

# Le miroir de la féminité brisée



**Mémoire de fin d'études** – Unité d'enseignement 5.6. S6.

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.

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

## **REMERCIEMENTS :**

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Sophie LERICHE, pour m'avoir accompagnée et rassurée tout au long de la réalisation de mon travail de fin d'études.

Un grand merci également à toutes nos formatrices, qui nous ont guidées en vue de devenir d'excellents professionnels de santé, un merci particulier à Annie MERER, qui m'a permis d'effectuer d'excellents stages dans des structures diverses et variées, qui m'ont aidé à parfaire mon expérience professionnelle dans le milieu médical.

De plus, je remercie les trois professionnels de santé qui ont accepté de me recevoir pour les entretiens, car ils m'ont apporté des informations essentielles pour mon mémoire. Les avoir rencontrés n'a fait que renforcer mon envie de devenir infirmière, et m'a conforté dans mon choix de sujet de fin d'études.

Pour finir, je souhaite remercier mes proches pour m'avoir soutenue et aidée pendant ces trois années.

Un merci particulier à ma sœur Stéphanie, et à Natacha pour m'avoir aidé à corriger les fautes et à améliorer mon vocabulaire dans mon travail de fin d'études, et pour avoir été présentes à chaque instant de la formation à mes côtés.

# TABLES DES MATIERES

Introduction.....	5
Emergence de la problématique.....	6
Situation d'appel .....	7
Le questionnement .....	8
La question de départ .....	8
I- Cadre conceptuel .....	9
1. Cancers et maladie chronique.....	10
1.1 Définition du cancer.....	10
1.2 Santé publique et épidémiologie.....	10,11
1.3 Prévention et dépistages .....	11,12
1.4 Traitements .....	12
1.5 L'alopecie.....	13
1.6 Différents impacts.....	13
A. Perturbations psychologiques.....	13
a. L'estime de soi.....	13
b. La détresse psychologique.....	14
B. Perturbations physiques.....	14
C. La dynamique familiale perturbée.....	14,15
2. La symbolique de la chevelure.....	15
2.1 Schéma corporel.....	15
2.2 La chevelure.....	16
2.3 L'image corporelle.....	16

perturbée.....	16,17
<b>3. Rôle infirmier.....</b>	<b>17</b>
3.1 Rôle propre dans l'accompagnement psychologique.....	18
<b>4. Acceptation de l'image corporelle.....</b>	<b>18</b>
4.1 Du deuil vers l'acceptation.....	18
4.2 Différents outils.....	18
a. Le premier regard.....	18,19
b. La relation d'aide.....	19,20
c. Le concept d'accompagnement.....	20
d. La socio esthéticienne.....	21
e. Les casques réfrigérants, les perruques et les foulards.....	21
<b>II – Enquête de terrain .....</b>	<b>22</b>
<b>1. Méthodologie exploratoire .....</b>	<b>23</b>
1.1 Choix de l'outil d'enquête.....	23
1.2 Outils utilisés.....	23,24
1.3 Lieux .....	24
1.4 Population interrogée.....	25
<b>2. Critique .....</b>	<b>25,26</b>
<b>3. Méthode d'analyse.....</b>	<b>26</b>
<b>III – Analyse des entretiens.....</b>	<b>27</b>
<b>1. Présentation des personnes interviewées.....</b>	<b>28</b>
<b>2. Choix et motivation des soignants pour l'oncologie et la socio esthétique         .....</b>	<b>28,29,30</b>
<b>3. Effets secondaires de la chimiothérapie : l'alopecie et expériences         personnelles.....</b>	<b>30,31</b>

4. Rôle propre infirmier dans l'accompagnement psychologique.....	31,32,33
5. Diagnostics infirmiers en rapport avec l'alopécie.....	33,34
Conclusion .....	35,36
Bibliographie.....	37,38,39,40
Annexe I : Grilles d'entretiens.....	
Annexe II : Retranscriptions des entretiens.....	
Entretien n°1 .....	
Entretien n°2.....	
Abstract .....	

# INTRODUCTION

Actuellement en troisième année de formation en soins infirmiers, je me suis rendue dans divers services au cours de mes stages dans le milieu hospitalier, et j'ai rencontré plusieurs patientes atteintes de cancer.

De nos jours, le cancer est une pathologie très fréquente et peu importe l'endroit où nous nous trouvons, le cancer est un problème de santé publique, et beaucoup de personnes et de proches y sont confrontés, nous sommes amenés à rencontrer des patientes à divers stades de la maladie dans les services hospitaliers.

Je souhaite donc m'intéresser plus particulièrement à cette affection très fréquente, et plus précisément le cancer chez les femmes.

Le thème de l'image corporelle m'intéresse plus particulièrement. En effet, ce sujet est omniprésent dans notre société, que ce soit dans les magazines, à la télévision, ou encore dans les publicités, nous voyons sans cesse des représentations de la beauté féminine.

De ce fait, il est très difficile de les ignorer et les personnes sont de plus en plus sensibles à l'impact que produisent ces images.

Nous sommes tous ou presque, à la recherche du corps « parfait », surtout pour nous les femmes, qui voyons dans les mannequins, un modèle à suivre.

Un corps permet à la personne de se sentir bien, belle, et en confiance, cependant il n'est pas chose facile d'avoir un corps « parfait » quand la maladie « s'interpose et l'abîme ».

Pour moi, les soins relationnels sont des soins uniques, individualisés à chaque patient, indispensables pour établir une véritable relation de confiance avec le soigné, et bien évidemment aussi importants que les soins techniques et éducatifs.

L'objectif premier étant de réduire au maximum la souffrance psychique afin de faciliter la progression du malade vers un état de bien-être.

Je trouve ce sujet très intéressant, et les différentes lectures entreprises me confortent dans mon choix. Celles-ci expliquent en quoi un changement, une transformation d'une partie du corps peut entraîner une détresse psychologique et/ou physiques pour les patientes.

# EMERGENCE DE LA

# PROBLEMATIQUE

## **SITUATION D'APPEL**

J'ai réalisé un stage en chirurgie de nuit au cours de ma deuxième année de formation infirmière. J'avais pris en charge Mme R, 69 ans. Mme R avait comme antécédent une néoplasie mammaire en 2011 qui n'avait pas nécessité de mastectomie. A notre tour de 22h, je suis arrivée dans la chambre, et Mme R était en train de pleurer, elle paraissait anxieuse, elle tremblait.

J'ai décidé de m'installer près d'elle pour effectuer un entretien d'aide pour comprendre le problème.

Elle à commencer par arrêter de pleurer quand je lui ai pris la main, et j'avais l'impression qu'elle était ouverte à la communication, qu'elle en avait besoin et que le fait d'avoir un entretien était une nécessité au moment présent. Suite à son cancer du sein en 2011, elle a subi une alopecie post-chimiothérapie durant plusieurs mois. Elle m'a également dit qu'elle n'avait pas eu la chance d'avoir un suivi psychologique suffisant pour faire le deuil de sa perte de cheveux. Elle a exprimé qu'elle avait toujours eu une superbe chevelure épaisse et brune, et que depuis son cancer, elle n'avait pas réussi à retrouver celle-ci et que chaque jour était un combat pour elle,

pour essayer de « se coiffer avec le peu de cheveux qui lui reste. ». Elle a exprimé qu'elle était angoissée, à l'idée d'une récurrence, et qu'elle devait prendre un traitement jusqu'en décembre 2016.

Dans différents entretiens thérapeutiques que j'ai pu avoir avec des patientes, j'ai pu constater que lorsqu'il y a un cancer, les séquelles psychologiques restent intactes. Les femmes atteintes d'alopecie souffrent de cette perte de féminité. Ces femmes ont du mal à accepter leurs nouvelles images corporelles et se sentent incomprises. Elles éprouvent un sentiment d'injustice et ne savent pas comment apprendre à vivre avec leur alopecie. Dans cette situation, je me suis rendue compte que de nombreuses patientes ayant subi un cancer, ont du mal à accepter leurs nouvelles images corporelles perturbées. Lors de réunions pluridisciplinaires dans les services, les soignants expriment, qu'ils ne trouvent pas toujours les mots pour les soutenir, et je me suis questionnée sur le fait, de savoir si on ne pouvait pas s'appuyer sur d'autres professionnels de santé, qui seraient un peu plus spécialisés dans ce domaine pour pouvoir accompagner ces femmes atteintes de cette pathologie.

## **LE QUESTIONNEMENT**

Suite à cette situation, je me suis alors questionnée sur plusieurs problèmes actuels dans un service accueillant des patientes atteintes d'alopecie suite à un cancer.

Comment les infirmières peuvent faire pour aider psychologiquement ces femmes lorsqu'elles n'arrivent pas à accepter la maladie? Quels sont les moyens thérapeutiques mis en place pour les patientes atteintes d'alopecie post chimiothérapie pour mieux accepter leurs chutes de cheveux?

Dans quel état psychique une personne atteinte d'un cancer est-elle?

Que représente la chevelure pour une femme au cours des époques? Et qu'elle place a-t-elle dans la féminité? Y-a-t-il des professionnels spécialisés à qui on pourrait faire appel lors d'alopecie? Je me suis intéressée à la difficulté d'appréhender l'image corporelle à la suite d'une alopecie et souhaite traiter le sujet de l'alopecie dans sa globalité, en m'appuyant sur les professionnels de santé spécialisés dans le domaine, qui pourront m'aiguiller sur l'accompagnement infirmier, mais également sur les techniques mises en place pour permettre aux femmes de mieux accepter la pathologie.

**LA QUESTION DE DEPART: Comment l'infirmière peut accompagner psychologiquement une femme atteinte d'alopécie post-chimiothérapie afin de l'aider à accepter sa nouvelle image corporelle perturbée?**

Pour mener à bien mon étude, j'évoquerai dans un premier temps, un cadre conceptuel avec les notions de cancer, prévention et dépistages, traitements et surtout l'alopécie. Pour suivre j'énoncerai la chevelure, avec l'image corporelle et le schéma corporel ainsi que les impacts psychologiques tels que la détresse psychologique, la dynamique familiale perturbée ou encore l'estime de soi que cette pathologie peut engendrer. Pour finir il y aura une partie sur le rôle infirmier dans l'accompagnement psychologique. Et dans une autre partie, j'évoquerai le premier regard, avec la relation d'aide, et les étapes du deuil qui vont mener à l'acceptation, et je parlerai du concept d'accompagnement.

# LE CADRE CONCEPTUEL

## I- Cadre conceptuel

### 1. Cancers et maladie chronique

#### 1.1 Définition du cancer

Le cancer est une prolifération cellulaire mal contrôlée, anarchique et autonome.

Ces cellules sont capables d'envahir le tissu normal avoisinant, en le détruisant, et de migrer à distance pour former des métastases. Le cancer résulte d'altérations génétiques qui conduisent à la prolifération anarchique de cellules.

Le cancer est un terme générique qui désigne une tumeur maligne. Il existe plus d'une centaine de cancers différents. L'évolution et la gravité varient d'un type de cancer à l'autre. Le terme de cancer ne sous-entend pas nécessairement l'existence d'une tumeur.<sup>1</sup>

Le mot cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques

---

<sup>1</sup> OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9 : Processus tumoral semestre 5. Les cancers.

est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases.<sup>2</sup>

## 1.2 Santé publique et épidémiologie

Chez les personnes de plus de 65 ans, le cancer est la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez la femme. Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont la prostate, le poumon et le colon, pour les femmes, les plus fréquents sont le sein, le colon, et les poumons.

385.000 nouveaux cas estimés de cancer en 2015 en France métropolitaine.

Un peu moins de 150.000 décès estimés en 2015 en France métropolitaine.

Cependant, malgré un nombre croissant de cancers, le taux de mortalité pour certains est en baisse, notamment grâce à l'amélioration du dépistage et des traitements.

On sait qu'aujourd'hui, les cancers ayants des causes connues représentent la moitié des cas. Celles-ci sont le tabac, l'alcool, la sédentarité, le surpoids, le déséquilibre nutritionnel, ou encore l'exposition précoce et longue au soleil.

Grâce à ces découvertes, il a été possible de mettre en place des campagnes de prévention contre ces principaux facteurs de risque comme par exemple avec les images brutales sur les paquets de cigarettes. Pour les autres, certains cancers seraient dus à une addition de risques faibles d'origine génétique et environnementale.

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). « *Le dépistage précoce étant gage d'un bon pronostic dans beaucoup de cancers, des efforts considérables sont menés dans ce domaine* ». <sup>3</sup>

La maladie chronique à un impact économique important pour les patientes et pour leurs proches.

Cette pathologie est de nos jours, très répandue en France. Elle reste encore la cause d'un grand nombre de décès malgré un dépistage de plus en plus efficace, des traitements de plus en plus actifs, une meilleure connaissance de cette

---

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé [OMS]. Thème de santé. Cancer.

<sup>3</sup> INSERM : Enjeux médicaux. Cancers. 2008.

pathologie, une meilleure prévention des facteurs de risque.

### **1.3 Prévention et dépistages.**

Pour les femmes de plus de 50 ans, un dépistage gratuit est organisé et permet la découverte du cancer du sein. Une mammographie est réalisée tous les deux ans et si une anomalie est constatée, d'autres examens seront envisagés pour savoir s'il s'agit d'un néoplasme. Parmi ces examens, il y a l'échographie, la ponction et la biopsie qui permettront de réaliser l'anatomopathologie.<sup>4</sup>

Il existe également un dépistage pour le cancer du col de l'utérus, pour les femmes de 25 à 65 ans, avec un frottis cervico-utérin de dépistage tous les 3 ans recommandé par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), ainsi que la vaccination anti- HPV pour les jeunes filles de 11 à 14ans, et un rattrapage pour celles de 15 à 23 ans. (2 injections à 6 mois d'intervalles).<sup>5</sup> Il existe pour finir un dépistage des cancers colorectaux qui concerne les sujets entre 50 et 75 ans, hommes et femmes confondus, sans antécédents et sans symptômes, un dépistage par coproculture tous les deux ans, et une coloscopie en cas de coproculture positive.<sup>6</sup>

Parfois la prévention et les dépistages tardifs ne suffisent pas et peuvent conduire une personne à devoir prendre un traitement spécifique pour le cancer.

### **1.4 Traitements**

Le traitement du néoplasme est adapté en fonction de chaque situation. En effet, chaque patient atteint d'un cancer est un cas particulier et demande une prise en charge appropriée.

Le choix du traitement ou d'une combinaison de traitements dépend de plusieurs facteurs dont les plus importants sont :

- ⇒ Le type de cancer.
- ⇒ Le degré d'extension du cancer.
- ⇒ La présence d'éventuelles autres maladies.

---

<sup>4</sup> OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9 : Processus tumoral semestre 5. Le cancer du sein.

<sup>5</sup> OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9 : Processus tumoral semestre 5. Le cancer du col utérin.

<sup>6</sup> OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9 : Processus tumoral semestre 5. Cancer d'organes.

⇒ L'âge de la personne.

⇒ L'état général de la personne.

Il existe six traitements différents qui aident à lutter contre les cancers, et qui ont des actions différentes sur l'organisme et sur la tumeur concernée.

**La chirurgie** : Traitement local du cancer qui a pour objectif d'enlever la tumeur.

**La radiothérapie** : Traitement qui consiste à utiliser des rayons à haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses.

**La chimiothérapie** : Consiste à utiliser des médicaments pour éliminer les cellules cancéreuses. Très souvent en complément de la radiothérapie et de la chirurgie.

Les dégâts causés par la chimiothérapie à ces cellules saines, expliquent les importants effets secondaires du traitement. (Altération du goût et de l'odorat, anémie, alopecie, diarrhée, asthénie, nausées, ongles cassants, baisse de libido...).

**Hormonothérapie** : Consiste à bloquer l'action ou la production d'hormones naturelles afin d'empêcher le développement des cellules cancéreuses.

**L'immunothérapie** : Traitement qui vise à mobiliser les défenses immunitaires du patient contre sa maladie.

**Les nouveaux traitements ciblés** : S'attaquent plus spécifiquement aux cellules cancéreuses et perturbent moins les cellules normales.<sup>7</sup>

## 1.5 L'alopecie

La chimiothérapie agit sur les cellules qui se divisent car les cellules cancéreuses ont tendance à se diviser plus que les autres.

Les cellules du bulbe pileux se divisent également beaucoup, ce qui entraîne souvent leur destruction en cas de chimiothérapie, ceci va de plus, engendrer la chute des cheveux et de tous les poils (sourcils et cils). Cette chute porte le nom d'alopecie, elle est temporaire, les cheveux et les poils repoussent à l'arrêt du traitement, l'alopecie irréversible existe, cependant elle reste très rare. La chute des cheveux commence généralement deux à trois semaines après le début de la chimiothérapie, cependant elle peut arriver dès la première séance.

La chute peut être brutale ou espacée, tout dépend des molécules utilisées et des

---

<sup>7</sup> Fondation contre le cancer. Traitements du cancer.

doses administrées.<sup>8</sup>

C'est un effet très redouté chez les patientes. Son impact psychologique est majeur car c'est un symptôme qui touche à l'intégralité esthétique et à la séduction.

## **1.6 Différents impacts**

### **A) Perturbations psychologiques**

#### **a) L'estime de soi**

« Jugement que l'on a de soi et que l'on porte sur soi ». Développée par James Noley, la théorie de l'estime de soi peut être traduite « dans le rapport entre ce que nous sommes en tant qu'individu (apparences physiques, réussite sociale) et ce que nous souhaiterions être. Le poids du regard d'autrui est un facteur puissant d'une bonne ou mauvaise estime de soi. Elle est à la base de la construction de la personnalité ».<sup>9</sup>

Le choc émotionnel lié au cancer et ce qu'il peut engendrer (ici l'alopecie), peut causer une atteinte de l'estime de soi mais comme le disent Christophe André et François Lelord, psychiatres et écrivains, cette dernière « s'entretient et se répare ». Ce rapport entre ce que nous sommes et ce que nous voudrions être risque d'être déstabilisé par la maladie. La personne que nous sommes, a changé, et celle que nous voudrions devenir est incertaine, floue et c'est dans ce cas que l'estime de soi est perturbée et atteinte.

#### **b) La détresse psychologique**

Cet état peut être relativement adapté à une situation critique et relève alors de l'aide d'autrui. Pour autant que le psychisme est appelé à se constituer entièrement dans la relation à autrui, l'état de détresse influe ainsi de façon décisive sur sa structuration.<sup>10</sup>

En somme l'annonce d'un cancer et ses conséquences vont entraîner différents états émotionnels chez la personne malade. Ils seront à analyser par le soignant pour qu'il puisse aider la personne dans cette épreuve de la maladie chronique. Ces différents états vont fluctuer et changer constamment, la personne devra s'adapter à un nouveau traitement, un changement de l'image corporelle, à des effets secondaires

---

<sup>8</sup> Institut national du cancer. Prendre soin des cheveux et de la peau.

<sup>9</sup> Psychologies.com. *Estime de soi*. Février 2010.

<sup>10</sup> Dictionnaire de la psychiatrie. Définition de la détresse psychologique.

plus au moins attendus.

Dans ce cas, il est normal pour la personne de ressentir certaines émotions négatives, et d'avoir une grande détresse psychologique.

### **B) Perturbations physiques**

Le schéma corporel va être modifié mais c'est surtout l'image corporelle de la personne qui va être perturbée. La représentation que nous avons de notre corps va être bouleversée. En effet, ce corps qui était en bonne santé et qui nous représentait comme tel va devenir un corps malade, un corps meurtri par la maladie. Il va subir des changements, souffrir et ne plus être « normal ». Le regard des autres va également changer même de manière involontaire.

Notre entourage va nous considérer comme une personne malade, et non plus comme une personne saine, « normale », comme « les autres ».

Le corps va changer avec souvent des pertes de poids, les cheveux vont tomber suite aux traitements de chimiothérapie, des signes de fatigue vont également apparaître, les ongles seront cassants... Toutes ces modifications vont accentuées le fait, que la personne est malade, et qu'elle sera vue comme telle par son entourage.

### **C) La dynamique familiale perturbée**

L'annonce d'un cancer dans une famille bouleverse toute la dynamique familiale.

Ces bouleversements entraînent des conséquences sur le long terme.

Les facteurs favorisant une dynamique familiale perturbée, sont des périodes de transitions, ou de crise situationnelle, des périodes de changements dans l'état de santé d'un membre de la famille ou d'une interaction avec la collectivité.

La femme atteinte d'alopécie aura du mal à accepter son image corporelle altérée face à ses proches, et surtout auprès de son mari, car elle aura l'impression d'avoir perdu tout signe de féminité et de séduction. Le diagnostic infirmier ne sera pas toujours posé car il arrive que les personnes atteintes de cancer et de leurs entourages restent soudés dans l'épreuve.

## **2. Symbolique de la chevelure**

## 2.1 Schéma corporel

L'image du corps et le schéma corporel sont deux notions bien distinctes. Selon les infirmières spécialistes cliniques (ISC) « *le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient alors que l'image corporelle est éminemment inconsciente* ». <sup>11</sup>

« *Le schéma corporel reçoit son nom de Bonnier en 1893, il le définit comme une représentation permanente, une figuration spatiale du corps et des objets. L'origine du schéma corporel vient de la notion neurologique de représentation du corps propre* <sup>12</sup>».

Selon Joël KERDRAON, un sophrologue, « *le schéma corporel est une perception individuelle de notre 'Moi-Peau' que chacun a de son propre corps. Le schéma corporel fait la synthèse des données tactiles, sensorielles et motrices. Il est fonctionnel en ce qu'il exprime la perception qu'a ce même individu de la mécanique de ce corps biologique. C'est un schéma anatomique et fonctionnel du corps. Anatomique en ce qu'il reflète la perception d'un individu* ». <sup>13</sup>

Le schéma corporel est donc une vision réaliste de notre corps, sans influences extérieures, ou du moins seulement basé sur les perceptions. Il est le reflet réel de notre corps, que notre esprit ne pourrait interpréter. Dans le cadre d'une alopecie, le schéma est modifié du fait de la chute de cheveux. Etant donné que le psychologique ne rentre pas en compte ici, la perception du corps sera modifiée sans pour autant avoir des répercussions psychologiques. Seul le physique change sans que l'esprit ne soit atteint.

## 2.2 La chevelure

Perdre ses cheveux, ses cils, ses sourcils est un événement redouté et douloureux pour de nombreuses femmes qui débutent une chimiothérapie, d'autant que l'entourage ne mesure pas toujours la détresse que peut provoquer ce qu'il considère parfois comme « un simple effet secondaire ». Perdre ses cheveux, c'est ébranler sa féminité, c'est donner à voir la maladie à l'extérieur. Quand on demande aux patientes de classer par ordre d'importance des dizaines d'effets négatifs liés au

---

<sup>11</sup> ISC. *L'image corporelle, un concept de soins*. 22 pages. Concept de soin. Hôpitaux Universitaires de Genève : octobre 2006.

<sup>12</sup> GUIOSE, Marc. Schéma corporel. Neuromotricité.

<sup>13</sup> KERDRAON, Joël. Le schéma corporel. Bienvenue en sophrologie, 2005.

cancer ou à ses traitements, c'est bien souvent l'alopecie qui arrive en première place.

Dans son introduction, Carol RIFELJ, souligne l'importance des cheveux dans l'imaginaire collectif du XIXe siècle. Elle rappelle le développement considérable des journaux de mode et la naissance d'une presse exclusivement consacrée aux coiffures, l'importance des cheveux dans les traités de physiognomonie (observation de l'apparence physique d'une personne, des traits de son visage, permettent de donner un aperçu de son caractère ou de sa personnalité) et enfin la richesse symbolique de la chevelure, à laquelle sont associées des qualités de puissance vitale et sexuelle.

### **2.3 L'image corporelle perturbée**

Selon Paul SCHILDER, l'image du corps est « *la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps* », « *l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* ». <sup>14</sup>

L'image corporelle est donc la façon dont notre esprit perçoit cette enveloppe corporelle. Souvent elle diffère de la façon dont les autres nous voient.

Cette image est donc façonnée, elle évolue sans cesse en fonction de divers facteurs. Les médias jouent un rôle dans cette image du corps, car nous imposent une image « à avoir », « une belle image », « une image normale ». Cependant dans le cadre d'une alopecie post chimiothérapie, l'image est loin d'être parfaite comme dans les publicités, et cela renforce « la mauvaise image corporelle » que la femme peut avoir d'elle-même.

Nous évoluons en tant qu'être humain et notre psychisme, notre façon de penser, de voir les choses évoluent en même temps. Il me paraît donc logique, que notre image du corps s'adapte à cela. Lors d'un cancer, le psychisme est atteint. La façon de

---

<sup>14</sup> SCHILDER, P. L'image du corps. *Etudes des forces constructives de la psyché*. Paris : Gallimard, 1935, 1968.

réfléchir jusqu'ici est remise en question, ce corps qui était le nôtre, nous trahis, et l'image de ce dernier est alors altérée car notre esprit le visualise d'une autre manière.

En tant que future professionnelle infirmière, j'ai décidé de m'intéresser plus particulièrement au rôle propre de l'infirmière dans l'accompagnement psychologique pour me permettre d'avoir des notions de celui-ci et de pouvoir l'utiliser dans mon quotidien en service hospitalier.

### **3. Rôle infirmier**

#### **3.1 Rôle propre dans l'accompagnement psychologique**

##### Article 2 du décret infirmier du 11/02/2002

L'infirmière participe à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes.

##### Article 5 du décret infirmier du 11/02/2002

L'infirmière accomplit les activités suivantes :

- Entretien d'accueil du patient et de son entourage.
- Aide et soutien psychologique.
- Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique.

*« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire conformément aux dispositions des articles R.4311-5, R.4311-5-1, et R.4311-6. Il identifie les besoins de la personne (14 besoins de Virginia HANDERSON), pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue ».*<sup>15</sup>

Les actions du rôle propre ne sont donc pas effectuées à partir d'une prescription médicale, mais selon notre jugement et notre autonomie et pour le bien-être du

---

<sup>15</sup> Article R4311-2 du code de la santé publique. 8 août 2004.

patient.

## **4. Acceptation de l'image corporelle**

### **4.1 Du deuil vers l'acceptation**

L'acceptation est la dernière étape du processus de deuil. Cette étape démontre que le patient accepte la situation et s'y adapte. Bien qu'un retour en arrière soit possible, l'acceptation « *est un stade où le patient est tranquille et collaborant* », « *la maladie a trouvé sa place sans sa vie et la personne a trouvé la place de sa maladie* ». <sup>16</sup>

Le deuil est la perte d'une personne, d'un objet, de quelque chose aimé mais aussi de l'état de santé. Le travail de deuil désigne le processus psychologique intérieur à entreprendre afin d'accepter cette nouvelle réalité et de pouvoir vivre sereinement.

La personne doit alors s'adapter et se reconstruire. C'est un travail qui se fait en plusieurs étapes, mises en avant par Elisabeth KUBLER-ROSS. Il y a le déni, la colère, le marchandage, la dépression et enfin l'acceptation.

*« Le processus de deuil désigne l'ensemble des processus psychologiques qui sont mis en place après la perte d'un objet aimé et qui aboutissent généralement à ce que le sujet renonce à cet objet, et puisse ainsi s'en détacher tout en préservant le Moi ; C'est les défenses du Moi qui soutiennent la vie psychique. Quand elles s'effondrent, le sujet fait l'expérience d'une dépression. C'est ce qui se passe lors d'un deuil. Tout le travail consistera ensuite à réélaborer une construction psychique propre à protéger le Moi de l'angoisse, au moyen des mécanismes de défense ».* <sup>17</sup>

### **4.2 Différents outils**

#### **a) Le premier regard**

Le premier regard de cette partie du corps qui va changer est important. Il sera un point clé dans le processus d'acceptation car c'est la première fois que la femme se découvrira sans cheveux. Le soignant sera un lien, en accompagnant, rassurant, guidant la patiente sur sa façon de voir ce nouveau corps meurtri. Ce moment peut être vécu comme un choc et l'infirmière sera là pour accompagner cette dernière, car

---

<sup>16</sup> LACROIX, Anne. Approche psychologique de l'éducation du patient : Obstacles liés aux patients et aux soignants. *Bulletin d'éducation du patient*. Décembre 1996, volume 15, n°3, pages 78-86.

<sup>17</sup> GIFFARD, Dominique. Psychiatrie Infirmière.

elle aura le sentiment d'être trahie par un corps révélateur de la maladie. La patiente devra également faire face au regard de son entourage et notamment celui de son mari et/ou de ses enfants. Il faudra les préparer à ce changement pour éviter les craintes, les appréhensions ou encore les réactions d'étonnement qui pourraient affecter la malade et ainsi rendre plus difficile l'acceptation de l'image corporelle perturbée.

### **b) La relation d'aide**

La relation d'aide est un concept qui date des années 1940. Elle est initiée par le psychologue américain Carl ROGERS. Cette relation d'aide est désignée comme un échange verbal, ou non. Il traite d'une communication thérapeutique. Il dit que « *tout individu possède un potentiel suffisant pour gérer tous les aspects de sa vie* ». Dans cette relation d'aide l'infirmière, à un rôle d'aidant auprès du patient. Ce rôle que prend l'infirmière va permettre au patient d'obtenir une solution au problème auquel il fait face.

- ⇒ L'écoute active, le soignant doit comprendre ce que le patient essaie de lui faire passer comme message. Le soignant devra ensuite reformuler ce qu'il a compris afin que le patient approuve ce que dit le soignant. La relation d'aide n'apporte pas de solution instantanée, elle ne doit pas venir du soignant mais bien du patient.
- ⇒ « *La compréhension empathique est le processus par lequel une personne est capable de se placer dans le rôle et la situation d'une autre personne afin de saisir les sentiments, les points de vue propres à l'autre dans une situation donnée* ». Grâce à cette compréhension empirique, l'infirmier sera en mesure de comprendre ce que la personne ressent, ça lui permettra alors de se dévoiler davantage sur son vécu actuel, et lui montrer que le soignant s'intéresse.
- ⇒ Le respect chaleureux, ce processus peut prendre du temps, mais permet au soignant de prouver à la personne malade qu'il a des capacités, et qu'il est en mesure de savoir ce qui est bien et bon pour lui, tout en lui donnant l'opportunité de faire des choix.

Pour que la relation d'aide soit optimale, il faut garder l'authenticité. C'est-à-dire qu'il faut que le patient se sente en confiance auprès du soignant, et qu'il se sente apte à

lui livrer ses ressentis. De son côté l'infirmier doit montrer au patient qu'il est digne de confiance.

### **c) Le concept d'accompagnement**

Le concept d'accompagnement Selon Virginia Henderson : « *le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade au maintien ou au recouvrement de la santé* <sup>18</sup> ». Une des compétences primordiales en tant qu'infirmière est l'accompagnement de patients. Il est donc important d'aborder ce concept. L'accompagnement doit être individualisé, propre à la personne, à son vécu, son ressenti et surtout il porte sur l'évolution de son état physique et psychique.

Selon l'ARS (agence régionale de santé) la définition de l'accompagnement est donnée par l'article L. 1161-3 du code de la santé publique. « Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ». <sup>19</sup>

Selon P. VERSPIEREN, l'accompagnement est « *une attitude, une conception du soin et de la relation avec le grand malade. Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même reconnaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.* » <sup>20</sup> ». On parle d'accompagnement relationnel pour désigner un soutien psychologique ou spirituel qu'un soignant, un psychologue ou un bénévole apportent au patient. L'accompagnement est un travail d'équipe qui nécessite des rencontres et un dialogue au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

### **d) La socio-esthéticienne**

La socio-esthéticienne a pour mission « *d'adapter tous les soins esthétiques en*

---

<sup>18</sup> Définition accompagnement selon V. HANDERSON : livre Cancérologie : *pour une meilleure approche du soin*. 07/1995.

<sup>19</sup> Définition accompagnement par l'Agence régionale de la santé (ARS)

<sup>20</sup> Définition accompagnement selon P. VERSPIEREN. Enseignant et responsable d'éthique biomédicale. Maître-assistant émérite en philosophie morale. Jésuite.

*fonction du public rencontré : personnes éprouvées par la maladie, les handicaps physiques et mentaux, sur prescription médicale ou à l'initiative de l'équipe de soins dans le but d'amélioration de la qualité de vie ». Pour cela, elle a des compétences comportementales d' « améliorer la qualité de vie par le confort et le bien-être que procurent les soins socio-esthétiques, apporter une écoute non médicalisée et complémentaire à l'équipe soignante permettant au patient de sortir du contexte de la maladie et du traitement, être capable, par ses soins, ses conseils et son professionnalisme d'accompagner la personne, avec les équipes pluridisciplinaires dans l'acceptation de la modification de son image corporelle, savoir assurer la traçabilité des soins socio-esthétiques pour les équipes soignantes et éducatrices autour de la personne soignée ».*<sup>21</sup>

#### **e) Les perruques et les casques réfrigérants**

Selon le type de cancer traité, le protocole de chimiothérapie mis en place et les habitudes de l'équipe soignante, un « casque réfrigérant », appelé aussi parfois « casque réfrigéré », peut être proposé aux patientes, en vue de réduire la chute des cheveux. Il s'agit en fait davantage d'un bonnet glacé que d'un casque. Il a pour effet de réduire l'afflux sanguin dans le cuir chevelu et donc la quantité de produit « toxique » qui affectera les cellules des cheveux.<sup>22</sup>

D'autres solutions peuvent être apportées si la chute de cheveux est déjà bien avancée. Beaucoup de perruques existent en fonction des goûts de la personne et de ce qu'elle recherche, chaque institution possède son catalogue avec ses prestations. Une perruque est une prescription médicale lorsqu'il s'agit d'un cancer, elle peut être remboursée une partie par la sécurité sociale. Il existe également les foulards, les chapeaux, les bérets, les bonnets... Toutes ces solutions permettront à une femme atteinte de cancer de camoufler son mal-être causé par l'alopecie, par des outils efficaces.

---

<sup>21</sup> Socio-esthéticienne. *Direction générale de la compétitivité de l'Industrie et des Services*. [Référence du 13 novembre 2013].

<sup>22</sup> Institut national du cancer. *Traitements du cancer et chute des cheveux*. [Consulté le 02/04/2016].

# ENQUÊTE DE TERRAIN

## **II- Enquête de terrain**

### **1. Méthodologie exploratoire**

## **1.1 Choix de l'outil d'enquête**

Ma question de départ étant la suivante : « Comment l'infirmière peut accompagner psychologiquement une femme atteinte d'alopecie afin de l'aider à accepter sa nouvelle image corporelle perturbée » ? J'ai choisi de m'entretenir avec deux infirmières, une travaillant en oncologie, et une travaillant en médecine afin de comparer leurs théories, leurs pratiques, leurs différentes représentations du métier, leurs émotions, leurs difficultés, leurs besoins et leurs ressources en fonction de leurs expériences. Pour finir, je vais interroger une socio-esthéticienne car c'est un professionnel qui a totalement sa place en service d'oncologie. C'est elle qui est à la base de l'accompagnement des personnes atteintes de cancer, puisque c'est elle qui va aider avec des outils adaptés, les personnes, à mieux accepter leurs images corporelles perturbées. J'ai souhaité interroger une psychologue spécialisée en oncologie car elle m'aurait apporté des informations essentielles sur l'accompagnement psychologique, mais la personne a eu un empêchement professionnel.

J'ai donc effectué trois entretiens.

Etant désireuse d'aller à la rencontre des professionnels de santé afin de confronter la théorie à la réalité, j'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs, avec des questions ouvertes afin que les soignants puissent s'exprimer librement et donner leur opinion pour enrichir les idées du cadre conceptuel. De plus, un entretien semi-directif reflète davantage les représentations de la personne et donne plus de liberté d'expression à l'interviewé. Je peux également ajouter que ce type d'entretien, permet de rester plus centré sur le thème de l'enquête qu'un entretien libre ou directif. Enfin mon enquête de terrain me permettra de confirmer ou non les idées théoriques.

## **1.2 Outils utilisés**

Pour réaliser mon enquête de terrain, j'ai utilisé une grille d'entretien différente pour chaque professionnel interrogé, ceci n'ayant pas les mêmes professions (cf. annexe I) dans laquelle quatre thèmes sont abordés. Tout d'abord il y a une introduction qui permettra à la personne de se présenter, dans un second temps, il y a le choix de

l'oncologie pour les infirmières et le choix de la socio-esthétique pour la socio-esthéticienne, puis il est ensuite question du cancer et de ses effets secondaires et plus particulièrement l'alopecie seulement pour les infirmières. Le dernier point aborde le rôle propre de l'infirmier et de la socio esthéticienne dans l'accompagnement psychologique et les diagnostics infirmiers perturbés tels que l'image corporelle et la dynamique familiale.

Chaque thème sera représenté par des questions significatives, des questions supplémentaires pourront être posées si la réponse attendue n'est pas donnée. Cependant, l'entretien sera libre et l'ordre des questions pourra varier en fonction de la personne interrogée. Mon but premier étant de récolter un maximum d'informations pour me permettre de confronter la théorie à la pratique. Mon but second étant que durant l'entretien les infirmières m'énoncent les diagnostics infirmiers présents dans mon sujet de fin d'études sans que je leur en parle, et savoir si elles les utilisent dans leurs pratiques de tous les jours.

Avec l'accord des personnes interrogées, j'utiliserai un dictaphone pour me permettre de rester durant tout l'entretien en relation avec la personne, la prise de note étant pour moi plus contraignante. Grâce au dictaphone, je pourrais retranscrire l'intégralité de l'entretien sans avoir de pertes d'informations.

### **1.3 Lieux**

J'ai pris rendez-vous avec une infirmière spécialisée en oncologie d'un hôpital parisien ou j'avais eu la chance d'effectuer un stage, mais également une autre infirmière dans un service de médecine. J'ai également pris contact avec une socio-esthéticienne, l'entretien s'est fait par téléphone par manque de disponibilité du professionnel.

Je me suis déplacé directement dans un service d'oncologie car mon sujet porte sur le thème du cancer, et également au domicile d'une autre infirmière.

Pour chacun des entretiens, l'endroit était propice à un dialogue entre chaque professionnel et moi-même, en effet, il s'agissait d'un lieu calme, isolé, et confidentiel ce qui m'as permis de retranscrire avec facilité mes enregistrements.

## **1.4 Population interrogée**

J'ai interrogé trois professionnels, deux infirmières et une socio-esthéticienne. Les prénoms des personnes interrogées ont été changé volontairement pour respecter l'anonymat.

- Louise est une infirmière clinicienne d'annonce et de coordination en cancérologie de 46 ans, elle est infirmière transversale. Elle travaille depuis 23 ans dans le milieu hospitalier. Elle a travaillé dans un service de gastroentérologie et d'oncologie digestive durant 16 années, pour suivre, elle a pris un poste dans un service de suppléance, et fait de la recherche clinique, puis 3 ans d'équipe mobile de soins palliatifs, et ça fait 2 ans qu'elle a son poste actuel.
- Mathilde est une infirmière de 49 ans, IDE (infirmière diplômée d'état) depuis mai 2012, elle a commencé à travailler de nuit et de jour dans un service de cancérologie durant 3 ans. Actuellement infirmière en médecine, SRR depuis 1 ans. Elle a donc au total 4 années d'expériences en tant qu'infirmière, elle a été aide-soignante durant des années avant de passer les concours infirmiers.
- Julia est une socio esthéticienne de 27 ans qui travaille en soins palliatifs dans un hôpital parisien depuis 3 ans, et dans un hôpital proche de son domicile en collaboration avec la ligue contre le cancer depuis quelques mois et chez un perruquier à Paris depuis 1 ans. Elle fait également de l'esthétique à domicile. Elle a dû s'inscrire au CODES (cours d'esthétique à option humanitaire et social) pour devenir socio-esthéticienne.

## **2. Critique**

L'outil d'enquête que j'ai utilisé m'a permis de recueillir un grand nombre d'informations que j'ai pu exploiter pour l'analyse. En effet, mes grilles d'entretien permettent de cibler des questions en rapport avec des thèmes choisis au préalable, tout en laissant une liberté d'expression à la personne interviewée.

Je me suis beaucoup investie dans ce projet. Les échanges avec les professionnels étaient très enrichissants, et il m'a fallu à plusieurs reprises me recentrer sur l'entretien pour ne pas diverger et laisser un temps de parole suffisant à la personne pour qu'elle puisse exprimer ses idées.

Dans l'ensemble je suis satisfaite du type d'entretien choisi car ils m'ont permis de recueillir des informations profitantes. De plus, il permet de reformuler et/ou d'utiliser des questions de relance, afin d'avoir une interaction entre enquêteur et enquêté grâce à une relation d'écoute et qui permet également d'observer le comportement verbal et non verbal. Le dernier avantage de ce type d'entretien est qu'ils n'ont pas duré longtemps, 20 minutes en moyenne par entretien.

### **3. Méthode d'analyse**

Pour réaliser mon analyse, j'ai préféré mettre en lien l'analyse des entretiens et l'analyse du cadre conceptuel. Pour ce faire, j'ai repris les informations du cadre conceptuel que j'ai confronté aux différentes idées des personnes interviewées. J'ai ensuite mis en lien les divers renseignements des professionnels avec les informations théoriques pour mettre en évidence les résultats de mon enquête et les écarts observés.

De plus, je me suis basée sur l'ordre des questions de la grille d'entretien pour faire mon analyse. Il s'agissait donc de partir d'un thème de la grille d'entretien, de mettre en avant les idées du cadre conceptuel et de comparer ces idées avec celles des soignants.

Ainsi, j'ai pu, tout au long de l'analyse confrontée les idées théoriques aux idées pratiques.

# ANALYSE DES ENTRETIENS

### **III- Analyse des entretiens**

#### **1. Présentation des personnes interviewées**

J'ai interrogé 3 soignants (cf. méthodologie exploratoire et population interrogée).

Louise est la première infirmière avec qui je me suis entretenue dans un service de cancérologie, c'est une infirmière spécialisée en oncologie, elle correspond tout à fait à la population ciblée au départ pour mon mémoire, car elle va pouvoir m'apporter des informations essentielles sur l'alopecie, sur le rôle infirmier en cancérologie et sur les diagnostics infirmiers qu'elle utilise au quotidien.

Mathilde est la deuxième infirmière que j'ai vu à son domicile, elle n'est pas infirmière en cancérologie, mais à une expérience de 3 ans en cancérologie donc elle pourra répondre à mes questions sans trop de difficulté, pour finir j'ai eu mon entretien téléphonique avec Julia qui est la socio-esthéticienne et qui travaille en soins palliatifs et avec des patients atteints de cancer. Les professionnels ont des expériences différentes, et travaillent dans des services divergents.

J'ai choisi d'interroger deux infirmières pour me permettre de comparer leur façon de travailler, et leur façon d'aborder l'alopecie.

Les interviewés n'avaient pas tous le même âge, et n'avais pas la même expérience, ce qui m'as permis d'évaluer l'impact de la maturité dans les soins, et ainsi comparer leurs prises en charge.

Durant mes entretiens, je me suis rendue compte que ce n'était pas tant l'âge qui importe mais plus l'expérience acquise grâce à des formations, ou à un investissement personnel et professionnel car Louise et Mathilde ont quasiment le même âge, et n'ont pas du tout les mêmes expériences professionnelles. Le degré d'expérience peut avoir un impact sur la façon d'agir et de voir les choses en service hospitalier.

#### **2. Choix et motivation des soignants pour l'oncologie ou pour la socio-esthétique**

Les professionnels rencontrés travaillent ou ont travaillé en service de cancérologie, soit par hasard, soit par choix. Cependant, chaque soignant exprime différents critères quant à leurs choix pour l'oncologie ou pour la socio-esthétique.

Pour Louise, ce n'était pas un service de cancérologie choisi au départ, ça lui à parut

évident d'accompagner les patients atteints de cancer. Pour elle, le métier de base est d'être dans la relation d'aide, et elle a donc décidé de développer celle-ci. Louise a également des raisons personnelles et professionnelles, car elle a accompagné beaucoup de personnes de sa famille qui étaient atteints de cancer. C'est un service qu'elle affectionne particulièrement depuis 23 années. Je constate que Louise a une curiosité intellectuelle par rapport à la cancérologie puisqu'elle effectue des recherches cliniques infirmières sur ce service, elle s'intéresse aux nouvelles technologies en matière de cancérologie. Louise parle de son métier avec joie et fierté, et me fait comprendre que c'est une véritable passionnée, observable également dans sa gestuelle lors de l'entretien.

Mathilde qu'en a elle, a choisi la cancérologie au départ pour des raisons personnelles, elle y a travaillé durant 3 années et a décidé d'arrêter car c'était trop « dur émotionnellement » pour elle de surmonter les épreuves avec les proches. Elle n'arrivait pas à accompagner psychologiquement les patients car elle était trop investie personnellement. Je remarque durant l'entretien que Mathilde est frustrée de ne pas avoir continué à travailler en cancérologie à cause de ses émotions qu'elle n'arrivait pas à gérer, elle n'arrivait pas à prendre les distances nécessaires avec la personne soignée pour pouvoir l'accompagner efficacement. Elle paraît tout de même heureuse dans sa profession par sa gestuelle et son sourire quand elle l'énonce.

Julia quant à elle, a choisi la socio-esthétique pour le mieux-être des patients, pour leur permettre d'avoir une parenthèse et de penser à autre chose pendant leur traitement, essayer de les « évader » malgré les douleurs. Et puis pour des raisons personnelles car elle a accompagné sa grand-mère de 71 ans atteinte d'une tumeur au cerveau en fin de vie, un moment assez difficile pour elle, mais qu'elle a été heureuse de faire. Julia est passionnée par son métier, il lui prend beaucoup de temps, car elle travaille dans deux hôpitaux pour accompagner les patients en fin de vie, et en lien avec la ligue contre le cancer, elle travaille également à domicile dans son temps libre, ce qui montre que Julia pour son « jeune âge » est courageuse et débrouillarde puisqu'elle travaille dans 3 structures différentes, et s'enrichit de chacune d'elles. Durant l'entretien téléphone elle parle de son métier comme une véritable passion pour elle, elle se sent utile et valorisée dans son travail.

Sur tous les professionnels interrogés, tous ont affirmés que leurs choix pour l'oncologie ou pour la socio-esthétique était dû à une raison personnelle, à un accompagnement d'un proche atteint de cancer.

### **3. Effets secondaires de la chimiothérapie : l'alopecie, et expériences personnelles.**

Louise me dit qu'elle s'occupe effectivement de patientes atteintes d'alopecie dans son service de cancérologie, puisqu'elle s'occupe des patientes dès le début c'est-à-dire à l'annonce du diagnostic, et certaines patientes perdent leurs cheveux lors des premières séances, c'est pourquoi c'est un accompagnement très fréquent dans son métier. Louise m'a raconté une expérience particulière qu'elle a vécu avec une patiente, elle l'a croisé lors d'une rémission de son cancer et ne l'a pas reconnu sur le moment car la patiente était épanouie et radieuse, alors que la première fois qu'elle l'avais vu elle était meurtrie par la maladie. Elle s'est sentie « idiote » sur le moment.

Elle avait l'impression de « gâcher le moment de bonheur » que la patiente vivait.

Mathilde qu'en à elle, a pris de nombreuses patientes en charge atteintes d'alopecie quand elle travaillait en service de cancérologie, mais depuis qu'elle travaille en médecine elle accompagne les patients quand ils sont déjà dans l'avancement de la maladie. Elle a également une expérience qui l'a marquée plus que les autres, c'était une femme de 45 ans qui venait pour un cancer du pancréas, aucunes améliorations constatées malgré les chimiothérapies, son pronostic vital était engagé. Elle exprime qu'on voyait du désespoir dans les yeux de son mari, qui l'accompagnait jour après jour jusqu'à la fin, la patiente a fini par décédée quand son mari s'est absenté, et pour toute l'équipe médicale ça a été un choc, et ça a été très compliqué car tous étaient attaché à cette femme, ils ont tous bénéficier d'un soutien psychologique réalisé dans le service.

Julia quant à elle, a beaucoup de patients atteints d'alopecie puisqu'elle les accompagne à l'hôpital, mais également dans la boutique de perruques dans laquelle elle travaille, ou encore à domicile quand les patients l'appellent pour des

soins spécifiques. Julia m'a également avoué une expérience particulière d'une femme d'une trentaine d'année en soins palliatifs, mariée et un enfant en bas âge, qui prenait une forte dose de cortisone dans son traitement ce qui lui donnait une pilosité importante au niveau du visage, Julia a eu un gros travail à faire avec cette patiente sur l'image corporelle car celle-ci ne s'acceptait plus, n'acceptait plus le regard de son mari et de son fils porté sur elle.

Toutes les personnes interrogées ont eu des expériences personnelles à me raconter, j'ai constaté que beaucoup d'émotions des soignantes ressortent de ces expériences.

Il y a le désespoir, l'empathie, la tristesse ressentie parfois, l'impuissance par moment en soins palliatifs quand la personne est condamnée ou encore de l'attachement face à des situations très complexes. Ce que les soignantes ont voulu me faire comprendre dans les entretiens c'est que parfois, il est vraiment difficile de garder ses émotions et « rester de marbre » car en tant qu'infirmière on s'attache aux patients que l'on prend charge, et parfois la maladie est vraiment difficile à gérer. L'accompagnement de l'entourage est vraiment tourmenté surtout dans des situations de fin de vie où la personne est en soins palliatifs et que l'issue est souvent défavorable puisque la maladie amène à une mort certaine.

#### **4. Rôle propre infirmier dans l'accompagnement psychologique**

D'après les dires de Louise, son travail en collaboration consiste à travailler avec une psychologue, l'infirmière a un rôle propre, et la relation d'aide fait partie de celui-ci. La différence entre la psychologue, c'est qu'elle va travailler sur le vécu de la personne, et avoir des techniques de façon à pousser les personnes à faire un travail d'introversion par rapport à ce qu'elles vivent. Les infirmières vont accompagner les personnes, faire le lien entre le médical, le social, le projet personnel de la personne, adapter le projet de soin à un projet de vie de la personne mais aussi de son entourage. Les outils mis en place pour l'accompagnement psychologique sont tout d'abord la technique en générale, ensuite l'aide à la verbalisation, la reformulation, l'écoute active, ou encore l'observation clinique. Dans le métier de Louise, la reformulation et l'aide à la verbalisation sont très importants car elle doit s'assurer au quotidien que les patientes ont bien compris le diagnostic lors de l'annonce de la

maladie par le médecin oncologue.

Pour Mathilde, la collaboration signifie travailler avec les médecins, les infirmières, les psychologues. En hospitalisation de jour, elle fait appel à des socio-esthéticiennes dans son établissement, et en extérieur, ce sont des hospitalisations à domicile, avec un réseau d'esthétique mis en place par la région dans laquelle elle vit. Pour elle, lors de l'annonce de la maladie, le fait de perdre ses cheveux sont une perte de féminité, le regard des autres fait peur et certaines ne veulent pas se soigner. Les outils utilisés qu'elle a pu observer en service sont les foulards, les perruques, les turbans, les soins esthétiques. Le rôle infirmier pour Mathilde consiste donc à écouter, orienter vers les réseaux personnalisés les patientes. Mais également d'adopter une posture d'empathie, de relationnel et d'écoute qui sont des qualités principales à avoir pour Mathilde pour établir une véritable relation de confiance avec la personne soignée.

Pour Julia, tout dépend de son établissement, à l'hôpital les psychologues sont très présents pour les patients. Julia exprime qu'au contraire quand les patientes viennent dans un salon d'esthétique pour venir se faire raser la tête, moment très difficile pour ses femmes qui perdent leurs féminités, il n'y a aucun psychologue sur les lieux.

Julia exprime que durant sa formation elle a été encadrée par des psychologues et des psychiatres mais qu'elle n'en est pas une. Elle affirme que les conseillers sont très professionnels et connaissent le traitement de la chimiothérapie, et savent aborder sans difficulté le sujet de l'alopécie. Les outils que Julia utilise sont des fiches conseils pour préserver la peau, les ongles, la prévention, lors du traitement de chimiothérapie et de radiothérapie. Dans sa boutique, ils vendent également des kits de sourcils (pochoirs, pinceau, fard à sourcils) qu'elle utilise également.

Il existe des prospectus et livrets qui lui sont délivrés par la ligue contre le cancer. Le rôle d'une socio-esthéticienne pour Julia est de discuter avec la patiente, car souvent dans son expérience professionnelle, les patientes se confient plus facilement à la socio-esthéticienne qu'à une psychologue, elle exprime que les patients ont parfois du mal à aller voir un psychologue.

Toutes ces informations reprennent mon cadre conceptuel, puisque ce que je

comprends de ces réponses, c'est que pour être infirmière en service d'oncologie, il faut être empathique, avoir un bon relationnel avec la personne soignée, être dans une écoute active, utiliser la reformulation pour être sûre que la personne comprend bien la situation. Toutes ces notions, je l'ai étudié dans ma formation durant trois années, et je me rends compte que les infirmières les utilisent au quotidien dans les services.

Après notre entretien Louise, m'a expliqué que par moment les patientes ont besoin de temps pour accepter la maladie. Malheureusement dans son service de cancérologie, elle m'expliquait que toutes les démarches thérapeutiques sont faites de manière assez précoce, il y a tout d'abord l'annonce du diagnostic, pour suivre il y a souvent une intervention chirurgicale pour une pose de chambre implantable, et toute suite après débute la première chimiothérapie. Par moment, les personnes malades se sentent incomprises car tout va vite et elles n'ont pas le temps de réaliser qu'elles ont un cancer, qu'il faut déjà débiter les thérapeutiques, c'est pourquoi Louise, est souvent confrontée à des patientes en état de choc. Le rôle de la psychologue à ce moment-là est primordial pour assurer une bonne prise en charge globale et que la continuité des soins soit bénéfique pour la personne.

### **5. Diagnostics infirmiers en rapport avec l'alopecie**

Louise m'a parlé sans difficulté de l'image corporelle, quand on a abordé le sujet des socio-esthéticienne, le premier métier qui a pris en charge l'image corporelle était celui d'infirmier et à présent on l'aurait « délégué » aux socio-esthéticiennes. Le métier de socio-esthéticienne émane donc de celui d'infirmier car c'est un métier relationnel et les socio-esthéticiennes sont les spécialistes de l'image corporelle selon Louise.

Cependant cette infirmière, n'a pas du tout parlé de la dynamique familiale perturbée durant l'entretien, c'est pourquoi je lui ai posé la question, et pour elle, c'est un diagnostic important mais qui n'est pas posé en systématique pour tout le monde. Certaines patientes et leurs entourages vivent plutôt bien la maladie et n'ont pas de dynamique familiale perturbée, cependant quand la dynamique est altérée, toute la famille doit bénéficier d'un soutien psychologique par des professionnels compétents.

Pour Mathilde, les diagnostics ressortant dans mon mémoire sont ceux de la dynamique familiale perturbée et également la perturbation de l'estime de soi.

L'intitulé exact de mon cadre conceptuel était la perturbation de l'image corporelle mais durant l'entretien Mathilde, me parle d'une perte de cheveux, d'une perte de féminité, mais également du regard des autres qui va changer, c'est pourquoi je peux affirmer que Mathilde avait quand même l'image corporelle en tête en m'ayant dit ses réponses.

Julia quant à elle je ne lui avait pas poser la question des diagnostics infirmiers car je ne souhaitais pas qu'elle se sente piéger par rapport à mes questions car elle est socio-esthéticienne et non infirmière. Néanmoins durant notre entretien téléphonique, Julia m'a donné les deux diagnostics infirmiers sans le vouloir puisqu'en me parlant de sa grand-mère décédée d'une tumeur au cerveau, elle à évoquer que l'image d'elle-même (sa grand-mère) se dégradait, donc je peux dire que cela reprend un peu mon cadre conceptuel car j'ai parlé de l'image corporelle perturbée dans celui-ci. Elle m'a exprimé également la difficulté lorsqu'une personne est en soins palliatifs, car les enfants et l'époux sont souvent impuissants et désespérés face à la maladie, comme elle l'exprime dans son expérience (cf. Entretien n°2), cela veut dire que la dynamique familiale dans ces moments-là est perturbée.

Tous les professionnels m'ont parlé des diagnostics infirmiers présents dans mon cadre conceptuel. Certains n'ont pas donné l'intitulé exact mais par leurs définitions parlait d'un diagnostic similaire.

C'est pourquoi cela m'a conforté dans mon choix, et cela m'a permis je pense, de rester dans mon sujet qui est celui de l'alopecie post-chimiothérapie.

La maladie a donc un impact important sur l'image corporelle comme je l'avais remarqué dans ma question de départ. L'impact psychologique engendré par la maladie est important également. Une relation de confiance est primordiale pour avoir des soins relationnels efficaces.

# CONCLUSION

En tant que future professionnelle de santé, je tiens à dire que ce travail de fin d'études a été très enrichissant pour moi grâce aux professionnelles interviewées qui m'ont fait partager leurs expériences et leurs pratiques professionnelles au cours de ces entretiens.

Durant ces trois années d'études, j'ai acquis d'importantes notions concernant la relation d'aide, la reformulation, le soutien psychologique, l'écoute active ou encore l'empathie vis-à-vis des soignés.

Dans ce mémoire, j'ai tenté de mettre en avant la prise en charge esthétique des patientes atteintes de cancer. Je n'avais pas connaissance du métier de socio-esthéticienne. Grâce à ce travail j'ai pris conscience de l'importance de leur rôle, en effet, elles mettent en place de nombreux outils comme les perruques, les soins esthétiques, le maquillage, ce qui permet à ces femmes d'accepter leurs images corporelles altérées.

Volontairement je n'ai donné que peu d'informations aux professionnelles questionnées pour qu'elles puissent me parler de mon sujet librement malgré le cadre imposé. Tous m'ont apporté des réponses claires, précises et qui reflète bien mon cadre conceptuel. Je regrette de ne pas avoir pu traiter l'aspect psychologique, en effet la psychologue que je devais rencontrer a eu un empêchement professionnel de dernière minute.

Durant ce travail, tous les professionnels de santé m'ont exprimé leurs émotions dans certaines situations complexes et surtout lorsque la personne est en fin de vie suite à un cancer, c'est pourquoi ma question de recherche serait : « **Comment les émotions ressenties par l'infirmier(e) peuvent-elles influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie ?** ».

Ce travail de recherche traitera bien évidemment des émotions des infirmier(è)s, mais également des mécanismes de défenses qu'ils mettent en place pour se protéger face aux situations difficiles et au décès.

# BIBLIOGRAPHIE

## **OUVRAGES ET REVUES:**

CALTAGIRONE Aury D, socio esthéticienne à l'institut Gustave Roussy, *Savoir rester belle pendant et après les traitements anti-cancer*. Hervé Conan Éditions Salutaires, 2013, 220 pages.

HANDERSON Virginia, *Cancérologie*, pour une meilleure approche du soin. Juillet 1995. Définition de l'accompagnement.

ISC (Infirmières spécialistes Cliniques). *L'image corporelle, un concept de soins*. 22 pages. Concept de soins. Hôpitaux universitaires de Genève. Octobre 2006.

LACROIX, Anne. Approche psychologique de l'éducation du patient: *Obstacles liés aux patients et aux soignants*. Bulletin d'éducation du patient. Décembre 1996, volume 15, n°3, pages 78-86.

MAELA Paul, *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*. Editeur l'Harmattan, 2004, 356 pages.

PASCAL Annie; FRECON VALENTIN Eliane, *Diagnostic Infirmiers, interventions et résultats*. Classifications infirmières et plans de soins. Vème édition. Edition Elsevier Masson, juillet 2011, 784 pages.

PHANEUF Margot; GRONDIN Louise "et al", *Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmière*. Edition Maloine, septembre 2002, 531 pages.

PHANEUF Margot, *La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement. Vers l'utilisation thérapeutique de soi.* Edition Chenelière éducation, 28 septembre 2011, 306 pages.

SCHILDER, P. *L'image du corps. Etudes des forces constructives de la psyché.* Paris: Gallimard, 1935, 1968.

#### **DOCUMENT PDF:**

Le Ménager-Blondel. M, *Cancer du sein: chimiothérapie et chevelure, quelles perspectives?* La lettre du Sénologue n°2. octobre 1998, page 42.

#### **SITES ET DOCUMENTS INTERNET:**

Définition accompagnement selon P. VERSPIEREN [En ligne], [Consulté le 24/04/2016].

Disponible sur <http://www.espace-ethique.org/d/1200/848>

Définition accompagnement selon l'ARS (Agence régionale de santé). [En ligne], [Consulté le 24/04/2016].

Disponible sur <http://www.ars.normandie.sante.fr/L-accompagnement-et-l-apprenti.131676.0.html>

Fondation contre le cancer. Traitements du cancer. [En ligne], [Consulté le 06/04/2016].

Disponible sur: <http://www.cancer.be/le-cancer/traitements-du-cancer>

GIFFARD, Dominique. Psychiatrie Infirmière. [En ligne], [Consulté le 24/04/2016].

Disponible sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/travail-deuil.htm>

GUIOSE, Marc. Schéma corporel. *Neuromotricité.* [En ligne], [Consulté le 11/04/2016].

Disponible sur <http://neuromotricite.blogspot.fr/2008/06/schema-corporel.html>

INSERM : Enjeux médicaux. Cancers. 2008. [Consulté le 24/04/2016].

Disponible sur

<http://www.inserm.fr/layout/set/print/thematiques/cancer/enjeux/enjeux-medicaux>

Institut national du cancer – Prendre soin des cheveux et de la peau. {En ligne}, [Consulté le 14/04/2016].

Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Prendre-soin-des-cheveux-et-de-la-peau/Chute-des-cheveux>

Institut national du cancer. Traitements du cancer et chute des cheveux. [En ligne] [Consulté le 02/04/2016].

Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Traitements-du-cancer-et-chute-des-cheveux>

KERDRAON, Joël. Le schéma corporel. *Bienvenue en sophrologie*, 2005. [Réf du 2 mars 2005]. [En ligne] [Consulté le 20/04/2016].

Disponible sur <http://sophrorelax.over-blog.com/article-152890.html>

Organisation mondiale de la santé [OMS]. Thème de santé. Cancer.

Disponible sur <http://www.who.int/topics/cancer/fr/>

Psychologies.com. Estime de soi. Février 2010. [En ligne], [Consulté le 16/04/2016].

Disponible sur <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Estime-de-soi>

Socio-esthéticienne. Direction générale de la compétitivité de l'Industrie et des Services. [Référence du 13 novembre 2013]. [En ligne], [Consulté le 22/04/2016].

Disponible sur <http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/socioestheticienne>

## **ENSEIGNEMENTS THEORIQUES:**

OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9: Processus tumoraux semestre 5.  
Les cancers.

OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9: Processus tumoraux semestre 5.  
Le cancer du sein.

OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9: Processus tumoraux semestre 5.  
Le cancer du col utérin.

OGLOBINE, Jean. Unité d'enseignement 2.9: Processus tumoraux semestre 5.  
Les cancer d'organes.

**TEXTE DE LOI :**

Article R4311-2 du code de la santé publique. 8 août 2004.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

# ANNEXES

**Annexe I : Grilles d'entretiens.....**

**Annexe II : Retranscriptions des entretiens.....**

**Entretien n°1.....**

**Entretien n°2.....**

**Abstract.....**

## ANNEXE I : GRILLE ENTRETIEN INFIRMIERE

**PRESENTATION** : Bonjour, je m'appelle Laura, je suis élève infirmière en 3<sup>ème</sup> année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai besoin que vous me parliez de l'alopecie, et surtout de votre rôle dans l'accompagnement psychologique ainsi que des diagnostics infirmiers que vous faites des patientes atteintes de cet effet secondaire de la chimiothérapie.

THEMES / PARTIES	OBJECTIFS DES QUESTIONS	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
<b>INTRODUCTION</b>	Présentation de la personne interviewée, permet de poser le cadre et permet de connaître le profil.	Pouvez-vous vous présenter ? Pouvez-vous m'expliquez votre parcours depuis la sortie de l'IFSI ?	Depuis combien d'années exercez-vous ?
<b>CHOIX DU SERVICE D'ONCOLOGIE.</b>	Connaître le choix d'un service d'oncologie, implication, motivation.	Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans un service de cancérologie ?	Qu'est-ce qui vous plaît dans ce service ? Est-ce un choix personnel de votre part ? Depuis combien de temps y travaillez-vous ?
<b>EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOETHERAPIE : L'ALOPECIE.</b>	Obtenir des informations concernant la fréquence de cet effet secondaire dans les services. Faire exprimer les IDE sur leurs émotions, leurs ressentis sur une situation particulière.	Etes-vous souvent confronté à l'alopecie dans votre service ? Y-a-il une expérience dont vous voudriez bien me parler qui vous à marquer particulièrement ?	

<p><b>ROLE PROPRE INFIRMIER DANS L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE ET DIAGNOSTICS INFIRMIERS RESSORTANT LORS D'ALOPECIE.</b></p>	<p>Rôle propre d'une infirmière suite à une alopécie, et comment ce rôle va aider la personne à accepter son image corporelle.</p>	<p>Avec qui travaillez-vous en collaboration ? Quels outils mettre en place pour cet accompagnement ? Selon vous quel est votre rôle ? Selon vous quels sont les diagnostics infirmiers ressortant dans mon sujet de fin d'études ?</p>	<p>Qu'expriment ses femmes avant et après l'annonce de leurs pertes de cheveux ? Pensez-vous que vos interventions ont permis d'aider ces femmes ? Avez-vous mis en place une relation d'aide ? Les patientes en ont-elles eu besoin ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'acceptation selon vous ? De quel processus fait-elle partie ?</p>
---	--	---	---

## ANNEXE I : GRILLE ENTRETIEN SOCIO-ESTHETICIENNE

**PRESENTATION :** Bonjour, je m'appelle Laura, je suis élève infirmière en 3ème année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai besoin que vous me parliez de votre rôle dans l'accompagnement psychologique des patientes atteintes d'alopécie, et des outils utilisés pour les aider.

THEMES/ PARTIES	OBJECTIFS DES QUESTIONS	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
<b>INTRODUCTION</b>	Présentation de la personne interviewée, permet de poser le cadre et de connaître le profil.	Pouvez-vous vous présenter ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ainsi que votre formation ?	Depuis combien d'années exercez-vous ?
<b>CHOIX DE LA SPECIALITE SOCIO-ESTHETIQUE</b>	Connaître le choix d'un service d'oncologie, implication, motivation.	Pourquoi avez-vous décider de vous spécialiser dans la socio-esthétique ?	Est-ce un choix personnel de votre part ? Depuis combien de temps y travaillez-vous ?
<b>ROLE PROPRE DE LA SOCIO-ESTHETICIENNE DANS L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE LORS D'ALOPECIE</b>	Rôle propre d'une socio esthéticienne suite à une alopecie, aider la personne à accepter sa nouvelle image corporelle.	Le travail en collaboration dans votre établissement permet-il un accompagnement psychologique efficace ? Quels outils avez-vous mis en place pour cet accompagnement en rapport avec votre profession ? Selon vous quel est votre rôle et comment agir ?	Qu'expriment ses femmes avant et après l'annonce de leurs pertes de cheveux ? Qu'est-ce que l'acceptation selon vous ? De quel processus fait-elle partie ?

## ENTRETIEN N°1 AVEC UNE INFIRMIERE EN CANCEROLOGIE.

**Laura :** Bonjour Louise, dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plaît ?

**Louise :** Bonjour Laura, Je m'appelle Louise, je suis infirmière clinicienne d'annonce et de coordination en cancérologie et j'ai 46 ans. Je suis infirmière, ce qu'on appelle transversale en oncologie, la cancérologie sur l'hôpital est faite sur différents services. Je m'occupe de patientes ayant des cancers gynécologiques, urologiques, la dermatologie, la gastroentérologie et la pneumologie.

**Laura :** Et ça fait combien d'année que vous travaillez en cancérologie ?

**Louise :** Alors moi je suis une vieille infirmière, ça fait 23 ans que je suis dans le milieu hospitalier, dans mon parcours j'ai fait le service de gastroentérologie, qui faisais également de la cancérologie digestive, j'ai fait ça pendant 16 ans. Après j'ai fait le service de suppléance, ensuite de la recherche clinique, ensuite 3 ans d'équipe mobile de soins palliatifs, et j'ai pris ce poste depuis 2 ans d'infirmière d'annonce et de coordination en cancérologie.

Donc en fait la cancérologie j'en ai toujours fait dans mon parcours.

**Laura :** Pourquoi avoir choisi un service de cancérologie ?

**Louise :** Ce n'était pas un service de cancérologie pur à la base, je ne me suis pas vraiment posé la question, parce que j'ai débuté en gastroentérologie et on avait plusieurs pathologies, après ça a amené que de nombreux patients avaient des cancers donc on s'en occupait, et dans tous les services les patients avaient des cancers, après ça m'a paru évident d'accompagner les patients qui ont un cancer ou pas et après effectivement petit à petit faire de l'accompagnement. Le métier de base est plus d'être dans la relation d'aide, et du coup j'ai plutôt été dans cette perspective de développée ma relation d'aide, mon expertise clinique infirmière et puis après d'arriver à accompagner des patients en cancérologie.

Après pourquoi, peut-être qu'on s'en doute, y a sans doute des raisons personnelles et professionnelles, moi j'ai dans ma famille pas mal de personnes qui ont eu des cancers, qui sont décédés de cancer. Quand j'ai dû accompagner ces personnes atteintes de cancer, j'ai eu beaucoup de mal, si j'ai fait des services de suppléance

ce n'était pas pour rien parce que voilà, fallait que je mette un peu des barrières par rapport au cancer, après avoir fait un travail sur moi, je suis retourné dans mon service de cancérologie.

Il faut bien faire la différence entre accompagner sa famille et puis accompagner des patients, ce n'est pas du tout la même chose.

**Laura** : Avez-vous souvent été confrontée à des femmes atteintes d'alopécie ?

**Louise** : Je m'occupe principalement de toutes les pathologies cancéreuses, et donc des femmes ayant de l'alopécie parce qu'elles ont un traitement alopeciant à la base, il y a plusieurs protocoles de chimiothérapies, toutes ne sont pas alopeciantes et effectivement, j'accompagne comme je suis vraiment au début de l'accompagnement, c'est-à-dire que je suis dans l'annonce du diagnostic, je suis là pour accompagner les patientes atteintes d'alopécie donc je suis amenée à m'occuper de patientes qui vont avoir des chimiothérapies alopeciantes.

**Laura** : Avec qui travaillez-vous en collaboration pour accompagner ces femmes ?

**Louise** : Les infirmières ont toujours fait un métier de relation d'aide, et on emploie les mêmes techniques que la psychologue, c'est notre métier de base et on a un rôle sur prescription et un rôle propre, le rôle propre fait partie de la relation d'aide.

Cette technique de relation d'aide, nous l'avons pour accompagner les personnes. La différence entre la psychologue, c'est qu'elle va travailler sur le vécu de la personne, et avoir des techniques de façon à pousser les personnes à faire un travail d'introversion par rapport à ce qu'elles vivent.

Nous les infirmières, ce n'est pas le cas. On va accompagner les personnes, faire le lien entre le médical, le social, le projet personnel de la personne, adapter le projet de soin à un projet de vie de la personne mais aussi de son entourage.

J'accompagne les personnes jusqu'à un certain niveau, quand je vois que les personnes ont besoin d'une aide psychologique je leur dis clairement mes limites, que certaines choses sont en dehors de mes compétences, et qu'elles ont besoin de voir une psychologue, et là je fais le relai avec ma collègue psychologue en lui transmettant les informations.

Dans l'établissement je suis la seule infirmière d'annonce et de coordination, car les

infirmières n'ont jamais réussi à monter cette consultation d'annonce infirmière depuis 2007, parce que c'est très complexe, et le parcours du patient est très complexe, il faut vraiment avoir je pense une bonne expérience en cancérologie car elle est indispensable pour pouvoir parler des traitements et des effets secondaires à une patiente, pour permettre à l'infirmière de garder une certaine crédibilité sur ses savoirs.

**Laura :** Est-ce que vous pouvez me parler des outils mis en place pour cet accompagnement, vous m'avez parlé de la relation d'aide, y en a-t-il d'autre ?

**Louise :** Il y a tout ce qui fait partie de notre technique, il y a l'aide à la verbalisation, la reformulation, l'écoute active, l'observation clinique. Moi je suis là essentiellement pour voir si les personnes ont bien compris ce que le médecin leur a dit. Voir s'ils ont bien compris leurs pathologies, le traitement qu'ils vont avoir, et si effectivement je me rends compte, que tout n'a pas été compris par les personnes ou l'entourage, je me redirige vers le médecin oncologue en lui demandant de repasser voir la patiente, car il me semble que la patiente n'a pas bien compris.

Après ça peut être une personne qui ne veut pas comprendre, et qui ne veut pas savoir, c'est à respecter aussi. On ne va pas la revoir 50 fois pour lui dire qu'elle a un cancer, il y a un certain respect à avoir des personnes, et elles ont droit de pas vouloir savoir, ça veut pas dire qu'elles sont forcément en déni.

J'insiste beaucoup sur l'aide à la verbalisation, et sur la reformulation pour être sûre que les personnes ont bien saisi au moins la gravité de la maladie ou pas, c'est ça mon rôle et puis d'observer aussi si elles sont en état de sidération, en colère, mutique, calme, anxieuse, si ya également des symptômes dépressifs et surtout faire un bilan social, savoir si la personne vit seule, si elle est entourée, si elle est isolée, et savoir aussi si l'entourage est au courant, parce que ça c'est important de le savoir. Les incités à en parler à l'entourage car les traitements de cancer finissent par donner de nombreux effets secondaires qu'on ne peut pas cacher.

Inciter également les personnes à avoir un accompagnement psychologique. Ce n'est pas forcément moi qui vais accompagner mais plus la psychologue. D'autres examens seront recommandés comme un bilan nutritionnel, une évaluation de la douleur, et j'oriente les personnes vers la diététicienne, l'assistante sociale, la

psychologue, l'équipe de la douleur et parfois l'équipe de soins palliatifs.

**Laura** : Avez-vous des socio-esthéticiennes dans l'hôpital ?

**Louise** : Non on va être clair, on en a pas, on n'a pas de soins de supports sur l'hôpital.

Après je travaille avec des instituts extérieurs, c'est des instituts que moi je vois lors d'entretien, elles m'expliquent ce qu'elles font, où sont situés leurs bureaux, comment ça se passe pour accueillir les patientes, un entretien individuel est réalisé avec chacune, et puis ensuite elles me présentent leurs catalogues, avec leurs prestations, et du coup après on échange sur des suggestions d'amélioration. Je laisse le choix aux personnes de choisir le catalogue qui leur correspond le mieux.

J'incite les personnes qui vont subir un traitement alopeciant à prendre rendez-vous avec une socio esthéticienne avant la perte de cheveux totale afin d'anticiper le choc émotionnel de la perte de cheveux. Je les incite également à aller directement chez le coiffeur pour couper les cheveux courts, afin de se préparer psychologiquement à avoir moins de cheveux. Mettre une perruque, un foulard, ou même une écharpe, après c'est à elles de cheminer. Le métier de socio esthéticienne est malheureusement peu connu des personnes atteintes de cancer.

Le métier de socio esthéticienne est avant tout un métier relationnel, qui sort encore de notre formation infirmière, les infirmières sont les premières à s'être occupées de l'image corporelle, des patients, donc c'est un des métiers comme l'assistante sociale qui ressort du métier d'infirmière de base. Ce sont des soignants qui sont spécialisés dans l'image corporelle.

**Laura** : Vous m'avez parlé d'un des diagnostics infirmiers que j'attendais, pouvez-vous me parler de la dynamique familiale ?

**Louise** : Alors moi je ne fais pas forcément le suivi après en hôpital de jour, je fais le suivi de certaines, qui viennent me montrer leurs nouvelles perruques, leurs nouveaux bandanas ou foulards. Ça peut m'arriver ce n'est pas forcément systématique, mais je n'oblige pas les personnes à venir me revoir après l'annonce. Oui après y a des patientes qui paniquent, en disant là j'ai les cheveux qui commencent à vraiment tomber.

Je suis amenée à voir les personnes soit seules, soit accompagnées de leurs conjoints,

ou de leurs enfants ça m'est arrivé. On essaye de mettre des mots simples, on ne va pas parler forcément des cheveux mais on va amener la personne à aborder elle-même le sujet, il faut que la personne soit prête déjà pour en parler, mais tout va rapidement entre le diagnostic, une intervention chirurgicale, le cancer, le premier traitement, il faut respecter le rythme des personnes à amenées les choses à leurs entourages. Des personnes vont foncer, en allant directement dans un institut acheter une perruque ou autre, d'autres ne sont pas prêt à se rendre en institut et préfère prendre le temps, c'est une étape difficile et compliquée qui doit être respectée. C'est très individuel et propre à chacun, très personnalisé.

Des personnes vont avoir une dynamique familiale perturbée, d'autres ne vont pas en avoir. C'est un diagnostic infirmier qui existe dans certaines situations mais qu'on ne va pas poser en systématique, car des gens arrivent très bien à le gérer. En fonction de la personne, on pose le diagnostic et on réalise des actions en conséquence.

**Laura** : Avez-vous une expérience en particulier, qui vous a marqué plus qu'une autre par rapport à une patiente ? J'attends vos ressentis, vos émotions dans la situation.

**Louise** : Si, la dernière que j'ai eue, c'est une dame en fait, j'attendais l'ascenseur, et puis elle me faisait un grand sourire, et à un moment je me retourne vers elle et elle se tourne vers moi en faisant un sourire, je ne faisais pas forcément attention à elle car j'étais très occupée. Et elle me dit vous ne me reconnaissez pas ? Et je la regarde, et c'est en regardant ses yeux que je l'ai reconnu, je ne l'ai pas reconnu avec sa perruque, la première fois que je l'avais vu elle était d'une maigreur extrême avec des cheveux bruns, et là elle est devenue rousse avec des joues toutes gonflées. Alors je l'ai regardé et je lui ai dit je suis désolé de pas vous avoir reconnu et je vous trouve mieux psychologiquement par rapport à la première fois, vous reprenez goût à la vie et ça vous va très très bien. Sur le moment je me suis sentie un peu idiote parce que je ne l'avais pas reconnue, et elle était tellement contente de me montrer ce qu'elle était devenue que j'ai eu l'impression de lui gâcher un peu son moment de bonheur et la fierté qu'elle avait eu de s'en être sortie aussi bien.

**Laura** : D'accord, merci beaucoup de m'avoir accordé du temps, les réponses à mes questions vont m'aider dans mon analyse pour le mémoire.

**Louise** : Merci à toi, c'était un plaisir d'y répondre, une très bonne continuation à toi. Tiens-moi au courant pour ton diplôme.

**Laura** : Merci, pas de problème.

## **ENTRETIEN N°2 AVEC UNE SOCIOESTHETICIENNE.**

**Laura** : Bonjour Julia, pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

**Julia** : Je suis Julia, j'ai 27 ans. J'habite en Haute Normandie et je travaille en tant que socio-esthéticienne en soins palliatifs dans un hôpital parisien, et dans un hôpital proche de mon domicile en collaboration avec la ligue contre le cancer et chez un perruquier à Paris. Je fais de l'esthétique à domicile également.

**Laura** : Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?

**Julia** : J'ai effectué un CAP esthétique cosmétique parfumerie en 2 ans et un Brevet Professionnel dans cette même catégorie en alternance en 2 ans. J'ai travaillé dans un institut privé et quelques mois chez Yves Rocher. Puis je me suis inscrite au CODES (cours d'esthétique à option humanitaire et social) pour devenir socio-esthéticienne en 1 an.

**Laura** : Pourquoi avez-vous décider de vous spécialiser dans la socio esthétique ?

**Julia** : J'ai choisi la socio-esthétique pour apporter un mieux-être aux patients, leur permettre d'avoir une parenthèse et de penser à autre chose pendant leur traitement, essayer de s'évader malgré les douleurs. Et puis ma grand-mère est décédée d'une tumeur au cerveau à 71 ans et la voir se dégrader ainsi que son image d'elle-même m'a confortée dans l'idée qu'il fallait intervenir dans ce domaine même en soins palliatifs pour permettre aux personnes de partir dignement.

**Laura** : Le travail en collaboration dans vos établissements, permet-il un accompagnement psychologique efficace ?

**Julia** : Ça dépend dans quelle structure. À l'hôpital, les psychologues sont présents et suivent les patients de près. Mais dans les boutiques de prothèses capillaires il n'y

a personne pour prendre en charge une patiente surtout lorsqu'elle vient pour se faire raser la tête, moment très difficile pour l'image de la femme pour qui les cheveux sont essentiels à sa féminité. Est ce qu'il faudrait un professionnel médical psychologique ou une formation complémentaire pour les conseillers prothésistes ? Peut-être l'ont-ils eu ? Je ne sais pas. Au cours de ma formation j'ai été formée par des psychiatres et psychologues mais je n'en suis pas une pour autant. Et les conseillers sont très professionnels et sont habitués à cette situation, respectent la volonté des patientes et les conseillent pour ce qui est le mieux pour elles. Ils connaissent les étapes de la chimio et savent à partir de quel moment tombent les cheveux en général.

À l'hôpital, nous, socio-esthéticiennes, discutons beaucoup avec les patients et ils peuvent nous confier quelques fois des choses qu'ils ne diraient pas aux psychologues, car pour certains les psychologues c'est pour les « fous ». À nous ensuite d'effectuer les transmissions avec les équipes, et dans le sens inverse l'équipe peut nous solliciter pour aller voir une personne mal dans sa peau, refermée sur elle-même...

**Laura :** Quels outils avez-vous mis en place pour l'accompagnement de ces femmes ?

**Julia :** J'ai effectué des fiches conseil pour préserver la peau, les ongles, la prévention, lors du traitement de chimio et de radiothérapie. Dans la boutique, ils vendent des kits de sourcils (pochoirs, pinceau, fard à sourcils).

Nous avons également des prospectus et livrets délivrés par la ligue contre le cancer.

**Laura :** Selon vous quel est votre rôle en tant que socio-esthéticienne ?

**Julia :** Mon rôle en tant que socio-esthéticienne est d'apporter des conseils aux patients et patientes qui subissent de la chimiothérapie et radiothérapie pour préserver leurs corps et leurs images, apporter un bien-être et un confort dans les soins esthétiques et permettre aux patients de profiter des petits moments de plaisir de la vie dans un endroit qu'on aimerait plutôt éviter.

**Laura :** Pouvez-vous me raconter une expérience qui vous a le plus marqué dans votre expérience professionnelle ?

**Julia :** Il y a eu des belles expériences, des bons retours sur les conseils que je donne, qui leur permettent de rester femme et se sentir femme, de beaux échanges, des confidences, des hommes qui n'ont jamais fait ce genre de soin et qui en redemandent car ils se rendent compte qu'ils ne prennent pas beaucoup soin d'eux et que ça leur fait du bien. Des remerciements chaleureux. Un exemple d'une femme d'une trentaine d'années en soins palliatifs qui était mariée et avait un enfant en bas âge, elle avait une forte dose de cortisone qui lui avait donné une pilosité très importante sur le visage. L'image qu'elle dégageait face à son fils et son mari ne la représentait pas, elle se sentait mal à l'aise et vraiment pas jolie. Mon intervention a été de faire mettre de l'EMLA sur son visage par l'équipe, et l'épilation de son visage lui a permis de retrouver son identité, sa féminité auprès de son mari et son fils. On sentait l'importance de son image vis à vis de ses proches. C'est un exemple comme tant d'autres...

Par contre les expériences plus tristes sont aussi là, la mort évidemment mais surtout quand on sait que la maman n'a pas le choix que de quitter ses enfants puisqu'elle sait qu'elle va mourir, et que les enfants le savent aussi.

Sinon pour finir sur une note moins triste, je suis tombée sur un patient qui m'avait demandé si je pouvais venir le masser à domicile car sa peau était ultra sèche, je lui avais dit oui et à chaque rdv il me recevait nu sous son peignoir. Il se mettait une petite serviette sur ses parties intimes et comme par hasard elle tombait à chaque fois. Bref j'étais quand même gênée et au bout du 3ème rdv il me demande si je fais des "prestations personnalisées « ; surprise de cette demande je demande ce qu'il entend par là (sachant bien ce que ça voulait dire), il me dit est ce que vous faites d'autres soins ? alors je lui dis que tout est sur ma plaquette. Je n'ai rien osé dire de plus et ai envoyé un sms après le rdv pour dire qu'il m'avait prise pour quelqu'un que je n'étais pas et que je ne donnerai pas d'autre rdv. Moi qui pensais que la chimio baissait la libido il faut croire que ce n'est pas pour tout le monde !!!

**Laura :** D'accord, merci beaucoup de m'avoir accordé du temps, les réponses à mes questions vont m'aider dans mon analyse pour le mémoire.

**Julia** : Merci, avec plaisir. Bon courage pour la suite.

**Laura** : Merci beaucoup.

## **RESUME :**

Mon mémoire traite des traitements du cancer et leurs effets secondaires, plus particulièrement de l'accompagnement psychologique donné par une infirmière à une femme affectée par l'alopecie après une chimiothérapie. Cet accompagnement lui permettra d'accepter sa nouvelle image corporelle déformée.

Cette thématique m'intéresse plus qu'une autre, car en tant que future infirmière, je souhaite apprendre à accompagner et soutenir ces personnes, et connaître les moyens pour que cet accompagnement soit efficace en sachant que le cancer est un problème de santé publique majeur. Les différentes recherches et lectures m'ont conforté dans ce choix. Pour mon enquête j'ai réalisé des entretiens semi-directifs. J'ai interrogé 2 infirmières, une en oncologie et une en médecine, ainsi qu'une socio-esthéticienne. Les résultats montrent que les diagnostics que j'ai faits étaient pertinents ; en effet, tous les professionnels que j'ai rencontrés pour cette enquête ont confirmé mon cadre conceptuel.

En conclusion, ce travail demande un investissement important mais il est très enrichissant et permet un bon positionnement professionnel.

**Mots clés** : Alopecie- Accompagnement psychologique – Image corporelle – Relation d'aide – Acceptation.

---

## **ABSTRACT :**

My paper deals with cancer treatments and their side effects, more particularly the psychological support given by a nurse to a woman affected by alopecia following a chemotherapy. This support allowed her to accept her new distorted body image.

This subject interests me more than the other ones, because as a future nurse, I wanted to learn how to accompany and support these people and how to make this

support the most effective knowing that cancer is a major public health issue. All the research and reading I made confirmed my choice.

In my investigation, i conducted semi-directive interviews, i interviewed two nurses, one in oncology and one in medicine as well as a socio-beautician.

The result shows that all the diagnosis I made were relevant ; indeed, all the professionals I met for this survey confirmed my conceptual framework.

In conclusion this work requires a significant investment but it is very rewarding, and provides good professional positioning.

**Keys words :** Alopecia - Psychological support - Body image – Counseling-Acceptance.