



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Amputation : En quoi le rôle de l'infirmier participe-t-il à

l'acceptation d'une nouvelle image corporelle ?

LE TROUHER Nicolas

Formation infirmière

Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

REGIONALE

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

***Amputation : En quoi le rôle de l'infirmier participe-t-il à l'acceptation
d'une nouvelle image corporelle ?***

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur
ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation
ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en
vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes
réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la
totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie
par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut
avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une
administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à ma référente MIRSI, Madame Béatrice CHEREL, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je désire aussi remercier les formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis et collègues qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

Un grand merci à Manon Potvin pour ses conseils concernant mon style d'écriture et la mise en page, ils ont grandement facilité mon travail.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à ma famille et belle famille pour leur confiance et leur soutien inestimable.

Citation

“Si on me coupe les ailes, j'irai à pied ; si on m'ampute les jambes, je marcherai sur les mains ; pourvu que je puisse être utile.”

Istvan Széchenyi

1.	Introduction	7
2.	Situations d'appel	8
3.	Questionnements / Cheminement vers la question de départ	9
4.	Question de départ.....	9
5.	Cadre conceptuel et démarche d'analyse	10
5.1	L'amputation.....	10
5.1.1	Définition	10
5.1.2	Histoire	10
5.1.3	Causes de l'amputation	11
5.1.4	Epidémiologie	12
5.1.5	Niveaux d'amputation	12
5.2	Les conséquences de l'amputation	13
5.2.1	Impact physique	13
5.2.1.1	Schéma et image corporelle.....	13
5.2.1.2	Membre fantôme.....	14
5.2.2	Impact psychologique.....	14
5.2.2.1	Etapas du deuil	14
5.2.2.2	Mécanismes de défense	15
5.2.2.3	Impact social du handicap.....	16
5.2.2.4	Estime de soi, regard de l'autre.....	17
5.3	Le rôle et les compétences infirmières.....	18
5.3.1	Accompagnement.....	18
5.3.2	Relation Soignant / soigné	19
5.3.3	Relation d'aide.....	19
5.3.4	Education thérapeutique du patient	20
6.	Phase descriptive : Entretiens semi directifs.....	21
6.1	Méthode et outils utilisés : Guide d'entretien et entretien semi-directif	21
6.1.1	Présentation de la population interviewée.....	21
6.1.2	Analyse des entretiens	22

6.2	Phase interprétative et discussion : Comparaison de la phase descriptive avec le cadre théorique et mes représentations	26
6.3	Hypothèse de recherche.....	28
7.	Conclusion	28
8.	Bibliographie	30
9.	Sommaire des annexes	33

1. INTRODUCTION

Au fil de mes expériences professionnelles en qualité d'aide-soignant et de mes différents stages en tant qu'étudiant infirmier, j'ai pu développer un attrait particulier concernant les pathologies portant atteinte à la modification et à la perturbation de son image de soi. C'est pour ces raisons-là que j'ai traité ce sujet dans ce mémoire d'initiation à la recherche infirmier. Cette réflexion est basée sur deux situations d'appel qui se sont déroulées pour l'une lors d'un stage en unité d'hospitalisation de très courte durée chirurgicale et pour l'autre lorsque je travaillais en médecine physique et de réadaptation. Durant ces deux expériences j'ai été confronté à de nombreux patients ayant eu recours à une amputation. C'est pour cela que j'ai voulu approfondir ma réflexion sur les pratiques professionnelles et ainsi acquérir de nouvelles connaissances.

J'ai ainsi pu constater les conséquences liées de l'amputation sur la modification de l'image corporelle, aussi bien du côté physique que psychologique.

De plus, mes prises en charge de patients se sont déroulées à des moments bien distinct. C'est-à-dire, en préopératoire et durant le parcours de soins que suit le patient après son intervention chirurgicale, et pendant la phase rééducative.

Ces prises en charge m'ont permis d'observer et d'être acteur, par le biais de soins techniques comme la réfection de pansement de moignons, d'aide à la marche et de surveillance du port des prothèses. Cet accompagnement éducatif et préventif tend à favoriser l'autonomie du patient et contribue à valoriser des soins relationnels dans lesquels le patient peut faire part de ses angoisses et ses craintes.

Ce thème de travail de fin d'étude m'accompagnera tout au long de mon parcours professionnel et me permettra d'aborder cette approche de la perturbation de l'image corporelle comme une composante aussi bien physique que psychologique.

2. SITUATIONS D'APPEL

Durant mon expérience professionnelle d'aide-soignant au sein d'un établissement de médecine physique et de réadaptation, j'ai pu être confronté à plusieurs situations qui m'ont interpellé concernant des patients récemment amputés.

Une situation en particulier m'avait marqué. Celle-ci concernait un jeune patient, en couple et père d'un enfant de 6 ans. Ce monsieur était très actif dans la vie, sportif et pratiquait la moto à haut niveau dont il en avait fait son métier. Amputé au niveau fémoral suite à un accident de la voie publique à moto, ce patient avait été admis en service de rééducation orthopédique pour commencer sa prise en charge rééducative mais aussi finaliser la cicatrisation de son moignon. Il était dans l'attente de la fin de cicatrisation afin de recevoir un manchon pour un futur appareillage.

Sa nouvelle apparence restait toutefois difficile à accepter et à surmonter. Il était compliqué pour lui d'accepter la vision du membre manquant, d'en parler, de montrer les conséquences de l'accident à son entourage. Le patient verbalisait sur son impossibilité à se projeter dans sa future vie.

En seconde année d'étude à l'IFSI, lors d'un stage en unité de très courte durée chirurgicale, j'ai eu l'occasion de prendre en charge un patient qui venait à la suite d'un accident domestique.

Ce patient, retraité, mais très actif avait pour habitude de bricoler chez lui. Cependant, lors d'un moment de négligence avec une scie circulaire, sa main s'est retrouvée sous la lame et sectionnant alors trois de ses doigts (L3,L4,L5). Arrivé aux urgences avec sa femme, M. L. avait la main enroulée dans une serviette et était très paniqué. Il m'indique que l'accident s'était passé très vite et qu'il n'avait pas pu constater les dégâts sur sa main dû à une quantité de sang importante sur la plaie. Il exprimait dans un premier temps une crainte de découvrir l'état de sa main. Puis dans un second temps, n'envisageait pas de ne plus pouvoir utiliser sa main. Il me disait avoir besoin de pouvoir continuer à bricoler. A cet instant, mon but était de le rassurer dans l'attente qu'un médecin arrive afin de constater l'ampleur de la blessure.

Ces deux situations d'appel m'ont permis de m'interroger sur différents concepts, et sur les différentes phases dont un patient peut être amené à rencontrer.

3. QUESTIONNEMENTS / CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART

- Qu'est-ce que l'altération de l'image corporelle et plus précisément comment est vécu la perte d'un membre de son corps ?
- Qu'est-ce qui fait que l'image corporelle est perturbée chez un patient amputé ?
- Comment est vécu l'annonce d'une amputation ?
- Comment le rapport à l'autre se fait-il ?
- Comment tendre vers l'acceptation ?
- Quelles sont les ressources à disposition ?

4. QUESTION DE DEPART

Amputation : En quoi le rôle de l'infirmier participe-t-il à l'acceptation d'une nouvelle image corporelle ?

5. CADRE CONCEPTUEL ET DEMARCHE D'ANALYSE

5.1 L'amputation

5.1.1 Définition

Les Hôpitaux universitaires de Genève définissent l'amputation comme, « une opération chirurgicale qui consiste à enlever une partie du membre. L'indication médicale est posée lorsque la région touchée ne peut pas être conservée ».

5.1.2 Histoire

L'histoire de l'amputation et des prothèses est issue du progrès des sciences médicales, des civilisations, des cultures ainsi qu'aux découvertes scientifiques et inventions dans le domaine de la médecine (Handicoupe, sd). C'est en remontant au cours du temps que l'on observe de moins en moins de signes d'amputations qui subsistent. Les plus vieilles traces d'amputations ont été retrouvées sur des peintures rupestres datant de 36 000 ans avant J.C. Durant ces périodes, les diverses causes étaient dues à de multiples fréquentations d'animaux sauvages, batailles à coups de haches et autres silex, mais également châtiments tranchants prévus dans les lois de certaines communautés. Cependant, peu d'hommes survivaient aux amputations le fait est qu'il y avait peu d'anesthésies et que les antalgiques étaient très restreints. De plus, les antiseptiques et outils utilisés ne garantissaient qu'une faible espérance de survie. Le développement de la médecine et de la science des prothèses sont apparus à l'arrivée des premières civilisations. Ce sont les premiers grecs qui semblent avoir hérité de la chirurgie des égyptiens.

Hippocrate, médecin grec du Vème siècle avant J.C., avait recours à l'amputation pour les sujets atteints de gangrène en utilisant les ligatures contre les hémorragies.

C'est suite à des découvertes de preuves d'amputations par des chercheurs allemands que l'on affirme que les égyptiens étaient capables de fabriquer des prothèses après les amputations.

Durant le Moyen Age, les techniques chirurgicales qui avaient été développées jusqu'à lors n'avaient pas été transmises par les Grecs laissant réapparaître des méthodes primitives.

C'est à partir de la Renaissance que de nouvelles inventions voient le jour. Notamment par le père de la chirurgie moderne qu'était Ambroise Paré (1509-1590), avec l'instauration de

la ligature des artères en lieu et place de la cautérisation après une amputation. Il fut également concepteur de prothèses, avec la première prothèse de cuisse reproductible.

Dès les années 1850, des méthodes dites plus scientifiques virent le jour par l'intermédiaire des travaux de Pasteur L. (1822-1895), notamment sur la théorie d'infection par les germes qui vont révolutionner l'antisepsie.

S'en suivent les différentes guerres (Guerre de Sécession, première et seconde guerre mondiale) avec leur nombre de victimes qui vont amener aux perfectionnements des techniques d'amputation et d'appareillage. Cela aura pour perspective de se faire amputer sans risquer sa vie et d'envisager une suite active.

5.1.3 Causes de l'amputation

D'après l'association de défense et d'étude des personnes amputées (ADEPA), on peut diviser les causes principales de l'amputation selon trois grandes catégories.

Premièrement les causes pathologiques avec les artérites qui sont des lésions artérielles dont l'origine peut être inflammatoire ou dégénérative résultant d'un épaissement des parois avec une dilatation et une obstruction des vaisseaux. De tous âges, il s'agit de la cause la plus fréquente. Le plus souvent elles apparaissent chez les sujets âgés mais peuvent survenir plus précocement. On retrouve également chez les patients diabétiques l'artériosclérose, qui est une maladie dégénérative des artères dont l'évolution est lente et sans signe de douleur. Chez ce type de patient diabétique, le risque est 15 fois plus élevé.

Ensuite les causes traumatologiques suite aux accidents domestiques, de travail, de la route mais aussi des gelures, brûlures et électrocutions.

Dans le cas des accidents sur la voie publique, il s'agit principalement de personnes jeunes, essentiellement en deux roues motorisées.

Pour ce qui concerne les cas traumatiques, une amputation est liée à un contexte d'urgence lorsque les lésions sont trop importantes et ne permettent pas une conservation du membre. Elle peut survenir plus tardivement si les traitements conservateurs sont amenés à échouer ou dans le cas de complications.

Puis les causes congénitales, qui peuvent être l'équivalent d'une amputation lorsque dans un membre, l'aplasie ou absence congénitale de tissu ou d'organe réalise une lésion. Pierquin L. (1982) cité par l'ADEPA décrit qu'il y a « des causes plus rares d'amputations pathologiques comme les infections telles que le purpura fulminant et de façon plus

exceptionnelle la lèpre ou l'actinomyose, ou encore comme les affections neurologiques (Spina bifida, analgésies rachidiennes inférieures) ».

Il y a également d'autres causes encore importantes d'amputation comme les guerres et les mines anti personnelles. Mais aussi suite à certaines convictions religieuses (rites, sanctions pénales musulmane, loi islamique, ...) qui amène à amputer la main des voleurs, et d'un ou plusieurs membres pour les rebelles.

Enfin, malgré que cela soit plus rare, il ne faut pas négliger les erreurs médicales qui peuvent engendrer une amputation.

5.1.4 Epidémiologie

Selon les dernières données de l'HAS (Février, 2007), on constate que les statistiques sur le nombre de personnes amputés en France sont plutôt rares. Habituellement, les estimations font l'état d'environ 100 à 150 000 amputés en France. Ces chiffres varient en fonction de la définition de l'amputation, qu'il s'agisse du membre supérieur ou inférieur mais aussi du niveau d'amputation.

Pour ce qui est du nombre d'amputation des membres supérieurs, cela représente environ 10% à 15% des amputations.

Au final, chaque année, environs 8300 à 9000 nouvelles personnes seraient amputées.

5.1.5 Niveaux d'amputation

Le niveau d'amputation (**Annexe V**) définit la section du corps où l'on va amputer le membre et est déterminé d'après plusieurs critères. En fonction de la qualité des artères, car si le sang ne parvient pas jusqu'au niveau d'amputation, la cicatrisation ne se fera pas. Il faut aussi repérer la gravité de l'infection ainsi que l'étendu de l'atteinte des tissus. Il convient de connaître le niveau d'autonomie avant amputation afin d'appréhender les futures capacités à l'utilisation d'une prothèse. (Hug, sd).

Il faut veiller à amputer de tel sorte que l'appareillage soit possible par la suite. Pour cela il est nécessaire de prendre en compte les contraintes comme la future cicatrice et les points d'appuis.

De plus, pour chacun des niveaux d'amputation, un bousculement fonctionnel et psychologique apparait et doit être pris en compte dans l'acceptation de la nouvelle image corporelle.

5.2 Les conséquences de l'amputation

Les conséquences auront pour effet une répercussion sur le plan physique et psychologique du patient. Cela entrainera diverses perturbations qu'il convient de repérer pour faciliter la prise en charge.

5.2.1 Impact physique

Il est nécessaire de bien différencier les deux notions que sont l'image du corps et le schéma corporel afin d'appréhender de quoi relève l'acceptation de l'image corporelle d'une personne amputée.

5.2.1.1 *Schéma et image corporelle*

Le schéma corporel est une représentation du corps dans l'espace. Cette représentation, comprenant toutes les parties du corps, est formée durant l'enfance grâce aux sens tel que la vue, l'ouïe et le toucher. (Weil-Barais A., Cupa D. (2008), p.82)

Le schéma corporel a pour but de donner : « la sensation de la position du corps, l'appréciation de la direction du mouvement et le maintien du tonus postural ». (Michel B. (1995), p.26)

Wallon H. précise que la construction du schéma corporel et celle de la perception de l'autre, suivent un même mode de développement. Wallon H. confère au schéma corporel le sens de représentation globale de la personne. (Weil-Barais A., Cupa D. (2008), p.82)

L'image corporelle selon Françoise Dolto est « la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain. Elle est le lieu inconscient d'où s'élabore toute expression du sujet ; le lieu d'émission et de réception des émois interhumain langagiers ». (Rezette S. (2008), p.60)

Selon Wood (1975), « l'image du corps a été conceptualisée comme une image mentale de son propre corps, c'est-à-dire la façon dont le corps apparait au moi », ((1992),

p.2) et ajoute aussi qu'il s'agit d' « un concept dynamique, sujet à des changements dans les réponses aux influences subies par le corps lui-même ». (Salter, M. (1992), p.27)

De plus l'image corporelle est subjective, chaque personne perçoit son corps différemment ; elle est inconsciente et dépend du vécu émotionnel.

À contrario, le schéma corporel est une réalité corporelle, il caractérise la posture et le sens de représentation globale de la personne.

5.2.1.2 Membre fantôme

Le membre fantôme est la perception que l'on a lorsqu'un membre est amputé et qu'il est perçu comme encore présent tout en conservant sa fonction.

Il a été constaté que le cerveau continue de réceptionner des signaux des terminaisons nerveuses du membre absent et en provenance de celui-ci. Dans ce contexte, les personnes amputées ressentent souvent des sensations de l'ancien membre aujourd'hui retiré et généralement une douleur.

En ce qui concerne la partie fantôme du corps, elle peut être perçue durant plusieurs jours ou semaine après la perte ou le retrait de la partie. De plus, chez d'autres personnes, ce membre fantôme peut perdurer dans le temps et persister durant plusieurs années. (Cheriyedath S. (2019))

5.2.2 Impact psychologique

L'accompagnement psychologique du patient amputé doit voir sa prise en charge démarrer le plus tôt possible et cela par le biais d'une équipe pluridisciplinaire.

La personne est confrontée à l'obstacle qu'est le choc psychologique à la suite de son amputation. D'une part par l'altération de l'image de soi mais aussi à la suite des conséquences qui en découlent, au faire face de son incapacité non récupérable mais compensable. Une sensation d'anéantissement peut alors être perçue suite à la dégradation de ses capacités physiques et faute de ne pouvoir préserver la totalité de son corps.

5.2.2.1 Etapes du deuil

Elisabeth Kübler-Ross a établi un modèle qui définit les 5 phases obligatoires du deuil et qui aboutissent jusqu'à la phase d'acceptation. Toutefois, elles ne sont pas forcément toutes

vécues par le patient. Certaines peuvent se croiser, ne pas être présentes mais aussi se permuter. (Salter, M. (1992), p.14)

En suivant ce modèle et en complétant avec le cours de Didier Mercier (2019), la première phase comporte celle du déni. C'est-à-dire que le patient amputé ne peut se confronter à la réalité. Cette phase est généralement de courte durée, de quelques jours à quelques semaines.

Par la suite, la phase de colère apparaît car le patient refuse d'être en contact avec ce nouvel état physique. D'intensité plus ou moins forte, cela peut être difficile à vivre par le patient tant que par son entourage. Pourtant cette phase est une évolution psychologique montrant l'effacement d'un processus de sidération ou d'indifférence qui se traduira par la suite, par un processus de reconstruction tendant vers l'acceptation active. La disparition progressive des mécanismes de défense tel que la colère, sont substitués par une sphère psychologique surmontable. Cela à travers des mécanismes de pensée constructifs tels que l'écoute et la compréhension.

Puis arrive la phase de marchandage. À ce stade, la nouvelle situation confronte le patient à accepter qu'un fragment de la réalité lui confère la sensation de vivre « comme avant ». Durant cette phase, le patient refuse fréquemment les conseils ou traitements qui peuvent lui être proposés, tel est son désarroi vis-à-vis de la réaction face à l'amputation. Ce comportement peut générer un maintien du sentiment de colère ou l'apparition d'une anxiété face à l'inconnu.

A son tour, apparaît la phase de dépression qui, toujours selon Elisabeth Kübler-Ross n'est pas à identifier au sens psychiatrique mais plutôt comme une animosité, une perte d'intérêt, d'absence de plaisir et un sentiment de tristesse causée par la perte définitive de quelque chose. Puis vient l'idée au patient d'oublier peu à peu l'amputation et l'idée d'un retour à une vie antérieure avec la contrainte de l'amputation.

Pour finir, la phase d'acceptation qui vise à accepter son corps pour intégrer ce nouveau fonctionnement dans son quotidien, en se projetant dans le futur, sans effacer le sentiment de dépendance et d'inaptitude, pour tendre vers l'autonomie, la vitalité. Malheureusement, cette étape n'est jamais entièrement acquise et nécessite un soutien de son entourage.

5.2.2.2 Mécanismes de défense

« Les mécanismes de défense représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions » (Freud A., (1936))

Au fil du temps et tout au long de la maladie, le patient traverse différents états psychologiques. Il s'agit d'un processus inconscient de la personne lui permettant de faire face à des situations difficiles mais aussi de lutter contre ses angoisses. Il est important que les soignants apprennent à les repérer pour adapter une juste attitude à l'égard du patient.

Voici quelques exemples de mécanismes de défense étudiés en première année à l'IFSI par le biais des cours de Françoise Esnault (2017) :

Le refoulement : opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir des tensions psychiques internes. Il existe 3 niveaux de refoulement :
- La régression : retour à un mode de fonctionnement plus archaïque, plus ancien qui va induire la prévalence du langage, d'un comportement, d'intérêts qui auront la tonalité et la coloration caractéristiques d'un stade donné. Cette régression est possible du fait de fixations liées à ce stade ;

- Le déplacement : la pulsion liée à une représentation interdite se détache d'elle et va se lier à une autre représentation plus neutre et plus acceptable, reliée à la première par une chaîne associative ;

- L'isolation : isoler la représentation de sa charge affective. La représentation est alors désaffectée et l'affect doit trouver une autre issue, par exemple le déplacement sur une autre représentation.

Sur un mode plus restrictif, la rupture des connexions associatives entre une pensée ou une action et ce qui la précède ou lui fait suite ;

La rationalisation : elle s'appuie souvent sur la dénégation et l'isolation pour trouver de bonnes raisons d'expliquer un comportement dont les motivations profondes sont en fait jugées inacceptables ;

Le déni de la réalité : le sujet nie totalement une part plus ou moins importante de la réalité externe. Il s'associe souvent au clivage

5.2.2.3 Impact social du handicap

Selon la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Il s'agit d'une limitation des capacités de la personne entraînant par la suite une modification de ses habitudes de vie tant sur le plan professionnel, familial que social.

Par ce fait, la prise en charge pluridisciplinaire (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, ...) de la personne amputée est primordiale afin de rétablir au mieux ses fonctions et de faire perdurer la prise en charge thérapeutique.

5.2.2.4 Estime de soi, regard de l'autre

Dans le livre de Mave Salter est cité Costello (1974), qui décrit que l'acceptation de l'altération corporelle s'effectue en cinq phases :

« -Il faut donner au patient le temps d'accepter l'apparence de la plaie opératoire.

-Il doit la toucher, l'explorer.

-Il doit accepter la nécessité d'apprendre à se prodiguer des soins.

-Il faut qu'il devienne indépendant et acquière la maîtrise des soins quotidiens.

-Il doit reconstruire une nouvelle image de son corps et si possible y adapter son style de vie » (Salter, M. (1992), p.14)

L'estime de soi est l'estimation que la personne se donne, à quel niveau elle se perçoit afin d'être une personne significative. Elle influence notre personnalité mais aussi les relations entretenues avec autrui.

Le soignant par son regard va permettre de réparer le traumatisme lié à l'amputation afin que la personne amputée puisse reconstruire son identité et s'inclure de nouveau dans la société.

Smith R. cité par Mave Salter (1992) affirme que « Nous avons tous une image de notre corps [...] Notre image est renforcée par les comportements sociaux et notre environnement. Nous aspirons tous à la perfection qui se révèle impossible à atteindre ».

Cela mène au fait que le regard des autres est important dans notre propre façon de nous concevoir : d'un côté le besoin de se sentir accepté de la société et de l'autre être intégré dans la société pour se sentir bien et ainsi contribuer à sa propre estime de soi.

De plus, la modification corporelle vu par autrui peut induire un sentiment de curiosité mais également de répulsion, dans le cas où elle ne sait pas de quoi il s'agit précisément. Les patients amputés peuvent alors ressentir un sentiment de malaise, de rejet et se percevoir différent des autres, ne pas être conforme. En revanche, si un patient amputé est confiant, mieux dans sa peau alors il pourra s'intégrer plus facilement et prendra davantage d'initiatives.

À l'inverse, repousser l'image de son corps affectera son comportement personnel et celui des autres, et risque d'engendrer un repli sur soi, un isolement et un sentiment de dévalorisation

5.3 Le rôle et les compétences infirmières

L'IDE articule ses soins autour de son rôle propre et de son rôle prescrit. D'après l'article R.4311-3 du code de la santé publique, « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires ».

À contrario, son rôle prescrit est défini par différentes tâches prescrites par le médecin pour investiguer, traiter et surveiller.

5.3.1 Accompagnement

D'après la définition du Larousse, le verbe accompagner signifie : « être avec quelqu'un, lui tenir compagnie ».

Selon Maela Paul, la notion d'accompagnement se situe entre deux points bien distincts. « D'un côté, la dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui, et les figures qui interrogent le sens et de l'éthique de ce rapport, de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et les logiques qu'elle combine, comme autant de critères d'adéquation à une situation sociale spécifique ». (Paul M., (2004), p.8)

Selon Viesperen P. (1984), « accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas »

Pour cela, il est nécessaire d'avoir des connaissances et connaître les problèmes du patient que l'on prend en charge, afin d'adopter la bonne posture, montrer que l'on est présent, à l'écoute mais aussi savoir faire preuve d'un bon sens relationnel.

De plus, pour que l'accompagnement se déroule le mieux possible, il est important d'instaurer une relation de confiance.

5.3.2 Relation Soignant / soigné

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

On notera que la relation soignant-soigné est par définition asymétrique, le fait est que le soignant est considéré comme actif, c'est celui qui soigne, qui fait preuve de savoir. A contrario, le patient est passif, car il est dépendant du soignant, c'est lui qui est demandeur et qui reçoit.

5.3.3 Relation d'aide

La relation soignant-soigné est généralement représentée comme une relation d'aide car le soignant contribue au bien-être du patient.

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

La relation d'aide est donc une relation d'accompagnement, qui montre la direction à prendre au patient et qui va permettre de le conduire à la réalisation de soi, à son épanouissement personnel.

La recherche de cet accomplissement personnel au travers de ses propres besoins va le mener vers différentes étapes de la pyramide de Maslow (**Annexe VI**). En effet, l'IDE doit être en mesure de trouver une juste distance avec le patient afin de l'aider à repérer ses propres besoins, en se référant aux quatorze besoins de Virginia Henderson. Ainsi les ressources du patient seront préservées et permettront d'en acquérir de nouvelles.

Le rôle de soutien de l'IDE est le moteur qui va par le biais de son comportement apporter une dynamique positive au patient et à sa famille. Le patient peut ressentir un bien-être qui va favoriser l'acceptation de son état.

5.3.4 Education thérapeutique du patient

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

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

L'ETP va permettre au patient amputé d'avoir une meilleure connaissance de sa pathologie tout en l'aidant à être acteur dans sa prise en charge. Le patient va pouvoir acquérir à plus ou moins court terme les notions essentielles relatives aux compétences d'auto soins, à la mobilisation et à l'adaptation des contraintes environnementales et d'évolution de sa pathologie.

Ces recherches théoriques sur l'amputation ont permis d'éclaircir mon sujet et de les confronter aux données que j'ai pu extraire des entretiens auprès de deux infirmières.

6. PHASE DESCRIPTIVE : ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS

Dans la continuité de l'élaboration de mon cadre conceptuel, j'ai effectué des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières afin d'obtenir des apports pour enrichir ma réflexion sur le sujet. Cette partie se compose de l'analyse des entretiens permettant de confronter les réponses et points de vue des deux interlocutrices. Le guide d'entretien ainsi que l'analyse sont retranscrits en **annexe IV**.

6.1 Méthode et outils utilisés : Guide d'entretien et entretien semi-directif

Mon exploration se porte sur la réalisation d'entretiens semi-directifs car mon but est de recueillir des informations qui apportent des explications à mon travail de recherche. Mon guide d'entretien comporte une série d'interrogations ouvertes préparées en amont ainsi que quelques questions de relance me permettant de garder au mieux un fil conducteur. Toutefois, en fonction de l'échange entre la personne interviewée et moi-même, les questions pouvaient être amenées dans un ordre aléatoire.

Afin d'être vraiment acteur durant cet échange, j'ai utilisé mon téléphone pour enregistrer l'entretien et ainsi éviter de rompre les échanges lors de la discussion. Cela m'a permis de me focaliser sur mon guide d'entretien, d'avoir une bonne dynamique et d'orienter mes questions en fonction du déroulé de la conversation. Cette démarche m'a apporté des éléments et opinions nécessaires à mon analyse descriptive que j'ai pu regrouper par thèmes.

6.1.1 Présentation de la population interviewée

J'ai mené des entretiens formels auprès de deux infirmières que j'ai pu contactées au préalable par téléphone. J'ai choisi de les interviewer car elles ont un parcours différent mais avec des points de similitudes concernant la prise en charge des patients amputés. Mon choix s'est porté sur l'interview d'une infirmière de 30 ans diplômée depuis moins de 5 ans ayant exercé principalement aux urgences admissions et en parallèle une infirmière de 45 ans diplômée de l'ancien référentiel, qui exerce en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). J'ai pris en compte ce critère d'ancienneté afin d'avoir un point de vue distinct entre une jeune professionnelle et une infirmière avec une expérience supérieure.

De plus, cela m'a permis d'avoir un regard différent concernant la prise en charge en amont de l'amputation et durant la phase rééducative.

6.1.2 Analyse des entretiens

J'ai choisi d'analyser les entretiens en regroupement les données extraites par thèmes.

- **Compétences requises dans la prise en charge des patients amputés**

Les compétences requises dans la prises en charge de patients amputés ne diffère pas ou peu de ce que l'on peut rencontrer dans d'autres services. Il y a peu de spécificités et cela reste identique que de traiter et de soigner un patient. Il faut toutefois avoir de bonnes capacités d'adaptation et de collaboration avec les autres professionnels, un sens de l'organisation et savoir prioriser les soins. On note aussi que les infirmières doivent faire preuve de rigueur et de réactivité. De plus, le patient est libre et il faut faire en fonction de ses choix, il est acteur de sa prise en charge.

- **Distinction, regard et prise en charge différente entre un patient qui souffre d'une perturbation de son image corporelle et l'autre non**

Les infirmières ne font pas réellement de distinction ou de différence, le soin reste identique. Elle reste dans une démarche d'autonomisation et d'acceptation. Le patient est là pour participer et il se doit d'être encouragé. Les infirmières sont là pour apporter leur aide et suppléer certains gestes.

En parallèle, il en ressort que « tous les patients ne souffrent pas tous d'altération de leur image corporelle » car certains se sont appropriés leur nouvelle image préalablement.

- **Le vécu et ressenti du patient amputé lors de son parcours de soins**

Les infirmières relèvent que les patients doivent passer par le deuil. Certains des patients arrivent à exprimer ce qu'ils ressentent alors que d'autres non et se renferment. Certains s'offusquent à croire que l'amputation est la dernière des solutions, et restent

hermétiques au dialogue. Il est noté que cela peut prendre plus ou moins de temps en fonction de chaque patient.

Il en ressort qu'il est important de pouvoir créer une relation de confiance. Pour cela les infirmières peuvent s'appuyer sur l'entourage pour consolider et faciliter cette relation. Ainsi, les divers échanges avec le patient autour de son amputation, ses problèmes et sujets divers, contribue à la création d'une relation de confiance qui va permettre au patient de s'ouvrir, de parler et d'échanger avec le soignant.

- **Accompagner le patient dans ses difficultés**

Il convient de repérer le degré d'autonomie et la fonction impactée chez le patient. En outre, s'il s'agit d'un problème physique, de déplacement, et dans le cas d'une annonce d'un geste chirurgical, il s'agira également de s'interroger sur le côté psychologique.

Les infirmières restent centrées sur le problème et prennent en compte la situation globale du patient. C'est-à-dire aussi bien la sphère environnementale que familiale.

De plus, l'objectif visé est d'orienter le patient et l'accompagner au mieux.

- **Le rôle IDE dans la participation à l'acceptation**

La participation de l'infirmière à l'acceptation de cette nouvelle image corporelle fait partie du rôle propre. Il convient d'apporter sa pierre à l'édifice, et pour cela l'IDE doit être en interaction avec tous les professionnels qui l'entourent.

Pour le patient, cela reste un travail sur le long terme, et en ressort que c'est une phase qui n'est pas évidente. Ce cheminement avec l'IDE va permettre au patient de s'exprimer et de verbaliser ses angoisses et ses craintes et ainsi l'infirmier pourra le guider vers le personnel qualifié dans un domaine spécifique, adapté à ses besoins.

- **Le ressenti du patient, le regard de l'IDE et les actions mises en place**

En ce qui concerne le ressenti du patient et notamment son état psychologique, il en ressort que le ressenti n'est pas exprimé de prime abord, que d'autres solutions sont envisageables avant l'amputation. Il est constaté que le patient est souvent dans une phase de colère et de déni, il refuse de croire aux suites envisageables. Des phrases lourdes peuvent surgir tel que l'envie de mourir plutôt que de subir l'amputation mais aussi la crainte de ne pas retrouver une vie identique à celle d'avant.

Pour le soignant, la perception est tout autre, c'est-à-dire que leur regard est plus objectif, que la difficulté de cette étape est flagrante. Il est également compliqué malgré l'insistance des interventions infirmières de donner raisons à leurs dires. Il ne faut pas forcer et se bloquer sur ses propres représentations du handicap. Il convient de suivre la dynamique du patient en cernant les baisses de moral et les phases où il est plus à même d'écouter. En effet on remarque qu'un patient peut se sentir soutenu, écouté même si ses questions sont restées sans réponses, par le simple fait de se tenir à ses côtés.

Il convient aussi de s'appuyer sur des ressources tel que l'entourage afin de faire circuler les messages et de discuter sur le ressenti de la famille. D'employer d'autres approches sans pour autant obliger le patient à les suivre, mais le laisser décider. On peut aussi proposer l'aide d'un autre professionnel plus habile à faire verbaliser tel qu'un psychologue. Les infirmières restent à l'écoute, tendent des « perches » et restent ouvertes aux demandes du patient

- **Les limites / barrières à l'accompagnement**

Lors de ce questionnaire, il en est ressorti que les infirmières portent un sentiment de culpabilité, car il est difficile de prodiguer des soins alors qu'on est au courant des suites à venir. La réalisation des soins préalables à l'amputation, sont des circonstances difficiles à accepter et à comprendre pour le patient.

La notion de temps est récurrente dans la prise en charge d'un patient et celle-ci n'est pas toujours évidente à prendre en compte car elle est compliquée à appliquer. Le soignant doit prendre en compte ses obstacles et l'aider à les surmonter tout en veillant à accompagner le patient dans ses gestes de la vie quotidienne.

Les moyens employés sont divers et variés. En ce qui concerne la douleur, l'infirmière évoquait avoir la chance d'être dotée de matériel et de compétences nécessaire tel que la prémédication médicamenteuse, le méopa ou encore l'hypnose permettant de pallier ses obstacles et les contourner. Dans ce contexte, il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur d'autres professionnels comme les psychologues pour surmonter ces difficultés.

- **Traçabilité de l'évolution du moral, de l'acceptation de la nouvelle image corporelle au cours de la prise en charge**

Lors de cet échange, une disparité est apparue entre les deux infirmières. Les lieux d'exercice étant différents, il s'est révélé pour l'une que la traçabilité de l'évolution du moral

n'était clairement pas faite. Cette infirmière se focalisait davantage sur la plaie elle-même et ce manque d'attention sur le moral ne lui paraissait pas normal. L'infirmière mentionnait une impression de se cacher derrière le soin technique qui pouvait la rendre mal à l'aise. Il lui paraissait prétentieux de dire dans ce cas de figure qu'on aide le patient à accepter la situation.

D'autre part, pour l'infirmière en soins de suite et de réadaptation, il s'agissait d'une étape qui est réévaluée régulièrement afin de percevoir le cheminement réalisé par le patient, tout en restant dans l'optique d'un processus de rééducation et de ré-autonomisation. En outre, le fait de savoir que le patient accepte sa nouvelle image lui permet de progresser.

Pour ce qui est des étapes durant cette prise en charge, il en résulte pour une infirmière que la phase d'acceptation n'est pas vraiment assimilée mais que le patient vit avec. Cette étape qu'est le deuil peut durer d'une quinzaine de jours à plus d'un mois. Les différentes étapes du deuil doivent être résolues, sinon la phase d'acceptation risque d'en être compromise. Le constat est que le deuil est perçu comme un cheminement en « dent de scie » et que d'un patient à un autre, le cheminement varie, mais qu'au final il est obligé de passer par toutes ces étapes du deuil.

- **L'IDE et la formation**

Les connaissances des infirmières se portant notamment sur le regard qu'elles ont suite à leurs expériences et aussi aux notions qu'elles peuvent avoir concernant l'éducation thérapeutique du patient.

Pour l'infirmière des urgences, elle conçoit que les formations liées à l'amputation sont plus riches dans des services de rééducation.

Alors que pour l'IDE de SSR, elle s'interroge sur l'intérêt des formations concernant l'accompagnement à la nouvelle image corporelle car elle n'en ressent pas le besoin.

On conçoit que l'expérience joue un rôle primordial dans l'accompagnement et qu'il est nécessaire de se former dans bien de spécificité pour se perfectionner.

- **La représentation du corps, du handicap, les compléments à notre exercice**

Il en découle que l'expérience amène à moins redouter la pathologie. Il est plus simple de concevoir que les patients, dans ce cas, n'ont pas une vie « facile » après l'amputation.

La vision du handicap par l'IDE des urgences, est tel que la prise en charge de patient handicapé est « chronophage et assez lourde ».

Cependant, l'exercice de ce métier est en constante évolution, et il faut se rassurer auprès des collègues qui ont plus d'expérience dans le domaine.

L'IDE de SSR note qu' « un bon infirmier est un infirmier qui se remet en question ».

De plus, des compléments sont apportés par le savoir des étudiants qui amènent à réfléchir sur l'évolution des pratiques.

Cependant, on remarque qu'un jeune diplômé n'a pas la même maturité en sortant de la formation qu'il y a de ça quelques années. Les futurs infirmiers semblent sûr d'eux suite à leurs expériences au cours des stages.

6.2 Phase interprétative et discussion : Comparaison de la phase descriptive avec le cadre théorique et mes représentations

Afin de répondre à ma question de départ concernant la participation de l'infirmier dans l'acceptation de la nouvelle image corporelle, j'ai mis en relation les différents concepts que j'ai cité dans mes recherches bibliographiques ainsi qu'aux entretiens que j'ai réalisés.

Premièrement, on constate que la notion d'accompagnement fait partie intégrante du rôle infirmier, de par son écoute qui amène à rassurer le patient de par son soutien auprès de lui. L'infirmier est d'ordinaire la première personne à qui se confie un patient. Il en convient suite aux entretiens que la prise en charge du patient doit se faire dans sa globalité en repérant toutes les ressources qui peuvent lui être utiles. Aussi bien physiquement que moralement. Le but est d'initier et d'instaurer sur le long terme une relation de confiance qui permettra au patient de poursuivre sa progression et son acceptation. Je m'appuie également sur les dires du psychologue A. Manoukian : « Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné (...) Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation. ». Il faut une complémentarité pour que le soignant et le patient puissent se comprendre et mener à bien la prise en charge. Montrer la direction à prendre au patient, va lui permettre de le conduire à la réalisation de soi, sans mettre de côté son ressenti.

De plus, pendant les entretiens que j'ai menés, les IDES ont fait part de leur rôle d'accompagnement et d'un élément indispensable qu'est l'éducation thérapeutique. De ce fait, il en ressort à plusieurs reprises qu'ils/elles font partis d'un ensemble de professionnel et que

pour restaurer l'image corporelle, il convient de s'entourer d'une équipe pluridisciplinaire favorisant ainsi la prise en charge.

Lors de ma première situation d'appel, j'ai été confronté à un jeune patient qui selon lui, ce qui était très difficile à surmonter était sa nouvelle apparence, la vision du membre manquant. Il était compliqué pour lui d'en parler et de montrer les conséquences de l'accident à son entourage. Il verbalisait sur son impossibilité à se projeter dans sa future vie. Je note ici que la représentation de sa nouvelle image corporelle était altérée et de ce fait il n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir. Le rôle infirmier ici est de « briser » les barrières qui lui font obstacles. Etre à l'écoute de son ressenti et l'accompagner est primordial afin de le valoriser et de lui prouver qu'il est capable de surmonter cette épreuve et qu'il finira par arriver au bout de la progression qui l'attend.

Dans la partie que j'ai consacrée aux causes et aux niveaux d'amputation, on peut constater que l'impact sur la future prise en charge est varié. On le remarque de même avec le lieu d'exercice des IDES que j'ai pu interroger lors de mes entretiens. En effet, la nature de l'accident, la pathologie et la partie du corps touché va engendrer une prise en charge différente du patient. Un patient dont le pronostic est connu va pouvoir se préparer un minima à l'annonce de l'amputation. Or ce qui n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'un accident soudain. Il convient de passer par un temps d'adaptation pour recourir à une acceptation plus rapide de sa nouvelle image corporelle.

Pour ce qui est du niveau d'amputation, mes recherches se sont principalement centrées sur la qualité de l'acte chirurgical pour un futur appareillage. Il aurait été intéressant de recueillir le ressenti d'un patient afin de compléter cette partie et ainsi distinguer l'importance et l'utilité d'une prothèse de membre inférieur et supérieur.

En ce qui concerne la sphère et la dynamique familiale, il s'agit d'un aspect que j'ai peu traité et je me suis rendu compte que cette notion est très importante durant la phase de prise en charge du patient. En effet, il convient que le patient crée une relation de confiance avec le soignant mais doit également s'épauler de sa famille pour trouver des forces et surmonter les étapes à venir. On peut remarquer que lors de l'entretien avec une des IDES, il était nécessaire de se doter de l'aide de la famille pour rentrer en contact avec le patient.

En conclusion, je trouve important de souligner le fait qu'il ne faut pas se résumer à une prise en charge purement technique du patient. Il convient d'appréhender le patient dans sa globalité et mettre en relation tous les acteurs pour favoriser le passage des différents processus et tendre vers l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. Tout en surmontant les étapes liées à l'altération de son image.

6.3 Hypothèse de recherche

Mon mémoire d'initiation à la recherche aborde le thème suivant : « Amputation : En quoi le rôle de l'infirmier participe-t-il à l'acceptation d'une nouvelle image corporelle ».

À la suite des recherches dans mon cadre conceptuel et dans la phase descriptive, j'ai remarqué que l'accompagnement lors de la prise en soins d'un patient amputé se complète avec l'apport et l'aide de plusieurs professionnels. Le cheminement du patient vers son acceptation est un travail personnel, cependant il me paraît indispensable qu'il puisse se construire avec l'aide de chacun des soignants mais aussi de la famille.

Toutefois, j'ai noté dans les services que les transmissions concernant la dimension psychologique du patient sont peu tracées. Il en résulte pourtant une part importante dans sa prise en charge. Cette traçabilité permet de repérer les progrès et les difficultés rencontrées par le patient.

Suite aux réflexions que j'ai émis, je retiendrais l'hypothèse que l'accompagnement infirmier influence l'acceptation et la transposition d'une nouvelle image corporelle.

7. CONCLUSION

Cette initiation à la recherche m'a permis de me rendre compte de la complexité de la prise en charge d'une personne amputée d'un membre et de mettre en évidence les moyens d'intervention à mettre en place pour aider le patient. En effet, l'altération de l'image corporelle fait intervenir une multitude de facteurs à prendre en compte. J'ai constaté que tous les professionnels doivent faire preuve d'un bon positionnement et savoir garder une juste distance. Il convient d'accompagner le patient au mieux en respectant ses besoins, en repérant les émotions qu'il traverse et l'aider à conserver l'aspect social avec sa famille qui seront une force pour lui durant son parcours de soins.

En tant que futur professionnel, j'ai constaté lors de mes différents stages que j'étais davantage concentré sur la partie technique du soin et sur le besoin d'apprentissage.

Cependant arrivé en dernière année à l'institut de formation en soins infirmiers, j'ai pu constater le cheminement que j'ai fait concernant les prises en charge des patients, et notamment le prendre soin dans sa globalité. Ce travail m'a permis d'approfondir ma posture réflexive et de questionner mes futures pratiques professionnelles.

Sans forcément m'en rendre compte, j'ai pu concevoir des soins en m'entourant de différents professionnels afin de concevoir des soins dans un but commun. C'est pour cela qu'il est nécessaire de travailler en équipe et de savoir s'entourer de professionnels qui seront nous apporter mais aussi au patient les éléments ou enseignements que l'on ne possède pas.

De plus, à la sortie du diplôme nous avons une vision au sens large de la prise en soin d'un patient, tant le coté physique que psychologique. Toutefois, les difficultés que j'ai pu rencontrer se sont fait ressentir lors de mes entretiens où j'ai confronté deux expériences professionnelles et lieux d'exercice distincts. La vision de la prise en soins était similaire, cependant, je pouvais repérer les contraintes liées au lieu d'exercice qui faisait que la prise en charge et l'évolution du patient étaient perçues de manière différente.

Finalement, ce travail m'aura permis de développer des habilités transférables dans mon futur exercice et une certaine remise en question sur mes pratiques.

8. BIBLIOGRAPHIE

Articles de revue

Thomas-Pohl, M., Rogez, D., Truffaut-Laude, S., & Lapeyre, E. (2015). L'amputation, une prise en charge multidisciplinaire. *Revue de l'infirmière*, (209).

Cours

Esnault, F. (2017). Les mécanismes de défense [Présentation Powerpoint]

Mercier, D. (2019). Les étapes du deuil [Présentation Powerpoint]

Mémoire

- Curelli, A. (s. d.). *Prise en charge psychologique*. Consulté à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>

Ouvrage

-Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping* France : Dunod.

-Michel, B., *Le Corps*. 2e éd. Paris : Le seuil, 1995.

-Mottaz, A-M. (2012) *Concepts en sciences infirmières*. 2e éd. Lyon : Mallet conseil.

-Paul, M. (2004). *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*, Paris: L'Harmattan p.8

-Rezette, Séverine. (2008) *Psychologie clinique en soins infirmiers*. 1éd. Issy-les-Moulineaux : Masson.

-Salter, M. (1992). Les effets de l'altération de l'image corporelle dans la maladie. Dans Altération de l'image corporelle. Inter Editions

-Weil-Barais, A. et Cupa, D. (2008) *100 fiches de psychologie*. 2^e éd. Rosny : Bréal.

Sites web

-Cheriyedath, S. M. (2019, février 27). Quel est un membre fantôme ? Consulté le 20 février 2020, à l'adresse [https://www.news-medical.net/health/What-is-a-Phantom-Limb-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-a-Phantom-Limb-(French).aspx)

-Curelli, A. (s. d.). *Prise en charge psychologique*. Consulté à l'adresse <https://www.adepta.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>

-Epidémiologie de la pathologie. (2009, novembre 24). Consulté le 26 février 2020, à l'adresse <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/cnedimts-2212-3c100c-leg.pdf>

-Guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique pour personnes amputées de membre(s). (2007, juin 1). Consulté le 28 février 2020, à l'adresse <https://ispo-france.com/fichiers/contenu-adherent/etude-therapeutique/1-Guide-methodologique-pour-elaboration-d-un-programme-ETP-pour-personne-amputee.pdf>

-Hôpitaux universitaire de Genève. (s. d.). Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs. Consulté le 27 janvier 2020, à l'adresse <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/amputation.pdf>

-La relation soignant- soigné. (2015, décembre 11). Consulté le 17 février 2020, à l'adresse <https://unemietteinfirmiere.wordpress.com/2012/10/19/la-relation-soignant-soigne/>

-Les causes d'amputation | ADEPA. (s. d.). Consulté le 15 janvier 2020, à l'adresse <https://www.adepta.fr/autour-de-lamputation/les-causes-damputation/>

-Membre supérieur | ADEPA. (s. d.). Consulté le 24 février 2020, à l'adresse <https://www.adepta.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/membre-superieur/>

-Niveaux d'amputation. (s. d.). Consulté le 24 février 2020, à l'adresse <https://www.ottobock.fr/protheses/amputation-membre-inferieur/avant-amputation/niveaux-amputation.html>

-Quelques chiffres. (s. d.). Consulté le 26 février 2020, à l'adresse <http://lesprothesesdemains.e-monsite.com/pages/quelques-chiffres/>

-T. (2000, novembre 25). Histoire de l'amputation - les premiers amputés. Consulté le 25 janvier 2020, à l'adresse http://www.handicoupe.com/Amputation/a_histoire.htm

9. SOMMAIRE DES ANNEXES

- **Annexe I : Guide des entretiens**
- **Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1**
- **Annexe III : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 2**
- **Annexe IV : Tableaux de l'analyses des entretiens**
- **Annexe V : Niveaux d'amputation**
- **Annexe VI : Pyramide de Maslow**

- **Annexe I : Guide des entretiens**

1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement s'il vous plaît ?

-Quel âge avez-vous ? En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? Quel est votre parcours professionnel ? Est-ce un premier poste ?

-Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? Sur quels critères s'est posé votre choix de travailler dans ce service ? Qu'est-ce qui vous a plu ?

-Avez-vous suivi des formations spécifiques dans ce service ou au cours de votre parcours professionnel ? (Intégration, diplôme universitaire, plaies et pansements...)

2 : Quelles sont, pour vous, les compétences requises pour travailler dans ce service et prendre en charge des patients amputés ?

-Quels conseils à apporter à un/e jeune diplômé/e infirmier/e ?

3 : Quelles distinctions faites-vous, entre la prise en charge d'un patient amputé et d'un patient souffrant d'une pathologie n'altérant pas son image corporelle ?

Quels sont donc les diagnostics infirmiers que vous relevez dans la prise en charge de patients amputés ? Avez-vous un regard différent sur la façon de prendre en charge une personne amputée ?

4 : Pouvez-vous me décrire le parcours d'hospitalisation d'un patient amputé dans votre service ?

Comment sont-ils pris en charge ? Quels soins leurs sont prodigués ?

Quels sont les différents acteurs de soins ? Y a-t-il un projet de soins individualisé pour chaque patient amputé ?

5 : Que pensez-vous que vit un patient amputé lors de son parcours de soins, de l'annonce de la maladie et de l'amputation, à l'acte chirurgical jusqu'à la rééducation ?

Quels ressentis peut-il avoir ? Quels problèmes peut-il rencontrer ? Quel est son vécu du monde hospitalier ? Comment perçoit-il le rôle de l'infirmier ?

6 : Pour vous, que signifie accompagner le patient dans ses difficultés ?

7 : La participation à l'acceptation de la nouvelle image corporelle du patient relève-t-il du rôle infirmier ?

L'acceptation corporelle du patient est-elle un axe primordial de votre prise en charge ? Pour vous, cela relève-t-il des soins relationnels ?

8 : Vous rappelez-vous une situation dans laquelle vous auriez été interpellé par un patient témoignant de son ressenti face à son image corporelle et qu'est-ce que cela vous évoque ?

*Pensez-vous toujours connaître l'état psychologique du patient que vous prenez en charge ?
Pouvez-vous décrire quelles sont les réactions des patients face à leur image corporelle lors des pansements ?*

9 : Quelles sont les barrières que peut rencontrer l'IDE dans l'accompagnement de l'acceptation du patient à sa nouvelle situation ?

Sentiments de culpabilité, impuissance, gestion de la douleur, juste-distance, faire verbaliser

10 : Comment faites-vous verbaliser le patient sur ce qu'il ressent et que faites-vous de ce qu'il vous a confié ?

11 : Quels sont les outils à votre disposition pour accompagner le patient dans l'acceptation de sa nouvelle situation ?

12 : Dans votre service, l'évolution de l'acceptation de l'image corporelle du patient est-elle régulièrement réévaluée et tracée ?

Lors des transmissions avez-vous l'impression que ce point soit régulièrement abordé ? Si non, pourquoi ?

13 : Concernant l'accompagnement psychologique des personnes amputées,
Quelle formation permettraient d'approfondir votre prise en charge ?

Quels types de formations aimeriez-vous suivre afin de vous perfectionner en ce sens ?

14 : Votre représentation du corps, du handicap a-t-elle été modifiée depuis que vous exercez dans ce service ?

Sur les plans personnels (idées personnelles que l'on se fait du corps, de la santé et de la maladie, rapport avec la famille, les proches...) et professionnels (perception nouvelle du toucher, du relationnel...)

- **Annexe II : Retranscription de l'entretien avec l'IDE 1**

IDE 1

Etudiant : Alors, est ce que tu peux du coup te présenter, brièvement, ton parcours ?

IDE: Pauline 31 ans, je suis diplômée depuis 9 ans et demi et j'ai fait 3 ans en CHU de transplantation rénale. Ensuite, j'ai fait 4 ans et demi de libéral, je suis de nouveau à l'hôpital depuis deux ans.

Etudiant: Pour toi, quelles sont les compétences requises pour travailler dans le service où tu es actuellement et également avec la prise en charge des patients amputés quand ils arrivent sont aux urgences ?

IDE: Dans le service où on est, c'est vraiment de la prise en charge aiguë, donc au niveau des compétences ça va être : la rigueur car il y a beaucoup de monde, heu ... réactivité, organisation. Concernant les patients amputés, la prise en charge, je pense, est la même que de traiter, soigner toutes les personnes handicapées, c'est-à-dire que c'est un petit peu plus compliqué. De plus aux urgences, les patients passent beaucoup de temps sur les brancards, donc ça peut être compliqué par rapport à ça. Ce sont des gens qui sont moins autonomes ou pas, cela dépend. Il n'y a pas de spécificités vraiment, si ce n'est la particularité du handicap en lui-même. Voilà pour moi.

Etudiant: Donc, est ce que tu fais une distinction particulière entre la prise en charge d'un patient amputé et un patient qui ne souffre pas de l'altération de son image ? Est-ce que ta prise en charge est différente ?

IDE: Heu

Etudiant: Est-ce que tu as un regard différent ?

IDE: Je me dis que tous les patients amputés ne souffrent pas tous d'altération de leur image corporelle, puisque ça dépend de plein de paramètres. Je pense qu'il y a des gens qui se sont appropriés leur nouvelle image.

Est-ce que je fais une distinction ? Non

Et je pense que dit patient amputé dit pas obligatoirement altération de l'image corporelle. Peut-être que oui à un moment donné, à un certain stade. Je trouve que c'est plus souvent gênant pour nous que pour eux.

Etudiant: C'est quoi le parcours quand ils arrivent aux urgences ? La suite à tenir ?

IDE: Tout dépendra de leur motif d'arrivée et à quel stade ils sont admis.

Etudiant: Que penses-tu que vit un patient amputé lors de son parcours de soins ? Entre l'annonce de l'amputation de la maladie jusqu'à l'acte chirurgical, la rééducation ? D'après toi qu'est-ce qu'il pense ?

IDE: Bah je pense qu'il y a certainement un deuil à faire avant, au moment de l'annonce. J'imagine voilà parfois, qu'une personne peut refuser de penser que c'est la seule solution qui existe. Moi, ça m'est arrivé de soigner un patient diabétique pour un mal perforant plantaire et un orteil qui allait quand même très mal, un artériopathie aussi je pense et on voyait bien qu'il n'y avait pas tellement d'évolution favorable. Et au final, la solution, c'est l'amputation, sauf que lui a mis beaucoup, beaucoup de temps à l'accepter. Au final, c'est beaucoup de travail à faire avant. Et puis. Et puis après? Après, j'avoue que je ne sais pas trop.

Sinon j'ai connu une dame amputée depuis longtemps pour le coup le travail était fait, je n'avais pas suivi l'évolution ...

Etudiant: Pour toi, tu prends un patient qui arrive amputé, ça signifie quoi de l'accompagner dans ses difficultés ?

IDE: Bah, ça dépend de son degré d'autonomie car avec la prothèse il peut être quand même relativement autonome, même amputé. Donc, oui, ça dépend de quelles difficultés, si c'est plutôt physique, de déplacements.

Nous quand il arrive normalement, si y'a une annonce d'un geste chirurgical, ça ne sera pas chez nous. Le côté psychologique se fera après ...

Etudiant: Ok. Est-ce que tu penses que ça relève vraiment de ton rôle ide, de participer à cette acceptation.

IDE: Oui je pense que c'est vraiment notre rôle. Après, je pense que c'est assez long, un travail long qui nécessite de voir le patient souvent, ou alors d'amener sa pierre à l'édifice. Pour moi ce n'est pas quelque chose de facile.

Etudiant: tu n'es pas toute seule à le faire non plus.

IDE: Oui voilà c'est sûr.

Etudiant: Tout à l'heure tu me parlais de situation que tu avais rencontrée. Est-ce que tu as déjà eu un patient qui t'a exprimé son ressenti par rapport à ça ou alors tu t'es vraiment focalisé sur le soin ?

IDE: Heu ... mon ressenti par rapport à ça

Etudiant: Sur son état psychologique ? En prenant l'exemple du patient avec un mal perforant plantaire ?

IDE: Ça se voyait qu'il n'était pas bien. Il était en colère. Mais après, il ne m'était pas vraiment des mots clairs et nets. Au final, on travaillait pas mal avec sa fille qui était infirmière elle-

même. Donc on s'aidait pas mal de ça, on s'appuyait sur elle pour faire passer les messages et discuter.

Il n'exprimait son ressenti vraiment, mis à part le fait que lui, en gros, pensait que ce n'était pas la seule solution et qu'il fallait continuer les pansements et que ça aurait fini par guérir. On voyait de toute façon, ça avait été objectivé et que ça se dégradait petit à petit. Il était dans le déni mais en même temps, il se rendait compte, plus dans le refus, la colère je dirais.

Etudiant: Est-ce que tu as rencontré certaines barrières dans l'accompagnement ?

IDE: ...

Etudiant: j'ai deux petits mots clés : sentiment de culpabilité, impuissance, gestion de la douleur, juste distance.

IDE: Oui, c'est vrai que le sentiment de culpabilité on l'a. Parce qu'on fait encore des soins au moment de l'annonce de l'amputation. On est encore là à faire des pansements Et pour le coup c'est un peu difficile à comprendre pour le patient car il doit accepter qu'il va perdre quelque chose et qu'il y a toujours des soins.

Etudiant: C'est un peu compliqué de voir quel bénéfice on en retire.

IDE: Oui, tout à fait

Pour ce qui concerne la gestion de la douleur, j'ai souvenir d'un autre Mr amputé au niveau tibial. Il avait des pansements très lourd, et il avait du mal avec les gestes de la vie quotidienne, peu d'hygiène. Et là c'était compliqué.

Etudiant: Est-ce que de petites astuces pour faire du verbalisées sur le ressenti du patient ou des petits mots clés

IDE: Moi j'essaie toujours quand j'ai envie de verbaliser un patient, de poser des questions ouvertes, il ne faut clairement pas orienter tes questions en fonction de tes propres représentations. Et pourtant, on le fait tous. Et de plus l'écoute c'est très important sans pour autant apporter toujours des réponses. Un patient peut se sentir écouté même si on ne lui fournit pas de réponse mais juste le simple fait de se tenir à ses côtés

Etudiant: Et justement par rapport à ça, est ce que tu as des outils que tu peux conseiller ? Des plaquettes ? guider vers d'autres professionnels ?

IDE: Moi si je sentais qu'il y avait une réelle difficulté, la personne pourrait s'orienter vers un psychologue. Ce sont des étapes obligatoires, cela reste un deuil donc il faut pouvoir en parler. On parle quand même de se séparer d'une partie de soi. Ça peut être violent, si je reprends l'exemple de la dame qui était amputé depuis 20 ans, c'était sur un accident et il n'y avait pas ce temps d'annonce, elle s'est réveillée sans sa jambe. Quand elle en parlait, on sentait que cela avait été dur pour elle.

Etudiant: Par rapport à ton expérience, est ce que le moral était souvent réévalué ou tracé dans les transmissions ?

IDE: Clairement pas ... on se focalisait sur l'état de la plaie et basta ...

En te répondant, je me rends compte que ce n'est pas très normal. Nous aussi on se cache derrière le soin technique car on n'est pas forcément à l'aise devant une amputation. C'est pour ça que je pense que de se dire qu'on va aider le patient à accepter. Je trouve ça un peu prétentieux. Je ne sais pas si on accepte vraiment, mais on peut dire que l'on vit avec.

Etudiant: Concernant l'accompagnement psychologique des personnes amputées, est ce que tu verrais des formations qui pourrait approfondir la prise en charge ? Notions de formation sur le relationnelle ...?

IDE: Moi je connais un peu l'éducation thérapeutique et je pense que ça peut être une des pistes au tout début, ça peut aider. Ce n'est pas du soutien psychologique mais c'est du apprendre à vivre dans un état de santé différent d'avant.

Sinon je ne vois pas trop, je pense qu'il y a plein de chose, mais plutôt dans un service spécifique comme la rééducation. Là on l'accompagnement est global avec les ergo, les kinés, les prothésistes, psychologues.

Etudiant: Est-ce que ta représentation du corps, du handicap a été modifié depuis que tu exerces ?

IDE: Oui, ça s'est obligé. Moi personnellement j'ai moins peur de la maladie. Tu réalises quand tu exerces que les gens n'ont pas une vie facile.

C'est plus que le handicap de mon point de vue infirmier, que ce sont des gens chronophages, assez lourd.

- **Annexe III : Retranscription entretien avec l'IDE 2**

IDE 2 :

IDE: Alors, je suis diplômé de l'ancien référentiel, il y'a de ça 10 ans. Pour commencer j'ai fait un peu d'unité d'hospitalisation de courte durée en médecine, de la néphro, de l'USLD de nuit puis de jour et enfin de l'Ehpad avant d'arriver en Soins de suite et de réadaptation.

Actuellement en SSR, j'ai un Mr qui est amputé et même plusieurs donc ça tombe bien ce sujet. Pour ce Mr, son amputation date de 2 mois et c'est compliqué pour lui d'accepter, et de regarder sa plaie. On essaie mais y'a pas moyen, c'est compliqué

Mais après, il y en a d'autres pour qui ça se passe beaucoup mieux pour l'acceptation. Elle se fait assez rapidement. Il y en a d'autres pour qui se disent « Bah, de toute façon, valait mieux que je sois amputé, sinon je serais plus là ».

En fait, ça dépend de la personne. L'acceptation, elle, est vraiment propre à chacun. Puis, il y en a qui ont fait le deuil dès l'amputation.

Et puis, il y en a d'autres qui avaient déjà commencé leur deuil avant aussi.

Etudiant: Je voulais savoir au niveau des compétences requises pour travailler dans le service nécessaire et notamment sur la prise en charge des patients amputés.

IDE: La compétence requise, elle, est la même que pour tous les infirmiers. Évidemment, c'est déjà d'avoir son diplôme et d'être capable de faire des pansements et des soins techniques. Voilà. Donc qu'il n'y a pas de grande surprise par rapport au SSR. Le plus qu'on va avoir, nous ou du moins l'infirmier on SSR, doit aussi s'adapter aux autres professionnels. Donc, forcément, quand on travaille en collaboration avec l'ergo et avec les kinés et avec les aides-soignants, il y a tout un panel de professionnels qui gravitent autour de nous.

Donc, il faut aussi qu'on s'organise. Il faut être extrêmement bien organisé aussi par rapport à ça. Et pour pouvoir permettre aussi aux patients d'aller aux séances kiné, de pouvoir tout faire dans leur journée.

Alors, après les kinés sur le plateau technique sont assez flexible au niveau des horaires. Si un patient est prêt, il va prendre de suite en priorité celui qui a un rendez-vous en extérieur. Il va décaler sa séance. C'est assez variable, mais l'avantage qu'on a à nous, c'est qu'effectivement, les kinés sont assez flexibles, les autres professionnels sont assez flexibles et du coup, c'est plus facile effectivement que dans d'autres services où les horaires sont vraiment très stricts et cadrés.

Voilà donc après, effectivement, on fait aussi en priorité les pansements dits de « bobologie », qui sont relativement rapide à faire pour pouvoir se consacrer un peu plus de temps après sur les pansements un peu plus complexes, les pansements d'amputation, notamment, qui peuvent prendre jusqu'à une heure en fonction du protocole. Si on a, par exemple un système d'aspiration, le VAC. C'est un soin stérile qui prend énormément de temps parce qu'en fonction de l'évolution de la plaie, la mousse ne va pas être la même, il faut faire la découpe. Et après, il faut que ce soit un pansement très hermétique. Dès la moindre fuite, ça ne tient plus et forcément, il faut refaire. Donc, effectivement, c'est un pansement qui peut prendre jusqu'à à peu près une heure, une heure et demie, en fonction de la zone et de l'étendue de l'appliquer. Donc après, sur une plaie de pied, c'est plus rapide que sur une plaie plus importante, comme une escarre. Après, sur une plaie du pied, c'est plus rapide parce que c'est un peu moins grand mais pas forcément plus facile parce que des bouts arrondis, les pourtours moins nets. Ça reste une question d'organisation.

Voilà, donc on s'organise, on trouve des petits moyens. Je mets un coussin sous une jambe ou un arceau. On s'organise de telle sorte qu'on ne dérange pas non plus les autres professionnels qui sont à côté. Et puis après, on fait aussi en fonction du patient.

Etudiant: Et question autonomie ?

IDE: Je laisse les patients qui sont capables de tenir leurs jambes, de tenir leurs membres d'être acteur dans les soins. Après, c'est effectivement un gros avantage quand ils peuvent aider.

Etudiant: J'aurai voulu savoir s'il y a une distinction entre la prise en charge d'un patient amputé d'une patiente qui souffre d'une pathologie autre que l'amputation?

IDE : Pour moi, il n'y a pas forcément de différence. La prise en charge va être en tout cas d'un point de vue infirmier exactement la même ; les soins ne seront pas les mêmes mais la prise en charge en elle-même sera la même. Parce que c'est un patient du SSR qui est là pour progresser et qui est là aussi pour se rééduquer, apprendre à vivre, soit son membre, soit rééduquer son bras ... Donc en fait, pour nous, infirmiers, la prise en charge sera la même. Donc, on n'est pas là pour faire la place du patient

Etudiant: Ton regard est-il différent en fonction de te pris en charge ?

IDE: Mon regard sera différent en fonction de chaque patient. Parce que effectivement, un patient qui est amputé d'un pied, il va falloir forcément l'aider un peu plus ou en tout cas le convaincre qu'il est capable de faire des choses. Ça passe par ça aussi en SSR. En tout cas parce que justement, on veut qu'il récupère en autonomie le plus rapidement possible.

Plus il va être dans cette démarche d'autonomisation et d'acceptation de ce pourquoi il est là, mieux ça va se passer aussi. Parce qu'effectivement, on ne va pas faire à la place, mais on va l'encourager à faire. Donc forcément, ça peut prendre du temps. Objectivement, on ne va pas faire un soin en 5 minutes, ça, c'est évident. Mais par contre, il vaut mieux que le patient prenne 15 minutes pour faire son soin. Plutôt que nous, on fasse en 3 minutes. Effectivement, on va le faire en 3 minutes. C'est facile, mais pour le patient lui-même, ça va rien lui apporter. Le but aussi, c'est qu'il comprenne que certes, on est là pour l'aider, mais on n'est pas là pour faire sa place.

Etudiant: Est-ce que tu peux me décrire un petit peu le parcours avant que les patients arrivent en SSR ?

IDE: Les patients, souvent, sont hospitalisés soit en médecine interne, soit en gériatrie aiguë, soit en orthopédie, le plus souvent dans 80% des cas dans ce genre de services-là qui accueillent d'abord nos patients avant de nous les envoyer pour la rééducation. Ça peut-être un accidenté de la route qui a été renversé par une voiture et qui, du coup, se retrouve pour poly trauma sans forcément de fracture ouverte et sans passage au Bloc. Mais du coup, il faut aussi un minimum de rééducation parce qu'un alitement prolongé, parce qu'il y a tout un tas de critères qui vont entrer en ligne de compte.

Donc, effectivement, l'hospitalisation avant le SSR peut être plus ou moins longue. En général, nous, on récupère des patients qui sont effectivement soit opérés, soit plâtré, soit immobilisé avec un FAG, par exemple pour les bras, les fractures d'épaule. Soit on va récupérer des patients qui sont rentrés chez eux aussi après la SSR et qui reviennent directement SSR sans forcément passer par un autre service. S'ils sont connus, ils sont connus dans le SSR, par exemple, un patient qui a refait une chute à domicile, par exemple, alors qu'il était déjà hospitalisé ou SSR pour chute à répétition, il va passer un petit coup de fil au médecin. Et puis, le médecin a dû présenter une sortie. Donc là, on peut refaire une entrée directe. C'est assez rare, en général, on fait vraiment des entrées via des entrées programmées via des hospitalisations. Mais ça peut arriver.

Etudiant: Et à chaque entrée, y'a-t-il un projet de soin qui est établi ? Un parcours de progression ?

IDE: De prime abord, le projet de soin n'est pas établi le jour de l'entrée. On informe déjà le patient de ce qui va se passer pour lui. Ce pourquoi il est là. On lui demande aussi son objectif à lui, c'est à dire son devenir. Est-ce que lui, il a envisagé un retour à domicile ? Est-ce que lui a envisagé un placement en structure ?

Et en fonction de sa réponse, on va s'adapter aussi et toutes les semaines les dossiers sont passés en revue en staff et c'est à ce moment-là qu'on établit un petit peu le projet les objectifs de la semaine

Etudiant: Du coup, avec les ergo, les kinés, l'assistante sociale ... ?

IDE: Tous les professionnels qui gravitent autour du patient, sachant que là, on est sûr du SSR gériatriques, donc des patients avec des risques de fausse route, par exemple.

Etudiant: Est-ce que tu sais ce que vit un patient tout au long de son parcours de soins, entre son annonce de l'amputation, l'acte chirurgicale, la rééducation ? est-ce que certains te l'exprime ?

IDE: Alors il y a des patients qui vont l'exprimer et d'autres pas du tout. Il y a des patients qui vont l'exprimer spontanément en disant voilà, je suis diabétique, je n'ai pas fait attention. Je me suis blessé aux pieds, puis j'ai laissé traîner les choses. Donc il y a des patients qui vont très bien nous l'expliquer et puis d'autres qui au contraire, comme qui n'acceptent pas du tout leur amputation, qui vont être plutôt fermés.

Et même si on essaye d'entamer le sujet, même si on essaye de creuser un petit peu, le pour qui, le pourquoi. Il a des patients qui vont rester complètement fermés et complètement hermétiques au dialogue.

Après on a tendu la perche, une fois, deux, voire trois fois, on essaie à chaque fois qu'on fait un soin d'entamer le sujet. Et puis, au bout d'un moment, on va un petit peu plus en retrait. En lui parlant plutôt de la famille. Donc, là va s'installer plutôt une relation de confiance, déjà entre le patient et l'infirmier. Et puis, il va du coup spontanément. Il va, au bout de quelques temps se mettre à parler parce qu'on aura fait diversion un peu en parlant carrément d'autre chose, ne plus parler du problème va lui permettre aussi, déjà, de sentir qu'on s'intéresse à lui et pas seulement aux problèmes qu'il a.

À partir du moment où on s'intéresse plus aux patients que à ce problème existant, ce pourquoi il est là, va lui permettre aussi de se dire, elle s'intéresse à moi, je vais pouvoir échanger, je suis vraiment en confiance. Ça s'apprend aussi à faire ça. On ne peut pas savoir le faire tout de suite, mais c'est vrai que le fait d'agir comme ça, va déjà permettre d'instaurer la relation de confiance et ensuite, ça va permettre de laisser venir le patient à soi et de ne pas être trop insistant, il risque de se fermer.

Etudiant: C'est un peu l'accompagnement que tu fais tout au long de ta prise en charge ?

IDE: On va vraiment essayer de centrer le problème malgré tout, parce qu'il est quand même là pour un problème. Mais à côté de ça, il peut avoir d'autres soucis. Par exemple, je ne sais pas. S'il est locataire, que son logement n'est pas du tout adapté, qu'il veut absolument rentrer chez lui mais va être obligé de déménager parce qu'il est au 3^{ème} étage sans ascenseur, et que ce n'est pas du tout possible d'installer quoi que ce soit. Bah du coup, on essaye aussi de se centrer aussi un peu. Voir s'il a des pistes, s'il a vu l'assistante sociale pour ça. Est ce qu'il a besoin de rencontrer certains professionnels? Parce qu'aussi on est là pour faire le lien.

Donc effectivement, on va essayer de le mettre en relation aussi avec tous les professionnels qui peuvent l'aider.

Des fois il est nécessaire de prendre en compte la situation du patient. Egalement la situation globale, que ce soit environnementale, familial qui va nous permettre aussi d'orienter le patient et de pouvoir l'accompagner au mieux, sans pour autant être focalisé sur le problème sur ce problème d'amputation. Non, mutation aussi.

Etudiant: Tu réponds à mes questions au fur et à mesure c'est parfait. Penses-tu que c'est le rôle de l'infirmier de participer à l'acceptation ?

IDE: il n'y a pas que l'infirmier. Il y a vraiment tous les professionnels qui gravitent autour. A partir du moment où on a déjà mis le patient en relation avec tous les professionnels, ça va lui permettre soit de pouvoir s'exprimer par le biais du psychologue. Ça va lui permettre de verbaliser avec le kiné ou l'ergot qui va lui apporter un matériel qui va pouvoir l'aider du style la pince, qui va, qui va l'aider à attraper des choux ou tout simplement un enfile chaussettes. Cela va l'aider à gagner en autonomie et en même temps, à accepter cette nouvelle image qui qu'il a puisque qu'effectivement, il manque un pied et des orteils où il manque un membre. Des fois même, on a des amputations jusqu'à mi-cuisse des fois.

Etudiant: D'accord. Est-ce qu'il y a une situation en particulier qui t'aurait interpellé ou un patient qui t'aurait témoigné son ressenti ? Qu'est que cela t'a évoqué ?

IDE: Alors, je te parlais d'un patient qui avait du mal à accepter son amputation parce qu'il n'arrivait pas à regarder sa plaie. Donc, on essaye tous les jours de lui en parler. Que la plaie est belle, que les berges se rapproche, qu'elle évolue bien.

Mais pour autant, pour l'instant, on n'arrive pas encore à faire en sorte qu'il enlève ce masque qu'il se met sur le visage ou la serviette. Il se cache vraiment les yeux. Pas juste. Je tourne la tête et je peux jeter un coup d'œil. Non, là, vraiment, il ne peut rien voir puisqu'il se met quelque chose sur les yeux.

Malgré l'insistance qu'on peut avoir en lui disant que la plaie est belle, lequel évolue bien que voilà, on n'arrive pas à lui faire accepter. Ce n'est pas l'amputation qu'il n'accepte pas, là, c'est vraiment le fait de voir une plaie. Là, c'est vraiment ça. Parce que du coup, il arrive à verbaliser que ses orteils lui manquent pas forcément. C'est plus de voir du sang, des cartilages, de voir un petit peu vraiment le soin en lui-même, ça ne lui plaît pas du tout. Et du coup, c'est un peu compliqué. Alors, on a essayé d'autres stratagèmes, mais en même temps, on ne peut pas l'obliger à regarder. C'est une évidence. Et puis, en fait, on s'est rendu compte que finalement, ce n'est pas tellement l'acceptation le problème, c'était vraiment la plaie. Donc, finalement, quand on lui demande ce qu'il ressent par rapport à ses orteils, ce n'est pas un problème en soi parce qu'il a une chaussure adaptée, parce que il peut marcher quand même, parce que ce n'est pas l'amputation en elle-même qui est le problème. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de patients qui étaient mal au point de dire non, mais de toute façon, il vaudrait mieux que je meurs plutôt que de vivre avec ou là, je me suis fait amputer mais j'aurais préféré ne pas être amputé et mourir comme ça. Je n'ai pas eu ce genre de cas.

Etudiant: Et du coup tu penses connaître à chaque fois l'état psychologique de la personne ? où s'est assez compliqué, assez vague ?

IDE: Alors il y a des patients qui donnent beaucoup le change. Ils peuvent donner le change, mais après, à force de les côtoyer, puisque ce sont des patients qui, en règle générale, restent quand même assez longtemps dans le service au SSR ; puisqu'on a des patients qui peuvent rester entre eux entre 2 et 6 mois.

Donc, ce sont des patients qu'on connaît relativement bien et en général, les baisses de moral, on les voit assez bien, même s'ils essayent de cacher comme ce sont des patients qui sont là depuis un moment, on arrive quand même à bien les cerner et à bien voir qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Alors après, on essaye une fois, deux fois et je lui dis : écoutez, quand vous serez décidé. Sinon, on lui propose aussi de faire venir la psychologue pour essayer de verbaliser certaines choses qui nous font dire, nous, que ça ne va pas. On lui dit bien que c'est un ressenti de notre part. On a l'impression que ça ne va pas, qu'on est à l'écoute, s'il y a besoin et qu'il y a d'autres professionnels qui peuvent être là pour l'aider si jamais il y a besoin.

Donc on tend des perches. Après, ils prennent ou y prennent part. On n'en est pas là pour les forcer, mais c'est vrai que souvent, il s'avère que soit ils nous parlent à nous, soit ils acceptent aussi de rencontrer la psychologue. Parce que souvent, des problèmes annexes à leurs problèmes d'amputation, essentiellement environnementales ou familiales, qui font que ça les pèse énormément et que, du coup, ils se disent qu'ils ne pourront jamais retrouver la vie qu'ils avaient avant l'amputation parce que le logement n'est pas adapté, parce qu'ils se rendent compte qu'ils seront physiquement diminués.

Etudiant: Le regard de l'autre aussi, peut-être ?

IDE: Le regard de l'autre, ce n'est pas forcément ce qui les inquiète le plus. Par contre, le comment je vais pouvoir me débrouiller parce qu'il faut aussi accepter de pouvoir se débrouiller différemment, faire les choses différemment avec un membre en moins, avec un bout de membre en moins, ce n'est pas forcément facile.

Etudiant: Est-ce que tu déjà rencontré certaines barrières ? (Un sentiment de culpabilité, gestion de la douleur difficile, impuissance face à la prise en charge ?)

IDE: On a, on a la chance sur les prises en charge de la douleur, notamment, d'avoir beaucoup de moyens. Donc, effectivement, on peut avoir des patients qui sont plus sensibles à la douleur que d'autres.

On peut avoir une prémédication médicamenteuse, on utilise aussi le méopa. On peut utiliser l'hypnose, mais bon, après, il faut être quand même bien calé, il faut bien maîtriser la chose. Et également être sûr que le patient soit bien réceptif. Donc pour ça, il faut avoir énormément de temps, chose que l'on n'a pas forcément. C'est pour cela qu'on va plus facilement aller vers le méopa, plus les anesthésiants locaux, utilisé avant de faire le soin afin de permettre au soin de se réaliser dans les meilleures conditions possibles. Cela pour que le patient ne souffre pas et que le soin soit réalisé le plus rapidement possible. Parce qu'effectivement, un patient qui ne souffre pas forcément, on va aller plus vite qu'avec un patient qui, dès qu'on le touche, va se mettre à hurler.

Etudiant: Concernant l'image corporelle, est-ce que pendant le staff ou lors des transmissions c'est quelque chose que vous réévaluer ? Qui est tracée ?

IDE: C'est quelque chose qu'on réévalue assez régulièrement pour justement voir un petit peu le cheminement qui est fait aussi de la part du patient, parce qu'effectivement, il est là dans un processus de rééducation, de ré autonomisation. Et forcément, s'il accepte l'amputation, s'il accepte sa nouvelle image, ce sera beaucoup plus facile pour lui de progresser dans sa rééducation et de ré autonomiser que s'il n'accepte pas du tout. Parce qu'effectivement, il y a des patients qui peuvent aussi se plaindre dans le fait d'être en fauteuil parce qu'amputés et puis maintenant « j'ai un bout de pied en moins, c'est bon je ne fais plus ». Donc, effectivement, il peut y avoir des patients qui peuvent se dire ça. En général, ça peut durer 15 jours, 3 semaines, un mois, mais ça évolue quand même beaucoup, même si ce n'est pas grand-chose comme évolution. En tout cas, au départ, on a un peu l'impression que ça stagne. Il y a toujours un moment donné un déclic chez le patient qui fait que ça se décante et que, du coup, sa nouvelle image, il l'accepte aussi.

Etudiant: Tu peux associer cela aux étapes du deuil, du coup?

IDE: Ben oui, complètement, parce que le patient doit faire effectivement le deuil de ce membre absent ou de ce bout de membre absent. Et effectivement, s'il n'en passe pas soi par la colère, soit par la tristesse, forcément un moment donné, il aura raté une étape. Et s'il rate une étape, l'acceptation risque d'être compliqué. On doit suivre les étapes du deuil et c'est assez en dent de scie, car on peut passer d'un état à l'autre dans un sens complètement différent en fonction de chaque personne. Mais en tout cas, de toute façon, on est obligé de les avoir ces étapes-là, et c'est effectivement le fait d'être amputé que l'on doit faire cette étape de deuil. Le patient doit faire le deuil de ce bout de monde ou de ses membres qui lui manque.

Etudiant: As-tu eu des formations concernant cette prise en charge spécifique des patients amputés ?

IDE: Alors, je pense que ça peut effectivement être bien, mais là, on serait plus sûr de l'accompagnement psychologique, sur l'acceptation. Effectivement, il peut y avoir des formations intéressantes, notamment sur l'accompagnement à la nouvelle image corporelle, par exemple. En interne, ça existe, je suppose. Je ne suis pas forcément renseigné là-dessus, mais en tout cas.

Après, on a aussi notre expérience, et quand on a 10 ans d'expérience infirmier, forcément, on a un regard un peu plus pointu et un peu plus précis, même si ça ne fait pas longtemps qu'on est dans un service.

Etudiant: La maturité du métier aussi ...

IDE: Complètement. Moi, je n'ai plus du tout le même regard aujourd'hui, dix ans après mon diplôme, qu'il y a dix ans, quand je venais juste d'être diplômée.

Je faisais aussi des plaies d'amputation il y a dix ans, mais j'ai plus du tout le même regard. Parce que j'ai aussi mon expérience., parce que j'ai aussi vécu. Et le fait d'avoir vécu certaines choses fait que, du coup, on le transpose un peu sur le plan professionnel aussi. Et du coup, ça nous aide aussi en tant que professionnel à prendre du recul aussi parce qu'on ne peut pas tout prendre non plus émotionnellement en tout cas. Et du coup, ça me permet aussi de mieux accompagner le patient.

Etudiant: Depuis que tu es dans ce service, est ce que ta vision de la représentation du corps, du handicap a été modifiée ou alors c'est un complément de ce que tu as pu voir auparavant ?

IDE: Je pense que c'est un complément parce que l'on se forme tous les jours en fait. On a la chance d'avoir un métier en constante évolution et du coup, on a aussi des étudiants qui nous qui nous amènent à réfléchir sur nos pratiques. Ils sont plus au fait de ces nouvelles recommandations, sur la théorie, et nous, on leur apporte la pratique. Donc, forcément, c'est un bon complément. Et moi je dis qu'un bon infirmier est un infirmier qui se remet en question tous les jours.

Etudiant: Qui ne reste pas sur ces acquis

IDE: C'est ça. On a la chance d'avoir un métier en constante évolution et on le voit bien il y a dix ans, les infirmiers n'étaient pas du tout formés de la même manière. Et pourtant, aujourd'hui, on a le même diplôme, les mêmes compétences.

Par contre, aujourd'hui, on se rend compte aussi qu'un jeune diplômé est beaucoup moins sûr de lui en sortant de l'école aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Ce que vous que vous maîtrisez aujourd'hui vous le maîtrisez très bien, mais à côté de ça, il y a des domaines de compétences que vous n'avez pas explorés. Et c'est dommage. Mais ça fait partie du nouveau référentiel et on est obligé de faire avec et en même temps, ça donne des infirmiers qui sont sûrs d'eux dans ce qu'ils ont connu pendant les stages. Mais par contre, à côté de ça, sur des soins où vous n'avez jamais fait ou vous n'avez pas pu explorer ou que vous avez dû voir une fois ou deux fois, on sent des infirmiers complètement perdu.

Etudiant: C'est plus compliqué de faire preuve d'adaptabilité justement.

IDE: Mais après ça, ça vient aussi avec le temps. Mais même nous qui avons eu l'ancien référentiel, on va essayer de se rassurer aussi auprès des collègues qui pratiquent plus ou auprès des plus anciens, des gens qui ont plus d'expertise. Il vaut mieux demander un coup de main à un collègue et se rassurer par la même occasion plutôt que de se dire c'est bon, je vais y aller ? Et de se faire peur et mettre trois plombes à faire ton soin. Alors qu'en fait, tu maîtrises les choses, en tout cas en théorie. Et donc, du coup, tu sais comment tu vas le dérouler. Mais tu n'es pas sûr de toi ? u vas mettre beaucoup plus de temps au risque d'avoir un danger que d'avoir un échec et du coup, de te dire que tu ne sais pas faire.

Etudiant: je te remercie c'était très complet et tu m'as même devancé sur les questions.

IDE: En général, c'est le but et ça veut dire aussi que ton plan était plutôt bien fait et que c'était un sujet assez abordable aussi pour tout infirmier, notamment, qui travaille au SSR.

- **Annexe IV : Tableaux d'analyses des entretiens**

- **Compétences requises pour exercer dans le service et concernant la prise en charge des patients amputés.**

-La compétence requise, elle est la même pour tous les infirmiers

-Le plus qu'on doit avoir, nous ou du moins l'infirmier en SSR, doit aussi s'adapter aux autres professionnels

-Il faut être extrêmement bien organisé aussi

-On fait aussi en priorité les pansements [...] qui sont relativement rapide à faire.

-On fait aussi en fonction du patient

-Au niveau des compétences ça va être : la rigueur car il y a beaucoup de monde, réactivité, organisation

-La prise en charge, je pense est la même que traiter, soigner toutes les personnes handicapées

-Il n'y a pas vraiment de spécificités.

Compétences	Savoir-faire / Savoir être
- Est la même pour tous les infirmiers - La prise en charge, je pense est la même que traiter, soigner toutes les personnes handicapées -Pas vraiment de spécificités	- s'adapter aux autres - bien organisé - On fait aussi en priorité les pansements - Faire en fonction du patient - Rigueur / réactivité / organisation

Capacités d'adaptations et de collaborations aux autres professionnels

Sens de l'organisation

Prioriser les soins

- **Distinction, regard et prise en charge différente entre un patient qui souffre d'une perturbation de son image corporelle et pas l'autre.**

- Tous les patients ne souffrent pas tous d'altération de leur image corporelle.

- Je pense qu'il y a des gens qui se sont appropriés leur nouvelle image

- Est-ce que je fais une distinction ? Non

- Qui dit patient amputé di pas obligatoirement altération de l'image corporelle

- Peut-être oui à un moment donné, à un certain stade.

- Je trouve que c'est plus gênant pour nous que pour eux

- Pas forcément de différence

- La prise en charge va être en tout cas d'un point de vue infirmier exactement la même

- Mon regard sera différent en fonction de chaque patient

- Il est capable de faire des choses

- Il va être dans cette démarche d'autonomisation et d'acceptation

- On ne va pas faire à sa place mais on va l'encourager à faire

- Le but aussi, c'est qu'il comprenne que certes, on est là pour l'aider, mais on n'est pas là pour faire à sa place.

Prise en charge	Altération de l'image corporelle	Regard porté au patient
<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que je fais une distinction ? non - Pas forcément de différence - La prise en charge va être en tous cas d'un point de vue infirmier exactement la même - Démarche d'autonomisation et d'acceptation - On ne va pas faire à sa place mais l'encourager à faire - On est là pour l'aider, mais on n'est pas là pour faire ç sa place 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les patients ne souffrent pas tous d'altération de leur image corporelle - Il y a des gens qui se sont appropriés leur nouvelle image - Qui dit patient amputé dit pas obligatoirement altération de l'image corporelle - Peut-être oui à un moment donné, à un certain stade - Plus gênant pour nous que pour eux 	<ul style="list-style-type: none"> - Regard différent entre chaque patient - Il est capable de faire des choses

- **Le vécu et ressenti du patient amputé lors de son parcours de soins**

- Il y a certainement un deuil à faire avant, au moment de l'annonce
- Une personne peut refuser de penser que c'est la seule solution qui existe
- beaucoup de temps à accepter
- Des patients qui l'expriment et d'autres pas du tout
- d'autres qui au contraire n'acceptent pas du tout leur amputation, qui vont être plutôt fermé
- Complètement hermétique au dialogue

- En lui parlant plutôt de sa famille. Donc, là va s'installer plutôt une relation de confiance

- il va au bout de quelques temps se mettre à parler parce qu'on aura fait diversion

- On s'intéresse à lui et pas seulement aux problèmes qu'il a.

Le patient	Le soignant
<ul style="list-style-type: none">- un deuil à faire avant, au moment de l'annonce- peut refuser de penser que c'est la seule solution qui existe- beaucoup de temps à accepter- des patients qui l'exprime et d'autre pas du tout- d'autres au contraire n'acceptent pas du tout leur amputation, qui vont être plutôt fermé- complètement hermétique au dialogue	<ul style="list-style-type: none">- en lui parlant de sa famille. Donc, là va s'installer plutôt une relation de confiance- Il va au bout de quelques temps se mettre à parler parce qu'on aura fait diversion- on s'intéresse à lui et pas seulement aux problèmes qu'il a.

- **Accompagner les difficultés du patient**

- Dépend de son degré d'autonomie

- ça dépend de quelles difficultés, si c'est plutôt physique, de déplacements

- si y'a une annonce d'un geste chirurgical, ça ne se fera pas chez nous. Le côté psychologique se fera après ...

- On va vraiment essayer de centrer le problème

- D'un côté il peut avoir d'autre soucis

- prendre en compte la situation du patient

- la situation globale, que ce soit environnementale, familiale
- orienter le patient et l'accompagner au mieux

Répercussion physique	Répercussion psychologique	Rôle soignant
<ul style="list-style-type: none"> - Dépend de son degrés d'autonomie - Si c'est plutôt physique, de déplacements 	<ul style="list-style-type: none"> - Si y'a une annonce d'un geste chirurgical [...] Le coté psychologique se fera après 	<ul style="list-style-type: none"> - Centrer le problème - prendre en compte la situation du patient - la situation globale, que ce soit environnementale, familiale - orienter le patient et l'accompagner au mieux

- **Le rôle ide dans la participation à l'acceptation**

- Je pense que c'est vraiment notre rôle
- je pense que c'est assez long, un travail long qui nécessite de voir le patient souvent
- amener sa pierre à l'édifice
- ce n'est pas quelque chose de facile
- Il n'y a pas que l'infirmier. Il y a tous les professionnels qui gravitent autour

- A partir du moment où on a déjà mis le patient en relation avec tous les professionnels, ça va lui permettre de s'exprimer

- ça va lui permettre de verbaliser

La participation	Pour le patient
<ul style="list-style-type: none">- C'est vraiment notre rôle- amener sa pierre à l'édifice- Il n'y a pas que l'infirmier. Il y a tous les professionnels qui gravitent autour	<ul style="list-style-type: none">- un travail long- ce n'est pas quelque chose de facile- ça va lui permettre de s'exprimer- permettre de verbaliser

- **Le ressenti du patient, le regard de l'ide et les actions mises en place**

- Il n'était pas bien, il était en colère

- On travaillait pas mal avec sa fille. Donc on s'aidait pas mal de ça, on s'appuyait sur elle pour faire passer les messages et discuter.

- Il n'exprimait son ressenti vraiment, mis à part le fait que lui, en gros, pensait que ce n'était pas la seule solution

- On voyait de toute façon, ça avait été objectivé et que ça se dégradait petit à petit.

- Il était dans le déni mais en même temps, il se rendait compte, plus dans le refus, la colère je dirais.

- Il y avait une réelle difficulté

- On essaye tous les jours de lui en parler

- Il se cache vraiment les yeux
- Malgré l'insistance qu'on peut avoir en lui disant que la plaie est belle, laquelle évolue bien que voilà, on n'arrive pas à lui faire accepter
- Il arrive à verbaliser que ses orteils lui manquent pas forcément
- On a essayé d'autres stratagèmes, mais en même temps, on ne peut pas l'obliger à regarder
- Il vaudrait mieux que je meurs plutôt que de vivre avec
- je me suis fait amputé mais j'aurais préféré ne pas être amputé et mourir comme ça
- Les baisses de moral on les voit assez bien
- même s'ils essayent de cacher [...] on arrive quand même à bien les cerner et à bien voir qu'il y a quelque chose qui ne va pas
- Je lui dis : « écoutez, quand vous serez décidé »
- Sinon, on lui propose aussi de faire venir la psychologue pour essayer de verbaliser certaines choses qui nous font dire, nous, que ça ne va pas
- Qu'on est à l'écoute
- il y a d'autres professionnels qui peuvent être là pour l'aider
- On tend des perches
- on n'est pas là pour les forcer
- ils se disent qu'ils ne pourront jamais retrouver la vie qu'ils avaient avant l'amputation
- Faire verbaliser le patient, de poser des questions ouvertes
- il ne faut clairement pas orienter tes questions en fonction de tes propres représentations
- Un patient peut se sentir écouté même si on ne lui fournit pas de réponse mais juste le simple fait de se tenir à ses côtés.

Etat psychologique	Perception soignante	Action mise en place
<ul style="list-style-type: none"> - Il n'était pas bien, il était en colère - Il n'exprimait son ressenti vraiment, mis à part le fait que lui, en gros, pensait que ce n'était pas la seule solution - Il était dans le déni mais en même temps, il se rendait compte, plus dans le refus, la colère je dirais. - On parle quand même de se séparer d'une partie de soi - Il se cache vraiment les yeux - Il arrive à verbaliser que ses orateurs lui manquent pas forcément - Il vaudrait mieux que je meurs plutôt que de vivre avec - je me suis fait amputé mais j'aurais préféré ne pas être amputé et mourir comme ça - ils se disent qu'ils ne pourront jamais retrouver la vie qu'ils avaient avant l'amputation 	<ul style="list-style-type: none"> - On voyait de toute façon, ça avait été objectivé et que ça se dégradait petit à petit. - Il y avait une réelle difficulté - Malgré l'insistance qu'on peut avoir en lui disant que la plaie est belle, laquelle évolue bien que voilà, on n'arrive pas à lui faire accepter - Les baisses de moral on les voit assez bien - même s'ils essayent de cacher [...] on arrive quand même à bien les cerner et à bien voir qu'il y a quelque chose qui ne va pas - on n'est pas là pour les forcer - il ne faut clairement pas orienter tes questions en fonction de tes propres représentations - Un patient peut se sentir écouter même si on ne lui fournit pas de réponse mais juste le simple fait de se tenir à ses côtés. 	<ul style="list-style-type: none"> - On travaillait pas mal avec sa fille. Donc on s'aidait pas mal de ça, on s'appuyait sur elle pour faire passer les messages et discuter. - On a essayé d'autres stratagèmes, mais en même temps, on ne peut pas l'obliger à regarder - Je lui dis : « écoutez, quand vous serez décidé » - Sinon, on lui propose aussi de faire venir la psychologue pour essayer de verbaliser certaines choses qui nous font dire, nous, que ça ne va pas - Qu'on est à l'écoute - il y a d'autres professionnels qui peuvent être là pour l'aider - On tend des perches - Faire verbaliser le patient, de poser des questions ouvertes

- **Les limites / barrières à l'accompagnement**

- Le sentiment de culpabilité on l'a
- On fait encore des soins au moment de l'annonce de l'amputation
- C'est un peu difficile à comprendre pour le patient car il doit accepter qu'il va perdre quelque chose et qu'il y a toujours des soins
- il avait du mal avec les gestes de la vie quotidienne, peu d'hygiène. Et là c'était compliqué.
- on a de la chance sur les prises en charge de la douleur, notamment, d'avoir beaucoup de moyens
- on peut avoir une prémédication médicamenteuse, on utilise le méopa.
- on peut utiliser l'hypnose
- Il faut avoir énormément de temps, chose que l'on n'a pas forcément
- la personne pourrait s'orienter vers un psychologue
- Ce sont des étapes obligatoires, ce reste un deuil donc il faut pouvoir en parler
- On parle quand même de se séparer d'une partie de soi
- c'était sur un accident, Il n'y avait pas ce temps d'annonce

Obstacles	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> - Le sentiment de culpabilité on l'a - On fait encore des soins au moment de l'annonce de l'amputation - C'est un peu difficile à comprendre pour le patient car il doit accepter qu'il va perdre quelque chose et qu'il y a toujours des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - on a de la chance sur les prises en charge de la douleur, notamment, d'avoir beaucoup de moyens - on peut avoir une prémédication médicamenteuse, on utilise le méopa. - on peut utiliser l'hypnose - la personne pourrait s'orienter vers un psychologue

<ul style="list-style-type: none"> - il avait du mal avec les gestes de la vie quotidienne, peu d'hygiène. Et là c'était compliqué - Il faut avoir énormément de temps, chose que l'on n'a pas forcément - Ce sont des étapes obligatoires, ce reste un deuil donc il faut pouvoir en parler - On parle quand même de se séparer d'une partie de soi - c'était sur un accident, Il n'y avait pas ce temps d'annonce 	
--	--

- **Traçabilité de l'évolution du moral, de l'acceptation de la nouvelle image corporelle au cours de la prise en charge**

- Clairement pas
- on se focalisait sur la plaie
- je me rends compte que ce n'est pas très normal
- on se cache derrière le soin technique car on n'est pas forcément à l'aise
- c'est pour ça que je pense que de se dire qu'on va aider le patient à accepter, je trouve ça prétentieux
- je ne sais pas si on accepte vraiment, mais on peut dire que l'on vit avec
- c'est quelque chose que l'on réévalue régulièrement pour justement voir un petit peu le cheminement qui est fait aussi de la part du patient
- il est là dans un processus de rééducation, de ré autonomisation
- s'il accepte sa nouvelle image, ce sera beaucoup plus facile pour lui de progresser
- ça peut durer 15 jours 3 semaines 1 mois, mais ça évolue quand même

- le patient doit faire effectivement le deuil de ce membre
- s'il ne passe pas soi par la colère, soit par la tristesse, [...] il aura raté une étape
- s'il rate une étape, l'acceptation risque d'être compliqué
- on doit suivre les étapes du deuil et c'est assez en dent de scie, car on peut passer d'un état à l'autre dans un sens complètement différent en fonction de chaque personne
- on est obligé de les avoir ces étapes là

Traçabilité faite	Pas de suivi de l'évolution	Les étapes
<ul style="list-style-type: none"> - c'est quelque chose que l'on réévalue régulièrement pour justement voir un petit peu le cheminement qui est fait aussi de la part du patient - il est là dans un processus de rééducation, de réautonomisation - s'il accepte sa nouvelle image, ce sera beaucoup plus facile pour lui de progresser 	<ul style="list-style-type: none"> - Clairement pas - on se focalisait sur la plaie - je me rends compte que ce n'est pas très normal - on se cache derrière le soin technique car on n'est pas forcément à l'aise - c'est pour ça que je pense que de se dire qu'on va aider le patient à accepter, je trouve ça prétentieux 	<ul style="list-style-type: none"> - je ne sais pas si on accepte vraiment, mais on peut dire que l'on vit avec - ça peut durer 15 jours 3 semaines 1 mois, mais ça évolue quand même - le patient doit faire effectivement le deuil de ce membre - s'il ne passe pas soi par la colère, soit par la tristesse, [...] il aura raté une étape - s'il rate une étape, l'acceptation risque d'être compliqué - on doit suivre les étapes du deuil et c'est assez en dent de scie, car on peut passer d'un état à l'autre dans un sens complètement différent en fonction de chaque personne

		- on est obligé de les avoir ces étapes là
--	--	--

- **L'ide et la formation**

- Moi je connais un peu l'éducation thérapeutique
- c'est du apprendre à vivre dans un état de santé différent d'avant
- je pense qu'il y a plein de chose, mais plutôt dans un service spécifique comme la rééducation
- Il peut y avoir des formations intéressantes, notamment sur l'accompagnement à la nouvelle image corporelle
- Je ne me suis pas forcément renseigné là-dessus
- On a aussi notre expérience [...] on a un regard un peu plus pointu et un peu plus précis

Les connaissances	La formation
<ul style="list-style-type: none"> - Je connais un peu l'éducation thérapeutique, c'est du apprendre à vivre dans un état de santé différent d'avant - On a aussi notre expérience [...] on a un regard un peu plus pointu et un peu plus précis 	<ul style="list-style-type: none"> - je pense qu'il y a plein de chose, mais plutôt dans un service spécifique comme la rééducation - Il peut y avoir des formations intéressantes, notamment sur l'accompagnement à la nouvelle image corporelle - Je ne me suis pas forcément renseigné là-dessus

- **La représentation du corps, du handicap, les compléments à notre exercice**

- J'ai moins peur de la maladie
- tu réalises quand tu exerces que les gens n'ont pas une vie facile
- Le handicap de mon point de vue infirmier, que ce sont des gens chronophages, assez lourd.
- Un métier en constante évolution
- On a aussi des étudiants qui nous amènent à réfléchir sur nos pratiques [...] c'est un complément
- Un bon infirmier est un infirmier qui se remet en question
- on se rend compte aussi qu'un jeune diplômé est beaucoup moins sûr de lui en sortant de l'école aujourd'hui qu'il y a dix ans
- il y a des domaines de compétences que vous n'avez pas explorés.
- ça donne des infirmiers qui sont sûrs d'eux dans ce qu'ils ont connu pendant les stages.
- sur des soins où vous n'avez jamais fait ou vous n'avez pas pu explorer ou que vous avez dû voir une fois ou deux, on sent des infirmiers complètement perdus
- on va essayer de se rassurer aussi auprès des collègues qui pratiquent plus ou auprès des plus anciens, des gens qui ont plus d'expertise

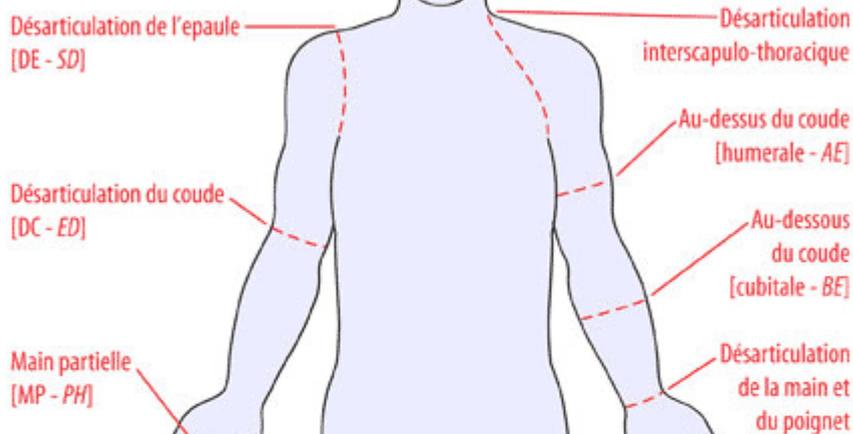
Vision du handicap	L'exercice du métier	Les compléments
<ul style="list-style-type: none"> - J'ai moins peur de la maladie - tu réalises quand tu exerces que les gens n'ont pas une vie facile - Le handicap de mon point de vue infirmier, que ce sont 	<ul style="list-style-type: none"> - Un métier en constante évolution - Un bon infirmier est un infirmier qui se remet en question - on va essayer de se rassurer aussi auprès des 	<ul style="list-style-type: none"> - On a aussi des étudiants qui nous amènent à réfléchir sur nos pratiques [...] c'est un complément - on se rend compte aussi qu'un jeune diplômé est beaucoup moins sûr de lui en

<p>des gens chronophages, assez lourd.</p>	<p>collègues qui pratiquent plus ou auprès des plus anciens, des gens qui ont plus d'expertise</p>	<p>sortant de l'école aujourd'hui qu'il y a dix ans</p> <ul style="list-style-type: none">- il y a des domaines de compétences que vous n'avez pas explorés- ça donne des infirmiers qui sont sûrs d'eux dans ce qu'ils ont connu pendant les stages.- sur des soins où vous n'avez jamais fait ou vous n'avez pas pu explorer ou que vous avez dû voir une fois ou deux, on sent des infirmiers complètement perdus
--	--	--

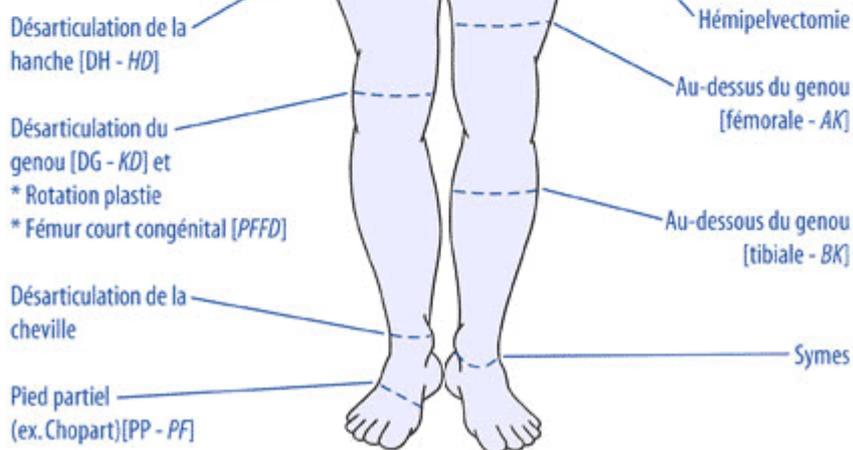
- **Annexe V : Niveaux d'amputation**

[Les abréviations indiquées ci-dessous en italique représentent la version anglaise, parfois utilisée en prothétique.]

MEMBRES SUPÉRIEURS



MEMBRES INFÉRIEURS



<http://athletes-amputes-tpe.e-monsite.com/pages/introduction/page.html>

- Annexe VI : Pyramide de Maslow



<http://vitanime.be/adultes/la-personne-et-ses-besoins/>

- **Résumé en français / The English abstract**

LE TROUHER Nicolas
Titre : L'altération de l'image corporelle chez les patients amputés
<p>Mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers traite une notion qui est fréquemment rencontrée par les infirmières et que j'ai pu également rencontrer lors de mes différents stages. L'altération de l'image corporelle chez les patients amputés inclut une prise en charge globale qui mène à s'interroger sur différentes notions. En effet, l'accompagnement est spécifique car il convient que le patient soit au cœur de sa prise en charge mais qu'il faut veiller sur lui tout au long de son parcours pour le mener à l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. C'est pourquoi beaucoup de facteurs sont à prendre en compte et vont influencer la prise en soin. La question de départ de ce travail est : Amputation, en quoi le rôle de l'infirmier participe-t-il à l'acceptation de la nouvelle image corporelle ? L'intérêt de cette recherche est de définir le rôle infirmier, de comprendre ce qui peut conduire le patient à instaurer des mécanismes de défenses et quels sont les outils disponibles pour conduire à cette acceptation. Pour confronter les recherches de mon cadre conceptuel et la réalité dans les services, j'ai effectué deux entretiens avec des infirmières exerçant aux urgences et en service de soins de suite et de réadaptation. Ces échanges m'ont apporté de nombreux compléments sur la manière dont les infirmières prennent en charge un patient amputé aussi bien en préopératoire que lors de son parcours de rééducation.</p>
Mots-clés : Amputation / image corporelle / Accompagnement / Acceptation / Relation
Title: Body Image Impairment in Amputee Patients
<p>My dissertation on nursing research deals with a notion that is frequently encountered by nurses and that I have also encountered during my various internships. The alteration of body image in amputee patients includes a global management which leads to questions about different notions. Indeed, the support is specific because the patient should be at the heart of his care but must be watched over throughout his journey to lead him to the acceptance of his new body image. That is why many factors have to be taken into account and will influence care. The starting question for this work is: Amputation, how does the role of the nurse participate in the acceptance of the new body image? The interest of this research is to define the nursing role, to understand what can lead the patient to set up defence mechanisms and what tools are available to lead to this acceptance. To compare the research in my conceptual framework with the reality in the wards, I conducted two interviews with nurses working in the emergency department and in the follow-up and rehabilitation services. These exchanges have given me a lot of additional information on how the nurses take care of an amputee patient both in preoperative and rehabilitation phases.</p>
Key-words : Amputation / Body Image / Accompaniment / Acceptance / Relationship

