouver lui-même un mieux être.

L'apprentissage du relâchement musculaire et de la concentration sur les sensations se fait au fur et à mesure et peut se faire à tout moment, lors d'un soin douloureux, par exemple, ou encore pendant les périodes de repos, de détente, lorsque la personne est disponible. Une personne tétraplégique, en période de réadaptation, exprime un jour ses craintes pour son premier lever qui devait avoir lieu l'après-midi du jour même. Elle avait peur que sa nuque se brise de nouveau, comme le jour de l'accident. Lors d'un entretien, elle avait parlé d'un endroit merveilleux où il y avait un pont, entre deux chemins. Nous avons repris cette image du pont en relaxation et elle a imaginé que sa nuque était un pont, très solide, sur lequel elle pouvait s'appuyer. Son premier transfert s'est très bien passé et en me remerciant elle a dit : *« lors de mon transfert sur le fauteuil roulant je n'ai pensé qu'à une chose : ce pont (ma nuque) très solide, en qui je pouvais avoir confiance, et tout s'est bien passé »*.

➤ **Expression corporelle**

L'expérience corporelle est à la base de la construction du psychisme et du développement de la personnalité. Aussi, la personne apprend dans l'expérimentation et la prise de conscience du corps. Cela peut être lors de la marche par exemple, d'aider la personne à ressentir le poids de ses talons sur le sol, la façon dont elle pose ses pieds au sol. Ainsi, cette jeune femme qui boitait, suite à une intervention chirurgicale au niveau de la hanche, me dit un jour « après ce genre d'exercice, je me rends compte que je marchais comme un pingouin, maintenant je suis très attentive à ma façon de marcher... » et corrigea ainsi sa posture lors de la marche.

➤ **Dessin**

Le dessin peut également permettre à une personne d'exprimer ce qu'elle ne peut pas dire verbalement. Un monsieur, qui n'arrivait pas à regarder son pied plusieurs jours après l'amputation de ses orteils et à qui j'ai demandé un jour de me dessiner son pied, s'est arrêté net lorsqu'il arriva au niveau de la racine des orteils et me dit : « En fait, je me rends compte que je ne sais pas du tout où ils ont coupé et comment est l'extrémité, j'imagine un grand trou ». Le dessin lui a permis de clarifier et d'exprimer ce qui le gênait, à savoir le fait de ne pas pouvoir imaginer son pied sans ses orteils.

Ces approches corporelles sont des outils complémentaires au quotidien dans le « prendre soin » de l'autre. Elles permettent à la personne une ouverture sur autre chose, au soignant une prise de conscience de son propre corps, une possibilité de communication, un autre type de relation. Elles peuvent aider la personne à se ré-approprier son propre corps, sa propre histoire de vie, et retrouver ainsi un état de bien être satisfaisant pour elle.

IV. CONCLUSION

Au cours de cette réflexion, nous avons tenté de clarifier le concept de soins en image corporelle, souvent nommé mais peu explicité par les soignants.

Tout d'abord, dans le cadre de référence, les concepts les plus courants tels que le concept de soi avec l'image corporelle, le schéma corporel et le toucher ont été définis.

Ensuite, les caractéristiques et principales manifestations rencontrées dans la pratique quotidienne ont été organisées autour du diagnostic infirmier de l'image corporelle perturbée, en considérant que tout problème de santé peut avoir des répercussions sur l'image corporelle.

Tout en gardant à l'esprit que chaque situation est unique et qu'il est indispensable de considérer les ressources et les désirs de la personne soignée, des exemples d'interventions de soins ont été proposées.

Enfin, d'autres approches telles que le toucher, la relaxation, la sophrologie, l'expression corporelle et le dessin ont été abordées.

Ce travail a répondu à nos objectifs qui étaient de:

- clarifier et présenter les interventions des ISC dans le cadre de la consultation Image Corporelle,
- développer un langage commun autour du concept de l'image corporelle,
- élaborer un document de référence pour les personnes intéressées.

La réflexion menée nous a également permis de confronter nos expériences, d'enrichir un savoir et de développer un questionnement sur nos pratiques d'ISC.

Prendre soin nécessite un savoir être autant qu'un savoir-faire, et nous espérons par la lecture de ce document, avoir éveillé votre intérêt pour cette approche des soins.

**« Nous ne sommes pas
seulement corps ou seulement
esprit ;
nous sommes corps et esprit tout
ensemble »**

Georges Sand

V. BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- ALI Sami. Corps réel, corps imaginaire. Dunod, 1977.
- ANADI. Diagnostics infirmiers. Définitions et classifications 2001-2002, Masson. Paris, 2002.
- ANZIEU. Le moi-peau. Bordas, Paris, 1985.
- BLACKWELL Betty et CARLSON Carolyn E. Les comportements humains. Concepts et applications aux soins infirmiers, Le centurion, Paris, 1982.
- BOWLBY. Attachement. Puf, Paris, 1978.
- DOLTO Françoise. L'image inconsciente du corps. Seuil, Paris, 1984.
- FIELD Tiffany. Les bienfaits du toucher. Payot. 2001.
- KEROUAC Suzanne, PEPIN Jacinthe, DUCHARME Francine, MAJOR Francine. La pensée infirmière, 2ème édition, Beauchemin, Laval, 2003.
- L'ECUYER René. Le développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal (Québec), 1994.
- MERLEAU-PONTY. Phénoménologie de la perception. Gallimard. 1976.
- MONTAGU Ashley. La peau et le toucher: un premier langage. Seuil, Paris, 1979.
- MONTAGNER Hubert. Attachement, les débuts de la tendresse. Odile Jacob, 1999
- PARSE R. R. (1998). The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals. Thousand Oaks, CA: Sage.
- A.POTTER Patricia. G. PERRY Anne. Soins Infirmiers, théories et pratique. Editions du renouveau Pédagogique. Ottawa (Canada), 1990.
- ROBERT-OUVRAY Suzanne. L'enfant tonique et sa mère. Hommes et Perspectives (Reigny sur Ornain), 1996
- SALTER Mave. Altération de l'image corporelle, le rôle de l'infirmière. Inter Editions, Sutton, G-B. 1992. 287 p.
- SAPIR M. Soignant-soigné : le corps à corps, science de l'homme, Payot, 1985.
- SAVATOFSKI. PRAYEZ P. Le toucher apprivoisé. Lamarre Poinat. 1989.
- SCHILDER Paul. L'image du corps. Gallimard, 1991.
- WALLON H. Origine et évolution du caractère chez l'enfant. Puf, 1934.

PERIODIQUES

- Perturbation de l'image corporelle. AFEDI. Judith Seydoux. Juillet 2000.
- Perspective soignante. Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes. Edition Seli Arslan, sept 99, n°5.
- Approche corporelle et toucher-massage. Soins gérontologiques, N° 27/p.20-22. Janvier 2001.
- Le toucher thérapeutique. L'infirmière du Québec. P.38-47, juillet août 1999.
- Le toucher, une approche relationnelle. L'aide-soignante, N°23 /10-11, janvier 2001.
- L'essor du toucher-massage dans les soins. Soins. N°687/p12-13, juillet août 2004.
- Programme art-thérapie dans les soins. Méd. Et Hygiène. N°2884.
- Explorations in body image care : Peplau and practice knowledge. B.Price. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1998, 5, 179-186.

INTERNET

- Plaidoyer pour le toucher-massage. www.touchemassage.com
- Intranet / Direction et services communs / Direction des Soins Infirmiers / ISC
- L'école de pensée de l'humain en devenir : www.discoveryinternationalonline.com

VI. ANNEXE

Eclairage à partir de l'humain en devenir

Faisant partie du groupe « image corporelle », il nous a paru important, au fil de nos rencontres, d'apporter une vision différente et complémentaire : l'école de pensée de l'humain en devenir, qui guide notre pratique quotidienne auprès des personnes, familles et communauté. Nous remercions le groupe d'offrir cette ouverture au lecteur.

Les sciences infirmières offrent une compréhension de ce qui se passe dans les soins à partir des quatre concepts de base des soins infirmiers : personne, santé, soin et environnement. Cette compréhension s'inscrit dans le contexte économique, culturel, politique et social de l'époque à laquelle elle est réfléchie, contexte qui donne naissance à divers courants de pensées et différentes orientations de la discipline infirmière. Les théories de soins proposent des méthodologies de la pratique qui soutiennent nos choix et nos actions au quotidien. Nous vous proposons de penser le corps avec l'éclairage de l'humain en devenir de Rosemarie Rizzo Parse.

Cette approche est dans le paradigme de la transformation : courant de pensée du milieu des années 70, à la base de l'ouverture des sciences infirmières sur le monde dans lequel chaque phénomène est unique dans le sens où il ne peut être reproduit à l'identique¹. L'école de pensée de l'humain en devenir de Parse s'inscrit dans ce courant et plus particulièrement dans celui de la simultanité (être humain unitaire ouvert en interaction constante et simultanée avec son environnement). L'humain est appréhendé dans sa complétude d'être unique (ses expériences vécues se ressemblent mais ne sont jamais identiques), indivisible (il est plus grand et différent que la somme de ses parties), imprévisible (il est sujet et non pas objet répondant à des variables que l'on peut définir) et toujours changeant (en devenir).

L'être humain est un être ouvert, en relation constante avec son environnement (c'est-à-dire tout ce qui l'entoure : personne, communauté, lieu ...) dans un processus continu de changement dont les principes² sont :

- **en structurant le sens de manière multidimensionnelle l'être humain en devenir existe en co-crédant la réalité, en mettant en langages ses valeurs et son imaginaire***. Par exemple : « Ma voisine aussi avait perdu ses cheveux mais après elle a beaucoup changé, beaucoup maigri, quand elle est morte elle faisait 35 kg. »
- **en co-crédant des modèles rythmiques de relation l'être humain en devenir existe en vivant l'unité paradoxale de révéler-cacher, permettre-limiter², tout en se reliant et se séparant****. Le paradoxe ici n'est pas vu

¹ La pensée infirmière – conceptions et stratégies – S. Kérouac, J. Pépin, F. Ducharme, A. Duquette et F. Major Ed. Maloine - 1994

² Les 3 principes de l'humain en devenir de Parse tirés de l'ouvrage original: The Human Becoming School of Thought – A Perspective for Nurses and Other Health Professionals – Rosemarie Rizzo Parse – Sage Publications – 1998

* Principle 1: Structuring meaning multidimensionally is cocreating reality through the languaging of valuing and imaging (p. 35)

comme deux entités qui s'opposent mais comme un mouvement inhérent à la vie, un aller et retour incessant entre un pôle et son contraire. Ce sont ces allers et retours qui permettent le tissage de la vie. Par exemple, lorsqu'une personne nous dit quelque chose, elle choisit en même temps de taire autre chose, lorsqu'elle s'adresse à une personne, elle se sépare des autres. Le déni, c'est le passage du familier (« *cet été j'irai en vacances dans ma maison au bord de la mer* ») au non familier (« *je suis si fatigué que je ne peux plus faire trois pas* »)

- **en co-transcendant avec les possibles l'être humain en devenir existe en donnant du pouvoir aux initiatives uniques dans le processus de transformer*****. Dans la pratique au quotidien, travailler avec une personne en devenir, c'est aller au delà de l'instant présent avec les restrictions qu'elle a à vivre et les possibilités qui s'ouvrent à elle dans un mouvement continu de recherche de possibles pour une création ensemble, avec elle. Cela peut se faire, par exemple, en soutenant son imaginaire : « comment imaginez-vous votre retour à la maison ? »

L'infirmière est dans un processus d'infirmière—personne. Elle est en présence vraie : c'est une manière singulière d'*être avec* dans laquelle l'infirmière est attentive aux changements de sens, de moment en moment, alors qu'elle est témoin attentif de la façon unique dont la personne vit ses valeurs prioritaires. Être témoin, c'est une manière d'être avec qui incarne la disponibilité.

Si l'être humain est *indivisible*, il va de soi que l'on ne peut pas en détacher une partie (par ex : l'image corporelle) et la prendre en compte de manière isolée.

De même, si l'individu est *imprévisible*, cela signifie qu'il ne peut être perçu que dans un mouvement et qu'il est vain de tenter de le figer dans l'espoir de pouvoir anticiper son devenir. Chaque moment avec lui est une création unique dans l'instant.

Voir en l'autre une personne *en devenir* présuppose de voir en elle un individu à part entière, doué de réflexion, d'expérience, qui a une histoire et qui fait tout au long de sa vie des choix, en fonction de ses valeurs et de ses rêves, construisant ainsi, de moment en moment, sa qualité de vie.

Aussi, l'image corporelle est une mise en langage de ce que vit la personne. Découvrir les mystères de l'autre, avoir de l'intérêt à en connaître d'avantage engage sur la reconnaissance et la confiance qui se crée de personne à personne. Dans cette perspective, l'impératif moral de l'infirmière est de connaître la personne et de rester centrée sur son mandat premier : être là pour les autres. Notre engagement en tant qu'infirmière est de soutenir la personne dans ses allers-et retours, là où elle se trouve, cheminant dans sa recherche de sens de ce qui lui arrive avec ses valeurs et son imaginaire. Notre intention étant d'aller à la découverte de qui est cette personne et de ce qui est important pour elle, dans le respect de ses choix, à son rythme. Se laisser porter par le mouvement présent, en acceptant les roulis et tangages incertains au gré des changements et des expériences vécues, sans avoir peur de l'inconnu, de ce que nous allons découvrir, en étant ouvert dans l'intention de mieux connaître la personne.

** Principle 2 : Cocreating rhythmical pattern of relating is living the paradoxical unity of revealing-concealing and enabling-limiting while connecting-separating (p. 42)

*** Principle 3: Cotranscending with the possibles is powering unique ways of originating in the process of transforming (P. 46)

Pour conclure et comme guide de la pratique nous vous proposons ce que Parse³ a nommé comme étant les essentiels de la pratique de l'art infirmier, la notion d'art découlant de celle de création constante :

1. Connaître et utiliser les cadres de référence en soins infirmiers et les théories
2. Etre disponible pour les autres
3. Accorder de la valeur à l'autre en tant que sa présence humaine
4. Respecter les différences de point de vue
5. S'approprier ce que chacun croit
6. Etre quelqu'un sur les actions de qui on peut compter
7. Aller de l'avant avec ce qui est nouveau et pas encore testé
8. Se relier et être en lien avec les autres
9. Etre fier de soi
10. Aimer ce qu'on fait
11. Reconnaître les moments de joie dans les luttes de la vie
12. Apprécier le mystère et être ouvert à de nouvelles découvertes
13. Etre compétent dans son domaine
14. Se reposer et recommencer à nouveau

Lucienne Bigler-Perrotin
Régine Laroutis Monnet

³ Les Essentiels de la pratique de l'art infirmier traduit de « Essentials for practicing the art of nursing », R. R. Parse (1989), *Nursing Science Quarterly*, 2, 11