



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**L'influence du patient endeuillé, après une amputation dans un contexte
traumatique, sur l'accompagnement infirmier.**



Formateur référent mémoire :

MARCHADOUR Béatrice

LE TALLEC Youna

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

Date : 10 Mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**L'influence du patient endeuillé, après une amputation dans un contexte
traumatique, sur l'accompagnement infirmier.**



Formateur référent mémoire :

MARCHADOUR Béatrice

LE TALLEC Youna

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

Date : 10 Mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'influence du patient endeuillé, après une amputation dans un contexte traumatique, sur l'accompagnement infirmier.

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'État 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 10 mai 2021.

Identité et signature de l'étudiant : LE TALLEC Youna

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

Je remercie tous les formateurs qui m'ont accompagnés durant ces trois années de formation, ainsi que tous les professionnels de stage qui m'ont énormément appris.

Je remercie ma guidante pour m'avoir aidée et suivie tout au long de ce travail.

Je remercie ma famille pour le soutien qu'elle m'a apporté durant toute la durée de ma formation.

SOMMAIRE

1.	Introduction	1
2.	De la situation d'appel à la question de départ	1
2.1.	Description des situations d'appel	1
2.2.	Ma question de départ	2
3.	Le cadre de référence	3
3.1.	Le processus de deuil	3
3.1.1.	Définition et épidémiologie	3
3.1.2.	Les complications	5
3.1.3.	Les traitements	5
3.2.	L'amputation d'un membre dans un contexte traumatologique	6
3.2.1.	Ce que dit la loi	6
3.2.2.	Définition et épidémiologie	7
3.2.3.	L'annonce de l'amputation	7
3.2.4.	Niveaux d'amputation des différents membres	8
3.3.	L'amputation, quelles répercussions ?	9
3.3.1.	Conséquences physiques	9
3.3.2.	Conséquences psychologiques	11
3.4.	L'influence du patient sur la posture infirmière dans son accompagnement	13
3.4.1.	Ce que dit la loi	13
3.4.2.	L'infirmière face à l'amputation	14
3.4.3.	La relation d'aide	15
3.4.4.	Notion de contre-transfert	17
4.	Méthodologie de recherche	18
1.	Choix de l'outil d'enquête	18
2.	Choix du lieu et des personnes interrogées	18
5.	Résultats	18
6.	Discussion	21
7.	Conclusion	23
	Bibliographie	25
	Sommaire des annexes	
	Annexes	
	Abstract	

1. Introduction.

Le MIRSI, ou autrement appelé Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, est l'aboutissement de trois ans de formations en soins infirmiers. En effet, il nous permet d'exposer notre opinion concernant un sujet choisi en nous appuyant sur des faits et nous questionnant pour aboutir à une conclusion ou une ouverture, ainsi que pour acquérir des connaissances nouvelles.

Mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers se base sur deux situations d'appel qui se sont déroulées lors de deux différents stages au cours de ma formation. En effet, durant ma première année d'étude, je suis allée en chirurgie orthopédique, j'ai pu m'occuper de nombreux patients ayant subi une amputation. Par ailleurs, lors de ma troisième année, j'ai effectué un stage en soins de suite et rééducation, ce qui m'a également permis de prendre en soins des personnes amputées. J'ai pu constater que les conséquences de cette intervention sont très difficiles tout autant physiquement que psychologiquement. Néanmoins, lors de mes soins, je me suis trouvée moi-même en difficulté devant ces patients. Je me suis donc posé de nombreuses questions qui m'ont donné la motivation d'approfondir mes recherches concernant ce sujet.

2. De la situation d'appel à la question de départ.

2.1. Description des situations d'appel.

Étudiante en soins infirmiers de première année, j'ai eu l'occasion de commencer par un stage dans un service de chirurgie orthopédique. J'ai pu alors découvrir les différentes pathologies liées à ce service et les différentes prises en charge adaptées. Ce service de chirurgie orthopédique accueillait également certains patients du service de traumatologie, c'est dans ces circonstances que j'ai pu rencontrer de nouveaux actes de soins notamment l'amputation.

Monsieur T, âgé de vingt ans, est arrivé aux urgences pour un accident de travail. En effet, travaillant avec les machines agricoles, Monsieur T a passé sa main gauche dans une des machines. Sans aucuns antécédents médicaux ou chirurgicaux, Monsieur T est allé au bloc opératoire avant d'arriver dans le service de chirurgie orthopédique. À son réveil, il avait subi l'amputation de son index et son majeur, cependant l'annulaire de cette même main était bien atteint mais récupérable selon le chirurgien.

Après deux semaines et sa quatrième opération, Monsieur T subit une nouvelle amputation : celle de son annulaire. Comme à son habitude depuis son arrivée, Monsieur T ne montrait aucunes émotions, aucun signe de tristesse. Il souriait souvent lors des visites de ses proches, ne pleurait pas

mais ne parlait jamais de son nouvel handicap. Lors des soins quotidiens et des échanges, Monsieur T utilisait l'humour.

Au milieu de son hospitalisation, Monsieur T avait reçu plusieurs bonnes nouvelles dont le fait que, malgré son handicap, il pourrait garder son travail avec des aides mises en place spécialement. Seuls les proches de Monsieur T pouvaient créer un environnement stressant car ils étaient dans l'incompréhension sur l'état de Monsieur T : "Notre fils est trop jeune, il ne devrait pas subir tout ça", "Prenez mes doigts mais rendez-lui les siens". Face à ses propos, Monsieur T ne réagissait pas.

C'est à la fin de son hospitalisation que Monsieur T s'est renfermé. Deux jours avant sa sortie, il a prononcé une phrase que je retiendrai : "J'ai vingt ans, il n'y a rien de positif dans ce qui m'arrive. Je voulais vivre une vie normale."

Étant en première année et sans expérience, je ne savais que dire ni que faire. Monsieur T n'avait jamais parlé de son ressenti, de son futur ou bien même de son handicap. Je ne savais pas s'il dissimulait ses émotions depuis ses amputations, s'il ne voulait pas en parler ou s'il voulait faire son deuil seul.

J'ai également été confrontée à cette situation en troisième année, avec Madame F, âgée de cinquante-deux ans. Elle est arrivée en SSR pour le suivi de l'altération de l'état général suite aux radiothérapies reçues pour une tumeur maligne non diffuse, proche de son genou gauche. Des érythèmes cutanés se sont créés sur son genou, puis sont devenus nécrosants lors de son hospitalisation.

Après plusieurs examens et consultations orthopédiques, la décision de l'amputation trans-fémorale a été prise et l'opération effectuée en peu de temps.

Je n'ai pu revoir Madame F qu'une semaine après son amputation à son retour dans le service. Après m'avoir reconnue, Madame F m'a avoué : "*J'aurai préféré mourir que d'être handicapée à vie comme ça.*" En effet, Madame a toujours été une sportive régulière. Toutefois, je ne savais pas comment réagir à ses propos. Ce n'est que bien après cette situation que je me suis demandé pourquoi je suis si mal à l'aise face à ces patients.

2.2. Ma question de départ.

J'ai pu alors constater que ces situations me mettaient mal à l'aise malgré le besoin d'accompagnement des patients. Mon rôle était de les accompagner mais où devais-je me situer ? Pourquoi suis-je mal à l'aise dans ces situations ?

Ces situations difficiles m'ont amenée à réfléchir ce qui a conduit à la question suivante :

En quoi l'émergence du processus de deuil chez un patient amputé d'un membre dans un contexte traumatique influence-t-il la posture de l'infirmière dans son accompagnement ?

Cette problématique me permettra d'organiser mes recherches pour trouver une réponse pour savoir pourquoi un mal être est présent face à des patients amputés. De plus, je pourrais prendre connaissance de stratégies pour faire face à cette difficulté.

Pour ce faire, je vais effectuer des recherches sur le concept du processus de deuil, de l'amputation dans un contexte traumatique et de ses répercussions ainsi que l'influence des patients sur l'accompagnement des infirmières. Par la suite de ces recherches, je réaliserai des entretiens auprès de soignants pour avoir leur avis sur ces concepts et pouvoir obtenir une réponse à ma problématique.

3. Le cadre de référence.

Cette partie fera l'objet de faits théoriques et législatifs avec l'association de différents concepts en rapport avec la question de départ.

À l'aide des différents ouvrages et articles, mon cadre de référence sera porté sur le processus de deuil enclenché par une amputation dans un contexte traumatique pour enfin étudier l'influence du patient sur la posture infirmière dans son accompagnement.

3.1. Le processus de deuil.

3.1.1. Définition et épidémiologie.

Étymologiquement, le mot deuil vient du latin "*dolus ; dolore*" qui signifie souffrir. Ce mot n'a donc pas de référence spécifique à la mort, mais il se rapporterait à la douleur du chagrin ou à la souffrance de l'âme. Ainsi, l'expression "faire son deuil" voudrait dire "passer à travers sa douleur". Tout deuil est considéré comme un traumatisme car la confrontation à la mort ou à toute autre perte fait effraction dans le psychisme de l'endeuillé et vient bouleverser ses repères et ses capacités d'élaboration et de compréhension de manière plus ou moins longue.

Selon la psychiatre suisse Elisabeth Kubler-Ross, le deuil se fait en plusieurs étapes. Ces étapes peuvent être appliquées à tout type de perte, y compris l'amputation. Cependant, certaines personnes peuvent passer par les étapes dans un ordre différent ou bien ne pas aller à chaque étape.

- La première étape est connue sous le nom du déni, ou bien l'incrédulité. C'est à dire que, généralement, les personnes répondent avec un retrait, un isolement et un refus de la réalité. On considère que le déni sert à protéger le psychisme d'une surcharge émotionnelle.
- La deuxième étape est la rage, ou la colère. L'endeuillé blâme les personnes l'entourant telles que sa famille, ses amis ou bien même Dieu.
- La troisième étape se nomme le marchandage. L'endeuillé négocie avec Dieu ou d'autres personnes comme des médecins pour lui rendre ce qu'il a perdu. Cette étape permettrait à la personne de retarder la réalité de cette perte.
- La quatrième étape est la dépression. La réalité rattrape l'endeuillé et il comprend qu'il ne reverra plus ce qu'il a perdu. La tristesse est grande et peut submerger la personne ce qui peut amener à la dépression.
- La dernière étape est l'acceptation. On considère que le deuil est fait par rapport à la perte, on ne l'oublie pas mais une douleur moins vive atteint la personne.

Selon Sigmund Freud, un neurologue et psychanalyste autrichien, a écrit dans *Deuil et Mélancolie* (1915) sa vision du deuil : "Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc." (pp. 145-185). Par ailleurs, le travail de deuil se fait en trois étapes d'après S. Freud.

La première est la confrontation à la réalité qui demande le retrait de toute l'énergie psychique investie sur des objets ou des liens rappelant le défunt ou la perte.

La deuxième étape est la rébellion compréhensible, qui s'apparente à l'étape de la rage et du marchandage de E. Kubler-Ross.

La dernière étape selon S. Freud, se nomme "*le moi redevient libre et sans inhibition*". En effet, c'est l'accomplissement du deuil, soit l'acceptation selon E. Kubler-Ross.

Toutefois, le deuil reste un processus complexe dont l'évolution vers un apaisement ou l'acceptation est indispensable pour éviter une complication vers un épisode dépressif. En effet, le

deuil correspond à plusieurs réactions telles que : les réactions émotionnelles, cognitives, fonctionnelles, comportementales et socioculturelles.

3.1.2. Les complications.

Le deuil est un processus qui peut parfois être long et par moment ressembler à un épisode dépressif. Le risque principal est que le deuil dit "normal" devienne un deuil pathologique, c'est-à-dire un deuil qui persiste plus de douze mois avec des symptômes psychiques sévères voire invalidants, et parfois même la survenue d'un trouble psychiatrique.

Au niveau de la sphère bio-psycho-sociale, les conséquences du deuil peuvent être graves. L'apparition de nouveaux troubles ou la décompensation de pathologies préexistantes peuvent se développer à cause de la fragilisation de l'endeuillé dû au choc de la perte. Plusieurs personnes se plaignent de symptômes divers comme des douleurs, des problèmes digestifs ou même de troubles du sommeil. Au niveau psychologique, plusieurs émotions se mélangent comme la tristesse, la peur, la colère, l'angoisse et le désespoir. Un état de choc se crée, et nos émotions essaient de s'adapter au manque présent. Au niveau social, l'endeuillé peut s'isoler de lui-même.

Le deuil peut devenir pathologique quand il dure plus de douze mois en moyenne. Le risque d'épisode dépressif ainsi que le risque de suicide peuvent survenir chez certaines personnes endeuillées depuis longtemps. Néanmoins, d'autres pathologies peuvent être reconnues telles que l'insomnie, l'anorexie, des plaintes somatiques ou encore des symptômes anxieux comme un trouble de l'adaptation, un trouble de panique ou même un état de stress post-traumatique.

Toutefois, le deuil n'est pas une pathologie médicale en soi, il faut donc être vigilant par rapport au risque de complications.

3.1.3. Les traitements.

Les consultations médicales face à des personnes endeuillées reposent sur plusieurs attitudes. En effet, l'accompagnement et l'écoute sont primordiaux, ainsi que l'explication des étapes du processus normal du deuil et l'identification de la phase dans laquelle le patient se trouve. Ces consultations permettront aussi d'identifier d'éventuelles complications comme les épisodes

dépressifs majeurs. Elles permettront aussi d'évaluer le risque suicidaire et d'insister sur l'importance de partager sa souffrance avec ses proches. En cas de deuil pathologique, un suivi régulier doit être réalisé puis orienté vers une prise en charge spécialisée si cela est nécessaire.

3.2. L'amputation d'un membre dans un contexte traumatologique.¹

3.2.1. Ce que dit la loi.

“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.”

C'est ainsi que l'article L.114 de la loi n°2005-102, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, caractérise le handicap.

Grâce à cette loi, les personnes handicapées ont le droit à la scolarité, l'emploi, la citoyenneté mais également à un accueil, notamment dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), à une compensation : la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) qui est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées ; et bien sûr, ils ont le droit à des ressources, comme l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), qui permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante.

Par ailleurs, l'article 41 (article R.4127-41 du code de la santé publique) (commentaires révisés en 2010) stipule que : “Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement”.

Donc le geste d'amputation doit être pratiqué lorsque la vie du patient est en danger et que celui-ci est prévenu avant ce geste.

¹ <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

3.2.2. Définition et épidémiologie.

Selon Smeltzer et Bare (2006) dans *Soins infirmiers en médecine et chirurgie. 6 : Fonctions sensorielle, neurologique et musculosquelettique* (4ème éd) :

L'amputation est une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner une partie du corps, habituellement un membre. Les causes les plus fréquentes de l'amputation d'un membre inférieur sont les suivantes : insuffisance artérielle périphérique chronique, gangrène fulminante, traumatisme (blessure par écrasement, brûlure, gelure, brûlure électrique), malformation, ostéomyélite chronique ou tumeur maligne (...). L'amputation vise à soulager les symptômes, à améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie de la personne, voire à lui sauver la vie (p.423).

Chaque année, en France, selon l'HAS (février 2007), il y a 100 000 à 150 000 personnes qui subissent une amputation, dont environ 10% à 15% des membres supérieurs.

“La cause la plus fréquente chez les personnes âgées est l'artériopathie oblitérante chronique, tandis que le traumatisme est la cause la plus fréquente chez les sujets jeunes” (Oliveira Chini et Boemer (2007), *Amputation in the perception of those who experience it : a study under the phenomenological view*, pp. 330-336).

Selon l'ADEPA, les causes traumatiques représentent 20% des amputations, elles sont souvent liées à des accidents (accidents de la voie publique (AVP), accidents domestiques, accidents de travail...). Lors d'un accident, les médecins vont d'abord essayer de conserver le membre si cela est possible, mais dans le cas contraire, l'amputation est pratiquée d'urgence.

3.2.3. L'annonce de l'amputation.

Il n'y a pas de technique spécifique pour faire une annonce difficile telle que l'amputation. Cependant des règles de bon sens sont à respecter.

Les soignants vont expliquer au patient la raison de l'amputation : dégâts trop importants pour pouvoir conserver le membre, impossibilité de revascularisation par exemple, de façon à aider le patient à prendre cette décision.

Pour le Dr Fritz Minger (2012) de la Clinique de la Source à Lausanne en Suisse, “C'est toujours une décision douloureuse, psychologiquement, pour le patient. Perdre un membre, c'est comme perdre un organe : c'est le processus de perdre une partie importante du corps, de soi.”. Il est

expliqué au patient que, malgré la douleur de la perte d'un membre, l'amputation va lui permettre de lui sauver la vie en enlevant la partie malade, améliorant ainsi son état général et sa qualité de vie.

L'important est de discuter avec le patient afin de lui expliquer qu'il n'existe pas d'autre solution, tout en l'informant du changement que cela implique par la suite. Cette étape d'accompagnement est donc très importante, puisque l'acte chirurgical ne sera pas réalisé sans le consentement du patient.

3.2.4. Niveaux d'amputation des différents membres.

Jusqu'au début du 20ème siècle, les amputations étaient pratiquées dans un contexte de risque vital pour sauver la vie du blessé. Pour conserver la vie, le sacrifice du membre était la seule solution sans que l'on se préoccupe par la suite de la qualité de vie de la personne.

Aujourd'hui, les progrès de la chirurgie et de la médecine ont permis de limiter les amputations. La décision de cet acte n'est plus toujours le fait d'une nécessité absolue mais parfois la solution qui pourra apporter le meilleur résultat fonctionnel pour le patient.

L'amputation va donc dépendre de différents éléments :

- De la qualité des artères du membres. En effet, si la circulation sanguine n'arrive pas ou difficilement jusqu'au niveau de l'amputation, alors la cicatrisation ne se fera pas correctement.
- De la sévérité de la destruction des tissus et de l'infection.
- Du degré d'autonomie de la personne afin d'analyser sa capacité d'adaptation à son nouvel handicap et à utiliser une prothèse.

Une meilleure connaissance, des progrès importants et l'arrivée récente de la mise en place des prothèses sont des éléments indispensables pour la qualité de vie du patient, et donc ces critères sont indispensables à la prise de décision du chirurgien et à l'information du patient.

Les différents niveaux d'amputations sont : (ANNEXE V)

Amputations de membres supérieurs :

- Désarticulation interscapulo-thoracique
- Désarticulation de l'épaule
- Amputation humérale

- Désarticulation du coude
- Amputation cubitale
- Désarticulation de la main et du poignet

Amputations de membres inférieurs :

- Hémipelvectomie (amputation qui touche l'intégralité de la jambe et une partie du bassin et du sacrum)
- Désarticulation de hanche
- Amputation transfémorale
- Désarticulation de genou
- Amputation de Gritti (amputation au niveau de l'articulation du genou qui consiste à fixer la rotule à l'extrémité du fémur)
- Amputation transtibiale
- Amputation de Syme (l'amputation s'effectue au niveau de la cheville, plus précisément au niveau tibio-tarsienne)

Amputations de pied :

- Amputation de Chopart (ablation de la partie à l'avant du talus (os du pied situé entre le talon et le tibia) et du calcaneus (os situé au niveau du talon, à l'arrière du pied))
- Amputation de Lisfranc (ablation complète des orteils et des métatarsiens)
- Amputation transmétatarsienne (amputation de l'avant-pied)
- Amputation de l'avant-pied et orteils

Le geste d'amputation peut permettre au patient de tirer le meilleur bénéfice possible d'un appareillage performant. Il est important que le chirurgien évite de placer les cicatrices au niveau des points d'appui, d'enfouir les extrémités nerveuses dans les tissus mous pour éviter le développement ultérieur de névromes très douloureux lors des poses de prothèses.

3.3. L'amputation, quelles répercussions ?

3.3.1. Conséquences physiques.

Le schéma corporel est un concept interdisciplinaire et se définit comme étant la représentation qu'a chaque individu, de son corps en général, ses différentes parties, sa position pour lui permettre de se situer dans l'espace.

“Le corps est le véhicule de l’être au monde, et avoir un corps c’est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains projets et s’y engager continuellement [...]” Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception* (1945) pp. 7-10.

Le schéma corporel est donc un automatisme physique qui nous permet d’agir au quotidien tel que marcher, manger, être soi-même... Il se construit tout au long de notre vie, surtout lors de l’enfance jusqu’à l’adolescence.

Selon Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, le corps est une réalité somatique tandis que l’image, une réalité psychique.

En effet, l’image corporelle se différencie du schéma corporel tout en y restant lié. L’image corporelle se réfère à des échelles d’esthétiques, de valeurs ou sociales. Elle est la représentation mentale que nous avons de notre corps, de nos valeurs, nos jugements, notre personnalité. Elle est fabriquée par les perceptions, les émotions que l’on éprouve à l’égard de notre corps mais également à l’égard de l’estime que nous avons de nous même, ainsi que nos souvenirs.

Pour Mave Salter, infirmière et auteure de *Altération de l’image corporelle : le rôle de l’infirmière* (1997) :

Nous avons tous une certaine image de notre corps. Cette image se forme à la naissance et se développe au fur et à mesure que nous grandissons. À l’adolescence, nous traversons une crise car l’image de l’enfant est remplacée par celle de l’adulte. Notre image est renforcée par les comportements sociaux et notre environnement. (...) L’image du corps a été conceptualisée comme une image mentale de son propre corps, c’est-à-dire la façon dont le corps apparaît au moi.

Le schéma corporel et l’image du corps sont altérés lors d’une amputation, mais chacune de façon différente.

En effet, la perte du membre modifie le schéma corporel que la personne s’était construit pendant l’enfance. Le patient peut être amené à négliger la partie blessée de son corps puisqu’elle est vécue comme néfaste. Seulement, ce nouveau schéma corporel peut être atténué par l’utilisation de prothèses adaptées permettant le retour proche de la normalité visuellement. Il pourra donc braver les difficultés donc ce nouvel handicap plus naturellement.

A contrario, l’image corporelle se perçoit d’une façon négative. La personne dépossédée d’une partie de son corps ne se reconnaît plus pour une période indéterminée. Une dévalorisation de son identité peut être amenée à cause d’un jugement défavorable envers la personne elle-même. Le patient est privé d’une image satisfaisante, il ne veut plus l’admirer donc s’aimer, de ce fait l’idéal corporel qu’il s’était fixé au fil du temps ne peut plus être atteint.

Par ailleurs, l'amputation entraîne une altération de l'image du corps et donc amène le patient dans une difficulté d'adaptation. Des perceptions corporelles fantômes peuvent être constatées.

En effet, après l'amputation d'un membre, la perception de celui-ci persiste avec des propriétés sensibles dégradées dues aux souvenirs de ce membre : contours flous, taille raccourcie, forme incomplète, etc. Le patient peut donc avoir des sensations anormales au niveau du membre amputé comme des crampes, un serrement, une brûlure et parfois des sensations électriques. Ce phénomène tient à la persistance du schéma corporel qui correspond à l'intégralité du corps avant la perte du membre.

Ce syndrome du membre fantôme, appelé algohallucinoïse, correspond à l'interprétation erronée par le cerveau de sensations nerveuses venant du moignon ou du membre résiduel, comme si elles provenaient du membre amputé.

L'algohallucinoïse est présente chez près de 72% des patients en post-opératoire.

3.3.2. Conséquences psychologiques.

Comme annoncé dans la partie 1, le processus de deuil peut s'appliquer non pas qu'à la perte d'un être cher, mais également à la perte d'un membre de notre corps. Effectivement, faute de ne pouvoir conserver la totalité de son corps, le patient s'estime anéanti.

Le deuil du membre se définit par l'acceptation du handicap et de la modification de l'image corporelle. Cette phase a pour objectif de permettre à l'individu de retrouver les habitudes de vie se rapprochant au maximum de celles qu'il avait avant l'amputation. Le deuil est différent pour chacun, il peut varier dans le temps voir même ne jamais se réaliser entièrement chez certaines personnes.

Cette évolution psychologique nécessite régulièrement une prise en charge par un psychologue et si besoin, un psychiatre en collaboration avec l'équipe soignante, soit les médecins, les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Comme annoncé précédemment, il y a cinq étapes principales dans le processus de deuil selon Kübler-Ross. La dernière est nommée l'acceptation, mais cette étape, qui n'est pas forcément acquise par tout le monde, peut être l'équivalent du terme "d'adaptation" dans ce contexte. En effet,

il peut y avoir l'acceptation de ce nouvel handicap, néanmoins le patient amputé va continuer à vivre avec son amputation mais va devoir s'adapter aux différents changements encourus par la perte du membre.

De plus, le travail de deuil peut être enclenché plus tôt que l'amputation elle-même. C'est lorsque l'amputation sera effectuée que le patient se rendra réellement compte de sa nouvelle image corporelle, cependant le travail de deuil débute dès l'annonce de l'amputation. Le patient est informé de l'acte prévu, il est donc dans une phase de choc psychologique puisque ses projets de vie sont remis en cause et figés.

Dans ce cas, la personne ayant connaissance d'un futur changement corporel, il peut débiter ou concevoir le processus de deuil. Il est "préparé" à l'acte et peut en discuter avec l'équipe soignante et ses proches pour anticiper.

Le dénouement de ce travail va permettre au patient de faire le deuil de ce qu'il était avant et pourrait permettre l'élaboration d'une nouvelle image corporelle. Néanmoins, nous pouvons développer le concept de résilience pour comprendre certaines conséquences psychologiques de l'amputation.

"La résilience est la capacité pour un individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress, à apprendre à vivre avec et à rebondir en changeant de perspective, voire même à se délivrer d'un passé empoisonnant pour en sortir grandi" (2012) *Résilience et connaissances de bases*, Boris Cyrulnik, éthologue, neuropsychiatre et psychanalyste.

Le fonctionnement de résilience s'élabore par plusieurs processus défensifs d'ordre intrapsychique et de facteurs de protection internes et externes.

Il y a quatre grandes phases différentes de défenses :

- une révolte avec un refus de se sentir condamné au malheur : une certaine agressivité peut naître chez le patient après l'amputation, il considère ce qui lui arrive comme une injustice.
- le déni : le patient va se créer une image d'une personne forte afin de se protéger de la pitié de l'entourage, même s'il reste fragile au fond de lui.
- le rêve et le défi : un état de vengeance peut envahir le patient, il va donc vouloir "prouver" à son amputation qu'elle ne l'a pas abattu, qu'il peut continuer à vivre.
- l'humour : le patient ne voulant pas s'abattre sur son propre sort, va développer une forme d'autodérision face à son traumatisme. L'humour va lui permettre de ne pas se morfondre dans la tristesse et il va pouvoir continuer d'avancer.

Contrairement au processus de deuil, la résilience consiste à se donner des objectifs, à affronter cette épreuve qu'a créée l'amputation.

Néanmoins, face à la souffrance, un individu va soit se laisser abattre ou se battre. Ce choix va dépendre de son vécu, de sa construction psychique et culturelle qui influencera ce processus de résilience.

En conclusion, le retentissement des amputations va varier en fonction du vécu de l'individu, de son âge, de son état général (psychologique et physique), de ses habitudes de vie ainsi que du niveau d'amputation. Chaque personne est unique, on ne peut donc pas anticiper la réaction de chacun. L'accompagnement de l'infirmière sera alors très important pour aider le patient, mais un travail d'adaptation doit être mis en place selon le patient.

3.4. L'influence du patient sur la posture infirmière dans son accompagnement.

3.4.1. Ce que dit la loi.

Le rôle d'infirmière impose plusieurs responsabilités professionnelles, des devoirs et des postures qui sont citées et inscrites dans des textes officiels.

Selon l'article L.4311-1 sur les règles liées à l'exercice de la profession (Code de la santé publique) du 14 juillet 2019, "Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement."

Selon l'article R.4311-1 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, "L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé."

3.4.2. L'infirmière face à l'amputation.

Un patient ayant subi une amputation nécessite des soins qui visent à la prévention des complications et à une cicatrisation optimale du moignon.

L'acte technique qu'est le pansement, est important. En effet, les réfections de pansements se font régulièrement : le premier est réalisé 24h après l'opération, puis tous les 2 à 3 jours si l'évolution est favorable. L'objectif principal du pansement de moignon est de protéger la cicatrice et le moignon lui-même. Il permet également de diminuer l'hématome, favoriser la cicatrisation ainsi que le retour veineux. Un autre but est de modeler le moignon et lui donner une forme conique afin de favoriser la mise en place de la prothèse.

La particularité de ce soin est de veiller au bien-être et au confort du patient. Il est donc important de le réaliser avec bienveillance. Effectivement, une évolution concrète de la plaie permet une rééducation plus rapide par la suite, et donc une réinsertion du patient dans la vie sociale. Cela peut amener le patient à avoir un regard plus avantageux sur sa situation.

Pendant la réalisation des pansements, le patient est au cœur des soins. L'infirmier lui explique les différents temps du bandage afin qu'il puisse, par la suite, les réaliser lui-même au domicile s'il s'en sent capable. L'accompagnement instauré par l'équipe soignante permet d'aider le patient à accepter cette situation, à s'adapter au changement de son image corporelle.

Le soin infirmier est défini par Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'Université Catholique de Louvain, comme étant "l'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne ou à ses proches en vue de leur venir en aide dans la situation qui est la leur. Il comprend tout ce que ces professionnels font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. Au regard de sa nature, il permet de toujours faire quelque chose pour quelqu'un afin de contribuer à son bien-être quel que soit son état." *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* (1997).

Les infirmiers ne font donc pas uniquement des soins techniques, mais également et principalement du relationnel. Il est néanmoins important d'allier ces deux domaines afin d'accompagner la personne dans son processus d'acceptation.

Prendre soin du patient n'est pas une question du métier d'infirmier, mais une question de considération de l'humain qui concerne tout un chacun. "Il désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé." HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.

D'ailleurs, prendre soin d'un individu est très différent de la notion répandue de prendre en charge. En effet, la personne est considérée comme sujet de soins et non d'objet. Le livre "Relation d'aide en soins infirmiers" indique que le "prendre soin" nécessite attention, écoute, compétence et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des précisions adoptées dans la communication avec le patient.

3.4.3. La relation d'aide.

Selon Carl Rogers, psychothérapeute américain du 20ème siècle, la relation d'aide est définie comme étant "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", *L'approche Centrée sur la Personne* (2001).

La relation d'aide est unique pour chacun malgré la définition donnée. Elle n'est pas forcément possible avec tous et évolue selon les besoins et les situations. Elle peut également varier selon le lieu, les circonstances, la nature du travail de l'aidant ou encore son degré d'habileté. Grâce à cette relation, le patient est pris en compte dans sa globalité.

Dans cette relation, l'infirmier va aider la personne à chercher le sens, à trouver les ressources nécessaires pour l'évolution de la situation. Pour cela, la relation d'aide infirmière se situe dans la réflexion clinique, la mise en évidence d'un problème, l'analyse du problème afin de comprendre et s'adapter aux besoins du patient. Ainsi l'infirmier va pouvoir mobiliser ses ressources pour accompagner la personne à trouver elle-même ses propres solutions.

La relation d'aide repose sur des principes et des attitudes avec lesquelles le soignant doit se familiariser dès sa prise de poste. Effectivement, cette relation doit être sans jugement de valeur, et elle ne peut se développer que si la personne soignée se sent en confiance.

Adaptée à chaque situation, l'infirmier doit adopter des techniques non-verbales constituées de gestes, d'attitudes (se mettre à la même hauteur que le patient, ne pas lui tourner le dos), d'expressions faciales (le sourire) et de mouvements corporels (le toucher) ; et/ou des techniques verbales avec l'utilisation de différentes reformulations selon Carl Rogers :

- Reformulation reflet / écho : elle se réalise en paraphrasant en réponse écho ce que la personne vient de dire. Elle permet d'extraire du contenu communiqué, des sentiments et des faits du patient.
- Reformulation miroir : elle s'utilise en mettant en mot ce que l'on voit de la personne.
- Reformulation renversement figure fond : c'est la restructuration du champ de pensée, permettant à la personne, grâce au renvoi de l'infirmier, de voir autrement sa propre perception. Cela fait apparaître le non-dit, le latent et l'implicite.
- Reformulation clarification : elle consiste à mettre en lumière et à renvoyer au sujet le sens de ce qu'il a dit. Cela permet de démêler le discours.
- Reformulation synthèse : elle résume l'essentiel de l'entretien à sa fin. Cela permet au patient de se sentir écouté et rassuré sur la compréhension de son interlocuteur.

En plus d'une écoute active, ces reformulations lors des échanges permettent au patient de se sentir écouté et accueilli dans ce qu'il peut exprimer de lui-même. Cela va également permettre de créer une confiance entre le patient et le soignant ce qui peut amener le patient à se confier sur des choses qu'il ne pensait pas livrer dans un premier temps.

L'écoute active implique la faculté d'entendre dans le sens d'une compréhension intellectuelle et affective de l'autre ; elle demande d'être disponible, de prendre le temps, d'être bienveillant, respectueux, discret et d'être capable de faire silence. Effectivement, le silence n'est pas seulement une absence de parole, il est fait d'attention afin de laisser la place à l'autre ainsi que le temps de réfléchir.

Pour Carl Rogers, "la relation d'aide n'est pas une relation amicale, sans rapport autoritaire mais a pour essence des échanges constructifs, une réciprocité qui sous-entend une compréhension mutuelle, donner et recevoir".

Néanmoins, cette relation peut parfois rencontrer des limites liées à la personne aidée. En effet, le patient peut transférer son histoire sur l'aidant, l'amenant à ressentir des sentiments positifs ou négatifs selon la situation. Ces sentiments peuvent alors constituer une limite dans le cas où l'infirmier pourra être investi d'un rôle qui n'est pas le sien et dans un deuxième cas, où la relation de confiance peut être mise en difficulté.

Pour qu'une relation d'aide soit qualifiée comme efficace, l'aidant doit connaître ses propres limites afin de ne pas s'épuiser et éviter que les rôles soignants-soignés ne s'inversent.

3.4.4. Notion du contre-transfert.

Selon Sigmund Freud, le terme de contre-transfert est lié à celui du transfert concernant la relation entre le soignant et son patient. En effet, le transfert a été défini comme : “Le processus par lequel les désirs inconscients s’actualisent sur certains objets ou sujets dans le cadre d’un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s’agit là d’une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d’actualité marqué”, *Psychanalyse et médecine* (1925). Le transfert est donc exercé dans la relation analytique du patient vers le soignant, tandis que le contre-transfert s’effectue en sens inverse : “Le contre-transfert, c’est l’émotion que le soignant éprouve en réponse aux sollicitations du transfert de l’aidé.”, *Psychanalyse et médecine* (1925). Il désigne donc une réponse émotionnelle inconsciente de l’analyste, qui peut-être l’incapacité à dissocier ses sentiments personnels de la relation thérapeutique.

Freud fait allusion au contre-transfert dans une lettre où il rapporte plusieurs éléments qui forgent le contre-transfert en relation de soins. Il y a tout d’abord la réaction affective à la personnalité du malade et toutes ses composantes, puis la réaction affective à l’image que renvoie le patient par rapport à la représentation du malade idéal qu’a le soignant. De plus, les facteurs personnels du soignant interviennent : l’état de fatigue, le stress, son état émotionnel. Le soignant va faire intervenir des représentations personnelles.

Le Dr De Urtubey, docteur en psychopathologie clinique à l’université de la Sorbonne-Paris VII, parle du contre-transfert comme un signe de forme diverse comme des “affects, sentiments, associations, représentations, fantasmes, lapsus, etc...”, (*Des origines du contre-transfert*, 2006/2 Vol. 70, pp. 371-384) provenant directement de l’inconscient du soignant.

Le Dr Lebovici, psychiatre et psychanalyste, décrit une “*empathie contre-transférentielle*” en l’associant à un affect. Le soignant est donc un répondant par son contre-transfert issu de son empathie.

Dans la relation de soin, le contre-transfert apparaît comme un passage obligatoire afin que le soignant puisse partager la maladie du patient et donc le mener vers la guérison. Cependant, cela ne semble pas se poser pour tous les patients car il provient aussi de l’empathie que l’on met au service du soigné. Certains affects que l’on va ressentir feront parti du contre-transfert tandis que d’autres données seront inconscientes.

Pour conclure, tout cela reste à prendre en compte et reste présent dans la relation de soins infirmiers, qui est une association de transferts et de contre-transferts de soignant à patient.

4. Méthodologie de recherche.

4.1. Choix de l'outil d'enquête

Voulant rencontrer les différents professionnels de santé et établir des questions ouvertes, ce sont des entretiens semi-directifs (ANNEXE III) auprès de deux infirmières de secteurs professionnels différents que je suis allée rencontrer. En effet, l'entretien semi-directif permet de recueillir des informations grâce à différentes questions établies au préalable avec un objectif précis, permettant aux répondants de s'exprimer librement.

De plus, contrairement à un questionnaire, il est possible de pouvoir reformuler sa question lorsque l'intervenant n'a pas compris, ou bien de demander plus d'informations s'il n'a pas été assez précis selon nous.

4.2. Choix du lieu et des personnes interrogées

Au regard de la situation sanitaire actuelle, mon choix du déroulement des entretiens s'est nettement réduit. Effectivement, j'ai effectué mes entretiens par téléphone pour faciliter la connexion, puisque lors d'entretiens en visioconférence, la connexion doit être bonne des deux côtés, ce qui n'est pas toujours le cas. Ces entretiens ont pu être enregistrés par un dictaphone pour faciliter la retranscription de ceux-ci.

De plus, j'ai choisi d'interroger des infirmières de secteurs différents, pour avoir des résultats variés selon leur secteur professionnel. J'ai alors contacté une infirmière en Soins de Suite et Rééducation que j'avais pu joindre grâce à une collègue de mon stage de semestre cinq. Suite au premier entretien et sous les conseils de l'infirmière, j'ai contacté une infirmière libérale, qui était spécialisée dans les pansements grâce à son DU (Diplôme Universitaire) en plaie et cicatrisation.

5. Résultats

Afin d'éviter de me répéter dans mon analyse, j'ai décomposé mes entretiens par thème pour permettre un raisonnement global selon mes questions posées lors de mes deux entretiens.

Tout d'abord, j'ai essayé de comprendre la perception de la notion d'amputation dans un contexte traumatique auprès des infirmières. Pour les deux soignantes, l'amputation est la section d'un membre lorsque celui-ci n'est plus suffisamment vascularisé ou qu'il est nécrosé. Ces professionnelles précisent qu'une amputation peut se faire sur un bras comme une jambe ou des plus petites parties du corps telles qu'un doigt ou un orteil. Cet acte est réalisé quand le membre nécrosé ou non vascularisé peut être fatal pour le patient, c'est donc un acte de dernier recours. D'après les deux infirmières interrogées, les amputations hors contexte pathologique peuvent être dues à des AVP (Accidents de la Voie Publique) ou bien des accidents de travail.

Du fait de leurs expériences professionnelles, les infirmières ont pu énoncer les principales causes des amputations traumatiques ainsi que me donner une définition sur leur aperçu de cet acte invasif.

Puis, j'ai cherché à savoir si ces soignantes rencontraient régulièrement des patients amputés dans leur service. Il n'est pas fréquent de rencontrer des patients ayant subi une amputation, mais ils ne sont pas absents. En effet, dans le service de SSR (Soins de Suite et Rééducation), il est fréquent d'en voir pour les soins post-opératoires. Dans le service de l'infirmière I., il y a actuellement trois patients amputés sur une cinquantaine de personnes accueillies dans le service. Néanmoins, en libéral, il est plus rare de voir des patients amputés, mais parfois, les infirmières peuvent avoir à faire des réfections de pansements sur les moignons.

De plus, les personnes amputées peuvent être des personnes âgées comme des jeunes.

Ces données sur la population étudiée nous amènent à voir le nombre de patients amputés rencontrés dans deux domaines d'exercices différents. Par ailleurs, l'âge des patients peut varier.

À la suite de ces questions, j'ai voulu repérer les émotions les plus fréquentes chez ces patients. On remarque ici, que les émotions ressenties par les patients ont une connotation négative. En effet, les patients ressentent principalement de l'angoisse, notamment parce qu'ils s'inquiètent pour leur devenir. Vient ensuite de la colère, contre eux-mêmes ou bien contre les soignants. Puis on remarque des sentiments tels que l'inquiétude, la peur et l'incompréhension par rapport à leur nouvelle situation. Néanmoins, plusieurs patients peuvent utiliser de l'humour, soit pour cacher leur inquiétude, soit pour ne pas inquiéter leurs proches. Cependant, le processus de deuil est nommé par les infirmières. En effet, plusieurs étapes peuvent se démarquer, notamment le déni et la colère.

Par ailleurs, j'ai essayé de repérer si les infirmières reconnaissaient les étapes du deuil. Sur les cinq étapes du deuil, seules quatre sont citées par les infirmières. En effet, la colère est mise en avant, ainsi que la tristesse et le déni. Ces étapes se remarquent fréquemment par les soignantes. L'étape de

l'acceptation a également été relevée. Effectivement, l'infirmière I. précise que cette étape n'a pas encore été vue chez ses patients.

De même que chez les patients, j'ai identifié certaines émotions chez les soignants. Lorsque le soignant rencontre un patient amputé, deux mécanismes d'adaptation peuvent se mettre en place. Ici, est évoqué le stress, où l'infirmier a une connaissance théorique du soin, mais que la première fois, c'est toujours compliqué d'y faire face. Vient ensuite le mal-être, où très souvent, la gêne est évoquée par les deux soignantes. Cependant, des émotions telles que l'empathie et l'inquiétude sont davantage présentes. En effet, les soignantes sont empathiques envers les patients et créent donc une inquiétude pour leur devenir. En parallèle, nous pouvons constater que le soignant se sent impuissant face aux patients. Le manque d'expérience est également mis en avant par les soignantes. En effet, une infirmière dit ne pas avoir eu des apports suffisants par son école pour savoir comment aborder les patients handicapés physiquement. Par ailleurs, la deuxième infirmière affirme que, au début, il est difficile de prendre en soins un patient amputé, mais qu'avec l'expérience, les gestes et la prise en charge sont plus efficaces.

Toutefois, les infirmières n'ont pas hésité à nous dire qu'il y a un impact traumatisant à voir des personnes amputées.

Ensuite, j'ai cherché auprès des soignantes, les facteurs qui peuvent impacter leurs accompagnements auprès des patients amputés. Les soignants mettent en avant l'impact des émotions sur leur prise en soins. En effet, leur émotions, notamment leur empathie doit être bien équilibrée pour pouvoir s'occuper des patients sans trop être atteintes. De plus, les émotions négatives des patients influencent la réaction des soignants. La communication étant importante lors de nos accompagnements, les soignants sont mis en difficulté lorsque les patients sont mutiques face à eux. Par ailleurs, les patients peuvent être perdus car leur hospitalisation n'est pas prévue, donc ils sont facilement bloqués face aux soignants.

Toutefois, les soignantes instaurent quelques stratégies pour faire face à ces facteurs influents. Donc, les infirmières, contre cette difficulté qui est de prendre en soins un patient amputé, favorisent le travail d'équipe. En effet, elles discutent souvent entre collègues et se soutiennent les uns les autres. Néanmoins, les soignants ne sont pas forcément au courant de l'aide que leur structure peut leur procurer si ce n'est l'accès à une psychologue s'ils en ressentent le besoin. D'après les infirmières interrogées, l'expérience ainsi que l'aide des protocoles et leurs connaissances peuvent les aider à avancer dans les soins auprès des personnes amputées.

Pour conclure, les deux soignantes que j'ai pu rencontrer m'ont donné plusieurs réponses à ma question de départ. En effet, les émotions du soignant et du soigné jouent un grand rôle dans la prise en soin. Si les patients sont mutiques ou en colère, cela mettrait le soignant mal à l'aise et compliquerait l'accompagnement nécessaire et voulu. De plus, le deuil est mis en avant, il est difficile pour une personne de perdre un de ces membres car son avenir n'est plus certain par rapport aux changements de sa qualité de vie. Pour les infirmières, leurs émotions elles-mêmes peuvent les bloquer. Elles expliquent qu'il faut savoir adapter et doser la quantité d'empathie envers les soignés, et elles se créent un accompagnement avec leur collègues pour faire face aux difficultés qu'elles rencontrent.

6. Discussion

Pour mon MIRSI, j'ai décidé de m'intéresser aux patients amputés, notamment l'influence qu'ils ont sur les infirmières. En effet, lors de mes différents stages, j'ai pu rencontrer des personnes amputées mais être en face de ces personnes me posait de nombreuses difficultés. Quand je rentrais dans la chambre des patients pour faire des soins ou même de l'accompagnement, je me sentais mal. Alors je me suis demandé, qu'est-ce qui est difficile pour moi et est-ce que les autres soignants ont eu la même réaction ?

Ce qui était le plus difficile, c'était de regarder le patient et de commencer une discussion sans que l'un de nous soit gêné de la situation. En effet, lorsqu'on ne travaille pas dans la santé ou que l'on débute, on voit rarement des personnes amputées. Pour nous, une personne doit avoir ses quatre membres pour se sentir bien et c'est pour cela que voir un patient avec un membre en moins est difficile et déroutant.

Pour ma part, les résultats obtenus au regard de l'analyse des entretiens passés avec des infirmières, sont ce que j'attendais par rapport au cadre conceptuel que j'ai pu travailler. Pour avoir plus d'informations sur l'accompagnement des personnes amputées, j'ai donc interrogé deux infirmières qui ont un diplôme universitaire en plaies et cicatrisation, mais de deux secteurs de travail différents : en soins de suite et rééducation et dans le domaine libéral. Cela m'a apporté de nouvelles connaissances et de confronter ce que je pensais de leurs avis.

Tous les professionnels que j'ai pu interroger m'ont confirmé que la prise en charge d'une personne amputée est compliquée. La plupart du temps, les soignants sont gênés, sans savoir quoi dire ni faire.

Nous avons étudié les différentes conséquences de l'amputation sur le patient, que ce soit physiques ou morales. En effet, connaître les étapes du deuil d'un membre amputé nous permet de pouvoir accompagner au mieux le patient selon la phase dans laquelle il peut être, ainsi, nos soins seront adaptés à la personne, comme leur accompagnement. Cette notion de connaissance de l'état psychique du patient ne m'était pas apparue lorsque je me suis posée la question de départ, c'était très intéressant de l'aborder avec les infirmières.

En ce qui concerne les soignantes, le concept d'empathie est très important pour ce genre de situation. En effet, il faut pouvoir créer une relation d'aide pour pouvoir comprendre le patient et ses besoins, donc essayer de se mettre à sa place mais sans oublier que nous ne le sommes pas vraiment. Néanmoins, l'empathie a ses limites. J'ai défini la notion de contre-transfert de Freud car c'est un obstacle que plusieurs soignants peuvent avoir à surmonter. Ce contre-transfert est ce que nous renvoie le patient sur nos sentiments inconscients. Ce sont donc toutes les émotions que le patient va nous transmettre à travers sa situation, qui peuvent être difficiles à supporter pour nous soignants, et donc nous ne créons pas une assez grande limite entre notre vie privée et notre vie professionnelle. Donc il est important de distinguer nos sentiments et ceux du patient. Au début de ce travail de recherche, je ne voyais pas ce concept d'empathie impacter autant la relation soignant-soigné dans ce contexte. Finalement, je le trouve très approprié pour la réponse à ma problématique.

Je n'ai pas défini la distance professionnelle dans mon travail, alors que c'est également un point important pour créer une relation d'aide et de confiance et un point également énoncé par les infirmières que j'ai pu interroger. En effet, il ne faut pas être trop touché par les patients car cela peut nous empêcher de les prendre en charge correctement. Néanmoins, il ne faut pas être trop distant pour ne pas contourner les ressentis du patient et donc amener à une mauvaise prise en charge.

Ce travail m'a donc permis de comprendre que, pour aider un patient, il faut trouver le bon positionnement en tant que soignant, mais également avoir les connaissances pour comprendre et analyser la situation pour adapter les soins à la personne. En tant que future soignante, je devrai peut-être prendre en charge des personnes amputées, et ce travail m'a montré la position qu'un soignant doit avoir pour ne pas être influencée par les émotions des patients, donc garder une

certaine distance professionnelle, tout en ayant une prise en charge adaptée à la personne en demande.

À l'origine, ma question de départ était axée sur l'influence qu'a le patient amputé dans un contexte traumatique sur la posture infirmière et son accompagnement car c'est ce qui m'avait le plus interpellé lors de mes premières prises en soins de ces patients. Toutefois, en travaillant sur ce mémoire, je me suis rendu compte que tous les facteurs sont à prendre en compte : le deuil de la perte d'un membre du patient, les conséquences physiques de l'amputation mais également l'empathie de l'infirmière et la distance professionnelle à mettre en place. Si je devais reformuler mon questionnement, il pourrait se présenter ainsi : en quoi notre expérience professionnelle nous amène-t-elle à ajuster notre positionnement dans la relation soignant-soigné, et plus particulièrement dans le contexte de patients amputés de manière traumatique ?

Grâce à l'enquête de terrain, je me suis rendu compte de l'existence du facteur de l'expérience qui facilite et améliore notre prise en soins envers les personnes nouvellement handicapées. Je me suis aperçue qu'avec les infirmières et la singularité des situations rencontrées, il n'y a pas une prise en charge qui se ressemble, donc pas une charge émotionnelle qui se rapproche. Malgré l'expérience, nous pouvons être touchés par une situation car nous sommes humains et cela fait partie de nous. Toutefois, l'expérience peut nous aider à ajuster notre positionnement et à apprendre à gérer nos émotions.

7. Conclusion

Le mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, pour l'obtention du diplôme d'État infirmier, nous initie à la démarche de recherche en soins infirmiers ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des soins. Cela nous fait chercher à comprendre la nature du comportement humain dans la santé et la maladie, et donc nous permet de trouver des moyens d'intervention qui peuvent être utilisés pour améliorer la prise en soins des patients.

Au départ, je remarquais, surtout en service hospitalier, la prise en charge physique du patient amputé avec les soins techniques parfois complexes comme la réfection des pansements de moignons. Néanmoins, rapidement, j'ai fait face à ces patients, ce qui m'avait mise en difficulté pour les accompagner. Leur état psychologique étant différent selon la personne, je ne savais pas comment

faire pour les accompagner correctement. Pour autant, je me suis penchée vers une autre vision en me posant des questions comme : “Pourquoi je reste bloquée face à ces patients ? Quelles en sont les causes ?”. Au fil de mes recherches et de mes questions aux professionnels, je me suis rendu compte qu’en fait, cette réflexion là s’est déjà faite, mais de façon sous-jacente, car en effet, on parle ici d’empathie, de gestion des émotions mais aussi de l’accompagnement d’une personne faisant un travail de deuil.

C’est à partir de ces réflexions que j’ai réalisé que parfois même dans ma propre pratique, sans que je ne m’en rende compte avant la réalisation de ce mémoire, que je ne savais pas doser mon empathie sur mon lieu de travail, ni en parler avec l’équipe pour partager mes ressentis. De plus, la connaissance des différentes étapes du deuil et de les reconnaître est importante pour cette prise en soins, car selon l’état psychique du patient, nous devons adapter nos soins et notre accompagnement. Il est important d’accompagner un patient pour avoir une meilleure qualité de soins, mais il est également important de savoir gérer ses émotions et son empathie pour que cela ne nous impacte pas.

Ce travail de recherche était très enrichissant et a pu répondre à ma problématique tout en m’apportant des stratégies pour faire face à cette difficulté d’accompagnement. Toutefois, la situation sanitaire actuelle était un frein pour réaliser les entretiens avec des professionnels de santé. En effet, la rencontre étant difficile, j’ai pu effectuer mes interviews par téléphone, mais le fait de ne pas voir le faciès et les expressions corporels du soignant ont altéré la qualité des échanges.

Ayant comme projet professionnel de faire un DU (Diplôme Universitaire) en plaies et cicatrisation, je voulais aborder et travailler sur ce sujet pour améliorer mes prochaines prises en soins car il est possible que je rencontre des patients amputés pour réaliser des soins complexes. Ce projet professionnel et mon mémoire d’initiation à la recherche en soins infirmiers sont donc liés et trouveront une continuité. Ce travail constitue donc le début d’une longue réflexion dans ma pratique professionnelle future.

Afin de prolonger la réflexion sur la relation soignant-soigné, la question de l’influence du soignant sur le processus de deuil du soigné, face à une amputation dans un contexte traumatique, peut se poser.

Bibliographie.

Ouvrages :

- FREUD, S. (1940). *Métopsychoanalyse*. Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1915). *Deuil et Mélancolie*. Paris, Gallimard. pp. 145-185.
- Ouvrage dirigé par ROMANO, H. (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatique*. Dunod.
- HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, Masson.
- BOURGEOIS, M.-L. (2003). *Deuil normal Deuil pathologique : Clinique et psychopathologie*. Rueil-Malmaison : Doin.
- SMELTZER, S et BARE, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie. 6 : Fonctions sensorielle, neurologique et musculosquelettique* (4ème éd). Bruxelles : De Boek.
- OLIVEIRA CHINI, G-C. et BOEMER, M-R. (2007). *Amputation in the perception of those who experience it : a study under the phenomenological view*. Latino-am Enfermagem, 15 (2), pp. 330-336.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Collection Tel n°4, Gallimard. pp. 7-10.
- SALTER, M. (1997). *Altération de l'image corporelle : le rôle de l'infirmière*. Inter Édition.
- CYRULNIK, B. avec JORLAND, G. (2012). *Résilience. Connaissances de bases*, éd., Paris, Odile Jacob.
- ROGERS, C. (2001). *L'Approche Centrée sur la Personne*. Editions RANDIN.

Articles :

- PAPAS, A. et WARNET, S. (2015). L'amputation en contexte post-traumatique, *Revue de l'infirmière n°209*. p. 15.
- *Impact psychologique des amputations traumatiques du membre supérieur*, Elsevier Masson France, article de journal.
- DE URTUBEY, L. (2006) Des origines du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Vol. 70.

Textes législatifs :

- Article L.114 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005, *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647>

- Article R.4127-41 du code de la santé publique du 8 août 2004 (commentaires révisés en 2010) *sur le devoir envers les patients*.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912904/
- Article L.4311-1 du code de la santé publique du 14 juillet 2019, *sur les règles liées à l'exercice de la profession*.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/
- Article R.4311-1 du décret n°2004-802 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique du 29 juillet 2004, *sur l'exercice de la profession infirmière*.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000421679/>

Pages web :

- Étapes du deuil chez les personnes amputées. (2020, 21 novembre). Dans *Google*. [en ligne] <https://www.adepa.fr/etapes-du-deuil-de-lamputation/> (consulté le 17/01/2021)
- Les causes d'amputation. (s. d.). Dans *Google*. [en ligne] <http://www.adepa.fr/reeducation/les-causes-damputation/> (consulté le 17/01/2021)
- Aubert, C. (14/06/2012). *Amputation : de la décision à l'annonce*. Planète Santé. [en ligne] <https://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Amputation/Amputation-de-la-decision-a-l-annonce> (consulté le 12/12/2020)
- Niveaux d'amputation. (s. d.). Dans *Google*. [en ligne] <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/> (consulté le 20/01/2021)
- Ludwig, P. (30/11/1999). *Dossier : Image du corps et schéma corporel*. Cerveau et psychologie n°22. [en ligne] <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychologie/dossier-image-du-corps-et-schema-corporel-3351.php> (consulté le 13/03/2021)
- Denis, P. (s. d.). *Incontournable contre-transfert*. Dans *Revue Française de psychanalyse*. Vol 70. [en ligne] <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2006-2-page-331.htm> (consulté le 18/03/2021)
- Biéglmann, F. (2007). *Les Lettres de la Société de psychanalyse freudienne, Le "Contre-transfert"*. Dans *Che Vuoi ?* n°28. pp. 167-171. [en ligne] <https://www.cairn.info/revue-che-vuoi-1-2007-2-page-167.htm> (consulté le 18/03/2021)
- Freud, S. (1925). *Psychanalyse et médecine*. [en ligne] [http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHANALYSE%20ET%20MEDECINE%20OU%20LA%20QUESTION%20DE%20L%20ANALYSE%20PROFANE%20-%20BIBLIO%20FREUD%20\(67%20Pages%20-%20328%20Ko\).pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHANALYSE%20ET%20MEDECINE%20OU%20LA%20QUESTION%20DE%20L%20ANALYSE%20PROFANE%20-%20BIBLIO%20FREUD%20(67%20Pages%20-%20328%20Ko).pdf)

Cours IFSI :

- Le Bihan, C. (03/09/2019). *SOINS RELATIONNELS UE 4.2 S3. Relation d'aide*. Recueil inédit, IFSI CHU Rennes.
- Maleyran, C. (12/09/2018). *SOINS DE CONFORT ET BIEN-ÊTRE UE 4.1 S1. Synthèse notions et concepts fondamentaux bien-être et confort, pudeur et intimité, dignité et respect*. Recueil inédit, IFSI CHU Rennes.

Mémoires :

- FRANÇOIS, P. (2016). *L'amputation, le deuil d'un membre*. [Travail de Fin d'Étude de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du CHU de Valenciennes].

Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/5916638/l-amputation--le-deuil-d-un-membre>

Sommaire des annexes.

- I. Situation d'appel n°1 : Mr T en service de chirurgie orthopédie.
 - A. Présentation de la structure.
 - B. Présentation du patient.
 - C. Déroulement du séjour.
 - D. Difficultés rencontrées et points à approfondir.
- II. Situation d'appel n°2 : Mme F en service de Soins de Suite et Rééducation.
 - A. Présentation de la structure.
 - B. Présentation du patient.
 - C. Déroulement du séjour.
 - D. Difficultés rencontrées et points à approfondir.
- III. Guide d'entretien auprès des professionnels infirmiers.
- IV. Tableaux d'analyse.
- V. Niveaux d'amputations.
- VI. Retranscription de l'entretien avec l'infirmière en Soins de Suite et Rééducation.
- VII. Retranscription de l'entretien avec l'infirmière libérale.

Annexes.

I. Situation d'appel n°1 : Mr T en service de chirurgie orthopédie.

A. Présentation de la structure d'accueil.

Les services de chirurgie orthopédie représentent toutes les techniques de traitement des traumatismes de l'appareil locomoteur ; le traitement chirurgical des lésions accidentelles ou des maladies non accidentelles. On y retrouve toutes sortes de réparations chirurgicales : sur les os, les articulations, les muscles ou bien même les ligaments et tendons. L'ostéosynthèse ainsi que les prothèses articulaires sont très souvent utilisés dans ce service. C'est un service dit de courte durée, car les patients restent jusqu'à, au moins, J5 (cinq jours après l'opération) dans le service, puis repartent en RAD (retour à domicile) ou en convalescence.

Le but de ce service est de ramener le patient le plus autonome possible. Pour se faire, plusieurs personnels médicaux interagissent avec les patients : des infirmières, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des assistantes sociales, le PRADO (ce sont des personnes qui s'occupent du programme d'accompagnement du retour à domicile avec l'assurance maladie ameli), des orthoprothésistes, les internes orthopédistes et anesthésistes, et les chirurgiens.

Le service accueille des traumatismes quand il y a des chambres de libres. Mais les patients ont entre 15 ans et 3 mois minimum, jusqu'à 99 ans et plus.

B. Présentation du patient.

Mr T était âgé de 20 ans, c'est le frère aîné de sa famille agricultrice qui vit dans les Côtes d'Armor. Il travaillait dans une entreprise d'entretien de machines d'agriculture avant son arrivée dans le service.

Mr T est venu dans le service après un appel du service de traumatologie qui, ne pouvant plus l'accueillir, nous a demandé de l'installer dans une chambre en orthopédie. En effet, Mr T a eu un accident de travail en passant sa main gauche dans une machine agricole à peine à l'arrêt. L'index et le majeur se sont coupés, et l'annulaire était en très mauvais état. Mr T n'avait pas beaucoup d'antécédents : il était fumeur avec 1 paquet de cigarettes par jour.

C. Déroulement du séjour.

Avant l'entrée de Mr T, l'équipe soignante avait préparé la chambre car pour un traumatisme de la main il faut que la température de la chambre soit assez haute, les fenêtres fermées et un chauffage portatif mis en place. Une pancarte sur la porte avait été posée pour informer que le

patient est traumatisé au niveau de la main et donc qu'il faut garder la porte fermée pour maintenir une température convenable.

Lors de l'entrée de Mr T, ce dernier n'était pas capable de communiquer car il était sous les effets de la morphine (antalgique de palier III), mise en place en IV (intraveineuse) aux urgences. Les parents de Mr T étaient arrivés en même temps, angoissés. L'entrée a été faite grâce à leurs informations.

Une heure après son entrée dans le service d'orthopédie, Mr T est parti au bloc opératoire pour faire les moignons de l'index et du majeur gauches, ainsi que de sauver l'annulaire gauche en évitant le plus possible les risques d'infection.

Lors de la suite de l'hospitalisation, les pansements de la main de Mr T se faisaient tous les jours. L'annulaire fut opéré deux autres fois car les dégâts étaient assez imposants mais le chirurgien répétait qu'il pouvait être sauvé. Lors de la troisième semaine d'hospitalisation de Mr T, les pansements devenaient plus complexes : des morceaux de chair et de peau de son annulaire partait en même temps que le pansement. Une fois le médecin prévenu, Mr T retourna au bloc opératoire.

Après cette quatrième opération, l'annulaire a également été amputé par le chirurgien. Mr T était soulagé de cette amputation car son hospitalisation lui paraissait longue. Après cette opération, Mr T avait été rassuré par son chef d'entreprise qui lui a assuré la continuité de son poste au travail. En effet, l'assurance de l'entreprise a permis à Mr T de garder son travail avec des aides pour handicap mises en place pour son retour. De plus, il n'avait plus du tout l'envie de fumer, ce qui lui convenait car "c'est le seul point positif de ce qui m'est arrivé". Face à cette réflexion, je ne savais plus où me mettre ni comment réagir. Mr T souriait tous les jours, rigolait lors des soins, a eu de bonnes nouvelles de ses proches ainsi que son travail, mais jamais je n'avais essayé de lui parler de ce dont il ressentait. Je ne savais plus s'il faisait semblant ou s'il ne voulait pas en parler. Je n'ai donc jamais entamé la conversation.

Après dix jours d'observation, Mr T a pu rentrer chez lui avec toutes ces ordonnances pour une infirmière à domicile, de la kinésithérapie ainsi que ses traitements.

D. Difficultés rencontrées et points à approfondir.

Lors de l'hospitalisation de Mr T, j'ai rencontré beaucoup de difficultés. C'était la première fois que je rencontrais une personne amputée, je ne savais pas comment l'approcher. Je me posais beaucoup de questions qui sont restées sans réponses : Est-ce que je peux lui en parler ? Veut-il en parler ? Sourit-il de force ou bien en est-il déjà à l'étape du déni du deuil ?

Je n'avais aucune expérience sur ce sujet, mais je n'ai également pas eu le courage de questionner mes collègues pour savoir comment m'y prendre.

II. Situation d'appel n°2 : Mr F en service de Soins de Suite et Rééducation.

A. Présentation de la structure d'accueil.

Les services de soins de suite et rééducation (SSR) accueillent plusieurs types de patients : ceux qui sont là pour une rééducation pour recouvrer le meilleur potentiel de leurs moyens physiques, cognitifs et psychologiques généralement après une opération. Ils peuvent être accueillis pour une réadaptation, soit pour leur permettre de s'adapter au mieux à leurs limitations et de pouvoir les contourner autant que possible, dans cet SSR, plusieurs stages sont proposés aux patients ayant des pathologies au niveau pulmonaire pour se réadapter à la vie quotidienne malgré leurs difficultés rencontrées.

Le service dans lequel j'effectue mon stage, dispose de cinq secteurs : le secteur un accueille quatre LISP (lits identifiés de soins palliatifs) et sept lits, soit onze en tout. Les secteurs deux et trois accueillent vingt-deux lits chacun. Le secteur quatre et cinq en accueillent dix-huit. J'ai fait mon stage au secteur cinq, qui est également un secteur qui accueille des patients en réhabilitation respiratoire.

Il y a une infirmière et deux aides-soignantes par secteur le matin, et une infirmière et une aide-soignante par secteur l'après-midi. La nuit, il y a une infirmière et une aide-soignante qui s'occupent des secteurs un, quatre et cinq, et une infirmière et une aide-soignante pour les secteurs deux et trois. Les weekend et jours fériés, les soignants font des journées de douze heures : un infirmier et un aide-soignant par secteur, nuit comme jour.

B. Présentation du patient.

Mme F est âgée de 52 ans. Elle est arrivée en SSR pour le suivi d'une AEG suite aux radiothérapies reçues contre une tumeur maligne non diffuse, proche de son genou gauche.

Mme F est au chômage, mais ses deux plus grandes occupations sont la marche à pied et le bénévolat auprès de personnes sans abri. La patiente est bien entourée par son mari, ses deux sœurs et ses collègues bénévoles.

C. Déroulement du séjour.

Le suivi de Mme F était très complexe. La tumeur était bel et bien en voie de disparition mais des érythèmes cutanés assez grands sont apparus au niveau de son genou. Mme F me présentait et montrait des photos de son genou avant le début de la radiothérapie : c'était une grosseur très imposante sous la patella du genou gauche. Après plusieurs radiothérapies, la grosseur avait diminué mais il commençait à y avoir des rougeurs comme des brûlures sur la peau périphérique. C'est à partir de là que Mme F avait de plus en plus de mal à marcher, et que la douleur augmentait.

Au cours de l'hospitalisation, en plus d'avoir un manque d'alimentation et de faire plusieurs globes urinaires, les plaies au genou sont devenues de plus en plus nécrosantes. Ni les médecins, ni

l'infirmière en plaies et cicatrisations ne savaient comment adapter les pansements pour améliorer la cicatrisation.

Après plusieurs examens, une consultation pansement, une consultation orthopédique et une consultation dermatologique, Mde F a été prévenue de son amputation trans-fémorale qui se fera deux jours plus tard. Après cette annonce, Mde F est restée positive et souriante avec l'équipe soignante, demandant même de l'aider à s'habituer aux transferts lit-fauteuils sur une seule jambe. Le mari et les proches de Mde F sont arrivés angoissés auprès d'elle, mais elle, les rassurait.

Le jour de l'intervention, j'avais remarqué que Mde F n'avait pas dit un mot que ce soit lors de la douche bétadinée, lors de la prémédication ou même lorsque j'étais dans la pièce avec elle. J'étais très mal à l'aise face à cette situation, mais ne la voyant pas me poser de questions, j'ai préféré respecter son silence.

Une semaine après l'intervention, Mme F est revenue dans le service de SSR. D'après les transmissions et la macrocible du service d'orthopédie, le moignon est en bonne voie de cicatrisation, mais l'état moral de Mde F est assez bas. Elle ne marche plus (par rapport au levé avec les kinés car il faut garder une musculature de la jambe saine), ne mange plus (pose de SNG) et a du mal à dormir à cause des douleurs. N'étant pas dans mon secteur, je n'ai pu voir Mde F que lors de ma dernière semaine avec l'infirmière en plaies et cicatrisation.

En effet, ce jour-là nous devions faire le pansement de Mme F qui était long et nécessitait l'utilisation de gaz anesthésiant (MEOPA). Lorsque l'infirmière préparait son matériel, j'ai pu parler avec Mde F pour la rassurer. Elle m'a reconnu et avoué : "J'aurai préféré mourir de ma tumeur que d'être handicapée à vie comme ça."

D. Difficultés et points à approfondir.

Lors de l'hospitalisation de Mme F, j'ai rencontré beaucoup de difficultés. J'avais déjà rencontré des personnes amputées auparavant, mais ses propos m'ont laissés sans que je sache quoi dire et que faire. Je ne savais pas comment aborder ce sujet, ni à quel point je devais être proche d'elle au niveau de notre relation soignant-soigné. Mde F a mal vécu le fait qu'on lui enlève une partie d'elle-même, elle m'avait confié ses passions dont la marche à pied, qu'elle devait sûrement abandonner après cet acte chirurgical.

Comment aurais-je dû aborder le sujet ? Est-ce que j'étais dans une assez bonne relation de confiance pour pouvoir en parler avec elle sans être intrusive ? Comment les soignants peuvent-ils faire pour pouvoir parler de cette étape dans la vie du patient ?

III. Guide d'entretien auprès de professionnels infirmiers.

Enquête explorative : entretiens semi-directifs à l'attention des professionnels infirmiers interrogés.

Bonjour, je suis Youna LE TALLEC, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je dois m'entretenir avec des infirmières autour du patient endeuillé après une amputation dans un contexte traumatique. Cet entretien durera vingt minutes. Notre discussion sera enregistrée mais l'anonymat sera assuré. Êtes-vous d'accord ?

Début de l'entretien.

Objectif : faire connaissance avec l'infirmière et comprendre son parcours.

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous diplômée ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

Amputation.

Objectif : comprendre la perception de l'amputation par l'infirmière.

- Quelle est votre définition de l'amputation ?
- Quelles peuvent être les principales raisons d'une amputation traumatique ?

Patient amputé.

Objectif : repérer les patients amputés selon les services, leur fréquence et leur âge.

- Rencontrez-vous régulièrement des patients amputés dans votre service ?
- Autour de quel âge ont-ils ?

Objectif : repérer le processus de deuil et les émotions les plus fréquentes des patients.

- Quelles émotions avez-vous pu percevoir chez ces patients ?
- L'amputation entraîne-t-elle forcément un travail de deuil ?

Objectif : repérer si les infirmières reconnaissent les étapes du deuil.

- Reconnaissez-vous les étapes du deuil ? Avez-vous des exemples ?

Prise en charge de l'infirmière.

Objectifs : identifier les émotions des infirmières face aux patients amputés et identifier les stratégies instaurées par et pour les infirmières.

- Quel est votre ressenti lors de ces rencontres ? Face à ces patients ?

- Avez-vous déjà eu des situations difficiles que vous n'avez pas su gérer ? Qu'avez-vous fait pour y remédier ?
- Si vous avez besoin, y-a-t-il des aides de l'hôpital pour vous suivre, vous conseiller pour une meilleure prise en charge envers ces patients et votre propre accompagnement ?

Clôture de l'entretien.

Objectif : permettre au soignant de s'exprimer autour du sujet une dernière fois.

- Souhaitez-vous ajouter des informations ou des anecdotes autour de ce sujet ?

Je vous remercie d'avoir accepté de consacrer du temps pour cet entretien. Je vous garanti de nouveau que l'anonymat sera respecté.

IV. Tableaux d'analyse.

Sujet de recherche : L'influence des patients amputés dans un contexte traumatique sur l'accompagnement des infirmières.

Question de départ : En quoi l'émergence du processus de deuil chez un patient amputé d'un membre dans un contexte traumatique influence-t-il la posture de l'infirmière dans son accompagnement ?

1) Thème de la question : Définir la notion d'amputation.

Objectif de l'analyse : Comprendre la perception de la notion d'amputation par l'IDE.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Amputation	Global	<ul style="list-style-type: none">● C'est quand une personne qui a une partie nécrosée ou non vascularisée doit se faire (...) couper le membre atteint pour éviter la propagation de la nécrose.● C'est lorsqu'un membre, comme une jambe, un doigt, une main ou un bras est coupé pour la santé du patient.● Généralement on fait cet acte car il y a des problèmes de vascularisation au niveau du membre et pour éviter une destruction cellulaire qui se propage dans le corps, on coupe cette partie du corps qui peut être fatale pour le patient.	3
	Dans un contexte traumatique	<ul style="list-style-type: none">● Les AVP● Il y a pas mal de raisons : les AVP, les accidents de travail.	2

2) Thème de la question : Rencontrez-vous des patients amputés dans votre service ?

Objectif de l'analyse : Repérer les patients amputés selon les services, leur fréquence et leur âge.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Population	Accueillie	<ul style="list-style-type: none"> • 3 patients en SSR dont deux à cause d'un diabète et 1 où la plaie après un accident de voiture c'était très mal cicatrisée et qui s'est tellement nécrosée que l'amputation était devenue importante. Sur une cinquantaine de lits. • On en voit quand même très régulièrement en SSR (...) Il y en a toujours au moins un (patient) qui est là pour une amputation. • Pas souvent en libéral, mais il y a des réfections de pansements à domicile sur les moignons. 	3
	Âge	<ul style="list-style-type: none"> • Des jeunes de 25 ans parfois... • Des personnes âgées ou même des adultes (...) Tout âge accueilli. • Des jeunes de 20 ans. 	3

3) Thème de la question : Quelles émotions avez-vous pu percevoir chez ces patients ?

Objectif de l'analyse : Repérer les émotions les plus fréquentes des patients.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Émotions	Angoisse	<ul style="list-style-type: none"> • Des fois, on les sens angoissés. • Après il y en a qui utilisent de l'humour, mais ça se sent qu'ils sont angoissés... 	2
	Colère	<ul style="list-style-type: none"> • La colère c'est une étape qu'on voit souvent. • Plusieurs s'expriment en étant en colère, que ce soit contre le médecin ou nous, des fois contre eux même aussi. 	2
	Inquiétude	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs expriment leur inquiétude pour leur futur (...) et ils se posent beaucoup de questions sur la réaction de leur proche et pour le maintien de leur travail... 	1
	Peur	<ul style="list-style-type: none"> • De la peur pour leur futur souvent 	1
	Incompréhension	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent ils ne comprennent pas pourquoi c'est une amputation, ils demandent toujours s'il n'y a pas d'autres solutions. • (...) ils sont hospitalisés en urgence. Ce n'est pas prévu au programme donc plusieurs d'entre eux ne comprennent pas ce qui leur arrive. 	2
	Sentiments négatifs	<ul style="list-style-type: none"> • C'est très souvent des sentiments négatifs (...) Ils seront rarement positifs. 	1
Mécanisme d'adaptation	Utilisation de l'humour	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai eu un patient qui utilisait l'humour (...) 	2

		<ul style="list-style-type: none"> • Il y en a qui utilise de l'humour 	
	Processus de deuil	<ul style="list-style-type: none"> • Si je peux le dire, c'est un processus de deuil. Il y a pas toutes les étapes mais on repère le déni, la tristesse et la colère assez souvent. • Le deuil de leur membre, c'est même presque toujours présent 	2

4) Thème de la question : Reconnaissez-vous les étapes du deuil ?

Objectif de l'analyse : Repérer si les IDE reconnaissent les étapes du deuil.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Processus de deuil	Colère	<ul style="list-style-type: none"> • La colère c'est une étape qu'on voit souvent • Plusieurs s'expriment en étant en colère, que ce soit contre le médecin ou nous, des fois contre eux même aussi. 	2
	Tristesse	<ul style="list-style-type: none"> • Les émotions les plus fréquentes c'étaient de la tristesse (...) • La tristesse est assez flagrante 	2
	Déni	<ul style="list-style-type: none"> • Les émotions les plus fréquentes c'étaient (...) souvent le déni • Oui, il y a souvent du déni 	3

		<ul style="list-style-type: none"> Le déni se remarque beaucoup, c'est même presque toujours présent. 	
	Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> Je n'ai pas encore vu de patients qui ont accepté leur situation, après je ne les vois que au début de leur handicap. 	1

5) Thème de la question : Le ressenti des IDE face à ces patients.

Objectif de l'analyse : Identifier les émotions des IDE.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Mécanismes d'adaptation	Stress	<ul style="list-style-type: none"> Premières fois compliquées quand même. 	1
	Mal-être	<ul style="list-style-type: none"> J'étais gênée et mal à l'aise avec eux. 	1
Émotions	Inquiétude	<ul style="list-style-type: none"> Comment vont-ils faire pour vivre après ? Comment vont-ils manger ? Allaient-ils faire leurs courses ? 	3
	Empathie	<ul style="list-style-type: none"> Des collègues sont très empathiques Je suis très empathique envers les patients 	2

	Impuissance	- Je ne sais pas quoi faire, ni quoi dire. Je me sens impuissante lorsque je ne peux rien faire à part les réfections de pansements et essayer de les rassurer.	1
Apprentissage	Manque d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> • Au début tout est difficile, on est pas formé à rencontrer ces personnes. Mais l'expérience nous apprend beaucoup. • À l'école on a beaucoup parlé d'accompagnement des patients malades, que ce soit aigu ou chronique, mais des patients handicapés physiquement, on a pas beaucoup abordé le sujet et c'était plus compliqué de les voir comme ça. 	2
Impact	Traumatique	<ul style="list-style-type: none"> • C'est très traumatisant de voir des personnes de nos âges être amputés pour des raisons presque idiotes ou par l'absence d'efficacité de certains pansements. • Ça reste traumatisant 	2

6) Thème de la question : Définir les obstacles de l'accompagnement de l'IDE lors de la prise en soins d'un patient amputé.

Objectif de l'analyse : Repérer les facteurs pouvant impacter l'IDE lors de leur accompagnement.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Émotions	De l'IDE	<ul style="list-style-type: none"> • Quand on est empathique on est facilement touchée par l'hospitalisation, ça peut nous bloquer selon comment on se sert de cette empathie. Il faut trouver le bon équilibre du coup. 	1

	Du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Quand le patient est très énervé ou triste, on ne sait pas toujours comment réagir. 	1
Communication	Mutisme	<ul style="list-style-type: none"> • Pour certains, ils ne parlaient pas du tout, donc c'était très compliqué. • Beaucoup sont mutiques après un traumatisme, je les comprends. 	2
Hospitalisation	Mode d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Dans un contexte traumatique, ils sont hospitalisés en urgence. Ce n'est pas prévu au programme donc plusieurs d'entre eux ne comprennent pas ce qui leur arrive. 	1

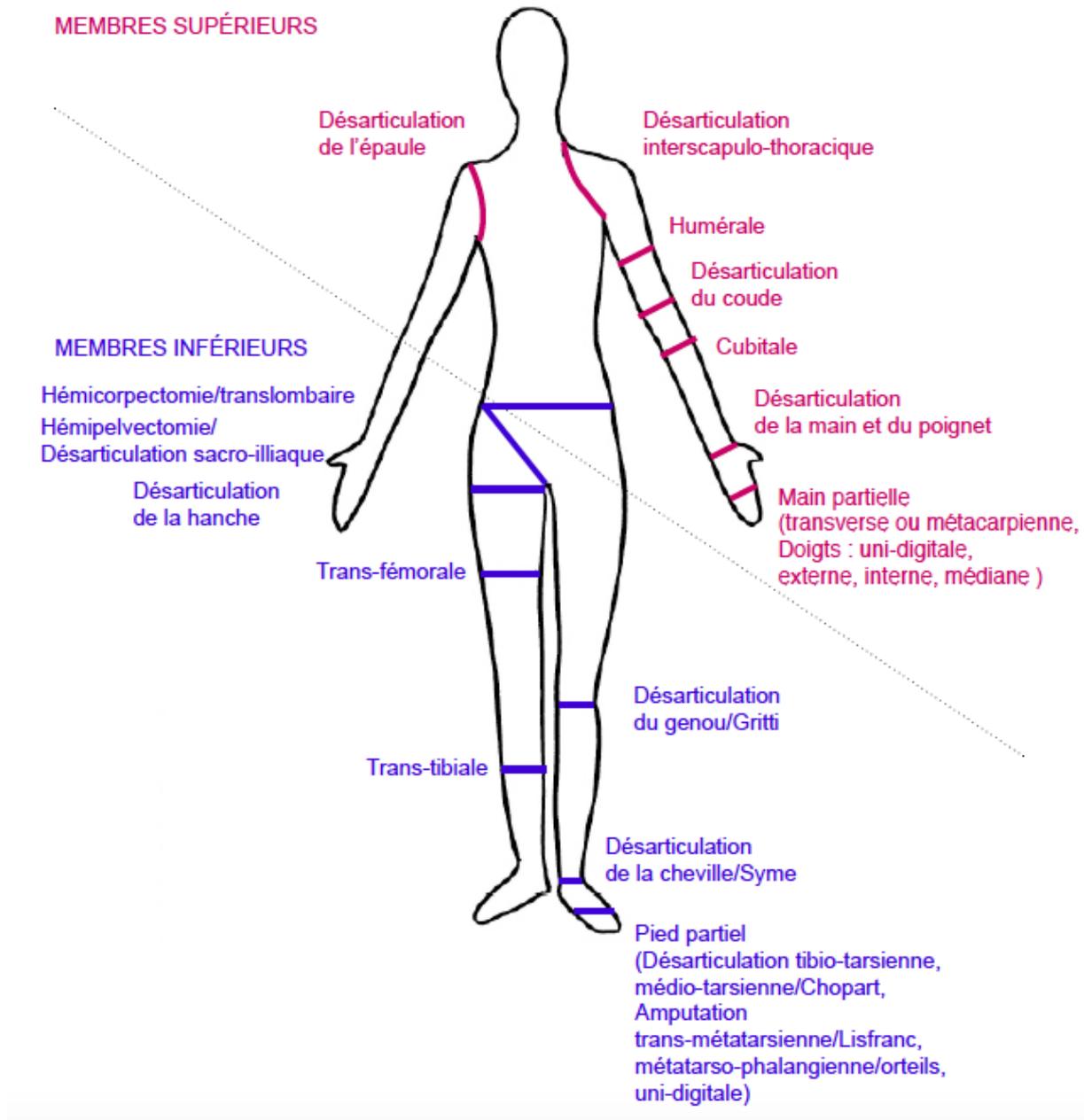
7) Thème de la question : Comment avez-vous fait pour y remédier ?

Objectif de l'analyse : Identifier les stratégies instaurées par et pour l'IDE.

Thèmes	Sous-thèmes	Items	Nombre d'items
Stratégies	Par l'IDE	<ul style="list-style-type: none"> • Parler en équipe • Travailler à plusieurs • On se supporte en équipe • J'ai commencé à prendre sur moi • Grâce à nos expériences aussi • C'est seulement avec l'expérience du travail que j'ai pu être moins gênée, je pense 	6

	Par le supérieur et la structure	<ul style="list-style-type: none">• Je ne suis pas au courant s'il y a des formations pour ces prises en charge (...) on peut toujours voir la psy du service• On a des protocoles et nos connaissances professionnelles• Je ne pense pas qu'il y en est (des formations)• On est suivi par un psychologue si on en a besoin	4
--	----------------------------------	---	---

V. Niveaux d'amputations.



VI. Retranscription de l'entretien avec l'infirmière en Soins de Suite et Rééducation.

ESI : Bonjour, je suis Youna Le Tallec, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je dois m'entretenir avec des IDE autour du patient endeuillé après une amputation dans un contexte traumatique. Cet entretien durera vingt minutes. Notre discussion sera enregistrée mais l'anonymat sera assuré. Êtes-vous d'accord ?

IDE : Oui parfait. Je m'appelle I. et je suis infirmière depuis maintenant trente ans à peu près... Euh, j'ai fait plusieurs services avant d'arriver en SSR, principalement des services de chirurgie.

ESI : D'accord. Et au niveau de votre parcours, vous m'aviez dit que vous aviez fait un DU en plaies et cicatrisations c'est ça ?

IDE : Oui c'est ça. On peut se tutoyer tu sais. Ça sera plus simple et puis on est bientôt collègues.
(silence) Donc oui j'ai fait mon DU il y a sept ans à peu près. J'avais une grande passion pour les plaies, les pansements complexes et tout ça. Je ne regrette pas de l'avoir fait.

ESI : Super. Donc pour continuer l'entretien, je voulais savoir comment tu définirais une amputation. C'est peut être une question un peu bête mais plusieurs personnes en ont une différente.

IDE : Une amputation c'est quand une personne qui a une partie nécrosée ou non vascularisée doit se faire... Comment dire ? Couper le membre atteint ? Pour éviter la propagation de la nécrose sur le reste du membre.

ESI : Ok, c'est intéressant. Au niveau du contexte d'amputation, pour toi, quelles peuvent être les raisons principales d'une amputation traumatique ?

IDE : Comment ça traumatique ? Comme les AVP ?

ESI : Oui, ou d'autres raisons mais pas d'amputations pathologiques comme le diabète par exemple.

IDE : Ah oui je vois ! Et bien... Au niveau traumatique y'a pas mal de raisons je crois. Les AVP déjà, les accidents de travail aussi. Mais généralement dans ce contexte les patients sont amputés mais pas à l'hôpital, c'est sur place comme quand on passe la main dans une broyeuse je suis pas sûre qu'ils reviennent avec leur main. Dans un contexte traumatique comme tu le dis, ils sont hospitalisés en

urgence. Ce n'est pas prévu au programme donc plusieurs d'entre eux ne comprennent pas ce qui leur arrive.

ESI : Oui je pense que c'est compliqué. Euh, je passe un peu sur un autre sujet pour compléter un peu. Mais dans votre service, vous rencontrez souvent des patients amputés ?

IDE : Un peu oui, on en voit quand même très régulièrement en SSR. Ces temps-ci on doit avoir trois patients amputés. Tous les trois c'est au niveau du pied, un orteil. Mais par rapport à tes questions d'avant, je crois que y'en a un qui n'était pas prévenu de son amputation. (réfléchit) Si je me souviens, il avait une plaie sur son orteil et sans en prendre soin ça s'est rapidement nécrosé. Les deux autres c'est de la diabéto. Mais il y en a toujours au moins un qui est là pour une amputation.

ESI : D'accord. Et le service à combien de lits au total ? Car trois personnes amputées, je trouve que c'est pas mal.

IDE : Sur tout le service, il doit y avoir une cinquantaine de lits. Il y a cinq secteurs de dix lits en moyenne. Mais pour continuer sur ceux qu'on accueillent, il y a de tous les âges, des personnes âgées ou même des adultes. Tout âge est accueilli.

ESI : Ok. Et lors des premières rencontres avec les premiers patients atteints d'amputations, tu avais quel ressenti ?

IDE : Personnellement, lors de mes stages il y a 30 ans, j'avais déjà dû rencontrer des personnes amputées. Mais je t'avoue que je ne m'en souviens pas beaucoup. Par contre, je me souviens d'un de mes premiers patients avant mon DU. Il était venu par les urgences car il a eu un accident à domicile. L'exemple du travailleur du dimanche : il travaillait dans son garage avec une scie sauteuse et il s'est tranché la main. Je n'ai pas été gênée par le patient, mais c'est surtout quand j'ai su comment il s'est fait amputé que là, j'ai eu du mal à lui parler, le regarder dans les yeux. Aujourd'hui c'est plus simple, j'ai l'habitude entre guillemets. Mais c'est juste le motif d'amputation qui me gênait.

ESI : D'accord, c'est normal je trouve.

IDE : Oui, mais... Euh... En fait, en tant que professionnel de santé, je devais garder certains sentiments pour moi, ne pas les montrer au patient. C'est seulement avec l'expérience du travail que j'ai pu être moins gênée, je pense.

ESI : Oui je comprends. Donc tu étais gênée surtout après avoir appris le motif d'amputation, mais est-ce que, si tu te souviens, tu as pu percevoir des émotions chez ce patient, si on veut rester dans cet exemple.

IDE : Alors, pour cette personne je ne me souviens pas vraiment. Mais avec l'expérience et les patients que j'ai pu prendre en charge récemment, les émotions les plus fréquentes c'étaient de la tristesse bien sûr mais souvent le déni aussi. Les jeunes par exemple, ils ne veulent pas être handicapés surtout s'ils ne sont que des jeunes de 20 ans, donc oui, il y a souvent du déni. Des fois, on les sent angoissés. Après, il y en a qui utilise de l'humour, mais ça se sentait qu'il était angoissé. Plusieurs expriment leur inquiétude pour leur futur, comment ils vont faire les courses, comment ils vont s'en sortir. Et ils se posent beaucoup de questions sur la réaction de leur entourage, leur proche, mais aussi pour le maintien de leur travail. Après ils ne vont pas être contents non plus, donc la plupart des émotions c'est plutôt négatif, c'est rare que ce soit du positif.

ESI : Oui c'est logique. (Silence car je réfléchissais à ma tournure de phrase) Hum, du coup ces émotions négatives, on peut les considérer comme un deuil ?

IDE : Euh... Oui, oui c'est vrai que ça ressemble beaucoup à un deuil. Chez certains on voit plusieurs étapes qui y ressemble alors c'est le bon mot oui. Mais je n'ai pas encore vu de patient qui ont accepté leur situation, après, je ne les vois que au début de leur nouvel handicap. Mais oui, le deuil de leur membre, c'est même presque toujours présent.

ESI : D'accord, mais comment on reconnaît ces étapes généralement ?

IDE : Euh... Comment expliquer... Ça se voit beaucoup en fait. Avec le temps et la pratique on reconnaît pas mal. Le déni se remarque beaucoup, et la tristesse aussi.

ESI : Il n'y a pas eu de cas où le ou les patients ne parlaient pas ? N'exprimait rien ?

IDE : Si bien sûr, mais je n'ai jamais osé leur parler de leur handicap. Ils sont dans leurs pensées, leur bulle. Pour moi, je ne veux pas la briser, je ne veux pas forcer les patients non plus à parler. Après, à part les pansements, je ne les vois pas très souvent, mais je parle beaucoup avec les infirmières du service pour qu'on puisse avoir des solutions sans être trop invasives. Du coup, avec ces patients-là, je ne sais pas si on peut parler de déni parce qu'ils ne l'expriment pas réellement, mais pour moi ça l'est.

ESI : Ok. Et le ressenti des soignants face à ces patients ? Qu'ils soient dans leur travail de deuil ou quand ils ne parlent pas, comment les soignants se sentent ?

IDE : J'ai déjà un peu répondu avant du coup. Mais s'ils sont muets face à ce traumatisme, on en parle en équipe, s'ils réclament de l'aide, on trouve du temps ou on appelle la psy. On est très proche de la famille et des assistantes sociales également pour aider à la sortie.

ESI : Ok. Mais vos émotions à vous face à ce genre de patients, elles sont comment ?

IDE : Ah ! Et bien, tout dépend de la réaction du patient encore une fois. On peut être gênée, triste pour leur situation, beaucoup d'entre nous sont très empathiques ! J'ai une collègue qui me parle souvent de ce qui se passera pour elle si elle se fait amputer. Donc on a pas vraiment d'émotions joyeuses non plus, mais on essaye d'être un support pour les patients, les accompagner le mieux possible.

ESI : Ok ça marche. Est-ce que tu as déjà rencontré des situations difficiles qui étaient pas possible à gérer seule ou qui étaient difficiles ?

IDE : Non pas vraiment. Après, on ne s'occupe pas seule d'un patient, il y a toujours toute l'équipe. Certains soins doivent se faire à plusieurs, donc on se supporte si on peut dire ça comme ça.

ESI : D'accord. Et, si vous en avez besoin, est-ce qu'il y a des aides de l'hôpital pour suivre ou conseiller les soignants pour ce genre de situations ?

IDE : Alors là... Je ne suis peut être pas au courant s'il y a des formations pour ces prises en charge, mais si émotionnellement c'est compliqué pour nous, on peut toujours voir la psy du service qui se propose souvent si on a certains problèmes. Mais sinon, je ne suis pas au courant d'aides autres que psychologiques pour nous. On suit quand même des protocoles et nos connaissances professionnelles, et grâce à nos expériences aussi, pour accompagner les patients. Mais c'est vrai que ça serait une bonne idée d'installer ça dans notre établissement.

ESI : Oui, ça pourrait aider certains. Et bien, j'ai une dernière question avant de finir cet entretien.

IDE : Oui pas de soucis.

ESI : Est-ce que tu souhaites ajouter des informations ou des anecdotes autour de ce sujet ?

IDE : Je t'avoue que je sors de ma journée de travail et je n'y ai pas vraiment réfléchi ! Mais je pense que c'était assez complet. J'aimerais juste rajouter que, au début tout est difficile, on est pas formé à rencontrer ces personnes. Mais l'expérience nous apprend beaucoup.

Au final, je ne sais pas si tu me l'as déjà dit, mais je ne sais pas ta problématique ?

ESI : Oui, j'ai vu avec ma référente de mémoire que je ne devais pas vraiment annoncer ma problématique au début de l'entretien. Mais exactement ma problématique c'est : "En quoi l'émergence du processus de deuil chez un patient amputé d'un membre dans un contexte traumatique influence-t-il la posture de l'infirmière dans son accompagnement ?"

IDE : Ah d'accord, et bien ça à l'air un sujet super intéressant. J'espère que je t'aurai aidée pour que tu puisses répondre à ta question.

ESI : Oui ! Merci beaucoup en tout cas.

IDE : Ça m'a fait plaisir.

ESI : Je te remercie encore une fois d'avoir accepté cet entretien. Bien sûr l'anonymat sera respecté, je ne citerai pas de nom ni d'établissement.

IDE : Super ! Et bien je te souhaite une bonne continuation. Merci à toi de m'avoir contacter et puis... Bon courage pour la suite.

ESI : Merci ! Au revoir.

IDE : Bonne fin de journée, au revoir.

VII. Retranscription de l'entretien avec l'infirmière libérale.

ESI : Bonjour, je suis Youna Le Tallec, étudiante infirmière de troisième année et dans le cadre de mon mémoire, je dois m'entretenir avec des IDE autour du patient endeuillé après une amputation dans un contexte traumatique. Cet entretien durera vingt minutes. Notre discussion sera enregistrée mais l'anonymat sera assuré. Êtes-vous d'accord ?

IDE : Bonjour, oui ça me va !

ESI : Super, et bien je vais commencer par vous demander de vous présenter rapidement s'il vous plaît.

IDE : Je m'appelle C., je suis infirmière depuis six ans et j'ai un DU en plaies et cicatrisation. J'ai commencé à travailler dans un service de Soins de Suite et Rééducation, maintenant je travaille en libéral, ça doit faire trois ans à peu près.

ESI : D'accord, très bien. Pour continuer, j'aimerais savoir votre définition de l'amputation, car ça peut dépendre de chacun et j'aimerais bien savoir la votre.

IDE : Oui bien sûr. Pour moi une amputation c'est lorsqu'un membre, comme une jambe, un doigt, une main ou un bras est coupé pour la santé du patient. Généralement, on fait cet acte car il y a des problèmes de vascularisation au niveau du membre, et pour éviter une destruction cellulaire qui se propage dans le corps, on coupe cette partie du corps qui peut être fatale pour le patient.

ESI : D'accord très bien. Dans un contexte traumatique, quelles peuvent être les principales raisons d'une amputation ?

IDE : Hum, généralement on voit plutôt des amputations dues à des pathologies. Mais traumatique ? Je dirais les AVP ou des accidents de travail. Je n'ai pas souvent vu d'amputation dans ce contexte, j'ai plutôt vu des patho.

ESI : Oui pas de soucis, ça reste intéressant de savoir quand même.

IDE : Oui c'est sûr.

ESI : Dans le domaine libéral, est-ce que vous rencontrez régulièrement des patients amputés ?

IDE : Et bien... Je dirai non mais ils ne sont pas inexistant non plus. J'ai rencontré plusieurs cas de pansements sur des moignons. (silence) C'est juste que ces dernières semaines il n'y en a pas. Le dernier que j'ai vu devait avoir 25 ans d'ailleurs. Et oui, il y a des jeunes de 25 ans parfois, ça fait très bizarre !

ESI : Ah oui, d'accord. Lors de vos rencontres avec ces patients atteints d'une amputation, qu'est-ce que vous avez ressenti ?

IDE : Et bien, c'était dérangeant car je ne savais pas où me mettre ni de quoi parler. Mais en général ça se passe bien. Les patients sont chez eux et non à l'hôpital, c'est un moyen d'être dans leur confort. Mais, comment raconter ça... Aucun d'entre eux n'étaient à l'aise lors des réfections de pansements, donc je ne l'étais pas non plus. Je me souviens d'un patient assez jeune, il devait avoir... 25 ans. Et il s'est fait trancher le pied au travail, je crois qu'il travaillait dans le métal et un outil est tombé ou je ne sais plus. Mais oui, il était assez jeune, on lui avait amputé trois orteils au début, puis la plaie s'était agrandie donc l'amputation est allée jusqu'à la cheville. Vu qu'il était jeune il était pas mal déprimé quand même, mais c'était très compliqué pour moi également. Je suis de nature très empathique, alors je compatissais beaucoup de sa situation.

ESI : Oui c'est ça.

IDE : Et bien j'étais vraiment en plein dedans. Voir ce patient tous les jours me faisait me sentir très mal pour le reste de la journée, mais après c'est mon travail donc j'essayais de prendre sur moi.

ESI : Oui je comprends tout à fait. Et chez ces patients, quelles émotions vous avez pu percevoir chez eux ?

IDE : De la peur, pour leur futur souvent. De la tristesse. Après il y en a qui utilise de l'humour. Mais plusieurs s'exprimaient en étant en colère, que ce soit contre les médecins ou nous, des fois contre eux même. C'est assez varié mais très souvent présent chez ces patients. Si je peux dire, c'est un processus de deuil. Il n'y a pas toutes les étapes mais on repère le déni, la tristesse et la colère assez souvent.

ESI : Oui. Hum... Donc vous qualifier ça comme un deuil ? Leurs émotions, cette perte d'une partie de leur corps ?

IDE : Oui tout à fait ! Tout à fait. Je vois que le deuil d'un membre de sa famille ça passe par plusieurs étapes, et bien on voit souvent les mêmes pour les patients amputés, c'est vrai.

ESI : Est-ce qu'il y a forcément ce travail de deuil après une amputation ?

IDE : Je dirai que oui. Je ne vois jamais quelqu'un accepter tout de suite son nouvel handicap. Donc je pense qu'il y a très souvent un deuil.

ESI : D'accord merci. Comment on pourrait reconnaître ses étapes ?

IDE : Euh... Déjà, par rapport à leurs émotions ? S'ils sont tristes ou en colère. Plusieurs ne parlaient pas du tout, c'était très compliqué.

ESI : Pas de soucis, je peux vous les citer si ça vous aide à les reconnaître ?

IDE : Oui je veux bien.

ESI : Je connais les étapes classiques, il y en a 5. Généralement ce n'est pas toujours dans cet ordre mais la logique veut que... Donc... Il y a le déni, donc le moment où le patient refuse de voir la réalité du fait qu'il est été amputé. Puis la rage ou la colère, comme vous m'avez dit tout à l'heure. Après on appelle ça le marchandage : le patient essaye d'échanger avec dieu ou le médecin, son membre perdu par autre chose. Après il y a la tristesse puis en dernier l'acceptation de sa situation. Mais généralement, elle n'est pas toujours présente.

IDE : Ah oui c'est vrai. J'ai appris ça à l'école en plus. Et bien, je pense que je reconnais ces étapes, c'est assez flagrant sur les personnes. Mais après je ne peux pas dire que je les ai toutes vues, je ne pense pas.

ESI : D'accord. Par rapport à vous, quel est votre ressenti face à ces patients ? Vous avez parlé de gêne, le fait d'être mal à l'aise avec eux, mais est-ce qu'il y a autre chose ?

IDE : Et bien, comme je l'ai dit tout à l'heure je suis très empathique, donc ça a beaucoup joué sur moi aussi. Je perdais mes mots devant eux... Hum... Oui beaucoup de gêne en tout cas.

ESI : D'accord. Avez-vous déjà eu des situations difficiles que vous n'avez pas su gérer ? Et qu'est-ce que vous avez fait pour y remédier ?

IDE : Alors comme situations difficiles, je dirai le jeune homme dont j'ai déjà parlé, mais aussi une personne âgée, qui était seule, veuf et sans enfants. Mon côté empathique prend vite le dessus et m'inquiète beaucoup pour leur situation : comment ils vont manger ? Aller faire leurs courses ? Et tous les actes simples du quotidien. Mais après plusieurs aides sont mises en place. Quand on est empathique, on est facilement touchée par l'hospitalisation, ça peut nous bloquer selon comment on se sert de cette empathie. Il faut trouver le bon équilibre du coup. Mais dans mon cas, on va dire que physiquement, je pouvais gérer ces situations, mais émotionnellement, ça me prenait beaucoup, j'arrivais chez moi parfois en pleurant, c'est très compliqué. Quand le patient est très énervé ou triste, on ne sait pas toujours comment réagir. Pour m'en sortir j'ai beaucoup parlé avec mes collègues, j'ai commencé à prendre sur moi. Il y a tout un travail qui a été fait. Mais si aujourd'hui je revois un jeune homme amputé d'une cheville, je ne sais pas quelle serait ma réaction. Ça restera compliqué pour moi comme prise en charge.

ESI : Je comprends. Et sinon, si vous avez besoin, est-ce qu'il y a justement des aides mises en place pour les soignants, pour vous conseiller sur une meilleure prise en charge envers les patients amputés mais aussi pour vous ?

IDE : En libéral on a beaucoup de formations, mais je ne pense pas qu'il y en ai pour les patients amputés. Par contre, oui, on est suivi par un psychologue si on en a besoin. Après, pour moi, la meilleure thérapie reste les discussions entre collègues. Et puis, c'est très traumatisant de voir des personnes de nos âges être amputés pour des raisons presque idiotes ou par l'absence d'efficacité de certains pansements. À l'école on a beaucoup parlé d'accompagnement des patients malades, que ce soit aigu ou chronique, mais des patients handicapés physiquement, on a pas beaucoup abordé le sujet et c'était plus compliqué de les voir comme ça.

ESI : D'accord. L'entretien va bientôt se terminer. Est-ce que vous souhaitez ajouter des informations ou des anecdotes autour de ce sujet ?

IDE : Euh, je peux en parler d'une qui m'a marquée en SSR ? Parce que je ne pense pas en avoir d'autres dans le contexte de trauma en libéral.

ESI : Oui pas de soucis.

IDE : Et bien, en SSR une jeune femme arrivait avec un bras en moins, elle s'était fait amputée après que son mari l'ai blessée au couteau car la plaie s'était nécrosée jusqu'à la destruction des tissus de la peau mais aussi des muscles. C'était son bras dominant. Pour cette femme... Je... Je n'ai pas pu m'occuper d'elle. Hum... J'ai dû demander à mes collègues de faire les pansements à ma place. En plus de s'être fait poignardée par son mari, cette femme a perdu son bras. Je voulais donner cette anecdote car certes ça m'a beaucoup affecté, mais je pense que c'est une situation très complexe qu'il faudrait peut-être aborder ?

ESI : Euh, oui je ne pensais pas que ça pouvait aller si loin... Ça reste dans... Hum... Dans le contexte de mon mémoire. C'est très dur à entendre en tout cas.

IDE : Oui. En fait, on s'occupait de cette patiente avant son amputation, pour sa plaie qui l'avait déjà bien handicapée. Mais par la suite, la revoir sans son bras car nos pansements n'avaient eu aucun effet sur sa plaie... Oui ça reste traumatisant même pour nous les infirmières. Je n'ai pas du tout réussi à prendre sur moi. Après je ne sais pas si c'était par manque d'expérience, mais peut-être que aujourd'hui, je réagis différemment face à cette dame.

ESI : Et bien, euh... Peut-être que oui, l'expérience aide à surmonter ces difficultés. Je comprends que ça devait être compliqué avec cette patiente. Je vous avoue que je fais ce mémoire parce que j'ai rencontré deux cas d'amputation, mais à chaque fois j'étais bloquée, incapable de parler. Et je voulais approfondir cette manière d'être influencée par l'état du patient.

IDE : C'est une très bonne thématique, bon courage pour les recherches. J'espère avoir suffisamment aidé.

ESI : Oui, merci beaucoup. Et merci d'avoir consacré du temps pour cet entretien.

IDE : C'est normal.

ESI : Je vous garanti de nouveau, que l'anonymat sera respecté.

IDE : Merci beaucoup ! Je vais devoir vous laisser, après le travail je vais m'occuper de la maison.

ESI : Pas de soucis, encore merci. Au revoir.

IDE : Au revoir, bonne fin de journée.

Abstract.

NOM : LE TALLEC
PRÉNOM : Youna

TITRE DU MÉMOIRE : L'influence du patient endeuillé, après une amputation dans un contexte traumatique, sur l'accompagnement infirmière.

Présentation synthétique du travail en Anglais :

During my three years course, I have met difficulties facing patients having been amputated in traumatic circumstances. Actually, I didn't know how to react, and I didn't understand why I experienced this mental block. So, I asked myself the following question : To what extent does the appearance of a traumatically amputated patient's mourning process influence the nurse's approach in her role with this patient ?

I have been able to answer this question by interviewing nurses from different sectors. They told me about the patients' negative emotions and about the mourning process, making the nursing complicated because the patient can be uncooperative. Moreover, the nurse's empathy affects the treatment and care if this empathy is unbalanced. To solve this problem, the nurses set up strategies : opening up and communicating with their team, acquiring knowledge and working on oneself.

This dissertation has enabled me to understand why I had difficulties nursing amputees.

Présentation synthétique du travail en Français :

Lors de mes trois années de formation, j'ai rencontré des difficultés face à des patients amputés dans un contexte traumatique. En effet, je ne savais pas comment réagir face à ces patients, et je ne comprenais pas pourquoi il y avait ce blocage. Je me suis donc posé la question suivante : En quoi l'émergence du processus de deuil chez un patient amputé d'un membre dans un contexte traumatique influence-t-il la posture de l'infirmière dans son accompagnement ?

J'ai pu répondre à cette question en interrogeant des infirmières de secteurs professionnels différents. Elles m'ont parlé des émotions négatives des patients ainsi que du processus de deuil, ce qui complique la prise en soins car le patient n'est pas tout le temps coopératif. Par ailleurs, l'empathie du soignant influence également cette prise en soins si celle-ci n'est pas dosée. Pour ce faire, les soignantes mettent en place des stratégies : parler en équipe, acquérir de nouvelles connaissances et effectuer un travail sur soi.

Ce travail m'a permis de comprendre pourquoi j'avais des difficultés lors des prises en soins de ces patients amputés.

KEYWORDS : Amputation / Mourning process / Nurse / Patient / Traumatic context.

MOTS CLÉS : Amputation / Processus de deuil / Infirmier / Patient / Contexte traumatique.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Années de formation : 2018-2021.