

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>PROBLÉMATIQUE</b>	<b>1</b>
<b>QUESTION DE RECHERCHE</b>	<b>4</b>
<b>LES CONCEPTS</b>	<b>4</b>
<b>L'altération de l'image corporelle</b>	<b>4</b>
IMAGE CORPORELLE ET SCHÉMA CORPOREL	4
IMPACT PHYSIQUE	5
IMPACT SOCIAL	5
IMPACT PSYCHOLOGIQUE	6
<b>Le Deuil</b>	<b>6</b>
<b>LE CADRE DE RÉFÉRENCE</b>	<b>7</b>
<b>La théorie de la transition de Meleis</b>	<b>7</b>
LA NATURE DES TRANSITIONS	8
LES CONDITIONS FACILITANTS ET ENTRAVANT LES TRANSITIONS	9
LES MODÈLES DE RÉPONSES	10
LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES	10
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>11</b>
<b>Bases de données</b>	<b>11</b>
<b>Mots-clés et descripteurs</b>	<b>11</b>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<b>12</b>
CRITÈRES D'INCLUSION	12
CRITÈRES D'EXCLUSION	13
<b>Stratégie de recherche</b>	<b>13</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>15</b>
<b>Présentations des articles</b>	<b>16</b>
ARTICLE N° 1	16
ARTICLE N°2	19
ARTICLE N° 3	22
ARTICLE N° 4	25
ARTICLE N° 5	28
ARTICLE N° 6	31
<b>Synthèse des résultats</b>	<b>34</b>
LES ÉTAPES DE LA TRANSITION	34
LES ENJEUX ÉMOTIONNELS ET PSYCHOLOGIQUES	37
LES FACTEURS FACILITANTS ET ENTRAVANTS	39
LA MISSION DE L'INFIRMIÈRE	41
<b>DISCUSSION</b>	<b>42</b>
<b>Mise en perspective avec la théorie de transition de Meleis</b>	<b>42</b>
<b>Mise en perspective avec la question de recherche</b>	<b>44</b>
<b>Identification des limites du travail</b>	<b>45</b>
<b>Caractère généralisable des résultats</b>	<b>46</b>
<b>Implication pour la pratique et la recherche</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>50</b>
<b>Référence bibliographique</b>	<b>50</b>
<b>Liste bibliographique</b>	<b>52</b>



## **INTRODUCTION**

Durant ces dernières décennies, nous pouvons observer des grandes avancées dans la prise en charge des grands brûlés, comme le développement de plusieurs centres de grands brûlés. Ceci a amené à une prise en charge plus spécifique (Berger, Raffoul, Maravic, Séchet & Chiolé, 2004). Nous retrouvons beaucoup de recherches mentionnant le vécu et la prise en charge de la douleur, qui est le moment principal par lequel passent ces personnes. Mais très peu parlent du vécu psychologique et de l'étape qui vient en sortant de l'hôpital, lors de laquelle ces personnes se retrouvent entre l'allégresse de la fin de la première étape et la nécessité de faire face à la vie hors de l'hôpital (Carlucci Dias da Silva, Aparecida Rossi, Fischer, Ferreira & Campos de Carvalho, 2007).

Outre les séquelles physiques induites par la brûlure, le grand brûlé est aussi susceptible de rencontrer des difficultés d'ordre sociale et psychologique. Cette période de transition peut parfois être le début d'un processus de deuil nécessaire à l'acceptation d'un nouveau soi. Ce travail relève l'importance de l'accompagnement de ces personnes, non seulement en milieu hospitalier, mais aussi en extrahospitalier. C'est durant cette phase qu'elles prennent vraiment conscience de l'extension de leurs cicatrices et de quelle manière elles devront faire face aux regards des autres à la sortie (Carlucci et al, 2007).

Ces points indiquent que le vécu psychologique du grand brûlé est une thématique intéressante dans le but de mettre en place une prise en charge optimale afin d'accompagner les patients durant ces deux étapes importantes. Ce qui permettra de les aider à affronter ces transitions afin d'achever le deuil de leur ancienne image corporelle.

## **PROBLÉMATIQUE**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 265'000 les décès par an dans le monde suite à des brûlures. Le nombre de personnes qui décèdent suite à leurs brûlures est plus grand dans les pays en voie de développement (OMS, 2014). En Suisse, les centres spécialisés du CHUV à Lausanne et celui de la ville de Zürich accueillent chaque année entre 150 et 200 patients. Bien que le pourcentage des brûlés global ait diminué au cours de ces dix dernières années grâce aux actions de prévention, les cas graves nécessitant une prise en charge intensive sont néanmoins restés stables (Berger et al., 2004). Cette prise en charge intensive est l'une des principales causes de morbidité chez les grands brûlés (OMS, 2014). En effet, le patient grand brûlé va passer par un certain nombre de stades tout au long de son hospitalisation jusqu'à sa sortie marquant le retour à la société. La période aiguë est marquée par une urgence vitale. A ce moment précis, la personne a besoin de soins intensifs pour rester en vie. Bien que la dimension somatique soit mise en avant dans cette première phase, la personne subit déjà «un stress psychologique extrême ». (Bonvin & Cochand, 1998). Ainsi, la fin des soins intensifs est marquée par une phase intermédiaire laissant place à une période de deuil. Celle-ci peut être plus ou

moins longue selon les individus, mais a pour objectif l'acceptation d'une autre réalité marquée par une nouvelle image de soi (Kübler-Ross & Kessler, 2009). Ce ressenti, induit par ce changement, peut alors être défini par les causes de brûlures (Bonvin & Cochand, 1998). Cette période de deuil se caractérise par différentes étapes distinctes – le déni, la colère, la tristesse, le marchandage et l'acceptation (Kübler-Ross & Kessler, 2009) – propres à chaque patient. Par conséquent, il s'agit de les analyser pour chaque cas afin de comprendre au mieux le vécu de l'individu grand brûlé durant sa réhabilitation.

Les brûlures ont plusieurs causes possibles, nous distinguons ainsi différents types de lésions (Dubuis, 2014). Les lésions thermiques sont les plus fréquentes, qui sont provoquées par le contact direct avec un élément à une température élevée - un objet, un liquide, un gaz, une flamme, le froid (Dubuis, 2014). Il existe également la brûlure électrothermique pouvant être le résultat d'une électrocution (brûlures avec contact direct avec le conducteur comme une prise, mais également des brûlures par un arc électrique à proximité comme une ligne à haute tension) (Dubuis, 2014). Les lésions chimiques sont causées par l'agression d'un acide ou d'un gaz amenant une réaction chimique et la destruction de la structure cutanée - par inhalation, ingestion ou contact (Dubuis, 2014). Enfin, les lésions dues à des radiations sont la conséquence d'une exposition à un rayonnement solaire ou bien une radioactivité (Dubuis, 2014).

Une brûlure s'évalue en fonction de sa profondeur et de son étendue. Il y a trois degrés de gravité de brûlures différentes. La brûlure du premier degré atteint superficiellement l'épiderme - couche externe de la peau (Wassermann, 1993). Ce type de brûlure est généralement la conséquence d'une lésion thermique ou bien d'une exposition solaire (Dubuis, 2014). C'est l'équivalent d'un léger coup de soleil. Sa cicatrisation est d'environ trois jours à une semaine (Wassermann, 1993). La brûlure du second degré peut être superficielle ou profonde. La brûlure superficielle atteint le derme - deuxième couche de la peau - et la brûlure profonde atteint également les couches profondes du derme (Dubuis, 2014). Son temps de cicatrisation est de deux semaines à un mois (Wassermann, 1993). C'est une brûlure très douloureuse pour la personne. La brûlure du troisième degré atteint entièrement l'épaisseur de la peau, jusqu'à l'hypoderme (Dubuis, 2014). « La cicatrisation spontanée est dans ce cas impossible, et il sera nécessaire de recourir à une greffe dermo-épidermique qui seule pourra apporter les éléments cellulaires nécessaires à la cicatrisation » (Wassermann, 1993). Le temps de cicatrisation est très long dû à l'importance de la plaie.

La surface de la brûlure détermine également la gravité de l'état du patient. La règle des 9 de Wallace permet d'attribuer rapidement à chaque section du corps un pourcentage par rapport à l'ensemble du corps (Prudhomme, 2015). Ainsi la tête, la face antérieure du thorax, la face postérieure du thorax, le bras entier valent chacun 9% du reste du corps, une jambe complète 18% (Prudhomme, 2015). Dès que 15% (10% chez l'enfant ou chez la personne âgée) de la surface corporelle totale est touchée, cela

est considéré comme une brûlure grave et la vie du patient est menacée (Prudhomme, 2015).

L'atteinte cutanée peut amener à une atteinte de l'image corporelle de la personne selon son seuil de gravité. Cette atteinte conduit à une altération de l'image corporelle en ayant trois impacts principaux. Le premier, l'impact physique fait référence à la modification physique et visuelle d'une partie du corps du patient mais aussi à la douleur physique ressentie (Herbet & Quillet, 1981). Le deuxième est l'impact social qui est en lien avec l'importance du culte du corps dans notre société. Ces représentations sociales peuvent amener à ce que le patient se sente « hors-norme » et qu'il perde toute estime de soi, qui peut amener à une désocialisation (Le culte du corps, n.d.). Le troisième impact est au niveau psychologique. Chaque image du corps est propre à l'Homme, son altération peut donc amener une certaine fragilité chez le patient, pouvant même être accompagnée d'une perte d'identité avec le sentiment « d'un autre moi ». Ce changement corporel peut faire naître chez le patient un état de choc, de déni (Bonvin & Cochand, 1998). Le patient doit faire face à de nombreuses difficultés telles que la perception de soi, la perception des autres. Il doit gérer les soins qui lui sont prodigués et envisager de nouvelles perspectives de vie afin de retrouver un équilibre (Bonvin & Cochand, 1998). Le patient va passer par une ou plusieurs phases du deuil afin d'arriver à celle de l'acceptation de la nouvelle image de soi. Une prise en charge au niveau psychologique et relationnel serait une proposition afin que ce travail de deuil se fasse dans les meilleures conditions. Selon Bonvin et Cochand (1998), « un déni persistant de cette nouvelle situation peut mener à des conduites inadaptées et même dangereuses pour la réhabilitation physique du grand brûlé. Un état de révolte excessif peut conduire à un refus des soins » (p. 167). Un état dépressif peut aussi amener le patient à avoir des idées et/ou des actes suicidaires. Il est important de relever l'importance d'un suivi psychologique avec le patient lors de ces différentes étapes de deuil mais aussi lors des différentes phases de soins. Cette approche devra s'adapter à la phase ou l'étape dans laquelle se trouve le patient. Cette prise en charge est complexe car il y a divers niveaux d'actions (biologique, psychologique, social), un grand réseau (patient, proches, équipe soignante) en plus de ces différentes phases de soins (Bonvin & Cochand, 1998). L'infirmière serait le soignant qui passerait le plus de temps avec ces personnes grandes brûlées. Il serait ainsi lucratif de voir quelle pourrait être la place de l'infirmière dans ce parcours et quelles seraient les différentes actions qu'elle pourrait mettre en place en vue d'accompagner le patient dans ces périodes de transition. Une meilleure connaissance du vécu de ces personnes pourrait les aider à travers les différentes étapes et pourrait aider à retrouver des liens significatifs par rapport à cette nouvelle situation.

La problématique de ce travail est la suivante : comprendre le passage de la vie d'avant à celle d'après l'accident, qui s'illustre entre autre à travers les étapes de transition, décrite dans le cadre théorique de la transition de Meleis, et de deuil. En effet, il s'agit d'un changement touchant tout particulièrement les patients grands brûlés, mais également leur entourage. C'est pourquoi le soutien psychologique mis en place par le personnel soignant est d'une importance majeure et permet au patient de vivre au

mieux ces différentes étapes de transition. L'intérêt est également de questionner l'absence d'analyse approfondie de ce dernier point dans les recherches scientifiques et donc de mettre en évidence la rôle fondamental des infirmiers dans ce processus délicat, ceci dans le but de proposer différentes pistes d'intervention.

## QUESTION DE RECHERCHE

La mise en évidence des différents concepts et la recherche des différents articles a permis de mieux cerner la problématique afin d'élaborer une question de recherche précise qui a ensuite été rédigée selon la méthode du PICOT :

**Population :** Adultes grands brûlés<sup>[1][2][3]</sup>

**Intervention :** Comprendre le vécu à travers le deuil de l'ancienne image corporelle

**Comparaison :** Ø

**Outcome :** Analyse du vécu psychologique

**Temps :** D'avant l'accident à l'hospitalisation et durant la réhabilitation

La question de recherche est en lien avec les concepts présents dans la problématique et est aussi en lien avec le cadre théorique infirmier choisi pour ce travail.

**Quel est le vécu des adultes grands brûlés face au deuil de leur ancienne image de soi durant leur hospitalisation et leur réhabilitation?**

## LES CONCEPTS

### L'ALTÉRATION DE L'IMAGE CORPORELLE

La notion de l'image corporelle sera évoquée par le biais de l'image du corps, le schéma corporel et de concept de soi. Ensuite, les divers impacts que peuvent amener l'altération de l'image corporelle chez un grand brûlé seront discutés.

#### *IMAGE CORPORELLE ET SCHÉMA CORPOREL*

Selon Schilder (1935), l'image corporelle humaine, 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 » (p. 35). Ce dernier énonce deux aspects de l'image corporelle en lien avec le sujet du travail, qui sont l'aspect psychologique et l'aspect social.

Concernant le schéma corporel, selon Marchais (1970), il serait « une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps en tant qu'entité statique et dynamique : position dans l'espace, posture respective des divers segments, mouvements qu'il exécute, contact avec le monde environnant ». C'est donc la représentation que chacun se fait de son propre corps pour se situer dans

le temps et l'espace, alors que la notion de l'image corporelle est en lien avec les valeurs esthétiques et sociales dans la société de manière quotidienne.

Nous retrouvons donc l'image corporelle dans la notion du concept de soi. Pour Cooley (1956),

« Le concept de soi d'une personne intègre un ensemble complexe d'attitudes, de sentiments conscients et inconscients, de perception de soi, de son corps, de ses rôles sociaux et de sa valeur personnelle. [...] Le concept de soi, c'est ce que l'on pense de soi même, en tant qu'entité indépendante et distincte, et ce que l'on pense être aux yeux des autres ».

La construction du concept de soi se fait en relation avec l'environnement dans lequel des informations sur nous-mêmes et notre corps sont récoltées. Ceci donne comme résultat nos représentations, attitudes, jugements par rapport à notre propre corps (Le culte du corps, n.d.).

#### *IMPACT PHYSIQUE*

Le premier impact auquel font face les personnes grandes brûlées est physique. Leur accident a amené à un changement corporel brutal et immédiat. L'image corporelle est changée, ce qui amène à une perception de l'image de soi totalement différente (Herbet & Quillet, 1981). Elles se retrouvent avec une image d'elles-mêmes extérieurement étrangère, « lorsque nous sommes devant un miroir, nous avons deux impressions, la première est visuelle : c'est une image de nous, extérieure, imposée, un peu étrangère. L'autre est une sensation interne de notre corps ; les deux peuvent aller de pair ou s'opposer » (Herbet & Quillet, 1981, p. 25).

La douleur physique est un épisode de très grande souffrance due aux différents soins de plaies et actes thérapeutiques caractérisés comme extrêmement douloureux mais nécessaires à la réadaptation physique. Il est donc primordial de traiter cette douleur avec des morphiniques mais aussi avec d'autres moyens non pharmacologiques (Latarjet, 2002).

#### *IMPACT SOCIAL*

Dans notre société, il existe des normes esthétiques qui sont très présentes et qui peuvent être vitales pour beaucoup de personnes afin de se faire accepter des autres ou d'être catalogué comme une personne « normale » ou « belle ». De ce fait, elles ont une grande influence pour certains dans la vie de tous les jours car il est important pour eux de pouvoir s'intégrer socialement. Et cette influence se remarque et s'illustre à travers les représentations sociales, la médiatisation et les publicités (Le culte du corps, n.d.). Les personnes grandes brûlées ayant peut-être des représentations différentes de celles des « autres », elles peuvent se sentir « hors normes ». Ce sentiment peut induire une perte d'estime de soi, une désocialisation ou une isolation ou parfois même plus (Costa, Rossi, Lopes & Cioffi, 2008). Le regard d'autrui va ainsi avoir un effet direct sur l'état psychologique du grand brûlé, étant donné

que l'image de soi vient d'informations directes, comme le contact (affection, attachement, amitié) ou le jugement de l'entourage, mais aussi d'informations indirectes qui sont issues du comportement des autres - lorsque la personne interprète ce que les autres pensent d'elle (Le culte du corps, n.d.).

### *IMPACT PSYCHOLOGIQUE*

Ces deux premiers impacts amènent à des répercussions au niveau psychologique. En effet, l'image corporelle à laquelle se retrouvent confrontées ces personnes grandes brûlées leur est étrangère. Nous pouvons comprendre qu'en plus de se sentir exposées par rapport aux cicatrices, elles se sentent aussi exposées à travers les curiosités, commentaires et jugement des autres (Costa Silva, Rossi Aparecida, Lopes Mara & Cioffi Lopes, 2008).

### LE DEUIL

Outre la gestion de la douleur et l'adaptation à un milieu hospitalier, le grand brûlé sera tôt ou tard confronté à la nouvelle image que lui renvoie le miroir, comme mentionné plus haut. Afin d'accepter ce nouveau reflet, les personnes ayant subi des brûlures seront amenées à faire le deuil de leur ancienne image corporelle afin d'accepter leur nouvelle apparence, parfois méconnaissable (Bolduc, 1996).

Kübler-Ross et Kessler (2009) décrivent le deuil comme étant quelque chose d'unique tel que « chaque vie est unique ». Ainsi, le deuil est propre à chacun. Il est guérisseur et permet d'affronter ses souffrances pour mieux les accepter et apprendre à vivre avec. « Le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation » sont les cinq étapes du deuil qui sont des phases clés du processus (Kübler-Ross & Kessler, 2009). Cependant, faire son deuil n'implique pas obligatoirement de passer par chacune des ces cinq étapes. L'ordre non plus n'a pas d'importance, cela est propre à chaque individu (Kübler-Ross & Kessler, 2009).

Le déni est une réaction de défense. Faire face à un autre soi est une étape douloureuse qui peut paralyser la personne et ainsi l'empêcher d'intégrer une réalité qui peut être effrayante. Le déni est donc une étape importante à passer qui vise à protéger l'état mental. La fin de cette étape est souvent marquée d'interrogations. La remise en question permet à l'individu endeuillé de faire le point sur ce qu'il s'est passé pour mieux intégrer la réalité (Kübler-Ross & Kessler, 2009).

La colère symbolise une révolte intérieure. Le grand brûlé qui ressent ce sentiment n'est plus dans le déni, car il a intégré le fait que son image corporelle a été altérée par les brûlures. En milieu de soins, par exemple, la colère est un moyen pour le patient d'exprimer ses émotions. Elle permet d'attirer l'attention des soignants susceptibles de lui venir en aide. Ainsi, le fait d'élever la voix peut être un moyen de faire entendre ses souffrances à celui qui tente une approche. De même, le refus de soins peut être le signe d'une tension trop élevée pour être capable de collaborer avec le personnel soignant.

(Arrigoni & Zermani, 1994)

Le marchandage est aussi une façon de se protéger du présent en se rappelant du passé avant les brûlures. Revivre le passé permet à l'individu de se protéger de la souffrance qu'il endure.

La dépression est le symbole de la réalité, « c'est un sentiment de vide où le chagrin prend possession » (Kübler-Ross & Kessler, 2009). La phase de dépression marque le repli de la personne. Elle est bénéfique et naturelle pour l'organisme, car elle permet, d'une certaine façon, de le mettre sur pause afin de mieux affronter la souffrance en se questionnant (Kübler-Ross & Kessler, 2009).

Enfin, l'acceptation signe l'étape ultime du processus de deuil. Cette phase marque la pleine conscience de la réalité.

Il serait intéressant de savoir comment les grands brûlés vivent les étapes de deuil et comment ils réussissent à vivre avec leur nouveau soi. En effet, accepter n'est pas forcément le bon terme, car les grands brûlés n'acceptent pas tous leur nouvelle image de soi. Cependant, ils acceptent leur réalité pour aller de l'avant (Arrigoni & Zermani, 1994).

## **LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

### LA THÉORIE DE LA TRANSITION DE MELEIS

La théorie de niveau intermédiaire de la transition de Meleis est utile pour analyser ce type de situation. Celle-ci est explicative, car elle permet de comprendre et de rendre compte des expériences de transition de la personne.

La transition se définit comme étant le passage d'un état de stabilité à un autre, avec l'existence d'une période d'instabilité intermédiaire (Aubin & Dallaire, 2008). Ces transitions auxquelles une personne est confrontée résultent des événements « déclenchant une période de déséquilibres et de bouleversements » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 104). Ces événements sont les suivants : « illness (maladie), recovery (récupération), birthing (accouchement), death (mort), loss (perte), immigration (immigration), migration (migration), hospitalization (hospitalisation), pregnancy (grossesse), retirement (retraite), maturation (vieillesse) » (Meleis, 2010, p. 26). Dans la problématique de ce travail, les grands brûlés ont plusieurs événements qui ont déclenché leur transition, tels que l'hospitalisation sur plusieurs mois, la récupération qui se prolonge également sur plusieurs années et, le plus important, la perte d'une image corporelle qui leur était connue et qui ne l'est plus.

Cette théorie se caractérise par quatre étapes principales distinctes : la nature des transitions, les conditions facilitant et entravant les transitions, les modèles de réponses et les interventions infirmières.

Concernant cette première étape, nous pouvons mettre en évidence trois sous catégories : les types, les modèles et les propriétés des transitions.

Considérons tout d'abord les quatre types de transitions: développemental, situationnel, de santé ou maladie et organisationnel (Aubin & Dallaire, 2008).

Type développemental : ceux-ci sont des transitions liées à des événements occasionnels et développementaux comme « la naissance, l'adolescence, la ménopause, le vieillissement et la mort » [traduction libre de Line Gagné] (Alligood & Tomex, 2010, p. 420).

Type situationnel : il s'agit des transitions déclenchées par des événements induisant des changements spatiaux et géographiques et/ou des changements relationnels tel que « les changements relationnels lors de l'arrivée d'un nouveau membre dans la famille, la familiarisation à un nouveau lieu de vie » [traduction libre de Line Gagné] (Meleis, 2010, p. 85)

Type de santé ou maladie : ce sont des transitions provoquées par des changements de l'état de santé ou maladie. Cela comprend « le processus de guérison, le congé de l'hôpital et un diagnostic de maladie chronique » [traduction libre de Line Gagné] (Alligood & Tomex, 2010, p. 420). Nous retrouvons également dans ce type la transition faisant suite à une hospitalisation en raison d'un problème de santé (Aubin & Dallaire, 2008).

Type organisationnel : enfin, nous avons des transitions causées par des changements dans les rôles. Elles se réfèrent aux modifications au sein des conditions de vie ou de travail d'une personne ainsi que les altérations dans l'environnement affectant les individus (Schumacher & Meleis, 1994).

Concernant ce travail, nous pouvons estimer que les grands brûlés peuvent avoir deux types de transitions ; celle de santé ou maladie et l'organisationnelle. Mais les modifications dans les conditions de vie et les divers changements dans les rôles peuvent être mis en lumière dans le premier type également.

Ensuite, nous pouvons déterminer si le modèle de transition se dit simple ou multiple. Celle-ci est considérée comme simple lorsqu'il s'agit d'une seule transition vécue par le patient. À l'inverse, si plusieurs transitions sont observées, nous nous retrouvons alors dans le modèle dit multiple. Ces dernières peuvent être séquentielles - lorsque une transition mène à une autre, nous retrouvons un effet

ondulatoire - ou simultanée - lorsque plusieurs transitions surviennent durant une même période et qui peuvent être en lien ou non en lien les unes avec les autres (Aubin & Dallaire, 2008).

À la fin de cette première étape, nous pouvons examiner les propriétés de la transition que Meleis décrit comme suit : la prise de conscience, le niveau d'engagement, le changement et la différence, l'espace dans le temps, les points critiques et les événements.

La prise de conscience : celle-ci se définit au travers de la perception de la personne, de ses connaissances et de sa « reconnaissance d'une expérience de transition » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 106). En effet, il est possible d'avoir commencé une transition sans en être conscient. (Aubin & Dallaire, 2008).

Le niveau d'engagement : ce dernier caractérise le degré auquel la personne s'investit dans sa transition. C'est en lien avec la prise de conscience. En effet, la personne doit avoir prit conscience de sa transition afin de pouvoir s'y engager (Aubin & Dallaire, 2008).

Les changements et les différences : il s'agit des propriétés essentielles. « Toutes les transitions impliquent un changement alors que le changement n'est pas toujours lié à une transition » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 107). Il est nécessaire de découvrir et de décrire ces modifications et différences afin d'observer les effets et les significations qu'elles peuvent engendrer.

L'espace dans le temps : la transition se définit comme un mouvement d'un point à un autre, et, par conséquent possède un début et une fin (Aubin & Dallaire, 2008).

Les points critiques et les événements : ceux-ci peuvent être expliqués comme des types de marqueurs. Ces moments sont « associés à un événement marquant, identifiable à une période critique pendant la transition », comme « le passage aux soins critiques pendant l'hospitalisation ou le départ de l'hôpital vers le domicile » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 107).

#### *LES CONDITIONS FACILITANTS ET ENTRAUVANT LES TRANSITIONS*

La deuxième étape, quant à elle, décrit les conditions ayant une influence sur la transition, en la facilitant ou en l'entravant. Elles peuvent être personnelles, sociétales et communautaires.

Personnelles : celles-ci concernent le sens donné à la transition ; les croyances et les attitudes culturelles ; le statut socio-économique ; et la préparation et la connaissance (Aubin & Dallaire, 2008).

Communautaires : ces dernières sont en lien avec les ressources communautaires tels que le soutien social venant d'un membre de la famille et le milieu communautaire de la personne (Aubin & Dallaire, 2008).

Sociétales : il s'agit enfin des condition en lien avec les idées véhiculées par la société.

#### *LES MODÈLES DE RÉPONSES*

Lors de la troisième étape, les modèles de réponses expliqués nous permettent de définir si la transition se fait en santé. Ces derniers sont observés selon deux indicateurs : les indicateurs de processus et ceux de résultats (Aubin & Dallaire, 2008).

Indicateurs de processus : parmi ceux-ci nous observons le sentiment d'être en lien, l'interaction, la situation dans le temps et l'espace, le développement de la confiance et le coping. Ils permettent « d'estimer l'évolution positive ou négative de la santé d'une personne pour ce qui est d'une vulnérabilité accrue et des risques » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 110).

Indicateurs de résultats : il s'agit de la maîtrise et le renouvellement de l'identité et renseignent sur un résultat de transition saine (Aubin & Dallaire, 2008).

#### *LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES*

Enfin, concernant la dernière étape, nous constatons que, grâce à cette évaluation, les interventions infirmières peuvent être mises en place. Celles-ci sont divisées en trois étapes distinctes: l'évaluation du niveau de préparation, la préparation du patient à la transition et l'évaluation du rôle de soutien et de suppléance (Aubin & Dallaire, 2008).

##### L'évaluation du niveau de préparation :

Cette intervention consiste à « déterminer les interventions à faire ou à prolonger [...] cela représente un ensemble de questionnements qui dépassent la condition médicale d'une personne. Il s'agit de penser au départ de cette personne en fonction de sa mobilité, de son alimentation, de son repos [...] Une telle évaluation exige des infirmières une compréhension pointue de la personne. » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 111). Ainsi, le but est de procéder à une anamnèse de la personne afin de déterminer quels sont ses besoins réels afin d'effectuer une transition saine et de mettre en place une prise en charge efficace et de qualité.

##### La préparation du patient à la transition :

Cette étape consiste à répondre aux besoins réels de la personne, qui ont été relevés lors de la phase précédente. Ainsi, l'enseignement du patient permet au personnel soignant de créer des conditions optimales pour une transition saine (Aubin & Dallaire, 2008).

#### L'évaluation du rôle de soutien et de suppléance :

Ce dernier palier consiste à déterminer « les besoins de soutien et de suppléance nécessaires pour combler les manques de la personne durant sa transition ». Afin d'y parvenir, les infirmières « doivent déterminer le mode d'assistance dont la personne et ses proches ont besoin pour assurer son confort et sa sécurité. » (Aubin & Dallaire, 2008, p. 112).

## **MÉTHODOLOGIE**

### BASES DE DONNÉES

Dans le but de trouver des articles scientifiques pouvant répondre à la question de recherche, deux bases de données ont été utilisées.

CINAHL : (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), une base de données spécifique aux publications scientifiques en matière de santé. Elle couvre les soins infirmiers, les sciences de la santé, la santé publique et la médecine.

PsycINFO : une base de données couvrant la psychiatrie, la psychologie, les soins infirmiers, la médecine et la sociologie.

### MOTS-CLÉS ET DESCRIPTEURS

Dans un premier temps, une liste de mots-clés en lien avec la question de recherche a été établie ; ceux-ci sont les patients/adultes grands brûlés, l'accompagnement infirmier, la relation, l'image corporelle, la psychologie, le soutien/support psychologique. Le mot-clé « adulte » est posé afin de faire déjà le tri parmi les cas pédiatriques et gériatriques, qui ne font pas partie de la question de recherche. L'accompagnement infirmier et la relation sont choisis afin de mettre en avant, si possible, le rôle de l'infirmière dans le vécu de ces patients et dans leur prise en charge. L'image corporelle et la psychologie servent à être en lien avec l'objectif de ce travail. Le soutien/support psychologique sert comme l'accompagnement infirmier. L'idée est d'avoir peut-être des pistes d'interventions ou de ce qui peut être fait. Les termes utilisés sont traduits tout d'abord à l'aide des connaissances personnelles d'anglais et ensuite avec le grand dictionnaire terminologique. Pour terminer, ils sont traduits en descripteurs en s'aidant du thésaurus.

THÉMATIQUE	MOTS-CLÉS EN ANGLAIS	DESCRIPTEURS CINAHL (HEADINGS)	DESCRIPTEURS PSYCINFO
<i>Patients/adultes grands brûlés</i>	Burns Patients Burn Patient Major Burn Burn To Burn Adult Burn Severe Burn	Burn Patients Burn Units Burns Burn nursing	Burns
<i>Accompagnement infirmier</i>	Nursing Nursing role Nursing care Nursing intervention Nurse-patient relations	Nurses Nursing role Nursing care Nurse-patient relations	Nursing Therapeutic processes
<i>Psychologie Soutien/support psychologique</i>	Psychology Psychological effects Emotional problem	Psychology Adaptation, psychology Support, psychology	Psychology Psychological endurance Psychological needs
<i>Image corporelle</i>	Body image Disfigurement Bereavement Injured body Lived experience Life experience Identity	Body image Body image disturbance Disfigurement Life experience	Body image Bereavement Identity crisis Life experience Injuries
<i>Période d'hospitalisation</i>	Burn units Hospitalization	Burn units Hospitalization	Burn units

#### CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Avant d'entamer les différentes équations, les critères d'éligibilité des études ont été construits afin de ne retenir que les articles les plus utiles pour répondre à la question de recherche. Aucune limite n'a été fixée dans les bases de données lors de la recherche des articles car les résultats n'étaient pas nombreux au point de devoir le faire.

#### *CRITÈRES D'INCLUSION*

Français, anglais, portugais

Grands brûlés

Adultes

Population homme ou femme

Article de source primaire

Parus dans les dix dernières années

### CRITÈRES D'EXCLUSION

Enfants, adolescents, personnes âgées

Pédiatrie

Néonatalogie

### STRATÉGIE DE RECHERCHE

Comme le sujet de ce travail est peu reconnu, il a été décidé de faire les recherches de deux manières différentes afin de pouvoir avoir plus de chances de trouver des articles. Le premier tableau démontre les équations utilisées avec les descripteurs. Ce premier type de recherche a permis de trouver une grande partie des articles, dont trois qui ont été retenus. Le deuxième tableau démontre les équations qui ont été posées avec les mots-clés. Cela a permis de trouver des articles supplémentaires dont trois qui ont été retenus. Cette décision de faire la recherche avec les descripteurs et ensuite avec les mots-clés a permis d'avoir les six articles permettant de construire ce travail.

Tableau des combinaisons utilisées avec les descripteurs

COMBINAISONS UTILISÉES	BASES DE DONNÉES UTILISÉES	RÉSULTATS OBTENUS/ARTICLES RETENUS
[Burns] AND [Therapeutic processes]	PsycINFO	14/0
[Burns] AND [Psychological needs] AND [Nursing]	PsycINFO	0/0
[Burns] AND [Psychological needs]	PsycINFO	2/0
[Burns] AND [Psychological endurance]	PsycINFO	2/0
[Burns] AND [Life experience]	PsycINFO	8/2
[Burns] AND [Nursing]	PsycINFO	14/3
[Burns] AND [Psychological endurance] AND [Nursing]	PsycINFO	2/0
[Burns] AND [Psychological needs] AND [Nursing]	PsycINFO	51/0
[Burn patients] AND [Nursing care]	CINAHL	70/0
[Burn patients] AND [Nursing] AND [Psychology]	CINAHL	0/0
[Burn patients] AND [Life experiences]	CINAHL	9/2
[Burn patients] AND [Life experiences] AND [Nursing]	CINAHL	0/0
[Burn patients] AND [Body image] AND [Nursing]	CINAHL	0/0

[Burn patients] AND [Body image]	CINAHL	20/3
[Burns] AND [Body image] AND [Nursing]	CINAHL	20/2
[Burns] AND [Nurse-patient relations]	CINAHL	43/2

Tableau des combinaisons utilisées avec les mots-clés

COMBINAISONS UTILISÉES	BASES DE DONNÉES UTILISÉES	RÉSULTATS OBTENUS/ARTICLES RETENUS
Burned adults AND Body image	PsycINFO	21/0
Severe burns AND Adults	PsycINFO CINAHL	119/3 571/0
Adults AND Burns AND Body image	PsycINFO CINAHL	409/0 44/3
Altered body image AND Burn	PsycINFO	24/1
Nursing intervention AND Body image	PsycINFO	53/0
Nursing intervention AND Body image AND Burn	PsycINFO	58/0
Burned patients AND Body image	CINAHL	12/1

Le nombre d'articles retenus correspond à la totalité de ceux qui ont été gardés et qui pouvaient être en lien avec la question de recherche. Par la suite, un premier tri a été fait en fonction des dates et de leur utilité. Un petit nombre a été gardé pour pouvoir alimenter et renforcer le travail au niveau de la problématique et/ou de la discussion. Suite à cela, le reste des articles ont été transmis à la Directrice de travail afin qu'ils soient validés par ses soins. Les articles retenus pour le travail sont les suivants :

Carlucci Dias da Silva, V., Aparecida Rossi, L., Ficher F. T., Ferreira A. M., E. et Campos de Carvalho, E. (2007). Burn experiences from the patient's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 21-28. Doi : 10.1590/S0080-62342007000100003.

Costa Silva, M. C., Rossi Aparecida, L., Lopes Mara, L., et Cioffi Lopes, C. (2008). The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259. Doi : 10.1590/S0104-11692008000200013

Moi, A. L. & Gjengedal, E. (2013). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2323-2331. Doi : 10.1111/jocn.12514

Moi, A. L., Vindenesh H. A. et Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286. Doi : 10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x

Thombs B. D., Notes L. D., Lawrence J. W., Magyar-Russell G., Bresnick M. G., et Fauerbach J. A. (2008). From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury, *Journal of Psychosomatic*, 64 (2), 205-212. Doi : 10.1016/j.jpsychores.2007.09.003.

Williams N. R., Davey M., et Klock-Powell K. (2003). Rising from the Ashes, *Social Work in Health Care*, 36(4), 53-77. Doi :10.1300/J010v36n04\_04

## **RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats des articles scientifiques retenus comme sources primaires. Suite à l'analyse critique de chacun et en utilisant la grille de lecture critique de Fortin (2010), les données extraites de ces textes ont été résumées et présentées sous forme de tableau. Pour terminer, les différentes étapes de la théorie des transitions ont été repensées afin de favoriser la catégorisation des différentes informations. Ce procédé a pour but de proposer une synthèse des résultats en lien avec la question de recherche, ainsi qu'avec la transition.

## PRÉSENTATIONS DES ARTICLES

### ARTICLE N° 1

Carlucci Dias da Silva, V., Aparecida Rossi, L., Ficher F. T., Ferreira A. M., E. et Campos de Carvalho, E. (2007). Burn experiences from the patient's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 21-28. Doi : 10.1590/S0080-62342007000100003.

But de l'article	Participants	Méthode de recherche	Résultats
Identifier les situations vécues par les patients brûlés, perçues comme importantes et significatives lors de l'hospitalisation et déterminer les sentiments et les conséquences qui en découlent.	N = 30 patients brûlés (19 hommes et onze femmes)  <u>Critères d'inclusion :</u> Âgé de plus de douze ans et avoir été hospitalisé dans l'unité des brûlés à l'hôpital universitaire de Ribeirao Preto.  Un des participants a été exclu de l'étude après avoir été influencé dans ses propos par un proche présent lors de l'entretien.	Utilisation de La Technique de l'Incident Critique (The Critical Incident Technique) pour la collecte de données.  Les entretiens étaient individuels et semi-structurés.	Les situations identifiées comme significatives ont été catégorisées comme suit : sentir la douleur et le fait d'avoir à subir les différents soins ; vivre une nouvelle expérience, recevoir le soutien de la famille et de l'équipe ; connaître la situation des autres personnes brûlées.  Les sentiments et comportements relatés comme significatifs sont : l'anxiété et la peur, la souffrance et le réconfort de voir d'autres personnes dans des situations plus graves.  Le vécu de cette expérience a eu comme conséquences : des changements au niveau des valeurs, du style de vie, du rôle social et de la santé.

Cet article fait part d'une étude qualitative descriptive de type rétrospective en ambulatoire à l'unité des brûlés de l'hôpital universitaire de Ribeirao Preto entre le 6 septembre 2002 et le 20 août 2003. Le but de cette dernière était d'identifier, du point de vue des patients grands brûlés, les situations vécues et perçues comme significatives lors de leur hospitalisation. Aucune hypothèse n'a été posée par les auteurs. Cette étude a pu se dérouler avec l'approbation du comité éthique de l'institution.

L'unité dans laquelle s'est déroulée cette recherche dispose de huit lits et prend en charge les adultes mais également les enfants. L'échantillon se compose de 30 patients (19 hommes et onze femmes) de cette unité, âgés de plus de douze ans. Onze personnes ont eut leurs brûlures lors d'un accident domestique, dix lors d'un accident au travail, quatre lors d'un accident de la route et cinq lors d'une auto-agression. Aucunes précisions ne sont données concernant la tranche d'âge de ces personnes.

Tous les participants ont signé un consentement libre et éclairé. Pour les participants âgés de moins de 21 ans, ce consentement a été signé à la fois par le patient et par son représentant légal. Parmi les participants, deux souffraient de symptômes psychotiques après l'accident et trois de symptômes dépressifs. Mais au moment des entrevues ils étaient aptes à répondre aux questions.

La méthodologie de cette recherche choisie est la Technique de l'Incident Critique (The Critical Incident Technique). Celle-ci permet d'analyser des faits observés et expérimentés auparavant et racontés à travers les souvenirs. Elle permet de connaître les perspectives des patients sur les situations significatives vécues et, ainsi, aide les infirmiers à comprendre davantage les nombreux comportements fréquemment présentés chez les patients brûlés. Le cadre de l'entretien est composé de cinq questions. L'analyse des données s'est faite par trois auteurs - une infirmière, une académie de soins infirmiers et une psychologue - de manière individuelle pour ensuite regrouper les données communes dans le but de catégoriser les situations, les comportements, les sentiments et les conséquences.

Dans cette étude, il a été mis en évidence que la douleur était le plus souvent associé avec les différents soins. Se soumettre à ces derniers et être conscient de la douleur que cela engendrait était une source qui d'anxiété pour le patient. Cette dernière augmentait alors la perception de la douleur générant davantage d'anxiété : les patients se retrouvaient ainsi dans un « cercle vicieux ». Cette recherche démontre également l'importance attribuée au soutien et à l'encouragement de la famille mais également de l'équipe considérée comme fondamentales lors de l'hospitalisation. Outre les changements physiques et émotionnels, vivre une expérience de brûlure grave modifie profondément la relation interpersonnelle et l'interaction avec le monde social. Les patients brûlés craignent, en particulier, les sentiments de dégoût et de la peur d'être privé de l'affection de leur entourage. Ceci explique que les manifestations d'insécurité sont fréquentes chez le patient, ainsi que l'apparition de sentiments d'amour et de haine envers la famille et l'entourage. Le partage de son vécu avec d'autres grands brûlés a également été considéré comme une expérience nouvelle. Ceci avait de l'importance pour certains participants, car ces derniers pouvaient se rendre compte que que d'autres individus traversaient des situations plus graves et ceci leur permettait donc de faciliter l'acceptation de leur propre cas.

Cette étude met également en évidence un classement de trois phases dans le rétablissement physique et psychologique des patients grands brûlés. La première est considérée comme la phase critique, de « résurrection » ou de « stabilisation » [traduction libre] (p. 22). « Elle correspond aux premières 72 heures après l'accident et se caractérise par l'instabilité du patient » [traduction libre] (p. 22). C'est à ce moment que la famille s'inquiète de la survie de la personne. La deuxième phase, qui est aigue, concerne les débuts de la réhabilitation et discute tous les soins quotidiens des patients brûlés. C'est lors de cette étape que ces derniers commencent à prendre conscience de l'accident et des

conséquences qui s'en suivent [traduction libre] (p. 22). La troisième phase est celle de la réhabilitation sur le long terme qui commence dès la sortie de l'hôpital [traduction libre] (p. 22).

Limites de l'article, selon les auteurs:

Il semble que l'échantillon soit beaucoup large en ce qui concerne la tranche d'âge : aucune précision n'est fournie au sujet de la variation des âges des participants. En effet, le vécu ou les représentations ne sont pas identiques pour un enfant de douze ans et un adulte de 40 ans. Il en va de même pour les rôles sociaux qu'ils ont dans la société ou dans la vie personnelle. De plus, aucune précision concernant l'endroit et l'étendue de la brûlure ne sont mentionnées, ce qui rend l'étude peu ou pas représentative pour toute personne gravement brûlée.

Implications pour la pratique selon l'article:

L'équipe professionnelle peut jouer un rôle important dans l'accompagnement des patients brûlés dans leur processus de réhabilitation, non seulement lors des soins mais également en se montrant disponible pour eux afin de leur donner toutes les explications souhaitées ou répondre aux différentes demandes. Cela permet ainsi de diminuer l'anxiété et d'établir une bonne relation saine avec les patients. La formation continue, visant à préparer l'équipe pour soutenir la famille et le patient, peut faciliter l'adaptation psychologique du patient. L'organisation de groupes de soutien pour la famille est l'un des moyens qui peut être utilisé pour faciliter l'adaptation. Les infirmiers ont un rôle important lors de la réhabilitation de ces patients. Les interventions infirmières doivent inclure des activités visant à réduire l'anxiété et à minimiser leurs souffrances. L'équipe doit aussi être prête à identifier les changements de comportement et à fournir un soutien à la sortie de l'hôpital pour assurer un suivi à domicile ou en ambulatoire.

Costa Silva, M. C., Rossi Aparecida, L., Lopes Mara, L., et Cioffi Lopes, C. (2008). The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259. Doi : 10.1590/S0104-11692008000200013

But de l'article	Participants	Méthode de recherche	Résultats
Interpréter les représentations de la qualité de vie pour les grands brûlés en analysant leurs sentiments, leurs expériences et leurs contextes socio-culturels.	N = 19 patients (douze hommes et sept femmes) souffrant de graves séquelles de brûlures.  <u>Critères d'inclusion :</u> Âgés entre 18 et 50 ans et avoir été hospitalisé dans l'unité des brûlés à l'hôpital universitaire de Ribeirao Preto  <u>Critères d'exclusion :</u> Ne sont pas précisés, mais l'échantillon est passé de 44 participants à 19 personnes.	Collecte de données faite à travers d'entretiens semi-structurés ainsi que des observations directes (tel que le non verbal).	Les participants et leurs familles ont fait part de grandes modifications de la qualité de vie en lien avec les limitations physiques mais aussi les limitations psychologique produites par la brûlure. La qualité de vie, associée à la performance des rôles sociaux, est structurée autour de ces différents « noyaux » : la famille, le travail, l'autonomie, la « normalité » et l'intégration sociale.

Cet article fait part d'une étude qualitative utilisant la méthode ethnographique avec comme apport la théorie hermétique moderne, menée entre 2004 et 2005. Cette méthode implique « une étroite relation et d'échange intersubjectif entre le chercheur et le participant, de sorte qu'il puisse interpréter deux univers symboliques distincts et assurer le dévoilement de la logique culturelle des sujets en mouvement » [traduction libre] (n.p). Elle a comme but d'interpréter les représentations de la qualité de vie des grands brûlés. Cette recherche est motivée par l'absence d'étude sur la dimension symbolique des grands brûlés concernant la qualité de vie. Dans le cas de cette étude, les chercheurs ont émis comme hypothèse que les sentiments attribués individuellement à la qualité de vie sont liés aux représentations sociales, reflètent les connaissances, les croyances, les priorités, les pratiques, les normes et les valeurs sociales en vigueur à un moment historique donné. Afin d'atteindre les objectifs de l'étude, il a été décidé de prendre en compte les expériences, les idées et les valeurs des patients grands brûlés. Tout ceci dans le but d'identifier les priorités qu'ils ont concernant leur vie, de délimiter les principaux éléments qui permettent une bonne qualité de vie et d'identifier les changements qui sont apparus suite à l'accident et aux séquelles.

L'échantillon se compose d'un groupe de dix-neuf personnes (douze hommes et sept femmes) vivant à Ribeirao Preto (Brésil) et souffrant de séquelles importantes de brûlures. Ils ont entre 18 et 50 ans et

ont été hospitalisés dans l'unité de brûlés à l'hôpital universitaire de Ribeirão Preto. Ces individus étaient tous suivis par l'unité de réhabilitation depuis au moins une année. Onze membres de familles, qui étaient présents lors de la récolte de données, ont également participé à l'étude. Ne sont pas précisés, mais l'échantillon est passé de 44 participants à 19 suite à la limitation de participants qui avait été posé avant le début de la recherche. Tous les participants ont signé un consentement éclairé, après avoir été correctement informés sur les objectifs de la recherche et de la forme de participation, tout en assurant la confidentialité des données récoltées. Cette recherche a été approuvée par le comité éthique de l'institution.

La base de la collecte de celles-ci s'est faite grâce à des entretiens semi-structurés et des observations directes réalisés aux domiciles des différents participants. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par celui qui les menait. Ces entretiens ont été guidés selon les points suivants : les ressentis que les participants attribuent à la bonne qualité de vie associés à la joie, la satisfaction, la réalisation et le succès personnel ; les éléments mis en place pour la construction de l'image de soi ; les représentations de la qualité de vie ; l'impact de la brûlure et de ses séquelles sur la vie actuelle ; la comparaison entre l'avant et l'après accident des activités, des expériences, des plaisirs, des souffrances ; le sentiment/ressentis attribué au traumatisme et aux séquelles. Les résultats démontrent qu'il est important de connaître les représentations que les individus ont sur la qualité de vie. En effet, certains l'associent au fait d'être en bonne santé, d'avoir un travail, d'avoir un bon entourage, d'avoir des amis. Ceci est en lien avec l'importance que les hommes donnent à leur rôle social et familial. Pour ces derniers il est nécessaire de pouvoir retourner travailler pour trouver une qualité de vie saine. Ensuite, le deuxième point important concernant cette qualité de vie est le fait de pouvoir continuer à avoir des amis, à pouvoir faire les activités de loisirs comme avant. Puis il est primordial que ces personnes puissent se sentir en sécurité partout et qu'elles puissent se sentir bien, qu'elles puissent ressentir un bien-être physique et psychologique, comme lorsqu'elles doivent intégrer les nouvelles routines avec les soins quotidiens ou le fait de pouvoir reprendre sa place au sein de la famille ou professionnellement. La vie familiale, l'intégration sociale, le travail, la « normalité » et l'autonomie sont des classes importantes qui guident les représentations et le sens donné à la qualité de vie chez les sujets de l'étude.

#### Limites :

Cet article mentionne la participation de certains membres de famille présents lors de la récolte de données. Aucune précision n'a été amenée sur le fait si ces derniers ont pu exercer une influence sur les propos et récits des personnes concernées par la recherche. Il pourrait donc s'agir d'un biais inconnu. En effet, les patients interrogés mentionnent qu'une lacune peut exister concernant la compréhension entre les représentations et les sentiments donnés à la qualité de vie, ce qui pourrait avoir changé quelques propos.

Implication pour la pratique selon l'article:

Afin d'atteindre une qualité de vie satisfaisante, les participants s'accordent à mettre en évidence les points qui sont importants pour les aider : la capacité de travailler, de se mouvoir, pouvoir participer à des moments de loisirs avec la famille, maintenir une relation saine avec le conjoint, pouvoir se présenter socialement sans se préoccuper des cicatrices, pouvoir se définir comme une personnes saine. Ceci permet d'entrevoir les différentes dimensions sur lesquelles les infirmiers peuvent agir afin de les aider dans leurs différentes étapes de transition, ceci dans le but que les patients puissent retrouver une qualité de vie agréable et correspondant à leurs attentes.

Moi, A. L. & Gjengedal, E. (2013). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2323-2331. Doi : 10.1111/jocn.12514

But de l'article	Participants	Méthode de recherche	Résultats
Comprendre ce qui constitue la qualité de vie chez des patients grands brûlés.	N = 14 (victimes de brûlures dans les cinq à 35 derniers mois) <u>Critères d'inclusion :</u> Âgés d'au minimum 18 ans, les deux sexes, brûlures d'intensité et de localisation différentes <u>Critères d'exclusion :</u> Tout problème cognitif ou psychiatrique.	L'étude est fondée selon une approche phénoménologique qui se concentre sur l'expérience vécue par les patients sans apporter de jugement sur les faits décrits  Chaque entretien était enregistré et retranscrit par l'infirmier.  Un logiciel NVIVO a été utilisé afin de faciliter le traitement de toutes les données.	L'étude démontre que le soutien relationnel de la famille, des proches et du personnel soignant est essentiel afin d'accompagner la personne brûlée à vivre les différentes phases de deuil dans l'intérêt de faciliter une réhabilitation personnelle et sociale.

Les brûlures causées par un accident peuvent être la source d'une détresse psychologique et d'un grand bouleversement dans la vie d'une personne grande brûlée. Ainsi, cet article relate une étude qualitative portée sur l'importance d'un soutien relationnel dans la phase de réhabilitation afin de minimiser les complications négatives possibles. Elle a été menée dans le service ambulatoire du centre des grands brûlés en Norvège entre 2005 et 2006. Le but était de comprendre ce qui constitue la qualité de vie chez des patients grands brûlés. Aucune hypothèse n'a été posée par les auteurs. Cette étude a pu se dérouler avec l'approbation du comité éthique de la région.

L'échantillon se compose de quatorze patients victimes de brûlures dans les cinq à 35 derniers mois, âgés d'au minimum 18 ans. Les individus retenus avaient des brûlures d'intensité et de localisation différente mais respectaient les critères de l'Association Américaine pour les brûlés pour être considéré comme ayant une brûlure grave. Les personnes des deux sexes ont été retenus afin de représenter au mieux les différents contextes. Les patients ayant des problèmes au niveau cognitif ou psychiatrique ont été exclus de la recherche.

L'étude est fondée selon une approche phénoménologique basée sur Husserl et Merleau-Ponty ainsi que Giorgi. Cette approche se concentre sur l'expérience vécue par les patients sans apporter de jugement sur les faits décrits. Concernant la récolte de données, les quatorze patients ont été vus en entretiens par un infirmier spécialisé en soins intensifs dans une salle de la clinique, prévue pour l'étude. Chaque entretien était enregistré sur un disque d'enregistrement et retranscrit. Le nombre

d'entretiens réalisés pour chaque participant dépendait de la durée du récit de chacun. Selon la méthode phénoménologique utilisée lors des entretiens, l'infirmier demandait aux participants de raconter leur histoire de vie chronologiquement à partir de l'accident jusqu'au moment de l'entretien. Dans l'intérêt de faciliter le récit, l'infirmier laissait un maximum la parole au participant, en l'interrompant le moins possible. Après chaque entrevue, l'infirmier décrivait quel était le contexte, le type de communication verbale ainsi que le non verbale observé. La totalité des entretiens s'est étendue sur une période de neuf mois avec le même infirmier en charge pour chacune de ces entrevues. Une fois la récolte de données effectuée, l'infirmier a retranscrit les éléments significatifs pour les participants, ceux qui ont favorisés ou non la qualité de vie durant la période de réhabilitation. Un logiciel NVIVO a été utilisé afin de faciliter le traitement de toutes les données. Puis un nouvel auteur s'est occupé de lire tous les entretiens afin de prendre part aux interprétations et à la présentation des résultats obtenus.

L'étude démontre que le soutien relationnel de la famille, des proches et du personnel soignant est essentiel afin d'accompagner la personne brûlée à vivre les différentes phases de deuil dans l'intérêt de faciliter une réhabilitation personnelle et sociale. La période qui suit l'accident est parfois effacée de la mémoire des victimes. Ainsi, les proches et le personnel soignant sont importants pour permettre de faire le lien avec les éléments passés grâce à l'envoi de lettres ou de photos. Cela permet de rassurer le patient dans son sentiment d'insécurité en lui permettant de reconstruire son histoire avec des éléments apportés par l'entourage. Le retour à domicile s'avère aussi une période difficile où la personne retrouve un sentiment d'insécurité en partie retrouvé lors de l'hospitalisation. La présence de la famille est généralement favorable car elle permet souvent de redonner confiance en soi à travers le regard de l'autre. En effet, les membres de la famille peuvent rassurer étant donné qu'ils ont connu la personne grande brûlée avant son accident, et qu'elle n'a pas besoin de donner d'explications pour être comprise dans sa souffrance. Cette relation bienfaisante a aussi été décrite par les participants à travers le soutien des infirmiers qui connaissent la souffrance engendrée grâce à leur formation et leur expérience dans cette spécialisation. Selon l'étude, les soins apportés participent à l'amélioration de la qualité de vie durant la transition. Cependant, l'article souligne que l'aide peut parfois être mal vécue pour le patient, lié à un sentiment d'impuissance et de dévalorisation porté à son égard.

#### Limites à revoir:

La première limite de cet article concerne la récolte de données. La présence d'un seul et même infirmier pour chacun des entretiens est certainement une façon d'acquérir la confiance de l'interlocuteur. Cependant, la retranscription des données est limitée par la subjectivité de l'infirmier responsable des entretiens. Bien qu'un autre auteur prenne ensuite la relève de l'analyse des données, l'interprétation des résultats reste tout de même limitée. La deuxième limite concerne le choix des participants. L'étude a recruté 14 participants pour mener cette étude. L'âge des participants était peu défini ; avec un âge minimum de 18 ans, mais la moyenne d'âge n'était pas indiquée. De ce fait, cela

représente une limite dans le sens où l'âge représente aussi une histoire de vie différente qui peut, selon les victimes, influencer sur l'expérience vécue depuis l'accident.

Implication pour la pratique selon l'article:

Cet article est utile pour la pratique. Il démontre, en effet, les bienfaits d'un accompagnement infirmier dans l'intérêt d'une réhabilitation sociale et personnelle. Cependant, il met en avant la précision du rôle de l'infirmière en soulignant trois points. Il doit être emphatique afin que le patient se sente reconnu à travers sa souffrance. Il doit valoriser la personne sur ses progrès et acquis afin de retrouver une estime de soi perdue.

Moi, A. L., Vindenesh H. A. et Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286. Doi : 10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x

But de l'article	Participants	Méthode de recherche	Résultats
Décrire l'expérience vécue par des personnes ayant survécu à de graves brûlures.	N = 14 (onze hommes et trois femmes).  Les participants choisis ont été brûlés à divers endroits et ont reçus des soins différents les uns les autres.  <u>Critère d'inclusion :</u>  Âgés d'au minimum 18 ans  <u>Critères d'exclusion :</u>  Souffrir de maladies mentales.	L'étude est fondée selon une approche phénoménologique qui se concentre sur l'expérience vécue par les patients sans apporter de jugement sur les faits décrits. Chaque entretien était enregistré et retranscrit par l'infirmier.  Un logiciel QSR-NVivo 7 a été utilisé afin de faciliter le traitement de toutes les données	Les séquelles laissées par les brûlures peuvent engendrer un mal-être profond chez la victime. Cette souffrance psychique peut engendrer des difficultés dans la réintégration sociale. Ainsi, le suivi d'une infirmière est nécessaire, d'une part pour y retrouver une certaine estime de soi grâce à la reconnaissance et à la valorisation, et d'autre part pour faciliter le lien avec les proches et la famille.

Cet article fait part d'une étude qualitative descriptive qui s'est déroulée dans le service des grands brûlés de Norvège entre 2005 et 2006. Le but de cette dernière était de décrire l'expérience vécue par les grands brûlés et de chercher le sens donné à leur vie. Aucune hypothèse n'a été posée par les auteurs. Cette étude a pu se dérouler avec l'approbation du comité éthique de la région.

L'échantillon se compose de quatorze patients victimes de brûlures dont la majorité était des hommes et une moyenne d'âge de 46 ans. Les individus retenus avaient des brûlures d'intensité et de localisation différente mais respectaient les critères de l'Association Américaine pour les brûlés pour être considéré comme ayant une brûlure grave. La moyenne de la surface brûlée était de 32%. Les personnes des deux sexes ont été retenus afin de représenter au mieux les différents contextes. Les patients ayant des problèmes au niveau cognitif ou psychiatrique ont été exclus de la recherche.

L'étude est fondée selon une approche phénoménologique basée sur Husserl et Merleau-Ponty ainsi que Giorgi, qui se concentre sur l'expérience vécue par les patients sans apporter de jugement sur les faits décrits. Concernant la récolte de données, il a été demandé aux quatorze patients de raconter leur histoire de vie chronologiquement à partir de l'accident jusqu'au moment de l'entretien. Chaque

entretien était enregistré sur un disque d'enregistrement et retranscrit par l'infirmier. En vue d'obtenir les données utiles à l'étude, la population de l'échantillon a pu exprimer son expérience vécue à travers des interviews personnalisées et respectant la confidentialité. En moyenne, les entrevues ont été menées quatorze mois après l'accident. Après chaque entrevue, l'infirmier décrivait quel était le contexte, le type de communication verbale ainsi que le non verbale observé. Un logiciel QSR-NVivo 7 a été utilisé afin de faciliter le traitement de toutes les données.

L'article démontre que les conséquences négatives sont souvent liées à une perte d'identité, une perte de valeurs dans le rôle au sein de la société. Les cicatrices représentent l'histoire de vie de la personne et fait partie intégrante de son identité. Le reflet du miroir est une épreuve très difficile quant à la l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. La présence de la famille et des amis facilite ainsi la reconnaissance de soi dans le miroir. Le regard de l'autre est primordial pour retrouver une reconnaissance et une place dans la société. Le corps ayant subi des brûlures reste fragile aux agressions extérieures telles que le soleil ou le froid. Bien que cette fragilité soit extérieure, elle a une conséquence directe sur la fragilité de l'esprit. À cela s'ajoute des difficultés de mobilisation, qui parfois rendent difficiles les actes de la vie quotidienne et qui fragilisent d'avantage la personne. Enfin, cet article souligne que le rôle de l'infirmière ne doit pas être fondé sur des règles strictes mais plutôt laisser place à un accompagnement personnel et adapté au regard de l'expérience de chaque individu. Il convient donc d'accompagner les personnes en répondant à leurs besoins et en valorisant chaque progrès vers l'autonomie facilitant ainsi une meilleure estime des patients.

#### Limites:

Premièrement, la méthode choisie pour cette étude manque de précisions. Cela nécessite donc des recherches supplémentaires pour comprendre l'essentiel du courant phénoménologique. Deuxièmement, le nombre de participants reste restreint. Seulement quatorze personnes ont été retenues pour l'étude. Ce nombre ne suffit donc pas à lui seul pour généraliser la population des grands brûlés. De plus, bien que les participants n'aient pas tous reçus les mêmes soins, il aurait été intéressant d'ouvrir l'échantillon à d'autres cliniques pour savoir si le lieu de réhabilitation peut avoir une influence sur le vécu des personnes. Enfin, l'analyse de données repose visiblement que sur un logiciel informatique ce qui réduit certainement l'interprétation des données.

#### Implication pour la pratique :

Dans la pratique, l'infirmière détient un rôle important dans l'accompagnement des personnes victimes de brûlures. Etant donné que chaque personne est différente avec une expérience qui lui est propre, l'infirmière doit, de ce fait, soutenir chacun de ses patients de manière personnalisée et centrée sur les besoins propres de ceux-ci. De plus, l'étude démontre que l'empathie et la valorisation sont deux compétences essentielles dans l'accompagnement vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle. Enfin, selon les participants, la présence de la famille et des proches permet aussi de

renforcer l'estime de soi et, de ce fait, une meilleure réhabilitation. Ici, le rôle de l'infirmière est de faciliter les liens entre la famille et la victime en apportant des réponses à leurs questions et un soutien dans cette épreuve qui peut aussi être vécue difficilement.

Thombs B. D., Notes L. D., Lawrence J. W., Magyar-Russell G., Bresnick M. G., et Fauerbach J. A. (2008). From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury, *Journal of Psychosomatic*, 64 (2), 205-212. Doi : 10.1016/j.jpsychores.2007.09.003.

But de l'article	Participants	Méthode de recherche	Résultats
Comprendre et d'évaluer la trajectoire de l'insatisfaction de l'image corporelle chez les survivants de brûlures graves et d'étudier longitudinalement son rôle dans le fonctionnement psychosocial.	<p>N = 79 (patients admis au centre des brûlés Johns Hopkins entre janvier 1998 et octobre 2003).</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> Âgés de plus de 16 ans et correspondre à au moins un critère de brûlure grave de l'association américaine des brûlés.</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u> Être incapable de fournir un consentement éclairé en raison de la déficience cognitive, le délire, ou d'un trouble psychotique.</p>	<p>Les participants ont répondu à divers questionnaires à l'hôpital, de manière autonome ou avec l'aide d'un assistant de recherche. Ces questionnaires étaient en lien avec les trois différentes échelles (la SWAP, la MBSRQ-IA et la Mental Composite Scale de SF-36).</p> <p>Les participants ont ensuite complété des questionnaires à six et douze mois après le retour à domicile, soit par téléphone, soit en les retournant par courrier.</p>	<p>La femme, la surface totale du corps brûlé et l'importance de l'apparence sont les points principaux de l'insatisfaction de l'image corporelle. De l'hospitalisation à un an après le retour à domicile, l'insatisfaction de l'image corporelle augmente pour les femmes et pour ceux qui ont une grande étendue de la surface brûlée comparés aux hommes ou à ceux avec une petite étendue.</p>

Cet article fait part d'une recherche quantitative relatant une étude longitudinale dans le centre des grands brûlés Johns Hopkins de janvier 1998 à octobre 2003. Le but de cette dernière est d'évaluer si l'image corporelle se détériore au cours de la première année de rétablissement après la brûlure, comme suggéré selon deux auteurs, en dépistant le développement de l'insatisfaction de l'image corporelle depuis l'hospitalisation à un an après le retour à domicile. Deux hypothèses ont été émises. La première est que l'insatisfaction de l'image corporelle augmenterait de manière significative depuis l'hospitalisation à un an après le retour à domicile et serait la médiation de la relation entre les fonctions psychosociales avant l'accident et celles douze mois après l'accident. La deuxième, sur la bases de recherches antérieures, est que l'insatisfaction de l'image corporelle serait plus élevée et augmenterait davantage pour les femmes, les patients avec une surface du corps atteinte plus grande (le TBBSA) et ceux qui donnent une forte valeur/importance à l'apparence physique.

L'échantillon se compose de 79 survivants de brûlures graves qui ont été interrogés à l'hôpital, à six et douze mois après le retour à domicile. Ils devaient être âgés de plus de seize ans et correspondre à au moins un critère de brûlure grave de l'Association Américaine des brûlés. Cet échantillon variait au

niveau des sexes, de l'ethnicité, du niveau d'éducation et des caractéristiques des brûlures. Les individus ayant des problèmes au niveau cognitif ou psychiatrique ont été exclus de l'étude. Tous les patients ont donné leur consentement éclairé. Cette étude a été approuvée par la commission de révision de l'école de médecine de l'Université Johns Hopkins.

L'utilisation de l'échelle SWAP (Satisfaction with Appearance Scale) a permis d'évaluer l'étendue de l'insatisfaction de l'image corporelle des participants. Elle est composée de 14 items selon lesquels, ils doivent évaluer le degré qui décrit leurs pensées et sentiments à propos de leur apparence depuis la brûlure. La MBSRQ-IA (The Importance of Appearance subscale of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire) a été utilisé pour évaluer l'investissement et l'importance de l'apparence physique. Elle n'a été utilisée qu'à l'hôpital et les participants ont dû évaluer les comportements qu'ils avaient avant l'accident. La dernière échelle, la Mental Composite Scale de SF-36, a été utilisée pour évaluer les fonctions psychosociales des patients. Concernant les résultats, il a été démontré que l'insatisfaction de l'image corporelle en lien avec le TBSA et l'importance donnée à l'apparence, augmente chez les femmes au fil du temps tandis que chez les hommes elle diminue, et donc s'améliore. Les moyennes du SWAP pour les patients à l'hôpital étaient similaires pour les différentes « classes » de TBSA (le TBSA moyen, le plus petit et le plus grand). Les patients avec de petites brûlures ont une satisfaction de leur apparence qui s'améliore au fil du temps, alors que ceux qui ont de grandes brûlures sont de plus en plus insatisfaits de leur image corporelle.

Cette étude décrit également la proposition de James Partridge, un survivant de brûlures et fondateur de Changing Faces, une association qui soutient les personnes vivant avec une altération de leur image corporelle au niveau du visage. Selon James Partridge, les personnes brûlées passent par trois stades : le premier qui est le premier mois après l'accident, le deuxième qui s'étend jusqu'à six mois après l'accident et le troisième qui correspond à la phase d'adaptation après les six premiers mois. Le premier stade est considéré comme celui de la survie et est basé sur le rétablissement physique et le début de la réhabilitation [traduction libre] (p. 206). « Les survivants de brûlures, à ce stade, sont susceptibles d'être entourés par le soutien des professionnels de la santé, de la famille ou d'amis, et souvent maintiennent un sens de leur propre-concept d'avant l'accident. Les principaux problèmes psychologiques incluent la douleur, le chagrin, le stress post-traumatique et un début d'anxiété en lien avec l'apparence » [traduction libre] (p. 206). Lors du deuxième stade, le niveau de soutien professionnel et social diminue et l'intégration sociale devient le défi central de cette phase. Elle peut aller au-delà de deux ans post-accident. Les personnes passent souvent par les souvenirs d'avant l'accident pour prendre conscience des divers changements qu'ils ont eu. Les principaux sentiments/émotions qu'ils ont sont la colère, la honte de leur image corporelle et la dysphorie en plus de la douleur et de la peur permanente [traduction libre] (p. 206). C'est lors de la troisième phase que les patients brûlés transforment le sens donné de leur identité, du sens du soi à travers l'adaptation aux

changements qui sont « hors normes » face à l'idéalisation de la société afin de reconstruire un sentiment d'estime de soi [traduction libre] (p. 206).

#### Limites :

Bien que l'échantillon était généralement représentatif des patients admis dans le centre des brûlés Johns Hopkins, il était faible, ce qui n'a pas permis de mettre en place des relations plus complexes entre les différentes variables. Plus de la moitié des patients de l'échantillon a été perdu de vue, ce qui a pu introduire des biais inconnus. La limite de taille de l'échantillon a entravé l'utilisation des méthodes plus sophistiquées. L'absence de cadre théorique, qui aurait permis une sélection des variables plus fortes, fait partie des limites. Les mesures incluses dans l'étude ne permettent pas d'observer les changements de l'image corporelle au niveau quantitatif, ni l'importance de la gravité ou de la visibilité donnée aux cicatrices. La dernière limite est le fait que dans l'échantillon, il n'y avait qu'une petite partie qui faisait partie des « grands brûlés ». Les résultats ne sont peut-être pas assez représentatifs pour les grands brûlés.

#### Implication pour la pratique selon l'article :

Il est recommandé de mettre en place des programmes et activités afin d'améliorer les interactions sociales des personnes brûlées. Il est aussi fait mention de la mise en place de thérapies cognitivo-comportementales qui permettent de diminuer l'anxiété. Changing Faces, qui est une association qui soutient les personnes dont l'apparence a été altérée au niveau du visage par une maladie ou un accident, offre des ateliers qui visent à travailler sur l'anticipation de la réactions des autres et de ce qui peut être fait.

Williams N. R., Davey M., et Klock-Powell K. (2003). Rising from the Ashes, *Social Work in Health Care*, 36(4), 53-77. Doi :10.1300/J010v36n04\_04

But de l'article	Participants	Méthode de recherche	Résultats
Mieux comprendre l'adaptation des grands brûlés à leur traumatisme, ainsi que de mieux comprendre leur processus de rétablissement par le biais de récits personnels.	N = huit (quatre hommes et trois femmes), mais un des participants n'a pas été retenu dû à la pauvreté de son récit.  <u>Critère d'inclusion :</u> Avoir plus de 21 ans.	L'étude est fondée selon une approche phénoménologique selon Mousstakas pour découvrir les significations que ces individus donnent à leur expérience et à leur vie.  Chaque entretien était enregistré et retranscrit par le chercheur.	Tous les hommes de cette étude semblaient fortement connectés à leur ancien rôle professionnel et personnel. Lorsque ce dernier a prit fin soudainement, il a été relevé que ça avait un impact dévastateur sur leur vie et sur leur estime de soi. Bien que l'étendue des brûlures était équivalente chez les hommes et les femmes, ils semblaient faire face au changement et à la perte différemment. Mais les femmes étaient en mesure de « transformer » leurs pertes en gains personnels, comme le fait de trouver une nouvelle liberté personnelle.

Cet article fait part d'une étude qualitative utilisant la phénoménologie pour découvrir comment les survivants de brûlures interprètent ce qu'ils ont vécu, qu'ils partagent leurs expériences afin d'explorer les thèmes principaux et communs à chacun d'entre eux. Elle a été menée lors de la conférence annuelle de Phoenix, société internationale pour les survivants de brûlures en été 2000. Afin de répondre à cela, deux questions de recherche ont été posées : comment les participants de l'étude vivent le processus de réhabilitation d'une grave brûlure et quels sont les facteurs personnels et environnementaux qui influencent ce processus.

L'échantillon de cette étude est non aléatoire et se compose de huit participants qui ont assisté à la conférence annuelle de Phoenix. Parmi eux, il y avait quatre hommes, trois femmes et un qui n'a pas été retenu dû à la pauvreté de son récit. Ils étaient âgés entre 31 et 51 ans. Avant cette conférence, une permission écrite a été donnée par le Directeur Exécutif de Phoenix pour tenir un stand lors de ce symposium. C'est grâce à ce dernier que les chercheurs ont recruté volontairement les participants en leur expliquant les objectifs de cette recherche. Un pseudonyme a été attribué à tous les individus afin de protéger leur vie privée. Ils varient selon le sexe, l'âge, l'état civil, l'âge lors de l'accident, l'endroit et le degré de gravité de la brûlure, le nombre d'années passées depuis l'accident, leur occupation, l'ethnicité et l'identité raciale.

Tous les entretiens ont eu lieu lors de cette conférence, lors d'un face à face, dans une pièce privée. Un seul des participants a été vu chez lui. Ils ont été enregistrés et retranscrits par un membre de cette société. Les participants ont reçu 25 dollars pour chaque entrevue. Ces dernières ont été guidées par neuf thèmes principaux : la vie avant l'accident, l'histoire de la brûlure, le processus de rétablissement, le rôle de l'entourage, les challenges personnels, le physique, l'extension des blessures, la perception et la description des émotions dans le processus de guérison et le sens donné à l'accident. Les trois auteurs ont analysés les données individuellement et en groupe. Le troisième, qui est celui qui a mené les entretiens, avait annotés les données qui ne pouvaient pas être écoutés, comme l'émotion ressentie sur le moment et le non verbal.

Certains facteurs apparaissent comme étant communs aux différents participants et sont catégoriser en deux points principaux : les influences et les thèmes. Les influences sont définis comme étant des conditions indépendantes de l'expérience des brûlés mais qui ont un impact sur ces derniers. Nous retrouvons trois sous-classes : les souvenirs perçus, la vie depuis l'accident et l'âge qu'ils avaient lorsqu'ils ont été brûlés. Les thèmes concernent les différentes similitudes que ces personnes ont eut dans leur expérience de grands brûlés. Ils sont classifiés en quatre sous-groupes : les pertes, les gains, l'adaptation avec le changement et les relations avec l'entourage. Tous ces différents facteurs sont illustrés dans cette étude par les récits des participants. Les récits des participants reflètent des thèmes de survie ainsi que de triomphe sur leur accident. Ils contiennent des exemples de détermination, de recherche de l'indépendance, de courage, de compassion et de transformations au niveau spirituel, qui sont reconnus comme des indicateurs de résilience de la part de ces personnes. Certains points émergents de cette étude mettent l'accent sur l'adaptation et le coping, la perte et le changement, les grandes pertes physiques et de mode de vie, et l'impact sur les relations personnelles et professionnelles. Tous les hommes de cette étude semblaient fortement connectés à leur ancien rôle professionnel et personnel. Lorsque ce dernier a prit fin soudainement, il a été relevé que ça avait un impact dévastateur sur leur vie et sur leur estime de soi. Bien que l'étendue des brûlures était équivalente chez les hommes et les femmes, ils semblaient faire face au changement et à la perte différemment. Mais les femmes étaient en mesure de « transformer » leurs pertes en gains personnels, comme le fait de trouver une nouvelle liberté personnelle.

#### Limites :

La première limite concerne le fait que cela ne peut pas être généralisé sur les récits de sept individus. La deuxième est le fait que cela soit volontaire et lors d'une conférence annuelle (à laquelle une partie des personnes concernées n'assistent pas). Et, enfin, la dernière met en évidence que les récoltes de données ont été réalisées à un moment identique pour tous les participants, alors que ces derniers ne traversaient pas à la même étape dans leur rétablissement.

Implication pour la pratique selon l'article :

Se plonger dans les histoires de rétablissement des survivants de brûlures peut fournir des indications pour les travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé. Ils ont un rôle clé dans l'accompagnement de ces personnes afin de les aider dans les différentes transitions auxquelles ils doivent faire face. Plusieurs facteurs sont ressortis sur lesquels les infirmiers peuvent agir et qui peuvent aider dans la pratique :

Les déterminants contextuels influençant le patient brûlé (comme les souvenirs d'avant et d'après l'accident, les souvenirs par rapport aux pertes, etc.)

Prendre en compte la phase de l'accident autant que la phase de récupération

Explorer la famille et toutes les relations de soutien et les répercussions qu'ils peuvent avoir sur le processus d'adaptation et la réhabilitation du patient brûlé

Explorer l'importance des rôles personnels et professionnels des patients brûlés et les répercussions que ça peut avoir sur leurs représentations ou leur estime de soi

Une grande partie des participants font mention de l'importance de la religion dans leurs différentes étapes, ce qui peut amener au fait de faire appel à un aumônier.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Suite à la lecture et à la synthèse des six articles, quatre thèmes principaux en lien avec la théorie de la transition ont été posés : les étapes de la transition ; les enjeux émotionnels et psychologiques ; les facteurs facilitants et entravants ; la mission de l'infirmière.

### *LES ÉTAPES DE LA TRANSITION*

Comme dit plus haut, les victimes de brûlures entament une transition importante dans leur vie de type santé. En effet, elles ont été hospitalisées suite à un accident et commencent, à ce moment-là, un long processus de rétablissement physique et de réhabilitation qui va s'étendre sur plusieurs années (Carlucci et al., 2007 ; Moi, Vindenes & Gjengedal, 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008 ; Williams, Davey & Klock-Powell, 2003). Ces personnes passent par plusieurs étapes qui sont en lien avec la nature des transitions de la théorie de Meleis.

Cette transition se fait, en général, en trois phases (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008), qui diffèrent légèrement d'un auteur à l'autre, mais qui restent au nombre de trois et avec des caractéristiques similaires.

La première phase est considérée comme extrême, critique. Cette étape de survie est caractérisée par l'instabilité du patient (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008). Les patients et la famille proche doivent faire face à l'inquiétude face à la survie, à la stabilisation et au rétablissement physique (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008). Pendant cette phase les manifestations émotionnelles se trouvent être la souffrance, le chagrin et l'anxiété en lien avec la peur de la mort de la personne brûlée (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008). Certains des patients n'ont pas de souvenirs concernant cette étape-ci. Cela peut être dû au fait d'avoir été dans le coma ou d'avoir été hautement médicamenteusement (en antalgie). Cela peut être dû aussi au fait que certains n'arrivent pas à trouver les mots pour pouvoir en parler (Moi & Gjengedal, 2013 ; Williams et al., 2003). Durant cette phase, les patients n'ont pas forcément encore conscience de ce qui leur arrive (Carlucci et al., 2007). Pour ainsi dire, ils ne savent pas qu'ils sont entrain d'entamer une transition importante dans leur vie et ne peuvent donc pas s'engager dans celle-ci.

La deuxième phase, qui vient après la stabilisation de l'état du patient, est celle des soins aigus (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008). Elle est caractérisée par le passage des soins intensifs à une chambre et par les soins quotidiens douloureux (Carlucci et al., 2007). C'est pendant cette étape que le grand brûlé commence à prendre conscience de sa situation, des conséquences que cela va amener et de l'impact que les cicatrices pourront avoir (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008). Il ressort que les manifestations émotionnelles les plus courantes sont la tristesse, la colère, la révolte, la honte, la douleur, la solitude (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008) et l'insécurité (Moi & Gjengedal, 2013). C'est à ce moment-là que les

patients grands brûlés font face à trois points/événements critiques : le premier regard ou toucher du nouveau corps ; la perte de l'indépendance et de l'autonomie dans les diverses activités de la vie quotidienne ; le fait de pouvoir se lever du lit seul ou de manger par ses propres moyens pour la première fois (Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003).

La troisième phase est celle de la réhabilitation de longue durée (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008). Durant cette étape, la préoccupation principale du patient grand brûlé est de pouvoir affronter la vie hors de l'hôpital avec cette nouvelle image de soi et les cicatrices (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013). De même que de pouvoir trouver des moyens de s'adapter au fait de ne plus être compatible à l'image que la société idéalise (Thombs et al., 2008). Le sentiment d'insécurité que les grands brûlés démontraient lors de la deuxième phase peut se retrouver dans la troisième et se manifester lorsqu'ils traversent la route ou lorsqu'ils visitent des nouveaux endroits et cherchent les sorties de secours, en cas d'incendie (Moi & Gjengedal, 2013). C'est durant cette étape que l'on retrouve le quatrième point/événement critique qui est le contact avec les autres.

Il est à relever que ces personnes ne doivent pas seulement faire face au rétablissement physique et à la douleur mais ils doivent aussi faire face aux changements et différences qu'ils ont suite à cet accident. En termes de pertes et de gains, ils incluent l'image corporelle, l'identité, le rôle, la carrière, la vie quotidienne, les valeurs et la relation avec les autres (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003). En effet, certains voient du positif dans ce qui leur est arrivé. Ils voient ce vécu comme une deuxième chance qui leur a été offerte afin de profiter pleinement de la vie (Williams et al., 2003 ; Carlucci et al., 2007). Ils donnent une nouvelle valeur à celle-ci et donnent une place plus importante à la religion (Carlucci et al. 2007).

Les séquelles des brûlures ont un impact important lorsque le patient grand brûlé commence à prendre conscience de sa situation. Il se voit complètement passif, impuissant et sans défense durant les deux premières phases de récupération (Moi et Gjengedal, 2013). Tout au long des premiers mois d'hospitalisation, le corps s'affaiblit. Le patient perd son indépendance et son autonomie dans les activités de la vie quotidienne (Costa et al., 2008 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003), comme le fait d'avoir besoin d'aide pour se nourrir, pour se mouvoir et changer de position dans le lit, dans les soins d'hygiène personnelle ou dans l'accompagnement aux toilettes (Costa et al., 2008 ; Moi et al., 2008). Le deuxième point/événement critique survient à cette période, lorsque, pour la première fois, le patient grand brûlé est capable de sortir de son lit seul ou de se tenir debout sans aide. C'est un moment significatif pour lui (Moi et al., 2008). Plus tard, ces séquelles induisent aussi des limitations au niveau des activités de routine et de loisirs (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi et Gjengedal, 2013). Les patients grands brûlés intègrent de nouvelles habitudes dans leurs routines comme les différents soins et protections (contre le soleil, par exemple) (Carlucci et al., 2007 ; Costa

et al., 2008). Les limitations physiques les empêchent de faire des activités de loisirs qu'ils faisaient avant (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013), comme les promenades, le fitness, etc. Le soutien de la famille et de l'entourage peut les aider à surmonter cela en les motivant à reprendre, gentiment, la vie qu'ils avaient avant l'accident (Moi & Gjengedal, 2013). L'un des points/événements significatif s'illustre lorsque le grand brûlé regagne la capacité de reprendre une des activités qu'il avait avant, qui est ressenti comme une grande victoire dans leur processus de réhabilitation (Moi & Gjengedal, 2013). Les autres changements considérés comme significatifs et majoritairement mentionnés sont l'image corporelle et l'identité.

En effet, ces personnes donnent une grande importance aux rôles qu'ils ont au sein de la famille mais aussi professionnellement (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Williams et al. 2003). C'est ce qui leur permet de s'identifier, de donner un sentiment de soi et d'avoir une estime de soi (Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Le retour à domicile signifie le fait de reprendre sa place, son rôle au sein de la famille (Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013, Williams et al., 2003). Une grande partie des gens estiment important de pouvoir retourner travailler (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al. 2008) et que cela représente la reprise d'une vie « normale » (Costa et al., 2008). Il ressort que les hommes ont une grande connexion avec leur rôle au sein de la famille (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003) et qu'il n'est pas toujours facile de reprendre cette place qu'ils avaient avant (Moi & Gjengedal, 2013). Ils ont les représentations de devoir être celui qui subvient aux besoins de la famille, de démontrer une virilité associée à la performance sexuelle (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003). La perte de ces rôles peut avoir un impact considérable sur eux, sur leur autonomie et peut, ainsi, les affaiblir dans leurs compétences professionnelles et personnelles (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Les femmes donnent une importance plus grande à l'image corporelle qui, selon elles, permet d'avoir une bonne estime de soi lorsqu'elle est bonne (Thombs et al., 2008).

L'image corporelle nous présente aux autres, à la société. Elle dévoile notre identité et nous distingue les uns des autres. Si elle est altérée par un accident ou une maladie, l'estime de soi est perturbée (Costa et al., 2008, Thombs et al., 2008, Williams et al., 2003). Selon l'insatisfaction que le patient a de son apparence, cela va influencer son intégration sociale mais aussi les manifestations émotionnelles et psychologiques qu'il peut avoir, comme le fait de vouloir s'isoler pour ne pas devoir montrer les cicatrices (Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Thombs et al. (2003) estiment que les facteurs de risque d'insatisfaction de l'image de soi sont : être une femme ; donner une grande importance à l'apparence ; la superficialité des brûlures. Le grand brûlé est confronté régulièrement au regard des autres mais aussi au sien (Moi et al., 2008, Thombs et al., 2008). En effet le regard du patient sur son image corporelle est fondamental. Le premier contact avec sa nouvelle image de soi, qui peut se révéler très difficile, est un point critique dans cette transition et il se fait par le biais du miroir (Moi et al., 2008). C'est souvent lors de cette confrontation que le grand brûlé prend

conscience de sa situation et du fait que le corps ne sera plus comme avant (Moi et al., 2008), qu'il doit faire le deuil de son ancienne image corporelle et accepter la nouvelle (Williams et al., 2003). La surprise de se voir dans le miroir et de ne pas se reconnaître peut s'étendre sur plusieurs années après le retour à domicile (Moi et al., 2008).

Dans notre société actuelle, il existe des normes par rapport au corps, au beau-paraître qui sont pour certains primordiales afin de se faire accepter par autrui (Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008). Ceci induit des représentations sociales qui peuvent faire en sorte que le patient se sente « hors norme ». En outre, l'apparence physique est dominant dans un contexte socioculturel car l'attrait physique, la bonne image de soi sont associés à des caractéristiques personnelles importantes et à des avantages sociaux (Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008). Les personnes considérées comme attrayantes ayant une bonne image corporelle réussissent mieux que les autres, sont jugées de manière plus indulgente et ont des avantages lors d'embauches et de promotions (Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Par ailleurs, à la sortie de l'hôpital, elles se retrouvent à devoir faire face aux regards des autres, souvent insistants qui les mènent à ressentir une perte d'anonymat (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al. 2008 ; Thombs et al. 2008). Une grande partie des grands brûlés se trouve à avoir honte de eux-mêmes, à vouloir cacher leurs cicatrices ou à vouloir s'isoler pour éviter les regards curieux (Costa et al., 2008). Tandis que d'autres ressentent le besoin de répondre à ces regards pesants et à vouloir partager leur vécu avec les autres (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Thombs et al., 2008).

#### *LES ENJEUX ÉMOTIONNELS ET PSYCHOLOGIQUES*

Les grands brûlés ne luttent pas seulement pour leur rétablissement physique mais aussi psychologique qui est tout aussi important et qui se prolonge sur plusieurs années. Ils luttent aussi à donner un sens sur ce qui leur est arrivé et de leur survie (Williams et al., 2003).

Ces personnes ont un grand risque de développer des troubles psychologiques tels que la peur, le sentiment d'insécurité, la dépression, la souffrance psychologique et l'anxiété (Costa et al., 2008 ; Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Thombs et al., 2008). D'autres difficultés psychologiques en lien avec ces derniers peuvent se manifester comme les troubles du sommeil (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008), l'isolement social (Costa et al., 2008 ; Moi et al., 2008 ; Thombs et al., 2008), un état d'alarme constant (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008) et une envie de disparaître (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003).

Les grands brûlés passent par quatre manifestations émotionnelles notables durant leur processus de transition qui sont : la colère/le marchandage (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Williams et al., 2003), la dépression/tristesse (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al.,

2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003), l'anxiété (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008) et l'insécurité (Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008).

La colère est un sentiment majoritaire qui se trouve chez les grands brûlés mais à des phases différentes (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Williams et al., 2003). Ce sont les séquelles des brûlures, le manque de compétences et/ou d'aide mais aussi les limites/barrières qui inspirent la déception, la résignation, la colère ou les remords (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013). Ce sentiment de colère aide ces personnes à avancer dans leur processus. Il est considéré comme un passage nécessaire (Williams et al., 2003). Il est considéré comme plutôt passager chez les femmes et insistant chez les hommes (Williams et al., 2003).

La dépression/tristesse est un sentiment qui revient très souvent chez les grands brûlés aussi. Elle est souvent la conséquence de la souffrance physique face à l'insatisfaction de l'image corporelle (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Une grande partie se reconnaît émotionnellement plus fragile, surtout face aux regards des autres (Costa et al., 2008). Cette souffrance peut donc avoir un impact massif sur l'intégrité personnelle et sur le contrôle de leur propre vie (Carlucci et al., 2007). Mais ils estiment devoir passer par le stade de la dépression pour pouvoir avancer dans leur transition et accepter de faire leur deuil de leur ancienne image corporelle (Williams et al., 2003). Les études montrent que certains sont moins communicatifs, qu'ils s'isolent et qu'ils présentent de hauts niveaux d'anxiété (Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008).

L'anxiété est, comme la colère, un sentiment qui se manifeste dans la grande majorité. Elle est souvent associée à la douleur lors de l'hospitalisation (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008). Effectivement, elle est reliée aux divers soins donnés et donc aux douleurs ressenties à ces moments-là. Ces douleurs entraînent elle-même une augmentation de l'anxiété. On parle alors de cercle-vicieux qui se manifeste par l'irritabilité, des inquiétudes, des plaintes, la solitude et la peur (Carlucci et al., 2007). C'est pour cela que ce sentiment peut avoir un impact sur l'efficacité des soins. Il se manifeste aussi lors de la dernière phase, lorsque le patient grand brûlé retourne à domicile (Carlucci et al., 2007). Le fait de devoir faire face à l'inconnu, aux séquelles de la brûlure, à l'insatisfaction de son image corporelle et à la peur du regard des autres entraînent l'anxiété et le sentiment d'insécurité (Carlucci et al., 2007 ; Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Thombs et al., 2008). Ceci, car les grands brûlés pensent au fait que la responsabilité sera celle de la famille et ils ne veulent pas être une trop grande charge pour elle (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008).

Le sentiment de l'insécurité lors de ce transfert, ils la ressentaient déjà durant l'hospitalisation. Cela vient du fait que ces personnes sont immobiles et dépendantes des soignants et de l'entourage pour les diverses activités (Moi e& Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Ce sentiment est très fort et peut se

répercuter sur la relation que ces personnes peuvent avoir avec les soignants (Moi & Gjengedal, 2013). Les grands brûlés ont besoin de se sentir en sécurité, et pour se faire, ils ont besoin d'une attache, d'un ancrage et de se sentir connecté à l'autre (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Le fait d'avoir un visage connu (comme avoir toujours le même soignant) et de pouvoir communiquer avec celui qui fait les soins inspire la sécurité (Moi et al., 2008). Et comme vu avant, ce sentiment d'insécurité peut se prolonger au retour à domicile. Lorsque le grand brûlé sort de chez lui, il cherche à voir où sont les portes de sortie de secours ou s'il y a des moyens de pouvoir s'enfuir dans le cas où il y aurait un incident ou un autre incendie (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). C'est important pour eux de pouvoir se sentir en sécurité.

#### *LES FACTEURS FACILITANTS ET ENTRAVANTS*

Comme vu lors de la présentation du cadre théorique de la transition, les conditions de celle-ci peuvent être facilitantes ou entravantes (Aubin & Dallaire, 2008).

Pour commencer, il est important d'investiguer le sens donné à l'événement qui a mené les grands brûlés à cette transition. En effet, comme dit avant, certains ont la capacité de voir ce qu'ils ont vécu sous un regard positif qui leur permet de donner un nouveau sens à l'affirmation de soi (Williams et al., 2003 ; Carlucci et al., 2007). C'est ainsi que les représentations personnelles et les croyances prennent une place dans les conditions de transition (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Les représentations personnelles peuvent être facilitantes et entravantes. En outre, le fait d'être sous contrôle de tout permet d'avoir une vie parfaite et le fait de perdre cette capacité de contrôle équivaut à une perte de confiance en soi et entrave donc la progression dans la transition (Williams et al., 2003). Puis la représentation que ces personnes peuvent avoir envers le travail est fondamentale car certains s'identifient à ce dernier (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Le fait de pouvoir retourner travailler est considéré comme un retour à la normale. Le fait que l'employeur soit compréhensif et donne le temps de pouvoir retourner est très apprécié et aidant dans ce processus de rétablissement (Moi & Gjengedal, 2013 ; Williams et al., 2003). Certains des grands brûlés se sont orientés vers la religion pour les aider (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Le fait de penser que c'est leur foi ou une intervention divine qui les a maintenu en vie ou de penser que Dieu leur a donné la force d'affronter cette situation, leur donne la force et le soutien dont ils ont besoin pour faire face à l'acceptation de leur nouvelle situation (Costa et al., 2008 ; Williams et al., 2003).

Considérant que l'identité personnelle et la satisfaction de l'image de soi se font à travers un processus d'influence que les gens ont sur la manière de se voir les uns et les autres favorise l'isolation sociale et rend, ainsi, difficile son intégration dans la société (Costa et al., 2008 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Thombs et al., 2008). Ce retrait social est en lien avec l'altération de l'image corporelle, les séquelles visible et le regard des autres sur ce corps inconnu (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al.,

2008 ; Thombs et al., 2008). Ce dernier peut être, d'une part, déplaisant, impoli et mal-élevé ce qui augmente le sentiment de perte de familiarité avec le nouveau corps (Moi & Gjengedal, 2013). Et d'autre part il peut induire un sentiment de honte manifesté par la dissimulation des cicatrices avec les habits ou en restant chez soi pour éviter ces regards (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Thombs et al., 2008). La société d'aujourd'hui transmet des idéaux, des « normes » de beauté, ce qui est très entravant dans le processus de transition, car elle amène à une insatisfaction de l'image corporelle (Costa et al., 2008 ; Thombs et al., 2008). Les grands brûlés sont constamment confrontés aux regards pesants des autres, aux commentaires déplaisants sur leur apparence et aux questions non sollicitées sur les causes des cicatrices (Thombs et al., 2008). Par conséquent, il est important qu'ils se préparent au contact avec l'extérieur et apprennent à faire face à cela (Moi & Gjengedal, 2013).

Le soutien social est considéré, en général, comme la ressource la plus importante et la plus positive dans l'accompagnement dans les différentes phases de la transition (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Et cela concerne surtout le soutien de la famille, des amis, des proches et des professionnels de la santé (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Ce besoin de soutien commence dès le réveil de la personne aux soins intensifs. En effet, elle se retrouve à vivre une nouvelle expérience en étant dans un environnement inconnu et loin de la vie de famille (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013). La présence de la famille est fondamentale car elle peut aider le grand brûlé à retrouver les souvenirs de ce qu'il s'est passé et de se sentir plus en sécurité (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Pour se faire, l'ambiance de la chambre peut être personnalisée avec des photos, des cadres, des lettres ou avec une radio pour pouvoir écouter les voix et les prières de la famille (Moi & Gjengedal, 2013). Cela leur permet d'améliorer l'adaptation du patient aux divers soins, de pouvoir se sentir mieux et pour l'aider à dormir (Moi & Gjengedal, 2013). Passer le plus de temps possible avec la famille est vraiment une ressource car elle aide le patient à avancer, à se rappeler de comment il était avant l'accident et à ne pas abandonner en court de route (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003). La famille, mais tout particulièrement les partenaires, jouent un rôle important dans l'accompagnement de l'acceptation de la nouvelle image corporelle en confirmant que leur amour n'a pas été affecté par ce qu'il s'est passé et en touchant les parties blessées et marquées à vie (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Par conséquent, un manque de soutien familial peut être très entravant (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013). D'autres part, comme vu plus haut, le soutien familial peut être négatif lorsqu'elle ne respecte pas les besoins personnels et l'autonomie du grand brûlé, mais aussi lorsqu'elle s'investit trop et se trouve débordée par la situation (Moi & Gjengedal, 2013).

L'infirmière joue un rôle facilitateur dans l'accompagnement de ces patients (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Williams et al., 2003). Elle peut agir sur plusieurs niveaux seule ou en collaboration avec la famille. La peau étant devenue plus fragile face à la chaleur, au froid et au soleil,

l'infirmière et la famille peuvent aider les grands brûlés afin qu'ils soient dans le plus grand confort possible grâce à la médication, à l'achat d'habits adaptés pour éviter une trop grande pression sur les blessures, en aidant à humidifier la peau, en faisant des massages (Moi & Gjengedal, 2013). Ils peuvent aussi les aider à baisser l'anxiété et à minimiser la souffrance en donnant de l'espoir, en instaurant un climat calme et tout au long du soutien dans la vie de tous les jours (Carlucci et al., 2007). L'infirmière est aussi une ressource lors de la préparation du passage d'une phase à l'autre en se montrant disponible et en mettant en place un suivi approprié et individualisé (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Le fait de savoir à qui s'adresser pour les questions, pour l'aide dans les soins ou pour la prévention des infections est essentiel pour le patient mais aussi pour la famille, afin qu'ils ne se sentent pas abandonnés (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Il est aussi relevé que les autres professionnels peuvent être une ressource selon les valeurs et représentations de ces personnes, comme l'aumônier, le psychologue (Williams et al., 2003).

Il a été aussi relevé que la cohabitation avec d'autres brûlés est une expérience significative et peut, donc, être une condition facilitante (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003). De sorte que, la mise en place de groupe d'aide, de programmes ou thérapies de groupe se trouvent être des moyens permettant de faciliter l'adaptation à la nouvelle situation (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008, Williams et al., 2003). Les groupes d'aide intègrent la famille, les professionnels et les patients (Carlucci et al., 2007, Williams et al., 2003). Les programmes sur les interactions sociales ont comme but d'aider les grands brûlés à anticiper les réactions des autres face à leur image corporelle et à mettre en place des feed-back positifs, d'augmenter leur estime de soi ainsi que leur confiance en soi (Thombs et al., 2008). Puis, la thérapie cognitivo-comportementale a un peu près le même but que les programmes sur les interactions sociale mais avec un accent tout particulier sur la peur de faire face aux autres et sur l'anxiété sociale (Thombs et al., 2008).

#### *LA MISSION DE L'INFIRMIÈRE*

L'infirmière joue un rôle important dans l'accompagnement des grands brûlés dans l'intérêt d'une réhabilitation, non seulement physique, mais aussi sociale et personnelle (Carlucci et al., 2007 ; Moi et Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003). L'infirmière doit se montrer disponible et empathique afin que le patient se sente reconnu dans sa souffrance (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008 ; Williams et al., 2003). Le fait d'être présent, flexible et donner du temps à la parole aide ces patients à se sentir plus en sécurité et à inspirer de la confiance (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Ils ont besoin de quelqu'un qui puisse les écouter sans se sentir jugé ou sans ressentir de la pitié de la personne afin de partager ce qu'ils ont vécu (Williams et al., 2003). L'infirmière peut aussi se montrer disponible lors des soins afin de donner des explications claires ou de répondre aux différentes demandes, ceci en mettant en place une éducation thérapeutique (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013). Ceci

permet de diminuer l'anxiété et d'établir aussi une bonne relation avec ces patients (Carlucci et al., 2007). Tout ceci est valable auprès de la famille également. En effet, le rôle de l'infirmière est de faciliter la présence et l'investissement de la famille et des amis proches dans ce processus (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008).

De plus, il est important de prendre en charge le grand brûlé dans sa globalité en investiguant son vécu et son expérience lors de chaque phase (Moi et al., 2008). Par la suite, cela permet de voir quels déterminants influencent le patient, quelles sont les valeurs et représentations qu'il a qui permettraient de faire appel à un aumônier, par exemple (Carlucci et al., 2007 ; Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Etant donné que chaque personne vit différemment une expérience similaire, l'infirmière doit, de ce fait, mettre en place un suivi adapté, personnalisé et centré sur les besoins du patient (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008). Il est aussi relevé que l'infirmière doit valoriser le patient sur ses progrès et acquis et se focaliser plus sur les forces que les faiblesses afin qu'il retrouve une estime de soi (Moi & Gjengedal, 2013 ; Moi et al., 2008).

Finalement, il est recommandé de mettre en place des groupes, programmes et activités d'aide afin de faciliter l'adaptation à la nouvelle situation et d'améliorer les interactions sociales (Carlucci et al., 2007 ; Thombs et al., 2008 ; Williams et al., 2003).

Tous ces éléments sont en lien avec la question de recherche de ce travail ainsi que de son cadre théorique. Cela illustre l'importance de prendre en compte la personne dans sa globalité et donc de prendre en compte les aspects bio-psycho-sociaux. Il est intéressant de connaître ces deux types de classements. Etant donné que chaque phase correspond à un moment précis et aussi à des manifestations globalement représentatives, cela pourrait aider les infirmiers et l'équipe professionnelle à guider les futures interventions auprès de ces patients.

## **DISCUSSION**

### MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA THÉORIE DE TRANSITION DE MELEIS

Le passage d'une vie normale à une vie de grand brûlé est une transition brutale pour l'individu qui la traverse, et celle-ci va suivre plusieurs phases, d'où l'intérêt de choisir le cadre théorique de Meleis. En effet, en considérant la problématique, nous pouvons relever que le passage d'une vie « normale » à une vie de grand brûlé nécessite une transition qui se fait à travers plusieurs phases.

Ce cadre théorique a permis de guider une grande partie de ce travail et donc de mieux comprendre la mise en pratique de l'analyse proposée par Meleis, ainsi que son utilité. Les articles retenus mettent en évidence l'importance d'accompagner le grand brûlé dans sa réhabilitation tout au long des différentes phases, ceci en l'aidant dans l'ensemble des sphères de sa vie décrites dans les deux premières

dimensions de la théorie de Meleis (la nature et les conditions de la transition).

Les grands brûlés relatent un grand nombre de souvenirs des différentes étapes qu'ils ont traversées, ainsi que les réactions et sentiments vécus durant ces phases de transition et de deuil, mais également durant les années suivant le retour à domicile. Les séquelles de la brûlure, qui sont une source principale de préoccupation dans la réhabilitation, inspirent une image d'une personne malade, différente des autres, « hors norme » par rapport aux idéaux de la société, ce qui peut l'amener à l'isolement. Il est important de laisser l'espace et le temps nécessaires aux grands brûlés afin qu'ils puissent exprimer leurs émotions, sentiments et vécus les plus significatifs en lien avec leur corps, leur peur du regard des autres et du rejet. Il est également significatif pour le personnel soignant et l'entourage du patient de souligner les points forts de ces individus, de les valoriser tout au long des épreuves et de leur apporter les informations nécessaires pour les aider à avancer dans le deuil de l'ancienne image corporelle, car en effet, la réadaptation se fait également sur le plan de l'identité personnelle et des divers rôles sociaux. De plus, certains des articles choisis décrivent que les individus sont considérés comme bien adaptés à la vie après l'accident lorsqu'elles parviennent à répondre à certaines obligations et à conserver leurs responsabilités sociales, occupationnelles et professionnelles.

Ce cadre théorique met en avant des modèles de réponses nous permettant de guider et soutenir les interventions infirmières dans ce processus. Ces modèles découlent des différents types de comportements de la personne en transition et apparaissent comme nécessaires et justifiés (Aubin et Dallaire, 2008) pour une réhabilitation saine du patient.

Tout d'abord, nous pouvons observer que le sentiment de demeurer en lien avec la famille, les amis et l'équipe de santé est primordial et permet d'évaluer le processus de transition. Ces relations et soutiens offrent la possibilité au grand brûlé de faire face aux différentes étapes de sa réhabilitation, de résoudre les différents problèmes, de réorganiser les nouvelles routines et, le plus significatif, d'avancer dans le processus de l'acceptation du nouveau soi. La collaboration entre la famille, l'équipe professionnelle et le patient favorise un accompagnement adapté et individualisé se focalisant sur les besoins du grand brûlé afin que sa réhabilitation soit faite dans les meilleures conditions. Avec la mise en place d'une structure, d'une alliance et d'une relation de qualité, un grand nombre de patients parviennent à surpasser les obstacles et difficultés imposés par les brûlures.

Ensuite, les interactions « infirmière-patient » et « famille-patient » sont fondamentales afin de favoriser une transition harmonieuse. Pour une majeure partie des grands brûlés, la participation de la famille et de l'infirmière est essentielle durant les divers soins ou activités. A contrario, une minorité de ceux-ci mettent en doute cette participation par crainte d'être une charge trop importante ou par réticence à demander de l'aide.

Puis, la situation dans le temps et l'espace participe également à la mise en place d'une transition de

qualité. Ceci peut s'illustrer à travers l'apport d'informations ou des réponses par le personnel soignant auprès du patient, mais aussi de la famille. Ceci se traduit par l'éducation thérapeutique de ces derniers concernant le retour à domicile, notamment afin de constituer une « trousse de secours » contenant tous les outils nécessaires aux divers soins, à la mise en place de nouvelles routines ainsi qu'à la prévention des infections. Enfin, ce modèle de réponse se manifeste également à travers l'accompagnement du grand brûlé durant les différentes phases et manifestations émotionnelles, mettant ainsi en évidence l'importance de communiquer au patient la normalité et la nécessité de passer par ces dernières.

Enfin, la mise en place d'un sentiment de confiance chez le grand brûlé est essentielle dans cette réadaptation. Il s'agit pour ce dernier de croire en ces capacités à surmonter une telle épreuve, mais également d'établir un lien sécurisant avec sa famille et l'équipe soignante.

Il est difficile de définir la fin de la transition, car celle-ci peut se prolonger sur plusieurs années après le retour à domicile. Nous pouvons observer deux indicateurs de résultats de la transition : la maîtrise et le renouvellement de l'identité (Aubin et Dallaire, 2008). La transition est considérée comme saine lorsque la personne a acquis une maîtrise des compétences demandées pour sa nouvelle situation (comme l'instauration de nouvelles habitudes dans les routines). Cet individu a alors le sentiment d'avoir retrouvé, enfin, une stabilité nouvelle dans sa vie. Les grands brûlés peuvent également vivre une finalité positive lorsqu'ils retrouvent l'identité ou le rôle social – familial ou professionnel – d'avant l'accident. La possibilité de retrouver sa place au sein de la famille ou de retourner travailler favorise ce sentiment d'équilibre. Enfin, dans le cas où le grand brûlé ne peut accepter sa nouvelle image corporelle, ce dernier peut malgré tout connaître une transition saine en faisant le deuil de son ancienne image de soi, ceci grâce à un équilibre ou un sens nouveau à sa vie.

#### MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA QUESTION DE RECHERCHE

Ce travail a permis de répondre à la question de recherche : « Quel est le vécu des adultes grands brûlés face au deuil de leur ancienne image de soi durant leur hospitalisation et leur réhabilitation? ». En effet, les articles retenus relatent le vécu des grands brûlés face au deuil de leur ancienne image de soi de différentes manières. Ce processus commence lors du réveil du patient aux soins intensifs et se prolonge sur plusieurs années après le retour à domicile. Selon moi, ce processus de deuil est en lien étroit avec le processus de transition et se manifeste également en plusieurs étapes. Ainsi, la mise en perspective de ma revue littéraire avec la théorie de la transition de Meleis apporte une première partie de la réponse à cette problématique.

Le grand brûlé passe, en premier lieu, par une phase de choc. De manière générale, celle-ci se manifeste lors du réveil aux soins intensifs et le patient commence alors à concevoir l'événement vécu. Ensuite vient la phase du déni durant laquelle les grands brûlés refusent de croire à la réalité de l'accident. C'est donc à ce moment précis que la prise de conscience et l'acceptation de la situation ont

une importance primordiale, car elles permettent au patient d'entamer leur réhabilitation.

Les phases suivantes ne sont pas obligatoirement linéaires, mais sont qualifiées dans le travail comme étant essentielles dans l'avancement de l'acceptation du nouveau soi. La colère et le marchandage sont les phases les plus courantes : le grand brûlé se pose des questions sur les raisons de l'accident. Il fait preuve d'une attitude de révolte envers lui-même, mais aussi envers les autres. Se retrouvant dans une situation nouvelle, inconnue et irréversible, le patient prend conscience de l'impact de ses séquelles, qu'il soit physique ou psychologique. Il est nécessaire pour lui de faire le deuil de son ancienne image corporelle, et ceci explique le passage par plusieurs émotions tels que les reproches, les remords, le rejet et l'agression. La tristesse est également une étape présente chez tous les patients grands brûlés. Cet état de désespérance peut mener à l'isolement, à la dépression mais aussi à des idées suicidaires et certains individus peuvent alors se résigner quant à leur situation. La résignation peut alors être qualifiée de négative – les patients ont le sentiment d'échouer dans leur réhabilitation et abandonne – ou de « positive » – pour ceux qui se tournent vers la religion et qui pensent que c'est Dieu qui a voulu que cela arrive.

Au terme de cela, la phase finale est l'acceptation. Deux articles font mention, rapidement, de certains patients finissant par accepter leur nouvelle image de soi grâce à une confiance en soi, une grande estime de soi et l'absence de complexes sur leurs séquelles des brûlures. Mais il est important de souligner que ceux-ci représentent une minorité. La majeure partie des articles ne relate pas de phase d'acceptation. Cela peut s'expliquer par la longévité du processus de deuil, et ces études, en général, sont menées entre douze et trente-six mois après l'accident. Comme dit précédemment, je suis d'avis que les grands brûlés peuvent faire le deuil de leur ancienne image de soi sans accepter la nouvelle. Ils intègrent ainsi le caractère irréversible de leur accident, et ceci va leur permettre d'entamer leur reconstruction et à renouveler leur identité.

#### IDENTIFICATION DES LIMITES DU TRAVAIL

En choisissant le thème de ce travail, j'étais tout à fait consciente de l'existence de certaines limites. En effet, beaucoup de recherches et articles concernant la douleur des grands brûlés existent mais très peu se focalisent sur l'aspect psychologique. Ceci a eu pour conséquent la modification répétée de ma question de recherche afin de me permettre d'avoir une ressource scientifique convenable et utile.

De plus, ce travail s'appuie sur des recherches majoritairement en anglais, qui n'est pas ma langue maternelle. Bien que j'estime posséder un bon niveau d'anglais, la compréhension de l'ensemble de certains articles fut difficile notamment à cause de la complexité du vocabulaire scientifique.

Ensuite, mes recherches ne m'ont pas permises de trouver un nombre élevé d'articles scientifique concernant la thématique choisie. La quantité d'articles retenus est restreinte, ce qui limite les résultats de mon travail. De plus, les échantillonnages des différentes études sont également de faible

importance, rendant la généralité des observations peu fiables. Aucune des études n'a été menée en Suisse, rendant ainsi le contexte socio-économique différent et ainsi que les possibilités d'interventions ou de ressources (comme les différents cours ou groupes d'aide) variables. Concernant l'article de Williams et al., sa date de parution est relativement ancienne. Cependant, il était très intéressant et utile pour répondre à la question de recherche.

Pour conclure, cette revue littéraire est une expérience toute nouvelle pour moi. Je veux donc mettre en évidence que ce travail a été difficile à rédiger surtout au niveau de la syntaxe, qui a toujours été mon point noir durant toute ma scolarité et toutes mes études. Il a été encore plus compliqué dû au fait qu'il soit dans le domaine de la recherche et donc du fait que la formulation des phrases devaient être scientifiques.

#### CARACTÈRE GÉNÉRALISABLE DES RÉSULTATS

Ce travail comporte une généralisation des résultats limitée, étant donné les échantillonnages des études retenues. Si nous nous référons à ces derniers, qui sont des choix intentionnels et typiques, les caractéristiques de la population sont choisies sur une base de critère précise afin que cela soit représentatif du thème de l'étude (comme la surface corporelle brûlée, le lieu de leur prise en charge, l'âge). Il ne s'agit donc pas d'une sélection aléatoire. Toutefois, cela ne signifie pas que ces différents échantillons ne soient pas valides ou que les résultats ne soient pas généralisables. La fiabilité de ces derniers, est en général acceptable et de qualité, et permet donc de démontrer une exactitude avec laquelle on suit l'évolution du thème de la recherche (Fortin, 2010).

Ces différentes études ne font pas mention de la possibilité ou non de transférabilité. Mais je me permets de démontrer dans mon travail que les différents résultats peuvent être applicables à d'autres populations et d'autres contextes que ceux définis dans les articles. La recherche sur les bases de données a mis en évidence des articles traitant de l'utilisation du miroir comme thérapie dans le processus de guérison et de réadaptation. Ce type d'intervention est appliqué dans d'autres contextes que les brûlures, comme la défiguration suite à un accident.

J'ai pu également souligner que l'infirmière a une place primordiale dans la prise en charge du grand brûlé. En effet, elle doit considérer le patient dans sa globalité, établir un climat de confiance, se montrer disponible, empathique, valorisante et mettre en place des outils de communication. De plus, le suivi doit être flexible, individualisé et basé sur les besoins personnels du grand brûlé. Tout ceci est repris durant la totalité de notre formation dans les soins infirmiers, notamment lors des cours donnés sur la relation thérapeutique, la relation d'aide selon Carl Rogers ou selon les différents cadres théoriques. Nous apprenons à mettre tout cela en place dans les différents domaines. La relation d'aide, par exemple, est bien présente dans la prise en charge du grand brûlé à travers le regard bienveillant (et non démontrant de la pitié comme vu dans les résultats), le respect et l'empathie qui sont des points importants abordés.

La prise en charge du grand brûlé dans sa globalité peut être transférable à d'autres individus ou contextes à travers l'utilisation de cadres théoriques comme les quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson ou, tout simplement, avec l'utilisation de la théorie de la transition. Le fait de se montrer disponible et laisser le temps au grand brûlé de pouvoir s'exprimer se pratique en effet également dans d'autres situations de soins.

Enfin, le processus de deuil peut être transférable. En effet, il peut être identifié, non seulement, lors de la perte d'un proche, mais aussi lors d'une perte au niveau sentimental, social ou professionnel. Il s'agit d'un processus que l'on peut retrouver dans d'autres contextes et qui peut aider l'infirmière dans la compréhension des comportements du patient ou afin de pouvoir prévenir ces derniers en reconnaissant les différents signes ou manifestations.

#### IMPLICATION POUR LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE

A ce jour, il existe un nombre limité de recherches et d'études sur la problématique choisie pour ce travail. Malgré cela, ce dernier permet de proposer quelques pistes d'interventions infirmières pouvant être mise en place, ainsi que des trajectoires sur les recherches qui peuvent être réalisées. Les différents auteurs des articles retenus s'accordent sur quelques recommandations qui doivent être considérées et appliquées, et que j'estime pouvant être envisageables et praticables dans le contexte suisse. Elles peuvent être listées comme suit :

Se montrer disponible afin d'apporter des informations ou répondre aux questions du grand brûlé et de sa famille, tel que l'explication du processus de cicatrisation ou la prévention des infections.

Être empathique, inspirer de la confiance et valoriser la personne dans ses différentes épreuves et dans son estime de soi.

Mettre en place des outils de communications (verbales et non verbales), comme le fait de laisser de l'espace et du temps à la personne pour s'exprimer.

Se focaliser sur le vécu du patient.

Investiguer les différentes phases en prenant en compte le vécu et les émotions perçues par le patient.

Etablir une relation patient-soignant mais aussi famille-soignant qui permet de mettre en place une meilleure prise en charge globale.

Etablir un partenariat de collaboration entre le patient, la famille, les amis et les professionnels de la santé afin de centrer les soins et le suivi sur le grand brûlé et de mettre en place des objectifs de soins en lien avec les besoins personnels de ce dernier.

Permettre à l'infirmière de suivre des formations en lien avec le domaine des brûlures et de l'accompagnement des grands brûlés.

Mettre en place des groupes, programmes et activités d'aide afin de faciliter l'adaptation à la nouvelle situation et d'améliorer les interactions sociales, comme vu dans l'article de Thombs et al., 2008.

Changing Faces, citée dans l'article de Thombs et al., 2008, est une association soutenant les personnes ayant une altération physique au niveau du visage. Elle propose des techniques de gestion de l'anxiété comme la thérapie cognitivo-comportementale mentionnée dans le travail. En France, le maquillage est utilisé comme une thérapie dans le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Bruges (Ruault & Loyeau, 2008). Il aide dans la processus d'acceptation de la nouvelle image corporelle.

En Suisse, il existe l'association Flavie qui soutient les victimes de brûlures graves ainsi que leur entourage en Suisse Romande. Elle se concentre sur plusieurs plans, tel que le social, le juridique et le financier et permet de sensibiliser la population sur la prise en charge complexe des grands brûlés. De plus, l'association offre la possibilité de mettre en contact les différentes victimes afin qu'elles puissent partager leur vécu et expériences (Flavie, 2002).

Dans la mesure où les résultats relevés semblent pertinents et fiables, il serait intéressant que des recherches sur le sujet soient développées. Il serait utile également de mettre en évidence la différence de prise en charge entre un homme et une femme, car, comme observé dans les résultats, les hommes ont des préoccupations davantage focalisées sur le rôle social et familial, alors que les femmes font face plus difficilement aux cicatrices. Il serait aussi important de prendre en compte des échantillons plus grands afin de permettre une meilleure crédibilité. L'apport d'un plus grand nombre de recherches et d'études permettrait donc d'approfondir les résultats, ceci dans le but de mettre en place les meilleures interventions et d'aider les grands brûlés tout au long des différentes phases, mais également de pouvoir généraliser davantage les résultats.

## **CONCLUSION**

Ce travail de Bachelor m'a beaucoup apporté autant par sa réflexion personnelle que professionnelle. Il m'a permis de réaliser de nombreux apprentissages et de développer des compétences en lien avec ma future vie professionnelle.

L'élaboration de ce dernier a été spéciale pour moi car ma question de recherche de départ avait suscité en moi un grand intérêt. J'ai pu faire ressortir la problématique du manque de recherches en lien avec la prise en charge des grands brûlés au niveau psychologique durant leur réhabilitation à l'hôpital mais aussi à domicile. Pour ce faire, j'ai découvert comment rédiger une revue de littérature

et comment utiliser les bases de données, qui seront de très bons outils dans ma future vie professionnelle en mettant en pratique la recherche de preuves scientifiques - l'Evidence-Based Nursing (EBN). Les études trouvées dans ces bases de données nous permettent, en tant qu'infirmière, d'argumenter notre positionnement face aux situations rencontrées et, également, d'affirmer la pertinence des interventions mises en place.

Pour conclure, ce travail m'a permis de découvrir et de développer des connaissances concernant la prise en charge globale des grands brûlés et de l'importance de ne pas banaliser le domaine psychosocial.

## BIBLIOGRAPHIE

### RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- Alligood, M. R. et Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7<sup>e</sup> ed.). St-Louis (Missouri) : Mosby Elsevier.
- Arrigoni, M. R. et Zermani R., (1994), Cattedra di chirurgia plastica e ustioni, *Aspects psychologiques de la thérapie des grands brûlés*, 7 (1). Parme, Italie : Università di Parma.
- Aubin, K. et Dallaire, M. (2008). Du concept de la continuité des soins et services à celui de la transition. Dans C. Dallaire (Dir.), *Savoir infirmier: au cœur de la discipline et de la profession*, (pp. 93-120). Montréal, QC : Gaétan Morin éditeur.
- Berger, M., Raffoul, W., Maravic, P., Séchet, V., et Chioléro, R. (2004). Pourquoi deux Centres de Brûlés en Suisse, dont un au CHUV?. *Bulletin des médecins suisses*, 85(18), 938-943.
- Bolduc, A. (1996). Intervention de groupe auprès des personnes atteintes de brûlures. *Revue Service social*, 45(3), 137-152. Doi : 10.7202/706742ar
- Bonvin, E. et Cochand, P. (1998). Psychologie du grand brûlé. *Revue médicale de la Suisse romande*, 118, 161-164.
- Bonvin, E. et Cochand, P. (1998). Approche Psychiatrique du Grand Brûlé. *Revue médicale de la Suisse romande*, 118, 165-169.
- Carlucci Dias da Silva, V., Aparecida Rossi, L., Ficher F. T., Ferreira A. M., E. et Campos de Carvalho, E. (2007). Burn experiences from the patient's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 21-28. Doi : 10.1590/S0080-62342007000100003
- Costa Silva, M. C., Rossi Aparecida, L., Lopes Mara, L., et Cioffi Lopes, C. (2008). The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259. Doi : 10.1590/S0104-11692008000200013
- Dubuis, A. (2014). *Grands brûlés de la face*. Lausanne : Editions Antipodes.
- Flavie (n.d.). *Association Suisse Romande pour les victimes de brûlures*. Repéré à : <http://www.flavie.ch/>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche - Méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>e</sup> éd). Chenelière Education.
- Herbet, L. et Quillet, L. (1981). *La base du soin infirmier : le vécu corporel*. France : Elsevier Masson.

- Kessler, D. et Kübler-Ross, E. (2009). *Sur le chagrin et sur le deuil*. Traduit de l'anglais par J. Touati. JC Lattès.
- Latarjet, J. (2002). La douleur du brûlé. *Pathologie biologie*, 50(2), 127-133. Doi : S0369-8114(01)00277-2. Disponible : <http://sante.dz/saetd/donnees/pub28.pdf>
- Le culte du corps (n.d.). Repéré à : <http://leculteducorps.doomby.com/pages/i-un-phenomene-sociologique/>
- Marchais, P. (1970). *Glossaire de psychiatrie*. Masson & Cie.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer publishing company.
- Moi, A. L. & Gjengedal, E. (2013). The lived experience of relationships after major burn injury. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2323-2331. Doi : 10.1111/jocn.12514
- Moi, A. L., Vindenesh H. A. et Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286. Doi : 10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2014). *Brûlures – Aide Mémoire N 365*. Repéré à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/fr/>
- Prudhomme, C. (2015). *Guide poche infirmier (7<sup>e</sup> éd.)*. France : Editions Maloine.
- Ruault, M.-F. et Loyeau, C. (2008). Soigner en réhabilitant l'image corporelle des patients brûlés. *La revue de l'infirmière*, 138. Elsevier Masson SAS.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Traduit de l'anglais par F. Gantheret & P. Truffert. NRF Editions Gallimard.
- Schumacher, K. L. et Meleis, A. I. (1994). Transitions : a central concept in nursing. *Image : Journal of nursing scholarship*, 26(2), 119-127.
- Thombs, B. D., Notes L. D., Lawrence J. W., Magyar-Russell G., Bresnick M. G., et Fauerbach J. A. (2008). From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury, *Journal of Psychosomatic*, 64 (2), 205-212. Doi : 10.1016/j.jpsychores.2007.09.003
- Wassermann, D. (1993). Les brûlures : généralités, principes du traitement, *Soins*, 575/576, 4-12.
- Williams, N. R., Davey M., et Klock-Powell K. (2003). Rising from the Ashes, *Social Work in Health Care*, 36(4), 53-77. Doi :10.1300/J010v36n04\_04

## LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Audibert-Pouzet, A. et Gouget, J.-L. (n.d). Le corps et ses représentations : image et schéma corporels. *Akadem*. Repéré à : <http://akadem.org/medias/documents/--CORPS-REPRESENTATION-Doc2.pdf>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche - Méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>e</sup> éd). Chenelière Education.
- Freysteinson, W. M. (2009). The use of mirrors in critical care nursing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(2), 89-93. Doi : 10.1097/CNQ.0b013e3181a27b3d
- Hall, B. (2012). Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 272-280. Doi: 10.1097/CNQ.0b013e3182542cdb
- Rogers, C. (2005). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Traduit en français par JP Zigliara. Issy-les-moulineaux, ESF editeur.