



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**L'Impact de l'expérience professionnelle sur la qualité d'accompagnement
Infirmier face à la difficulté d'acceptation d'un nouveau schéma corporel d'un
patient amputé.**



Formateur référent mémoire : DUCLOYER Severine

JUCHORS ISALINE
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 1 mai 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

Chez un patient ayant subi une amputation, en quoi l'expérience professionnelle impacte la qualité de l'accompagnement IDE dans l'acceptation du changement d'image corporelle pour le patient?

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 19 Avril 2022

Identité et signature de l'étudiant :

JUCHORS Isaline

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

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame DUCLOYER Severine, ma référente de mémoire, pour m'avoir guidée tout au long de ce travail de fin d'études ainsi que les formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études.

Je remercie également les deux infirmières, pour leur contribution dans ce travail.

Je souhaite tout particulièrement remercier mes amies pour m'avoir soutenue et épaulée pendant ces trois années d'études, et notamment Marion et Lina rencontrée durant cette formation.

Pour finir, merci à ma famille et à mon copain Raphaël.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
Situation d'appel	2
Questionnements / cheminement vers la question de départ	3
CADRE CONCEPTUEL	4
L'amputation	4
1.1 Définition	4
Les causes traumatiques	4
Les causes pathologiques,	4
Les amputations congénitales.	5
Autres causes possibles	5
1.2 Le changement de l'image corporel	5
1.2.1 La Modification de l'image corporelle	5
1.2.2 Le membre fantôme	7
1.2.3 Le travail de deuil	7
L'accompagnement du patient amputé	8
2.1 Définition	8
2.2 La spécificité de cet accompagnement par le soignant	9
2.2.1 La Relation soignant/soigné	9
2.2.2 La relation d'aide	9
2.2.3 Les attitudes soignantes	10
L'expérience professionnelle	11
MÉTHODOLOGIE	12
1. Les objectifs du guide d'entretien	12
2. La population interviewée	13
3. L'organisation mise en place pour la réalisation des entretiens	13
4. Les limites de ce dispositif	13
ANALYSE DES ENTRETIENS	14
1. Définition de l'accompagnement	14
2. La perception de l'IDE sur le vécu et le ressenti du patient amputé	14
3. Une préparation spécifique et le rôle de l'IDE dans cette préparation	15
4. Les ressources et les difficultés mobilisées pour accompagner le patient dans l'acceptation	15
5. Définition d'un accompagnement de qualité	15
6. L'expérience professionnelle contribue à un accompagnement de qualité d'un patient amputé	16
7. Les apports de l'expérience	16
DISCUSSION	17
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
ANNEXES	24

Annexe I : Guide d'entretien	25
Annexe II : Retranscription entretien Infirmière d'expérience en service Vasculaire	27
Annexe III : Retranscription entretien Infirmière jeune diplômé en service Vasculaire	37
Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens	42

INTRODUCTION :

Actuellement étudiante en troisième année en formation en soins infirmiers, ma formation approchant à sa fin, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche infirmière.

Au cours de ces trois années, nombreuses sont les expériences que j'ai pu rencontrer. J'ai pu remarquer, que j'avais un attrait particulier pour les pathologies liées aux modifications physiques, et à la perturbation de l'image de soi.

Cependant, mon manque d'expérience et mon jeune âge m'ont confrontée à des situations de vie et de soin inconnues.

J'ai donc décidé de m'intéresser plus particulièrement à l'altération de l'image corporel chez un patient ayant subi une amputation et ce que l'expérience impact sur la qualité de l'accompagnement de celui-ci.

Pour étayer cette réflexion, j'ai sélectionné une situation qui m'a interpellée pendant un stage. Cette dernière a découlé des questionnements, puis par la suite, m'ont amené à définir ma question de départ. Afin de la cerner plus facilement, j'aborderai ce que disent les auteurs et les professionnels sur les différents concepts et notions du sujet afin de confronter leurs dires.

1. Situation d'appel

Lors d'un stage de Semestre 4 en service de soins de suite et réadaptation, j'ai fait la rencontre de Madame B âgée de 76 ans. Elle peut présenter des changements d'humeur pouvant aller de la gaieté aux pleurs dans une même journée. Elle a la communication facile et est actrice de sa prise en charge. Sa famille est également très présente. Cette patiente souffre d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs depuis plusieurs mois. La maladie a atteint le stade ultime obligeant l'amputation transfémorale gauche et métatarso-phalangienne du gros et deuxième orteil droit.

A ce jour, Mme B est de retour en SSR. Suite à son séjour dans le service de chirurgie vasculaire pour son intervention, Mme B est testée positive à la Covid 19 et se retrouve dans une chambre isolée. A mon entrée dans la chambre, je constate que Mme B a le regard vide, elle fixe le mur et répond de façon concise à mes sollicitations, ce qui n'est pas dans ses habitudes. Elle exprime qu'elle vit mal la situation : l'amputation qui va modifier son mode vie, la sensation d'être affaiblie et cet isolement la fait réfléchir sur son devenir qu'elle qualifie de sombre.

Au moment de retirer le pansement du moignon gauche, elle exprime: "j'ai mal à ma jambe !" en pointant du doigt sa jambe gauche. Elle ne comprend pas cette douleur ressentie alors qu'il n'y a plus ce membre. Face à cette détresse, je me sens démunie et ne sais quelle réponse lui apporter, étant moi-même "impressionnée" par la vue de la cicatrice. Avant même de rentrer dans la chambre, j'appréhendais ce soin car c'était une première pour moi. Je pensais, connaissant la gaieté et la vision positive dont faisait preuve cette patiente, que je pourrais pallier cette appréhension en échangeant avec elle. Mais les derniers événements ont eu raison de mon optimisme. Je me suis vraiment sentie en difficulté car je ne savais quoi dire ni faire pour essayer de la rassurer et de la soulager.

2. Questionnements / cheminement vers la question de départ

Est ce que l'expression de sa douleur était une manifestation de sa non acceptation de sa nouvelle apparence? Ou bien cette sensation douloureuse est-elle liée à ce qu'on appelle la douleur du membre fantôme? Est-ce que la prise en charge de ce type de douleur peut se faire grâce à des antalgiques ou une prise en charge psychologique est-elle nécessaire ? Est-ce que ma communication non verbale par rapport à la cicatrice a majoré ou déclenché cette douleur? Est ce que la vue du moignon par Mme B a concrétisé l'amputation pour elle et sa prise de conscience? Mme B savait qu'avec sa pathologie elle pouvait subir une amputation, mais l'avait-elle conscientisé? Est ce que le médecin lui a expliqué clairement que le but de l'intervention était l'amputation ? Est ce qu'elle avait minimisé l'intervention ? Quel mécanisme peut expliquer cette douleur d'un membre qui n'existe plus ? En tant que soignante, quelle est la "bonne attitude" à avoir ? Est ce qu'il y a une bonne pratique dans la prise en charge d'un patient amputé ? Est ce que le fait que c'était la première fois que j'étais confronté à ce soin, a participé à ne pas savoir quoi répondre ? Est ce qu'avec l'expérience on se sent démunie face à cette détresse ? Est-ce qu'il existe une prise en charge psychologique particulière mise en place en amont ou après l'amputation ? Comment soutenir ces patients dans leur cheminement d'acceptation? Qu'est ce que l'acceptation dans cette situation ? Est ce qu'on peut parler de deuil ? Est ce que son devenir a été évoqué avant l'intervention ?

Tous ces questionnements m'amène à la question de départ suivante :

Question de départ :

Chez un patient ayant subi une amputation, en quoi l'expérience professionnelle impacte la qualité de l'accompagnement IDE dans l'acceptation du changement d'image corporelle pour le patient?

CADRE CONCEPTUEL

1. L'amputation

1.1 Définition

L'amputation est l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre quand celui-ci ne peut pas être conservé. (Dr Raoul T. (2019))

D'après l'association de défense et d'étude des personnes amputées (ADEPA), jusqu'au début du 20^e siècle, les amputations étaient pratiquées dans un contexte mettant la vie en danger pour sauver la vie des blessés.

Aujourd'hui, les progrès de la médecine et de la chirurgie ont permis de limiter les amputations, notamment en cas d'urgence. Dans cette perspective, une meilleure compréhension des récentes avancées significatives de la technologie prothétique est essentielle pour la prise de décision du chirurgien et l'information du patient.

On divise classiquement les causes principales d'amputation en trois grandes catégories :

- Les causes traumatiques

Les accidents représentent environ 20 % des amputations.

Les amputations traumatiques sont dues principalement à des accidents de la voie publique, des accidents domestiques, de travail...

En ce qui concerne les accidents de la voie publique, on constate qu'il s'agit majoritairement de jeunes, le plus souvent à moto, et que 70 % des personnes amputées suite à un accident de la voie publique ne sont pas en tort.

- Les causes pathologiques,

80 % des amputations sont pathologiques, 65 % d'entre elles concernent des personnes de plus de 65 ans.

Nous pouvons citer différentes pathologies. L'artérite est une lésion artérielle d'origine inflammatoire ou dégénérative qui se traduit par un épaississement de la paroi vasculaire, parfois des gangrènes et des ischémies sensitivo-motrices. Ils surviennent généralement à un âge avancé, mais peuvent survenir plus tôt.

C'est le cas de Mme B dans ma situation qui souffre d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

L'athérosclérose est une maladie dégénérative athéromateuse. Chez certains patients diabétiques cela progresse lentement sans signe de douleur. Le risque d'amputation chez les diabétiques est 15 fois plus élevé.

- Les amputations congénitales.

Dans un membre, l'aplasie ou absence congénitale de tissu ou d'organe entraîne des dommages qui peuvent être équivalents à d'une amputation. Une malformation du membre peut aussi se produire avec ou sans extrémité normale.

La fréquence est difficile à déterminer, elle varie en fonction de la gravité des lésions.

- Autres causes possibles

Pierquin L. (1982), cité par l'ADEPA, a décrit "des causes plus rares d'amputation pathologique comme des infections telles que le purpura fulminans et de façon plus exceptionnelles la lèpre ou l'actinomycose, ou encore comme les affections neurologiques".

Il faut encore citer les guerres et les mines comme des causes malheureusement encore importantes d'amputation.

Enfin, certaines amputations peuvent être liées à des convictions religieuses.

1.2 Le changement de l'image corporel

L'amputation implique chez la personne qui la subit une répercussion sur le plan physique comme la douleur du membre fantôme et sur le plan psychologique comme le travail de deuil.

1.2.1 La Modification de l'image corporelle

Pour comprendre ce que signifie l'acceptation de la modification de l'image corporelle d'une personne amputée, il est nécessaire de bien distinguer les deux notions du schéma corporel et d'image corporelle. Tous deux peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre.

En ce qui concerne le schéma corporel, d'après Bernard M.(1995), il a pour but de donner : « la sensation de la position du corps, l'appréciation de la direction du mouvement et le maintien du tonus postural ».

Et selon Dolto F. (1984) , « le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est le même pour tous les individus. Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, il est indépendant du langage. Il est une réalité de fait, constituée à partir de perceptions. Le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient alors que l'image du corps est éminemment inconsciente »

Le schéma corporel est donc la connaissance et la représentation que l'on a de son corps pour se situer dans l'espace. C'est une perception de notre "moi" souvent confondue avec l'image corporelle.

Selon Schilder P.(1991), l'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même ». C'est notre représentation consciente et inconsciente de notre corps. Celle-ci regroupe les perceptions présentes et passées.

Selon Norris C (1978), "l'image corporelle est une création sociale ; il y a une étroite indépendance entre l'image corporelle, la personnalité, le moi, l'image de soi et l'identité ; l'image corporelle est une déterminante importante du comportement, l'impact de toute expérience sur la personne humaine est déterminé par l'effet réciproque du niveau de réalité ou de signification, du niveau de fantasme conscient et du ressenti à son sujet et des fantasmes et sentiments inconscients."

Price B., directeur de l'enseignement par correspondance au Royal College à Londres (1998), définit l'image corporelle en trois composantes qui sont : Le corps réel, le corps idéal et l'apparence.

Le corps réel : Il s'agit du corps physique tel que nous l'avons hérité de notre patrimoine génétique mais également au transformation qui peuvent être lié à l'environnement, à notre milieu sociaux-culturel et au processus de vieillissement. Ce dernier sera plus ou moins rapide en fonction de l'environnement, de notre alimentation et d'autres paramètres socio-économiques. Ces transformations peuvent être aussi accélérées par des accidents de la vie quotidienne, des maladies graves, des maladies chroniques, des infections ponctuelles. Plus notre regard sur notre corps physique va être réaliste, plus cela va faciliter la réflexion et l'acceptation d'un changement de cette image corporel et la prise de conscience que le corps physique se dégrade au fur et à mesure du temps.

Le corps idéal : Il s'agit de l'image mentale du corps rêvé influencé par notre milieu socio-culturel, c'est-à -dire le corps que l'on peut rencontrer via les réseaux sociaux ou la publicité. Une altération du corps réel peut donc perturber l'équilibre mental et physique de la personne à cause de la conception qu'elle se fait du corps idéal.

"L'apparence : Il s'agit de la façon dont on se présente à autrui, au monde extérieur. Elle est influencée par le corps idéal comme par exemple la mode qui peut changer totalement l'apparence d'une personne et par le corps réel comme une paralysie ou une amputation qui sont responsables du changement d'apparence. L'apparence est en effet la synthèse du corps réel et du corps idéal.

1.2.2 Le membre fantôme

L'une des conséquences les plus caractéristiques de l'amputation sur le plan physique est l'apparition du phénomène d'hallucinoïse, plus communément appelé membre fantôme. Le membre fantôme montre à quel point l'image du corps résiste.

Celle-ci est la plupart du temps constante dans les premières conséquences de l'amputation, correspond à la persistance ou à la réapparition de la perception de la partie du corps amputée, c'est-à-dire que la personne amputée va ressentir le membre que pourtant elle ne voit plus et sait absent. La position du fantôme est quasi identique à celle qu'occupé le membre avant l'intervention.

Cette sensation peut induire la douleur du membre fantôme ou l'algohallucinoïse fait référence à la douleur ressentie dans le membre fantôme. Leur fréquence augmente avec l'âge, la sévérité de la douleur préopératoire et la brutalité de l'amputation. La douleur est distale telle que brûlure, dysesthésie, crampes, contractures, choc électrique. Il faut les distinguer des douleurs projetées et fantomatiques. (Muller E. 2011)

1.2.3 Le travail de deuil

D'après Kübler-Ross E. "Parmi les deux cent patients mourants que nous avons interviewé, ils réagissent de façon similaire avec cette phrase "non ce n'est pas moi ce n'est pas possible""

Kübler-Ross E. a développé une théorie du deuil qui explique le processus en cinq étapes successives : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

Son livre traite spécifiquement des étapes du deuil liées à la mort, mais ces étapes s'appliquent à tout type de perte, y compris l'amputation. (Salter, M. (1992), p.14)

Le déni, c'est la première étape de l'apprentissage de la perte et de la réponse au choc. Notre esprit peut mettre un certain temps à s'adapter à cette nouvelle réalité. Le déni ralentit ce processus de deuil, cela permet au patient de gagner du temps et de vivre positivement la perte de son membre.

La colère, le chagrin et les peurs non exprimées se dissimulent derrière cette réaction de colère. La personne ressent un sentiment d'injustice après ce qui lui est arrivé. Il peut aussi désigner inconsciemment une personne responsable de sa situation.

Le marchandage, face à la perte, nous nous sentons parfois si désespérés que nous ferions n'importe quoi pour soulager la douleur. Des négociations sont souvent dirigées vers une puissance supérieure ou quelque chose de plus grand que nous qui peut changer notre destin comme dieu ou un médecin. C'est une tentative de retarder la réalité de l'amputation.

La dépression est la phase la plus longue et souvent la plus difficile. Pendant des mois voire des années, notre imagination se calme et nous commençons lentement à faire face à la réalité. La personne est complètement plongée dans son ennui, alimentée par des sentiments de culpabilité et un questionnement constant.

L'acceptation est la dernière étape de tout le processus de deuil. C'est une phase de reconstruction, où l'on se résigne à accepter la réalité de la situation. La personne commence progressivement à remonter la pente et à retrouver son énergie, mais aussi toutes ses capacités mentales et psychologiques.

Cela nous amène à réfléchir à la manière dont le soignant peut accompagner le patient pour accepter sa nouvelle image corporelle.

2. L'accompagnement du patient amputé

2.1 Définition

Selon Paul M.(2012) , la notion d'accompagnement se situe entre deux points bien distincts. "D'un côté, la dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui, et les figures qui interrogent le sens et de l'éthique de ce rapport, de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et les logiques qu'elle combine, comme autant de critères d'adéquation à une situation sociale spécifique"

Selon Hesbeen W. (2017), l'accompagnement "C'est faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. Un mouvement qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien. Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences. Accompagner c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelque soit la situation de la personne." En effet, l'accompagnement c'est prendre en soin le patient dans sa globalité.

2.2 La spécificité de cet accompagnement par le soignant

2.2.1 La Relation soignant/soigné

D'après le psychologue Manoukian A. (2008) "Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires." Mais selon lui d'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation comme:

- Les facteurs psychologiques
- Les facteurs sociaux
- Les facteurs physiques

D'après cette définition, la relation soignant/soigné est considérée comme un soin mais celle-ci varie selon différents facteurs. Il ajoute : "Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens". La relation dépend donc de l'environnement, des circonstances et du type de maladie de chaque individu.

Dr. Deshays C (2010) nous dit : "Là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel.

Dans ma situation d'appel, je me suis retrouvée face à une patiente qui était vulnérable de par son amputation. Quant à moi, j'étais confrontée à la mise en pratique d'un soin que je n'avais encore jamais réalisé. Nous étions donc toutes deux dans une situation délicate et affectées par un état émotionnel important. Je ne voulais en aucun cas montrer ma faiblesse devant ma patiente mais par manque d'expérience et débutant tout juste dans le milieu médical. Je n'ai pas su gérer cette situation.

Le Dr. Deshays C(2010) affirme que "le contexte relationnel est celui d'une relation asymétrique". Le soignant est considéré comme actif, c'est celui qui soigne, qui prend en charge, qui fait preuve de savoir face au malade. Les patients sont dans une attitude passive car il est dépendant du soignant, c'est lui qui est demandeur et qui reçoit, ils sont en attente de guérison.

Cela nous amène à aborder la relation d'aide qui fait partie intégrante du rôle infirmier dans cet accompagnement.

2.2.2 La relation d'aide

Roger C. psychologue américain, (1902-1987) définit la relation d'aide comme "un accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale grâce au lien établi avec le thérapeute qui leur permettra de réduire l'angoisse ressentie"

La relation d'aide est donc une relation d'accompagnement qui permet d'assurer le confort et le bien-être du patient dans toutes les situations de soins. Les soignants portent une attention particulière à son attitude, car le patient va chercher l'image qu'il renvoie dans le regard du soignant. Cela va permettre de favoriser l'expression émotionnelle et l'attention du patient.

Selon Manoukian A. (2008), psychologue, « la relation d'aide vise un réel changement chez le patient, qu'il soit dans la gestion de sa maladie ou encore dans sa vie personnelle. Il pense que toute relation efficace aboutit à un changement, première étape positive, car le patient ressentira en premier

lieu un soulagement émotionnel. De plus, cela permet au patient de comprendre ce qui se passe, et cela l'aide à réorganiser sa vie »

C'est un outil permettant d'aider le patient à vivre sa maladie et les conséquences sur sa vie personnelle. Elle se construit dans le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le patient en respectant certaines attitudes soignantes indispensables.

2.2.3 Les attitudes soignantes

La relation d'aide combine différentes attitudes qui en sont ses caractéristiques :

L'empathie :

Selon le dictionnaire Le Robert : « la capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent.»

Pour Rogers C, (1902-1987): « l'état d'empathie ou être empathique consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne d'autrui, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rattachent »

En effet, l'empathie est au cœur de la relation de soin. Elle permet au patient de se sentir compris car le soignant va au maximum se mettre à la place du patient, et ainsi percevoir le sentiment de l'autre comme s'il s'agissait du sien sans pour autant perdre de vue qu'il s'agit de l'expérience de l'autre.

L'écoute active :

D'après Le bihan C. (2019), l'écoute active est une habileté de base du soignant qui est primordiale à la relation d'aide. Le soignant va se focaliser sur le comportement corporel, les expressions faciales et vocales, les réactions psychologiques, l'apparence générale et le message verbal. C'est en effet un ensemble de processus qui met en jeu tous les sens pour permettre de saisir au mieux le sens des propos du patient. C'est un outil fondé sur la compréhension du patient.

Je souhaite maintenant étayer les enjeux de l'expérience professionnelle dans l'accompagnement d'un patient amputé.

3. L'expérience professionnelle

Selon l'Internaute, l'expérience peut être définie par "la connaissance acquise de la pratique". Le terme expérience ne fait pas seulement référence au passage du temps. Il s'agit plutôt de l'amélioration de théories et de notions préconçues, au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances à la théorie. (Gadamer 1970; Benner & Wrubel, 1982)

L'infirmier, tout au long de sa carrière professionnelle, est confronté à de multiples expériences. Au contact direct du patient et de la maladie.

Le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences selon Benner P. (1995), montre l'importance de cette expérience dans la pratique infirmière et établie que dans l'acquisition et le développement d'une compétence, une infirmière, passe par cinq stades successifs :

Stade 1 : Novice

“Les Novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontées”. C'est par exemple le cas des étudiants infirmiers qui ont des difficultés à concilier la théorie à la pratique lors de leur arrivée dans un nouveau service. Leur pratique est souvent limitée avant d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences. C'est aussi le cas pour les infirmières arrivant dans des nouveaux services dans lesquels le fonctionnement leur est inconnu.

Stade 2 : Débutante

“Les débutantes ont déjà fait face à suffisamment de situations réelles pour noter les facteurs significatifs qui se reproduisent dans les situations identiques”. Après avoir vécu plusieurs situations réelles, les débutantes peuvent formuler les principes qui se reproduisent dans une situation déjà vécue, mais elles se basent encore trop sur la théorie et manquent de prioriser les caractéristiques de ses principes.

Stade 3 : Compétente

“L'infirmière compétente a une expérience de deux ou trois ans, elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente.” Elle est capable de prioriser ses soins et peut faire face à l'imprévu. Elle reste cependant moins souple et moins rapide qu'une infirmière performante.

Stade 4: Performante

“L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements”. Elle peut appréhender des événements inattendus et rebondir afin de modifier ce qui a été prévu initialement pour faire face à la situation. L'expérience lui facilite sa capacité de réagir car elle perçoit les prises en soin comme un tout et non une succession de tâches.

Stade 5 : Experte

“L'experte qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème, sans se perdre dans un large éventail de solutions ou

diagnostics”. L’infirmière experte a déjà vécu de nombreuses situations. Elles les appréhendent de manière intuitive en allant à l’essentiel et toujours en s’adaptant sans se perdre.

Dans ma situation d’appel, je suis au stade de novice alors que l’infirmière est experte du fait de son expérience dans le service depuis plusieurs années. Ainsi, elle a pu appréhender la situation dans sa globalité et prendre en soin la patiente correctement.

MÉTHODOLOGIE

1. Les objectifs du guide d'entretien

Le cadre conceptuel a permis de révéler ce que les auteurs disent sur le thème de mon mémoire. Mais il a ses limites. Donc dans la continuité de l’élaboration de mon cadre conceptuel, j’ai mené des entretiens semi-directifs auprès de professionnelles afin d’enrichir ma réflexion sur le sujet. Cette technique permet de favoriser l’expression du professionnel, de parler ouvertement comme cela lui convient pour permettre aux professionnelles d’exprimer leurs pensées sur une notion pouvant éclairer ma question de départ.

Pour se faire, dans un premier temps, j’ai élaboré un guide d’entretien dont les objectifs sont issus de mon cadre conceptuel. (voir annexe I) Une fois les objectifs élaborés, j’ai identifié des

questions ouvertes permettant aux professionnelles d'y répondre. J'ai également prévu des questions de relance au cas où le professionnel s'éloignerait ou ne comprendrait pas ma question initiale.

2. La population interviewée

Dans un second temps, une fois le guide d'entretien élaboré, j'ai identifié la population de professionnels que je voulais rencontrer.

Au regard de ma thématique, j'ai choisis de rencontrer des professionnels de chirurgie vasculaire, services dans lesquels nous rencontrons des patients ayant subi des amputations. Pour répondre à ma question de départ, j'ai contacté une jeune professionnelle et une professionnelle expérimentée afin d'apporter un éclairage par rapport à l'expérience afin que les données que j'aurais recueillies puissent être comparables.

La première IDE interrogée et expérimentée travaillant à l'hôpital diplômée depuis 22 ans était une connaissance alors que la jeune professionnelle m'était totalement inconnue.

3. L'organisation mise en place pour la réalisation des entretiens

Nous nous sommes mis d'accord sur le déroulement de l'entretien, les deux entretiens se sont déroulés en distanciel avec une application de visioconférence au regard du contexte sanitaire. Au début de chaque entretien, j'ai demandé l'autorisation d'enregistrer ce temps à l'aide de mon téléphone afin d'être vraiment acteur durant cet échange et ainsi éviter de rompre les échanges lors de la discussion, tout en garantissant l'anonymat de ces personnes. Cela m'a permis de me focaliser sur mon guide d'entretien et d'avoir une bonne dynamique. Cet enregistrement a été utile durant la retranscription des entretiens.

Pour finir, J'ai réalisé la retranscription et l'analyse de ces entretiens (voir annexe II et III)

4. Les limites de ce dispositif

N'ayant jamais réalisé d'entretiens jusqu'à présent, je ne me suis pas sentie vraiment à l'aise. Le fait de connaître l'infirmière du premier entretien a été plus facilitant pour moi. Cependant, j'ai décidé d'utiliser le vouvoiement avec elle afin de garder une certaine distance. Je me suis finalement rendue compte que cela n'avait pas forcément d'intérêt sur le déroulement de l'entretien. Pour le deuxième entretien, j'ai décidé d'utiliser le tutoiement, cela m'a permis d'être plus naturelle. Cela a été un biais je ne me suis pas senti naturelle car j'étais focaliser sur la mise à distance et non sur le recueil des données qualitatives. De plus, j'ai souhaité poser toutes les questions, y compris celles me permettant de relancer les soignantes, même si les infirmières avaient déjà commencé à y répondre en élargissant leurs réflexions. Par conséquent, les infirmières ont eu l'impression de se répéter. Je rencontrais des difficultés à me détacher de mon guide d'entretien et ainsi rebondir sur des informations que les infirmières pouvaient m'apporter. Ensuite, les difficultés informatiques

rencontrées lors des entretiens en visioconférence ont parfois perturbé la fluidité de celui-ci. En effet, il a fallu répéter à plusieurs reprises ce qui rendait l'échange moins fluide.

ANALYSE DES ENTRETIENS

Afin de respecter la confidentialité des deux professionnelles, j'appellerais l'infirmière expérimentée "IDE 1" et l'infirmière jeune diplômé "IDE 2".

1. Définition de l'accompagnement

Lorsque les infirmières donnent leur définition de l'accompagnement, l'IDE 1 insiste sur le préopératoire. Elle établit une distinction entre une préparation programmée et une préparation en urgence. Elle explique que quand l'intervention est programmée, le patient est préparé la veille. Des explications lui sont données en amont par le chirurgien et l'infirmière d'annonce. Elle apporte ensuite des réponses aux questionnements en ce qui concerne l'anesthésie et sur la douleur après l'intervention. Dans le cas de l'intervention en urgence, il n'y a pas d'explication et de consultation avant l'intervention.

L'IDE 2 explique que pour elle l'accompagnement se fait après l'intervention. Dans un premier temps, par la prise en charge de la douleur puis une fois que la douleur est correctement gérée, c'est l'accompagnement de l'acceptation de la perte d'un membre.

2. La perception de l'IDE sur le vécu et le ressenti du patient amputé

L'IDE 1 et l'IDE 2 s'accordent sur le fait que leur perception d'une amputation vécue et ressentie par le patient est psychologiquement violente. L'IDE 1 différencie le ressenti du patient si cette amputation est programmée ou bien en urgence, tandis que l'IDE 2 évoque un ressenti différent selon le sexe. Pour les femmes, le regard des autres, de leur mari et de leur entourage semble être plus dur que chez les hommes.

En ce qui concerne le vécu du patient, les deux infirmières s'accordent à dire que les patients doivent passer par le deuil et que la verbalisation est aléatoire en fonction des patients. L'IDE 1 souligne que certains sont conscients de la situation et d'autres ne la réalisent pas, elle parle de déni. Elle précise que l'histoire de vie et la personnalité de chacun ainsi que le stade de l'amputation impactent sur les étapes parcourues par le patient. L'IDE 2 ajoute que tous les patients ne passent pas forcément par toutes les étapes de deuils. Leur deuil est plus ou moins long en fonction des patients par le fait qu'ils étaient préparés ou non à l'intervention et ce changement d'image corporelle. En revanche, d'après L'IDE 1, l'acceptation au final se fait de manière obligatoire car les patients n'ont pas le choix d'accepter leur nouvelle image corporelle. Les deux infirmières s'accordent à dire que, chez certains patients, les douleurs du membre fantôme peuvent être un obstacle à l'acceptation de leur nouveau corps mais c'est en revanche une étape importante dans leur deuil, cela leur permet de prendre conscience de ce changement qu'ils ne réalisaient pas auparavant.

3. Une préparation spécifique et le rôle de l'IDE dans cette préparation

L'IDE 1 explique l'importance de la prise en charge du chirurgien et de l'anesthésiste dans la préparation mais qui pour elle semble manquer. La prise en charge psychologique est pauvre. Quant au rôle de l'IDE, il est de répondre aux questionnements du patient avant l'intervention et rassurer et orienter le patient de même que dans les soins après l'intervention. Il est également possible de proposer à certains patients des thérapies comme l'hypnose. Il n'y a pas de prise en charge particulière, cela reste de la chirurgie comme dans n'importe quel service.

L'IDE 2 rejoint l'IDE 1 en disant que la vraie préparation est celle du chirurgien. Il est important d'instaurer une relation de confiance entre lui et le patient, de ne pas lui mentir. Elle ajoute que l'infirmière va permettre d'accentuer les dires du chirurgien. Le relationnel va jouer un rôle important et le patient en est demandeur afin de le rassurer en utilisant les valeurs soignantes telles que la patience, l'écoute et la douceur.

4. Les ressources et les difficultés mobilisées pour accompagner le patient dans l'acceptation

L'IDE 1 explique que la chronicité de la maladie favorise à la longue l'acceptation qui arrive plus facilement. Le patient est préparé, il a déjà vécu une amputation, il connaît l'équipe soignante. Les infirmières peuvent s'appuyer sur l'entourage pour consolider et faciliter la relation.

A contrario, une amputation qui arrive soudainement rend l'acceptation plus difficile dans la plupart des cas. Certains patients ne se prennent pas en charge et ne se font pas dépister assez rapidement et refusent d'être soumis à un sevrage ou des restrictions alimentaires ce qui rend l'accompagnement difficile vers l'acceptation.

L'IDE 2 rejoint l'IDE 1 en insistant sur la prise de conscience de la situation par le patient qui semble être une réelle ressource pour accompagner le patient dans l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. En revanche, elle dit ensuite que la douleur influe sur la capacité à accepter son image. En résumé, plus une personne souffre, plus le processus d'acceptation est freiné. Elle ajoute que l'âge peut être un facteur favorisant l'accompagnement dans l'acceptation. D'après elle, un patient jeune va se rétablir plus facilement et aura plus l'envie qu'un patient plus âgé. Le positif va faciliter cet accompagnement vers l'acceptation.

5. Définition d'un accompagnement de qualité

L'IDE 1 attache une importance à prendre plus de temps pour le patient avec un accompagnement pluridisciplinaire de plusieurs consultations de différentes professionnelles en amont de l'intervention afin de répondre aux questionnements du patients afin qu'il soit correctement préparé et qu'il ne découvre pas tout une fois que l'intervention est faite. Anticiper certaines prises en charge comme l'unité douleur serait judicieux.

Pour l'IDE 2, un accompagnement de qualité est "un accompagnement bienveillant", sans minimiser la douleur du membre fantôme et l'impact psychologique qui en découle. Les deux infirmières s'accordent à dire qu'il faut prendre le temps avec le patient et faire preuve de valeur soignante tel que l'écoute. Il en ressort qu'une relation de confiance est essentielle entre le soignant et le patient. Ainsi, les divers échanges avec le patient autour de son amputation, ses problèmes et sujets divers, contribuent à la création d'une relation de confiance qui va permettre au patient de s'ouvrir, de parler et d'échanger avec le soignant. Elle ajoute qu'il est important de se servir de l'entourage familial comme support pour le patient afin qu'il se sente entouré et épaulé. Elle apporte aussi une importance au futur et ainsi mettre en place la rééducation rapidement pour permettre au patient de se projeter.

6. L'expérience professionnelle contribue à un accompagnement de qualité d'un patient amputé

Les deux infirmières s'accordent sur le fait que l'expérience professionnelle contribue à un accompagnement de qualité d'un patient amputé car d'après l'infirmière expérimentée, cela permet d'avoir du recul. L'IDE 2 ajoute que nous acquérons notre propre expérience "au fur et à mesure" de notre pratique professionnelle. Le temps permet de construire notre expérience.

Pour l'IDE 1, l'expérience permet de répondre et de donner au patient des indications sur la suite plus facilement mais selon elle, une infirmière jeune diplômée peut être à même de prendre en soins un patient même si elle n'a pas forcément les réponses aux questions qui lui sont demandées. Être à l'écoute et chercher les réponses peut la rendre tout autant efficace qu'une infirmière avec de l'ancienneté. L'IDE 2 s'accorde avec l'infirmière expérimentée car pour elle l'expérience facilite la communication et permet d'être plus à l'aise dans le prendre soin.

7. Les apports de l'expérience

D'après l'IDE 1, l'expérience offre des outils permettant une meilleure prise en charge du patient. Elle explique que des automatismes vont venir naturellement, elle va poser les bonnes questions afin d'orienter sa prise en charge. Selon elle, elle ne s'est jamais retrouvée en difficulté face à une situation ou une question d'un patient, "je ne me suis jamais retrouvée en "bug"".

L'IDE 2, jeune diplômé, s'est retrouvé en difficulté lors de son premier soin qui lui était inconnu en la présence d'une infirmière qu'elle dit "spécialiste des pansements". Elle se compare à elle en disant que cette dernière a su prendre en charge correctement la patiente et a su la rassurer alors que toute seule elle ne se serait pas sentie à la hauteur "j'aurais eu du mal à trouver les mots et à faire le pansement et à la prendre en charge correctement".

DISCUSSION

Après avoir fait des recherches pour le cadre conceptuel et après avoir réalisé l'analyse de mes entretiens, nous allons pouvoir aborder la discussion. Dans cette dernière partie, je vais croiser les différentes données du cadre théorique et les informations reçues grâce à l'analyse dans le but de les interpréter, et j'y ajouterai ma réflexion personnelle.

Tout d'abord, j'ai pu tirer au clair ce que l'amputation engendré sur l'image corporelle du patient. Dans un premier temps, j'ai différencié le schéma corporel et l'image corporelle. D'après Dolto F. et Bernard M. le schéma corporel est la représentation simple du corps humain. Pour Price B. l'image corporelle est composée de trois éléments : le corps réel, le corps idéal et l'apparence. En ce qui concerne le vécu et le ressenti du patient amputé, les infirmières mettent en avant que

l'amputation est psychologiquement violente. Leur corps est modifié. Le regard des autres semble être un obstacle à l'acceptation de cette nouvelle image corporelle. Cela serait plus dur chez les femmes que chez les hommes. En effet, nous vivons entourés de normes dans notre société à travers les publicités et les réseaux sociaux de ce que doit être le corps idéal. Pour certaines personnes, il est insupportable d'être différent. Leur apparence ne coïncide pas avec l'image du corps idéal qu'ils s'imaginaient.

De plus, chez les personnes amputées, le membre mutilé existe toujours dans le schéma corporel. On parle de membre fantôme. D'après Muller, il existe une mémoire du corps où la sensation fantôme apparaît très souvent après une amputation. Le patient refuse d'intégrer l'ablation du membre et reste avec son image du corps d'avant. Les deux infirmières affirment que le membre fantôme cause des douleurs difficiles à gérer et que ces douleurs dépendent de l'avancée psychologique du patient sur son corps.

Elles ajoutent que le deuil de leur membre est le chemin vers l'acceptation. J'ai été amené à détailler au début de ce travail les différentes étapes du deuil selon Kübler-Ross qui apparaissent selon un ordre bien précis (le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation) et chacune de ces étapes sont liées. Les infirmières m'ont permis d'avoir une vision plus globale de ce que peut être le deuil. Dans leur services, elles vont essentiellement voir des patients dans le déni et des patients dans la colère. L'IDE 1 ajoute une étape dans le processus de deuil qui lui semble importante : la douleur. La douleur permet à certains patients de prendre conscience du changement de leur image corporelle mais la douleur peut aussi entraîner une baisse d'espoir et d'envie chez les patients car ils souffrent énormément, et cela peut les freiner dans leur travail de deuil. Elles ne peuvent pas voir toutes les étapes de deuils qui apparaîtront dans la continuité de leur hospitalisation en SSR ou à domicile. Cependant, elles ajoutent que les patients ne passent pas forcément par toutes les étapes de deuils, le ressenti et le caractère de chaque patient est différent. Cela m'amène à m'apercevoir que les étapes de deuils sont très théoriques et que les patients mettent en place plutôt des mécanismes de défense pour lutter contre la non acceptation de leur nouvelle image corporelle.

J'ai souhaité avoir la vision des deux professionnelles sur la notion d'accompagnement qui fait partie intégrante du rôle infirmier dans le processus d'acceptation de l'image corporelle. Si les deux infirmières ne m'ont pas donné une définition théorique de ce qu'est l'accompagnement, elles m'ont plutôt parlé de leurs représentations sur le terrain de l'accompagnement d'un patient amputé. L'une porte une importance à l'accompagnement préopératoire en distinguant bien que l'accompagnement est différent pour un patient programmé et pour un patient en urgence. Le patient programmé rencontre le chirurgien et l'infirmière d'annonce pour lui apporter les explications nécessaires avant l'intervention et pourra avoir les réponses à ses questionnements, alors que le patient en urgence n'a ni d'explication ni de consultation en amont de l'intervention. En effet, certains facteurs vont influencer la futur prise en charge. Un patient dont le pronostic est connu va pouvoir se préparer un minima à l'amputation, c'est le cas aussi pour des maladies chroniques où le patient à déjà

vécu une amputation. Or ce qui n'est pas le cas lorsqu'il s'agit d'une amputation soudaine, le patient n'a pas encore forcément pris conscience de sa situation. Selon moi, l'acceptation d'une nouvelle image corporelle sera plus compliquée pour un patient qui n'est pas préparé.

Pour ce faire, une préparation spécifique est nécessaire pour le patient. Les deux professionnelles expliquent l'importance de la prise en charge du Chirurgien et de l'anesthésiste afin d'instaurer une relation de confiance entre le patient et ces derniers. Cependant à travers mes expériences en stage et les dires de L'IDE 1, cette prise en charge est insuffisante.

C'est pour cela que l'IDE joue un rôle important dans la suite de la prise en charge. L'infirmier est au plus proche de leur quotidien et bien souvent le premier confident. En effet, l'infirmier sera la première personne sur qui le patient se reposera afin de le rassurer. Instaurer une relation de confiance avec le patient permettra de poursuivre sa progression vers son acceptation. Je m'appuie sur les dires de Manoukian A, " la relation d'aide vise un réel changement chez le patient, qu'il soit dans la gestion de sa maladie ou encore dans sa vie personnelle. Il pense que toute relation efficace aboutit à un changement, première étape positive, car le patient ressentira en premier lieu un soulagement émotionnel. De plus, cela permet au patient de comprendre ce qui se passe, et cela l'aide à réorganiser sa vie". En tant que futur soignant, je rejoins Walter Hesbeen qui exprime que l'accompagnement est "un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé (...) accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences. Accompagner c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement ; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelque soit la situation de la personne." Selon moi, prendre en soin le patient dans sa globalité est primordial. Le vécu et le ressenti sont aléatoires d'un patient à l'autre d'après les professionnelles. Etre à l'écoute de son ressenti afin de le valoriser et de lui prouver qu'il est capable de surmonter cette épreuve est pour moi essentiel. Il est important de ne pas négliger la douleur et l'impact psychologique que le patient peut avoir après une amputation. L'écoute active est donc un point important pour établir une relation d'aide. Le patient aura en effet besoin que j'écoute sa colère afin qu'il puisse se dégager d'un poids qui lui pèse. Ce qui ressort de mes entretiens avec les professionnelles de santé, c'est de prendre le temps avec le patient, de répondre à ses questionnements et de s'entourer d'une équipe pluridisciplinaire favorisant ainsi la prise en charge et un accompagnement de qualité. L'éducation thérapeutique n'a pas été abordée dans mon cadre conceptuel ainsi que dans les entretiens avec les professionnelles. C'est pour moi une notion importante qui résume l'accompagnement du patient amputé.

Ma problématique interrogeait l'impact de l'expérience professionnelle dans la qualité d'accompagnement IDE dans l'acceptation du changement d'image corporelle chez un patient amputé. J'ai donc cherché à savoir si l'expérience contribue à un accompagnement de qualité. Dans ma situation, je me suis retrouvé en difficulté face à une situation qui m'était inconnue. Je n'étais pas informé sur les différentes conséquences liées à l'amputation qui se répercute physiquement et

psychologiquement sur la patiente. Je n'avais donc aucune expérience sur la spécificité de cet accompagnement. Je me suis reconnue à travers les dires de l'IDE 2, jeune diplômée, qui dit s'être retrouvée démunie lors de son premier pansement d'amputation face à une patiente douloureuse.

Les deux infirmières s'accordent sur la notion de temps pour construire notre expérience. En effet l'expérience s'acquiert au fur et à mesure des prises en soin. Elle permet d'avoir du recul sur les différentes situations vécues. Benner P. distinguait 5 stades de compétences : novice, débutante, compétente, performante et experte. Selon elle, quelle que soit l'expérience dans le métier, nous sommes tous novices d'un domaine ou d'un service et experte d'un autre. C'est à dire qu'une infirmière jeune diplômée est tout de même capable d'accompagner un patient amputé même si elle n'a pas d'ancienneté dans le métier. En effet, elle peut avoir rencontré des patients ayant subi une amputation durant ces stages dans certains services. L'IDE 2 peut être considéré comme une infirmière débutante selon Benner, elle a vécu suffisamment de situations réelles pour les transposer dans une situation identique. L'IDE 1 est considéré comme une infirmière experte. En effet, elle explique qu'elle va poser les bonnes questions pour l'orienter au mieux dans sa prise en charge, elle ne s'est jamais retrouvée en difficulté face à une situation. On peut résumer cela par une forme d'automatisme dans sa prise en soin grâce à son expérience. Pour maîtriser un domaine, il faut donc y avoir de l'expérience. L'expérience du soignant, selon l'infirmière expérimenté, offre des outils permettant une meilleure prise en charge du patient afin de l'apaiser dans une situation qui lui est inconfortable. Elle permet de se détacher de la technique acquise pour se focaliser sur la relation avec le patient. La communication sera plus fluide et permet d'être plus à l'aise dans le prendre soin. Selon moi, l'expérience est un ensemble de savoir faire et de savoir être qui s'acquiert au fur et à mesure des situations vécues. Il est important de se reposer sur les professionnels et sur leur conseil pour construire notre expérience. Il en est de même pour nous jeunes diplômés d'actualiser les savoir des plus anciens par nos expériences. Il est pour moi important que l'expérience ne soit pas figée et vu comme des automatismes dans la prise en charge des patients. Je dirais qu'il est important de ne pas résumer le rôle du soignant à l'accomplissement d'actes techniques protocolaires mais de le voir dans sa globalité avec la relation humaine. Pouvant bien souvent avoir de réelles vertus thérapeutiques notamment pour ce type de patients éprouvés par l'altération de l'image corporelle.

Question de recherche :

J'ai pu conclure que pour mener à bien ce cheminement vers l'acceptation d'une nouvelle image corporelle, il est vrai qu'il est favorable pour la personne d'être accompagnée par des professionnels qui savent de quoi il est question, même si certains ne sont pas grandement formés sur cet aspect. Cependant j'ai été interpellé par les dires d'une des infirmières interviewées. L'infirmière expérimenté exprime un certain automatisme grâce à son expérience. Ne serait-il pas un frein dans la

qualité d'accompagnement? Bien que les entretiens m'aient apporté de nombreuses données supplémentaires, il serait intéressant d'approfondir cette réflexion.

En quoi l'expérience professionnelle a-t-elle ses limites dans l'accompagnement de l'acceptation d'une nouvelle image corporelle pour un patient ayant subi une amputation?

CONCLUSION

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, j'ai abordé le thème de l'accompagnement IDE dans le changement d'image corporelle chez un patient ayant subi une amputation. Au vu de ma situation d'appel, je me suis orienté ensuite vers l'impact de l'expérience dans la qualité de cet accompagnement.

Finalement, j'en suis arrivé à ma question de départ qui était : Chez un patient ayant subi une amputation, en quoi l'expérience professionnelle impacte la qualité de l'accompagnement IDE dans l'acceptation du changement d'image corporelle pour le patient?

Dans un premier temps, pour y répondre, j'ai réalisé mon cadre théorique afin de savoir ce que les auteurs expriment sur mon sujet. Ces recherches m'ont permis d'enrichir mes connaissances sur ce thème. J'ai abordé plusieurs notions telles que les conséquences de l'amputation sur le patient, l'accompagnement du patient amputé et enfin l'expérience professionnelle. J'ai ensuite réalisé deux entretiens auprès d'infirmières d'expérience opposée afin de confronter la théorie à la pratique.

Je retiendrais que l'accompagnement des patients amputés est spécifique. Je suis convaincu que l'expérience professionnelle contribue à un accompagnement de qualité dans l'acceptation d'une nouvelle image corporelle. Celle-ci offre des outils transférables dans différents services où l'on peut rencontrer ce type de patient. Il est important de toujours mettre le patient au cœur du soin et d'avoir une prise en soin personnalisée en fonction de ce dernier.

J'ai vécu ce travail de recherche comme un objectif à atteindre, une manière de surmonter mes difficultés que j'ai habituellement en rédaction. Il me tenait à cœur d'élaborer ce travail de recherche sur cette thématique. En effet, ce sujet m'intéressait beaucoup. J'ai pris du plaisir à le rédiger et à me documenter dessus. Je me suis beaucoup investi dans ce travail même s'il m'a semblé parfois compliqué. Cela m'a permis de développer un regard critique et une bonne capacité d'analyse et de synthèse. Je suis heureuse de finir ce mémoire qui reflète l'achèvement de trois ans de formations et le commencement de ma vie professionnelle. Ce travail m'aura permis de développer des habilités transférables dans mon futur exercice et une certaine remise en question sur mes pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

Cours :

- Dr Raoul T. (2019) Traumatismes de l'appareil locomoteur : Traumatismes du bassin, du fémur, du genou ; Chirurgie de la hanche et du genou [Présentation Powerpoint]
- Le bihan C. (2019) La relation d'aide [Présentation Powerpoint]

Articles :

- Giraux P. (mars 2015) Douleur du membre Fantôme. La revue de l'infirmière 64, 209, 25
- Jonniaux S., Hof F., Dufour O., (2013) L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée. Revue de soins infirmière, 775, 27-30
- Price B. (1998) Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Explorations in body image care 5, 179-187

Pages web :

- Définition de l'expérience | L'internaute (s. d.) Consulté le 6 Février 2022 <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/experience/>
- Définition de l'empathie | Le dictionnaire Le Robert (s.d.). Consulté le 6 Février 2022 <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/empathie>
- Maela, P. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Recherche en soins infirmiers, 110, 13-20. consulté le 2 janvier 2022 à l'adresse <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>
- Les causes d'amputation | ADEPA. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2021, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/les-causes-damputation/>

- Les douleurs lié à l'amputation | ADEPA. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2021, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/douleurs-liees-a-lamputation/>
- Roger C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Disponible sur : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=sY2EDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=carl+rogers+relation+d%27aide&ots=SVymp2pxEs&sig=6yxPk_pn6LKfKL7Gq87ftQjXEUU#v=onepage&q=carl%20rogers%20relation%20d'aide&f=false

Mémoire

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

Ouvrages

- Benner, P. (1995) De Novice à Expert, Excellence en soins infirmiers, (Paris : InterEdition)
- Deshays C. Trouver la bonne distance avec l'autre. InterEditions-Dunod. Paris
- Dolto F. (1984) L'image inconsciente du corps. Seuil, Paris, p.376
- Hesbeen W. (2017) Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier. (Editions Elsevier Masson)
- Manoukian A., Masseur A. (2008) La relation soignant-soigné. édition. Lamarre. France p.3
- Michel B. (1995) Le Corps. 2e éd. Paris : Le seuil, p.26
- Salter, M. (1992). Altération de l'image corporelle : Le rôle de l'infirmière, Paris InterÉdition ed. p.287
- Schilder P.(1991). L'image du corps. Gallimard, p.159

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien Infirmière d'expérience en service Vasculaire

Annexe III : Retranscription entretien Infirmière jeune diplômé en service Vasculaire

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Guide d'entretien

Bonjour, je me présente je suis Isaline JUCHORS et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche qui porte sur la thématique de l'accompagnement des patients amputés. Pour ne pas déformer vos propos je souhaiterais enregistrer notre entretien afin de pouvoir l'analyser. Bien entendu notre entretien sera anonymisé. Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ?

1. Pouvez-vous vous présenter ?

✓ *Année de diplôme*

✓ *Depuis combien de temps exercez-vous au sein de ce service ?*

→ Identifier ce que signifie l'accompagnement

2. Mon sujet portant sur l'accompagnement des patients amputés, je souhaiterais savoir ce que signifie pour vous « accompagnement » ?

→ Rechercher la perception le vécu et le ressenti du patient amputé lors de son parcours de soins par l'IDE

3. Au cours de votre parcours professionnel avez-vous déjà pris en charge des patients ayant subi une amputation ? Si oui, combien et dans quel contexte ?

4. En ce qui concerne les patients, est-ce que ce type de patient verbalise facilement leur ressenti ?

✓ *Si oui, quels sont-ils ?*

✓ *Si non, pour quelles raisons selon vous ?*

✓ *Est-ce que certains expriment des difficultés par rapport à l'acceptation de leur nouvelle image corporelle ? Si oui, de quel ordre ? Et que faites-vous pour les accompagner dans cette épreuve ?*

✓ *Est-ce que les patients passent tous par les étapes du deuil. Est-ce nécessaire selon vous ?*

→ Identifier la préparation spécifique et le rôle ide dans l'accompagnement des patients dans leur acceptation

5. Pensez-vous qu'au regard de ces ressentis, il existe une préparation particulière pouvant les préparer à ce type d'intervention ?

6. Selon vous, quel rôle peut jouer l'IDE dans cette préparation ?

✓ *Est-ce que la prise en charge de ces patients est particulière ? Si oui, à quel niveau ?*

✓ *Quelles compétences sont requises pour l'IDE ?*

→ Identifier les ressources et les difficultés mobilisées pour accompagner le patient dans l'acceptation

7. Auriez-vous une situation en tête, de l'accompagnement d'un patient ayant subi une amputation dont vous êtes content(e) ? Accepteriez-vous de la partager avec moi ?

✓ *Qu'est-ce qui selon vous, a permis que cet accompagnement se passe bien ?*

8. Au contraire, est-ce qu'il y a une situation d'accompagnement qui a été plus compliquée pour vous ? Accepteriez-vous de la partager avec moi ?

✓ *Avec le recul, qu'est-ce qui selon vous a été difficile dans cette situation ?*

✓ *Quelles différences faites-vous dans cet accompagnement par rapport à la situation précédente ?*

→ Identifier ce que signifie un accompagnement de qualité

9. Selon vous, qu'est-ce qu'un accompagnement de qualité ?

✓ *Selon vous, existe-t-il des moyens et/ou des outils permettant de réaliser un accompagnement de qualité ?*

→ Rechercher si l'expérience professionnelle contribue à l'accompagnement de qualité d'un patient amputé

10. D'après vous, est-ce que l'expérience permet de réaliser plus facilement un accompagnement de qualité auprès de cette population de patient ?

✓ *Si oui, pour quelles raisons ?*

✓ *Si non, pour quelles raisons ?*

→ Illustrer les apports de l'expérience pour un accompagnement de qualité

11. Auriez-vous en tête, une ou deux situations pouvant illustrer vos propos par rapport à l'expérience ? Accepteriez-vous de la/les partager avec moi ?

12. Souhaitez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?

Je vous remercie de votre disponibilité et des éléments que vous avez accepté de partager avec moi pour l'élaboration de mon travail.

Annexe II : Retranscription entretien Infirmière d'expérience en service Vasculaire

EIDE : Bonjour, je me présente je suis Isaline JUCHORS et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche qui porte sur la thématique de l'accompagnement des patients amputés. Pour ne pas déformer vos propos je souhaiterais enregistrer notre entretien afin de pouvoir l'analyser. Bien entendu notre entretien sera anonymisé. Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ?

IDE : Oui, tout à fait.

EIDE : Alors, pouvez- vous vous présenter ?

IDE : Alors ça fait 22 ans que je travaille en chirurgie et ça va faire à peu près 19 ans que je travaille en chirurgie viscérale et vasculaire.

EIDE : Quel a été votre année de diplôme?

IDE : Je suis diplômé de mai 1999.

EIDE : d'accord, alors mon sujet portant sur l'accompagnement des patients amputés, je souhaiterais savoir ce que signifie pour vous l'accompagnement ?

IDE : L'accompagnement d'un patient amputé ?

EIDE : Oui c'est ça.

IDE : D'accord, alors dans notre service, les patients arrivent **la veille de l'intervention**, vers 15 heures, donc la préparation d'un patient amputé, c'est qui voit l'anesthésiste. En règle générale, ils ont eu les **explications en amont**, en consultation **avec le chirurgien et une infirmière d'annonce**. Après, ça **peut se faire aussi sur un patient en urgence**, sur un patient artéritique très douloureux où l'intervention ne peut pas attendre. Donc, il n'y a **pas de consultation**, il n'y a **pas d'explication**. Ça se fait un petit peu dans le côté brutal ou sur une nécrose avec des douleurs très importantes. Du coup, l'amputation se fait vraiment là. **Au niveau psychologique, il n'y a aucune préparation. C'est violent.**

EIDE : D'accord.

IDE : Voilà donc pour moi la préparation. J'ai les deux côtés, puisque j'ai travaillé de jours et de nuit actuellement. Ça fait six ans que je suis de nuit. Donc là, je les vois surtout en préopératoire et en post op.

EIDE : D'accord, ok.

IDE : Donc ils ont souvent des questionnements par rapport à l'anesthésie, souvent la peur de ne pas se réveiller, mais très rarement, ils ont des questions sur la douleur, tout ça, ça vient après. On a l'impression que perdre un membre, pour eux, ils ne réalisent pas très bien ce que c'est. On leur a dit, mais en fait la réalisation de l'intervention, elle vient après et elle vient assez brutalement parce qu'en fait, une amputation psychologiquement, c'est assez violent, même quand ils sont préparés.

EIDE : d'accord, Très bien, alors, au cours de votre parcours professionnel, avez vous déjà pris en charge des patients ayant subi une amputation ? Si oui, combien et dans quel contexte ?

IDE : Oula, j'en ai vu énormément. Je suis incapable de comptabiliser, j'en ai vu beaucoup. Sur vingt ans de travail en chirurgie, le nombre, je ne peux pas le donner.

EIDE : D'accord.

IDE : Je suis incapable de dire, mais j'ai vu plus d'une centaines de patients amputés, ça c'est sûr. Dans quel contexte ? C'est des patients souvent insuffisants rénaux, avec des problèmes arthritiques. Souvent, les patients insuffisants rénaux, c'est tout le problème vasculaire en lien avec leur insuffisance rénale. Et sinon, dans l'arthrite, c'est énormément de patients avec des cardiopathies ischémique et des patients qui fument.

EIDE : D'accord.

IDE : Voilà depuis des années. Ils viennent souvent au dernier carat. Ils attendent. Ce n'est pas une réalité pour eux. Ils attendent d'avoir un membre de nécrosée ou des douleurs parce que le membre est plus vascularisé, donc ils viennent à la base aux urgences pour une douleur.

EIDE : D'accord.

IDE : Mais il ne s'inquiète pas avant. Sauf chez les insuffisants rénaux parce qu'ils ont un suivi autre.

EIDE : D'accord. Est-ce que ce type de patient verbalise facilement leur ressenti ?

IDE : C'est aléatoire. Vraiment, il y a des patients qui ont un déni total parce que pour eux, c'est pas de leur faute, d'autres qui verbalise très bien le fait qu'ils savent, qu'ils sont là parce qu'ils ont fumé depuis des années, parce qu'ils n'ont pas pris les choses en charge, parce qu'ils ont laissé traîner, parce

qu'ils n'ont pas pris en charge correctement leur diabète. Parce qu'il y a aussi des patients diabétiques, donc c'est aléatoire suivant le patient. Certains vont bien verbaliser, d'autres non. Il y a un déni complet. Ils attendent d'avoir l'amputation pour se dire ça y est, c'est fait.

EIDE : D'accord. Et est ce que certains expriment des difficultés par rapport à l'acceptation de leur nouvelle image corporelle ? Si oui, de quel ordre ? Et que faites-vous pour les accompagner dans cette épreuve ?

IDE : Alors, l'amputation ? Beaucoup de patients ont du mal à imaginer le fait de pas... alors tout dépend du stade de l'amputation. Si c'est une amputation, juste des orteils, si c'est une amputation transtibiale, si c'est une amputation mi cuisse. La problématique ne va pas être la même pour le patient. Il y a des patients qui savent très bien qui vous êtes appareillé derrière d'autres qui, par rapport à un surpoids ou une mauvaise prise en charge, ne voudront pas ou ne le peuvent pas. Parce que c'est ingérable, ils sont déjà en fauteuil roulant, je pense aux insuffisants rénaux.

On leur propose un psychologue, on a une psychologue dans le service qui passe les voir. Mais je dirais que c'est un petit peu tardif parce que ce n'est pas fait en amont, c'est fait toujours après. Très souvent avec les douleurs du membre fantôme qui viennent donc là et réalisent qu'ils ont plus leurs membres. Et ces douleurs-là, elles sont difficiles à gérer parce qu'ils ont toujours la sensation d'avoir leur membre. Donc ils ne comprennent pas et d'autres patients le vivent très bien parce qu'ils sont préparés. Ils savent qu'ils vont être qui vont être appareillé derrière, donc entre guillemets, si je peux m'exprimer ainsi, la pilule passe davantage.

EIDE : OK.

IDE : et il y a des patients qui refusent d'être appareillé, qui préfèrent être en fauteuil roulant d'emblée. Ça c'est aléatoire. Ça va avec souvent le contexte de vie parce que certains patients n'ont pas pensé... Ils sont en appartement donc il va falloir réaménager le logement si ils ont 4 étages ce n'est pas possible. Tout ça, c'est suite à un SSR, il y a une prise en charge de longue haleine derrière.

EIDE : Est ce que les patients passent tous par les étapes de deuil ? Est ce nécessaire, selon vous ?

IDE : Alors, je pense que le deuil de son membre est nécessaire pour le réaliser. Après, je ne suis pas sûr que tous les patients le fassent parce que tous les patients n'ont pas non plus une connexion. On a aussi des patients qui sont déments. On a des patients qui, dans les artéritiques, sont en maison de retraite, n'ont plus toute leur tête, etc. Donc là, de toute façon, la question ne se pose pas. Ils subissent. C'est pour une question de survie.

Après, il y a des patients qui font leur deuil. Vraiment, lorsque l'amputation est faite, parce que tant que le membre est là, ils ne réalisent pas. En fait, ils le savent. Ils savent qu'ils vont avoir un membre en moins mais ils ne le voient pas. Ils ne visualisent pas. Donc tant que la visualisation n'est pas là. Ils ne font pas le deuil de leurs membres. Après tout dépend aussi de la prise en charge du chirurgien. Nous, on a un vasculaire, qui n'est pas très communicatif. Un autre qui explique bien les choses, il y a ce côté là aussi. C'est plus notre stomathérapeute qui va prendre en charge ce côté là, qui va faire les pansements une fois qu'ils sont sortis, qui va aller les voir en amont, en consultation, qui les voit en post op, qui fait le suivi, qui fait le lien aussi avec les SSR, qui donne tout l'accompagnement avec le prothésiste, etc. Parce qu' un patient appareillé, ça se fait pas en cinq minutes. Le moignon peut maigrir, il y a des plaies... c'est compliquées. Un patient qui perd du poids, la prothèse va plus être adaptée. Après, il y a des personnalités qui ont la niaque. Il y a des patientes qui sont "coquettes" qui vont avoir différentes prothèses pour aller avec un jeans, avec une jupe... Et puis, il y a des patients ce n'est pas du tout leur problématique. Je ne sais pas si je réponds correctement à votre question, faut pas hésiter à me relaxer.

EIDE : Si, si. Après, au niveau des étapes du deuil, ça passe par le déni, puis la colère par exemple. Est-ce que tous les patients passent par ces stades de deuil ?

IDE : Non. Tous les patients ne passent pas par ces stades de deuil. Il y a souvent, la douleur qui est un premier stade. Donc l'acceptation de cette douleur, on a beau prendre en charge, le temps d'instaurer les traitements adéquats qui sont différents chez chaque patient, il passe déjà par cette phase-là. Leur cerveau, leur attitude... Nous, en chirurgie, en post op immédiat, dans tous les cas, ils sont vraiment focalisés sur leur douleur. Je pense que le deuil se fait peut-être au SSR quand ils sont appareillés après. Nous, on ne le voit pas. Après, bien entendu, l'étape du deuil, elle est plus difficile quand on appelle dans notre jargon "le saucissonnage", c'est à dire que ce sont des patients qui sont amputés à différentes étapes et à différents endroits, parce qu'ils essayent, en règle générale, de faire déjà une dilatation, une TEA. Puis, suivant l'angioscanner, ils font l'amputation. Donc là, c'est plus difficile parce que le patient a un espoir de revascularisation. Et quand ça ne marche pas, c'est plus difficile. Donc là, il y a de la colère. Il y a le déni. Il y a des patients aussi qui refusent d'être amputés parce que pour eux, c'est pas considérable qu'on leur enlève un membre. Et ça doit se faire du coup à contrecœur, parce que c'est ça ou c'est l'infection. Donc les étapes du deuil, vraiment, c'est une phase douleur, colère, déni. Je ne vois pas les autres phases.

EIDE : La dernière étape serait l'acceptation.

IDE : Ouais, en fait, l'acceptation, elle se fait de manière obligatoire dans le fait qu'ils n'ont pas le choix.

EIDE : Ah oui d'accord. Ensuite, pensez-vous qu'au regard de ces ressentis, il existe une préparation particulière pouvant les préparer à ce type d'intervention ?

IDE : Ouais, je dirais qu' au jour d'aujourd'hui, alors l'amputation, moi j'ai fait une formation il n'y a pas très longtemps. Le problème, c'est que les paramédicaux sont formés, mais il y a une grosse problématique au niveau chirurgical, c'est-à-dire que le chirurgien va faire l'acte. Mais la communication avec le patient n'est pas là. Ils vont parler de l'acte, toujours de l'acte, mais les conséquences psychologiques, il y a un gros manque de prise en charge. Je pense que ce qui manque aujourd'hui dans l'amputation, c'est la prise en charge psychologique en amont de l'intervention, qui n'existe pas, en tout cas moi dans l'hôpital où je travaille cela n'existe pas. De même qu'avec l'anesthésiste. Après l'évolution quand même dans la prise en charge de la douleur ou ils mettent quand même en place du style LAROXYL, NEURONTIN, GABAPENTINE, LYRICA, ils mettent en amont pour éviter les douleurs du membre fantôme, ça commence à se faire dès la prise en charge anesthésie. Avant, il attendait vraiment qu'il ait cette douleur là avant de le faire. Après, tout dépend encore du chirurgien et de l'anesthésiste. Mais ça se fait de mieux en mieux parce que les morphiniques, contrairement à ce qu'on pense, ne marchent pas très bien sur ce genre de douleur.

EIDE : Parce que ce sont des douleurs neuropathiques ?

IDE : Des douleurs neuropathiques principalement. Ils se plaignent tout d'abord de fourmillement. En règle générale, ils ont l'impression que leur membre est encore là. Le mot fourmillements, démangeaisons, c'est les termes qui reviennent le plus souvent en post op immédiat. Après, il y a quand même le regard qui est difficile par rapport au pansement. Il y a un évitement. Il y a des patients qui ne veulent vraiment pas regarder parce que pour eux c'est trop difficile. Donc ça peut être une étape du deuil aussi, d'arriver à accepter, à regarder ça. C'est vrai que j'ai omis de le dire, mais souvent quand même, ils participent à leurs pansements parce que il y a le MÉOPA aussi que l'on met en place pour les pansements. il y a les morphiniques 30 min avant, il y a l'explication mais il y a aussi les complications d'infections en post op, où il faut réamputer derrière. Il y a aussi les lésions, les nécroses, donc il faut aller grattées, c'est parfois des choses difficiles, sur les patients diabétiques, ils ne sentent plus rien, ce n'est pas un problème, mais ce n'est pas le cas de tous les patients.

EIDE : Donc, selon vous, quel rôle peut jouer l'IDE dans cette préparation?

IDE : En préop beaucoup, on parle, certes pas tous les patients, il y a des patients qui se ferment, ils sont bloqués, ils n'ont pas envie d'en parler, ils veulent que l'acte se fasse et voilà. D'autres vont

vouloir savoir derrière, qu'est ce qui va se passer ? Qu'est ce qu'on va surveiller ? Où va se retrouver exactement le moignon ? Est ce qu'ils vont beaucoup souffrir ? Est ce que la souffrance est la même pour tout le monde ? C'est des questions qui reviennent souvent. Est ce qu'on va se réveiller ? Est ce que je vais être amputé derrière ? Dans combien de temps va t'on pouvoir être appareillé ? Voilà ça, **on leur explique bien** que ça dépend de la cicatrisation. Ça dépend, au SSR, comment ça va se passer aussi. Ça dépend du patient, déjà, si c'est un patient qui a un handicap chez lui, la problématique ne se pose pas. Après, il y a des gens qui sont jeunes et qui fument. Moi, j'ai eu un patient de 32 ans c'est uniquement à cause du tabac, artéritique très jeune, mais qui faisait énormément de sport. Lui, ça a été très compliqué parce que lui, il y avait **énormément de questionnements sur l'après**. Mais l'après, **on n'est pas devin. On peut orienter, rassurer**, mais on peut aussi donner différents choix. Mais à aucun moment on peut dire ça va se passer comme si comme ça, c'est pas vrai.

EIDE : D'accord. Est ce que la prise en charge de ces patients est particulière ?

IDE : Non. Enfin, dans mon service, **elle n'est pas différente d'une autre intervention. Cela reste un pré op idem aux autres interventions chirurgicales. Un postop de prises en charge douleurs idem également**. C'est, je pense, plus au niveau SSR, les infirmières de SSR doivent le voir différemment, avoir d'autres questionnements de la part du patient.

EIDE : D'accord, OK, pour vous, quelles seraient les compétences requises pour l'IDE?

IDE : Pour prendre en charge ce genre de patient ?

EIDE : Oui, pour la préparation à l'intervention, et puis pour la prise en charge des patients amputés.

IDE : On revient toujours à la même chose. Je pense que quand c'est possible, quand c'est une intervention programmée, quand ce n'est pas fait dans l'urgence, suivant une nécrose ou une douleur parce que le patient a trop attendu. Je pense que **la prise en charge, elle, devrait être tout d'abord psychologique**. Ensuite, **on devrait vraiment détailler les soins que l'on va faire**. Comment ça va se passer ? Quel genre de prise en charge douleurs on peut faire ? Quels sont leurs différents recours ? Il y a **aussi une infirmière chez nous qui fait de l'hypnose**, mais qui n'est pas toujours présente mais **l'hypnose en fait partie**. Ça marche pas mal, pas sur tous les patients, mais en tout cas, ça peut être une aide. Et puis, **tout simplement une présence et des réponses aux questions**. Ils ne l'ont pas avec les chirurgiens mais ils l'ont avec l'infirmière, c'est bien dommage, mais c'est comme ça que ça fonctionne. Donc, la prise en charge serait, pour moi, **davantage de psychologie**. Le gros point manquant dans ce genre d'intervention en pré op et en post op, c'est vraiment la prise en charge psychologique du patient. La douleur aussi, c'est des patients qui sont suivis en unité douleur, pas tout

le temps, mais beaucoup. C'est des traitements qui sont lourds, avec des effets secondaires, notamment des détresse respiratoire chez les insuffisants rénaux ils éliminent pas de la même manière les morphiniques. Ça peut aller très loin. Constipation... donc des choses dans le quotidien du patient qui s'ajoutent à la pathologie.

EIDE : Auriez vous une situation en tête de l'accompagnement d'un patient ayant subi une amputation dont vous êtes content ? Accepteriez-vous de la partager avec moi ?

IDE : Dont je serais contente de la prise en charge ?

EIDE : Un accompagnement qui s'est bien passé. et Qu'est ce qui, selon vous, a permis que cet accompagnement se passe bien ?

IDE : Ouais, ben, une patiente que l'on a depuis quelques années maintenant, une patiente qui est insuffisante rénale, que l'on connaît depuis 6 ans, qui malheureusement a subi plusieurs dilatations à maintes reprises qui n'ont pas fonctionné, il y a eu plusieurs amputations à 2 membres différents. Mais comme à chaque fois, elle a été préparée. Les explications lui ont été données. C'est une personne qui a une force de caractère, un accompagnement familial, une équipe qu'elle connaît. Du coup, elle se sent aussi rassurée. Elle sait que derrière, ça se passe toujours bien pour l'instant pour elle. Là, il y a une satisfaction du soignant parce que ce ne sont pas des douleurs atroces. C'est quelqu'un qui sait où elle va, quand elle va revenir, elle sait comment cela va se passer. C'est la seule patiente que j'ai eu sur toute ma carrière, où je peux dire que c'est, entre guillemets, satisfaisant.

Mais chez les patients artéritiques, en règle générale, ça ne se passe jamais bien parce qu'à 80% ils dilatent et ça ne marche jamais, il faut aller amputer derrière. Donc le patient a toujours de l'espoir, mais ça ne fonctionne quasiment jamais. Après tout dépend, nous on a des artéritiques à un stade 4, donc c'est vraiment le dernier stade de l'arthrite. Parce que ce sont des patients, encore une fois, qui ne se prennent pas en charge en amont. Je pense que oui, pour répondre à la question précédente, la prise en charge, qui est très satisfaisante, c'est qu'il y a un meilleur dépistage de ces patients artéritiques. Qu'ils consultent davantage, que ça ne vienne pas de nous mais que ça vienne d'eux. A la moindre alerte, au moindre fourmillement, au moindre début de nécrose, à la moindre petite pastille de nécrose sur un orteil, ils se prennent en charge. Et là, ça fonctionnera beaucoup mieux.

EIDE : Et qui permettrait du coup une meilleure prise en charge de votre part...

IDE : Et beaucoup plus simple déjà pour le patient, même si ça peut mal se terminer derrière, ça peut à l'inverse bien se faire et éviter l'amputation. Après c'est souvent des patients aussi, qui refusent souvent d'être sevrés en tabac, ils continuent à fumer derrière. Il y a l'hygiène alimentaire qui ne suit

pas. Le diabète est complètement déstabilisé quand il y a une infection, donc il y a des paramètres extérieurs qui n'aident pas non plus.

EIDE : D'accord, donc, au contraire, est-ce qu'il y a une situation d'accompagnement qui a été plus compliquée pour vous ? Accepteriez-vous de la partager avec moi ?

IDE : Oui, j'ai eu une situation très, très compliquée chez un patient de 56 ans que l'on connaissait bien aussi et qui est décédé. Il a été amputé, mi cuisse, moignon, qui avait des projets de vie, qui avait une société à lui, qui est décédé parce qu'il a fait un surdosage de morphiniques qui est passé malgré l'alerte de beaucoup d'infirmières et de toutes les équipes qui est "passé à l'as". Une mauvaise prise en charge et le patient est décédé non pas à cause de son amputation, mais à cause d'une mauvaise prise en charge derrière. Ça a été très difficile pour l'équipe, il avait toute sa vie devant lui, qui était prêt, qui était lui préparé, il savait où il allait, qui avait été amputé parce qu'il savait qu'il avait fumé, tout ça. Mais derrière, ça faisait 2 ans qu'il avait arrêté de fumer. Il s'était préparé, le moignon, tout était propre. C'est uniquement le surdosage en morphiniques et son insuffisance rénale qui a fait qu'il est décédé à cause de ça. Donc, ça, c'est difficile.

EIDE : D'accord, quelle différence faites vous donc dans cet accompagnement par rapport à la situation précédente ?

IDE : La différence ? Ben oui, les deux étaient bien accompagnés dans la finalité, mais je dirais dans la prise en charge médicale, cela n'a pas été du tout la même. Parce que la patiente précédente, aussi été préparée, elle était insuffisance rénale aussi, artéritique, lui aussi, mais lui n'a pas été entendue sur sa douleur. Donc, à un moment donné, ils ont surdosé. Sauf que la dialyse ne fonctionnait pas derrière et il faut savoir chez ces patients-là, les flash de morphine peuvent arriver d'un seul coup et ça peut être mortel, voilà.

EIDE : D'accord, selon vous, qu'est ce qu'un accompagnement de qualité ?

IDE : Pour moi, un accompagnement de qualité chez le patient diabétique, on se répète, mais c'est d'avoir plusieurs consultations parce qu'en général, ils ont une ou deux. Ils ont une consultation parce que soit il y a une nécrose, soit il y a une douleur, donc une découverte d'arthrite chez un patient qui va avoir un angioscanner, qui va démontrer le stade de l'arthrite. Donc, ce patient là, s'il vient de bonne heure et que tout est fait dans les règles de l'art, ça va bien se passer. Le chirurgien va le voir, il vient pour une douleur ou il vient pour une nécrose. Systématiquement, le chirurgien va le faire hospitaliser pour faire des examens complémentaires et soit brutalement lui annonce une amputation. Mais ça va s'arrêter à deux consultations. Voilà, je pense qu'on aurait besoin de lui laisser du temps

pour les examens complémentaires qui pourraient être faits en extérieur. De revoir le chirurgien, qu'il est temps de poser ces questions avec certainement une stomathérapeute et puis un psychologue en appui, qu'il voit l'équipe au complet. Ce serait bien de voir les trois. Et qu'il puisse derrière voir, lui, individuellement, la stomathérapeute, individuellement, la psychologue, parce que les questions ne sont pas les mêmes. Mais en fait, c'est quelque chose qui n'est même pas proposé au jour d'aujourd'hui au patient. Et puis, du coup, ça, ce serait une bonne prise en charge que le patient et le temps aussi de poser les questions sur le après, comment ça va se passer ? La prise en charge de la douleur ? Quels sont les symptômes ? Certains ne le savent même pas. Ils n'ont même pas entendu parler du membre fantôme. Il le découvre. Et il y a aussi certains patients qui se culpabilisent d'être venus trop tard. Il y a des problèmes d'hygiène, il y a des problèmes d'hygiène, de vie, mais d'hygiène aussi corporelle, suivant où habite ce patient, comment il est pris en charge, quel est l'environnement familial. Il y a tout ça qui joue énormément.

EIDE : D'accord.

IDE : Voilà donc l'idéal, ce serait plus de temps pour le patient, un meilleur accompagnement psychologique, une infirmière à la rigueur qui se détache et qui fasse une consultation pour elle ce qu'elle connaît après le bloc, qu'elle puisse expliquer aux patients ce qui va se passer derrière. Ce serait une bonne prise en charge. Et d'anticiper aussi l'accompagnement, l'unité douleur, qu'ils prennent déjà contact avec parce que ça s'est fait après aussi ce n'est jamais fait avant.

EIDE : Ah oui d'accord, pour qu'ils s'y préparent en amont..

D'après vous, est ce que l'expérience permet de réaliser plus facilement un accompagnement de qualité auprès de cette population de patients ?

IDE : Certainement, l'expérience parce qu'on a du recul par rapport à toutes les situations qu'on a connues. Après, je pense que même une jeune diplômée, si elle est déjà à l'écoute des demandes du patient, même si elle n'a pas toutes les réponses et qu'elle les cherche, elle peut être aussi efficace qu'une infirmière qui a de l'ancienneté. Après, tout dépend de la charge de travail. Parce que la problématique est là aussi. C'est qu'on passe dans les chambres assez rapidement pour que le patient, s'il est en phase douleur, ne va pas avoir forcément les mêmes questions qu'un patient qui est apaisé et qui va beaucoup mieux. Mais l'ancienneté fait quand même. On peut donner des indications sur la suite. Une jeune diplômée, tout dépend de son expérience, si elle a déjà fait du SSR ou pas. Moi, par exemple, j'ai 20 ans de chirurgie, mais jamais de SSR. Donc il y a certainement des choses que je ne peux pas apporter au patient.

Après, on a des patients qui reviennent, on connaît, on a des contacts avec les infirmières de la SSR qui nous demandent aussi des nouvelles. Donc voilà.

EIDE Et du coup, est ce que vous auriez en tête une ou deux situations pour illustrer vos propos par rapport à l'expérience ? Accepteriez-vous de les partager avec moi ?

IDE : Oui, tout à fait, alors l'expérience...C'est difficile comme question. Si un patient me pose une question, je vais **avoir facilement la réponse** à quasiment toutes les questions qui ont été posées. C'est vrai que **je ne suis jamais resté dans le "bug"**. Après, il y a aussi une question d'empathie ou de prendre le temps, ne serait-ce que s'asseoir avec le patient. Par rapport aux douleurs, on va utiliser l'EN, l'EVS ou l'algo plus chez une personne démente. Il y a des patients, pour eux, c'est très difficile. Donc moi, **d'emblée déjà, je peux dire** est ce que vous avez des fourmillements ? Est ce que ça vous gratte ? Est ce que ça vous démange ? Ça lance. Est ce que ça pique ? Ça nous oriente vers la demande de prescription que l'on peut faire derrière. Parce qu'il y a des patients qui n'arrivent pas à verbaliser ou qui sont tellement dans leur douleurs qui vont dire "Non, j'ai mal! point" ils vont s'agacer aussi parce que la douleur est bien présente. Donc, **avec l'expérience, il n'y a pas que les antalgiques**. Il y a aussi un truc tout bête, mais les poches de glaces, il y a aussi les saignements. On n'en a pas parlé, mais en postopératoire immédiat avec les lames... Tout dépend du chirurgien. Il y en a deux, qui ont deux techniques différentes. La surveillance sur le fait de voir du sang, ça peut paniquer le patient. Si on lui dit que c'est un saignement normal ou pas, c'est déjà pour le patient être rassuré voilà.

EIDE : D'accord. Enfin, est ce que vous souhaitez rajouter quelque chose à cet entretien ?

IDE : Ah ben, je trouve ça déjà pas mal, je crois que c'est une des premières fois où, sur le nombre de questionnaires que j'ai eu sur les élèves infirmières, où on s'intéresse sur la prise en charge des patients amputés. On le voit plus dans les accidentés, dans les SSR, dans la rééducation...

Sur l'artéritique, on en parle beaucoup moins, on a l'air de banaliser mais est ce que c'est une punition du tabac ou autre ? Je l'ai même déjà entendu dire par des collègues. "Ouais, mais avec tout ce qu'il a fumé avec tout ce qu'il a bu, parce qu'il y a l'alcool aussi. Est ce que c'est la punition normale ? Non, on ne peut pas entendre ce genre de discours, donc je trouve ça pas mal de faire une étude. Si ça peut apporter un questionnement chez certaines infirmières, ce serait pas mal.

EIDE : D'accord, très bien. Donc, je vous remercie de votre disponibilité et des éléments que vous avez accepté de partager avec moi pour l'élaboration de mon travail.

IDE : Je vous en prie, bon courage pour la suite.

EIDE : Merci.

Annexe III : Retranscription entretien Infirmière jeune diplômé en service Vasculaire

EIDE : Bonjour, je me présente je suis Isaline JUCHORS et je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche qui porte sur la thématique de l'accompagnement des patients amputés. Pour ne pas déformer tes propos, je souhaiterais enregistrer notre entretien afin de pouvoir l'analyser. Bien entendu notre entretien sera anonymisé. Acceptes-tu que j'enregistre notre entretien ?

IDE : Oui, pas de soucis.

EIDE : Alors, peux-tu te présenter ?

IDE : Je suis infirmière depuis 1 an et demi et ça fait 1 an que je suis en chirurgie vasculaire et viscérale.

EIDE : D'accord, quelle est ton année de diplôme ?

IDE : 2020.

EIDE : OK, alors, mon sujet portant sur l'accompagnement des patients amputés, je souhaiterais avoir ce que pour toi signifie "accompagnement"?

IDE : Tout d'abord, **juste après l'amputation, c'est toute la prise en charge de la douleur**. Et après, sur du long terme, au fur et à mesure des jours, **quand on a bien géré la douleur** et que la personne s'en rend vraiment compte, **c'est l'accompagnement pour l'acceptation de la perte d'un membre** qui pourrait être **selon les personnes plus ou moins violente**.

EIDE : OK, au cours de ton parcours professionnel, as-tu déjà pris en charge des patients ayant subi une amputation ? Si oui, combien et dans quel contexte ?

IDE : Alors oui j'en est pris en charge. Combien? Je ne saurais pas te le dire. Beaucoup dans des contextes de patients plus ou moins jeunes, donc de 50 à 80 ou 90 ans. Beaucoup plus des hommes et c'est beaucoup des contextes de personnes qui sont diabétiques comme des mals perforants plantaires. Ils l'ont fait trainé souvent et se retrouvent amputé parfois d'un orteil mais parfois aussi transmeta, transtibial aussi bien directement. Beaucoup plus, quand même chez des personnes âgées. Mais après ça nous arrive d'avoir des personnes qui ont 45, 50 ans et chez ceux-là c'est très dur. Je pense que **c'est beaucoup plus dur pour les femmes que pour les hommes**, En règle générale.

EIDE : ah oui d'accord, en ce qui concerne les patients, est ce que ce type de patient verbalise facilement leur ressenti ?

IDE : C'est très aléatoire... Ça dépend. Les femmes beaucoup plus parce qu'elles sont beaucoup plus apeurées par le fait de perdre un orteil ou une partie du pied par rapport au regard des autres, au regard de leurs maris, de leur entourage. Les hommes, beaucoup moins, sans faire de généralisation, quand ils acceptent mal, ils sont parfois désagréables, parce qu'ils vivent mal la chose. Mais par contre, pour les faire verbaliser, c'est plus compliqué. Soit ils verbalisent pas du tout si ils sont très renfermé soit c'est sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines mais ils vont dire qu'ils ont du mal, qu'ils ont peur, peur de ne pas remarcher correctement, de ne pas pouvoir retrouver leur vie d'avant etc...

EIDE : OK. Est ce que certains expriment des difficultés par rapport à l'acceptation de leur image corporelle ? Et qu'est ce que tu fais pour les accompagner dans cette épreuve ?

IDE : Alors oui, en général c'est un problème d'acceptation de l'image corporelle, ce n'est pas évident pour eux. Le regard de leur entourage et même au niveau des chaussures, les chaussures de barouk. C'est quand même des chaussures très grossières, qui font qu'ils se disent "on va le savoir directement, on pourra plus être bien habillé." Le but, c'est de les rassurer, de les aider et leur dire qu'avec la rééducation, ça va revenir petit à petit. Mais après c'est pas évident, surtout que nous en chirurgie, la plupart on les voit pas très longtemps donc le travail il est beaucoup fait après. On peut aussi demander l'intervention des psychologues quand on voit que les personnes, c'est vraiment compliqué, que l'on n'arrive pas de notre propre chef à les rassurer. Et c'est bien aussi quand l'entourage il est présent, parce que le plus gros travail c'est celui de l'entourage pour les rassurer et pour leur dire qu'il n'y a rien qui change et qu'ils sont bien comme ça.

EIDE : D'accord, est ce que les patients passent tous par des étapes de deuil ? Et est ce que c'est nécessaire pour eux ?

IDE : Oui, pour moi, ils passent tous par une étape de deuil qui est plus ou moins rapide et qui se ressent plus ou moins. Oui, parce que c'est quand même un deuil d'une partie de leur corps. Surtout qu'ils ont souvent en post op beaucoup de douleur du membre fantôme. C'est quasi systématique qu'ils ont mal à leurs orteils ou à leur pied qui ne sont plus là. Et oui, je pense que l'étape de deuil est quand même indispensable pour qu'ils arrivent à accepter et à aller mieux, et que leurs douleurs du membre fantôme les quittent.

EIDE : D'accord et est ce que les patients passent par toutes les étapes de deuil ou pas forcément ?

IDE : Pas forcément. Ça dépend vraiment des gens. Il y a des personnes, leur étape de deuil est longue. Il y en a qui vont vraiment passer par la colère, la tristesse, le dénis etc... et il y en a beaucoup moins. Après, ça dépend aussi si ils sont prêts ou pas. Parce que parfois, ils vont au bloc, le chirurgien va leur dire : "je vais juste enlever un orteil" ou "je vais juste gratter". Et au final, ils se retrouvent avec un pied amputé. Là c'est beaucoup plus violent que quand ils étaient vraiment bien préparés avant et savent comment ils vont revenir du bloc opératoire.

EIDE : D'accord. Penses tu qu'au regard de ces ressentis, il existe une préparation particulière pouvant les préparer à ce type d'intervention ?

IDE : La vraie préparation pour moi, c'est le travail du chirurgien qui leur explique vraiment ce qu'il va faire où il va amputé. Qu'il ne leur ment pas. Qu'il leur dise "le pire" que juste leur dire "je vais juste gratter" et au final qu'ils se retrouvent avec la moitié de leur jambe amputé. Leur deuil se fait plus rapidement par rapport aux personnes qui se retrouvent avec un pied amputé alors qu'il pensait avoir seulement un orteil en moins. C'est vraiment la préparation avant qui change tout. Elle est très importante.

EIDE D'accord, ok. Selon toi, quel rôle peut jouer l'infirmière dans cette préparation ?

IDE : L'infirmière peut accentuée ce que le chirurgien peut dire avant, réexpliqué parce que parfois les patients aiment bien qu'on leur explique plusieurs fois pour les rassurer. Bien leur expliquer les étapes. Comment cela va se dérouler? Quand vont-ils se réveiller? Que l'on va être là pour les accompagner. Et puis, au niveau de la préparation, l'écoute pour la suite, les rassurer et pour leur angoisse.

EIDE : D'accord. Quelles compétences sont requises pour une infirmière ?

IDE : Un gros rôle relationnel. Avant le bloc et après le bloc. Avant s'ils ont des angoisses mais aussi après. Le relationnel quand on refait les pansements, puisque les premiers pansements sont souvent très violents pour les gens parce que c'est là qu'ils vont vraiment voir comment s'est. Vraiment un très gros relationnel et être douce, être patiente et savoir bien gérer la douleur.

EIDE : OK, ok. Est ce que tu aurais une situation en tête de l'accompagnement d'un patient ayant subi une amputation dont tu as été contente ? Est ce que tu accepterais de me la partager ?

IDE : Oui, un patient qui était assez jeune, il avait une cinquantaine d'années. Il avait bien accepté qu'il allait se faire amputé un membre, il était bien conscient. Il était quand même très douloureux, il souffrait énormément. Et pour lui, l'amputation, c'était une libération. En post op, il avait plus mal, il nous a remercié. Il a fait sa période de deuil très rapidement parce que je pense qu'il l'avait déjà faite avant l'opération. Et vu que l'opération était vraiment un soulagement au niveau de sa douleur, c'était beaucoup plus simple pour lui. En post op, il a vite récupéré, il s'est vite remis. Il était content de cette opération parce qu'en faite, pour lui, il a été soulagé de ses souffrances quotidiennes.

EIDE : Ok, ok. Et qu'est ce qui a permis pour toi que cet accompagnement se passe bien ?

IDE : Je pense parce qu'il était prêt. Il était vraiment au clair sur ce qu'il se passait. Il a vraiment pris conscience qu'il n'y avait pas d'autres solutions et que ça allait le soulager et qu'avec la rééducation ça allait revenir. C'est quelqu'un qui a vraiment pris conscience des choses et qu'il savait qu'il n'avait pas le choix. Parce qu'il y a des personnes qui sont dans le déni.

EIDE : Oui, Oui. au contraire, est ce qu'il y a une situation d'accompagnement qui a été plus compliquée pour toi ?

IDE : Alors j'en est plusieurs.. Alors une petite dame de 85 ans, qui avait pleins de problèmes de santé, cancer, etc. Et ses deux pieds devaient être amputés parce que cela se nécrosait. Donc, elle a été prise au bloc opératoire. Elle a eu deux Transmeta aux deux pieds et en fait, elle souffrait toujours autant le martyr. Au départ, elle n'était pas encore en soins palliatifs donc on devait faire les pansements tous les jours. Et dès que l'on faisait les pansements, malgré les antalgiques, le MEOPA, elle hurlait de douleur. Elle pleurait à chaque fois. Non seulement, elle n'acceptait pas mais en plus, on la faisait souffrir malgré tout ce qu'on met en place à côté. C'était vraiment compliqué parce que ça a duré longtemps et elle ne guérissait pas. Elle souffrait le martyr. C'était vraiment très très compliqué à gérer parce que, la dame, ne comprenait pas pourquoi on continuait à faire ça et en même temps, elle souffrait. On a l'impression de faire plus de mal que de bien.

EIDE : Oui je comprends bien... Et quelle différence peux- tu faire dans cet accompagnement par rapport à la situation précédente?

IDE : La différence, déjà, il y a une question d'âge. Je pense que quelqu'un, d'une cinquantaine d'années, se remet plus vite qu'une personne de 80 ans. Aussi, le fait que la dame avait envie qu'on la laisse tranquille. Elle n'avait pas envie qu'on continue à faire ça parce que clairement elle disait qu'elle voulait partir gentiment et pas qu'on s'acharne. Elle n'avait pas envie, elle n'était pas prête, elle avait vraiment envie qu'on la laisse tranquille. En comparaison à quelqu'un qui a une cinquantaine d'années qui se dit qu'il a encore plein d'années devant lui et qui a envie que ça s'arrange et repartir chez lui.

EIDE : Selon toi, qu'est ce qu'un accompagnement de qualité ?

IDE : Un accompagnement de qualité, c'est un accompagnement bienveillant. On prend le temps d'écouter les gens. On prend le temps de leur expliquer. On ne ment pas. Après le bloc, que ce soit avant, pendant et après, que l'on prenne en charge leur douleur correctement. Que l'on ne minimise pas non plus la douleur fantôme et que l'on minimise pas non plus l'impact psychologique que ça peut avoir. Garder au maximum l'entourage familial pour en faire un support pour la personne, pour qu'elle soit épaulée et que, du coup, elle ne se sente pas seule au monde dans sa chambre, avec son pied amputé à se dire "Comment je vais faire?" et se poser plein de questions. Et c'est important aussi de commencer rapidement la rééducation, de faire rapidement intervenir le kiné pour que la personne se dise même avec un membre amputé, elle va pouvoir récupérer et pourquoi pas avoir une prothèse et revivre une vie tout à fait normale comme avant.

EIDE : Est ce que pour toi, il y a des moyens ou des outils permettant de réaliser cet accompagnement de qualité ?

IDE : Au niveau de la douleur, adapter les échelles de la douleur selon les personnes déjà c'est indispensable. Après il est important de les accompagner, pour prendre de l'autonomie au maximum, qu'ils vivent au mieux leur post op et qu'ils ne se sentent pas démunis.

EIDE : D'accord d'après toi, est ce que l'expérience permet de réaliser plus facilement un accompagnement de qualité auprès de cette population de patients ?

IDE : Bien sûr, **au fur et à mesure... on prend l'habitude**, **on a plus les mots**. **On se sent plus de réagir face aux personnes, face à leur deuil, à leur colère. On comprend plus les réactions des personnes, c'est plus facile.** **On a plus d'outils**, que l'on met en place **au fur et à mesure** des gens que l'on voit que l'on prend en charge. Donc oui, pour moi, l'expérience **c'est très important**. Après, il faut commencer, mais avec l'expérience, **au fur et à mesure, c'est beaucoup plus facile. On est plus à l'aise.**

EIDE : Est ce que tu aurais une ou deux situations en tête pouvant illustrer tes propos par rapport à l'expérience ?

IDE: Je peux t'en donner une, c'était au tout début que j'étais infirmière en chirurgie. Il y avait une petite dame assez âgée qui devait avoir 80 ans à peu près. Elle s'est fait amputé d'un orteil. Et du coup, elle vivait ça très, très, mal. Le premier pansement que j'avais fait, était avec une ancienne du service, qui était vraiment la **spécialiste des pansements**. Et **je me suis retrouvé vraiment démunie, j'avais pas les mots** face à la patiente. Ma collègue qui avait 40 ans d'expérience, **a su la rassurer**. Elle **a su prendre en charge la patiente correctement**. Alors que moi, je pense que j'aurais été **toute seule, j'aurais eu du mal à trouver les mots et à faire correctement le pansement et à la prendre en charge correctement**. C'est le meilleur exemple que j'ai.

EIDE : D'accord ça marche. Est ce que tu as quelque chose à rajouter pour cet entretien ?

IDE : Non pas spécialement....

EIDE : D'accord et bien je te remercie de ta disponibilité et des éléments que tu as accepté de partager avec moi.

IDE : Pas de soucis, j'espère que j'ai pu t'aider en tout cas.

EIDE : Oui merci.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Objectif 1 : Identifier ce que signifie l'accompagnement

Définition de l'accompagnement

IDE 1	IDE 2
Préopératoire	Post opératoire
<p>Intervention programmé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explication en Amont - Consultation avec le chirurgien et une infirmière d'annonce - Ils ont souvent des questionnements par rapport à l'anesthésie - Ils ont des questions sur la douleur <p>Intervention en urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peut se faire aussi sur un patient en urgence - Pas de consultation, - Pas d'explication 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est toute la prise en charge de la douleur. - Ils ont souvent en post op beaucoup de douleur du membre fantôme - Quand on a bien géré la douleur c'est l'accompagnement pour l'acceptation de la perte d'un membre

Lorsque les infirmières donnent leur définition de l'accompagnement, l'IDE 1 insiste sur le préopératoire. Elle établit une distinction entre une préparation programmée et une préparation en urgence. Elle explique que quand l'intervention est programmée, le patient est préparé la veille. Des explications lui sont données en amont par le chirurgien et l'infirmière d'annonce. Elle apporte ensuite des réponses aux questionnements en ce qui concerne l'anesthésie et sur la douleur après l'intervention. Dans le cas de l'intervention en urgence, il n'y a pas d'explication et de consultation avant l'intervention.

L'IDE 2 explique que pour elle l'accompagnement se fait après l'intervention. Dans un premier temps, par la prise en charge de la douleur puis une fois que la douleur est correctement gérée c'est l'accompagnement pour l'acceptation de la perte d'un membre.

Objectif 2 : Rechercher la perception du vécu et du ressenti du patient amputé lors de son parcours de soins par l'IDE

La perception de l'IDE		
	IDE 1	IDE 2
Le ressenti du patient	<p>Violence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une amputation psychologiquement, c'est assez violent - Le côté brutal - Assez brutalement 	<p>Violence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon les personnes plus ou moins violente - Beaucoup plus violent <p>Sexe</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - C'est beaucoup plus dur pour les femmes que pour les hommes - Les femmes beaucoup plus... → Regard des autres, regard de leur mari, leur entourage
Le vécu du patient	<p>C'est aléatoire</p> <p>Inconscient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce n'est pas une réalité pour eux. - Perdre un membre, pour eux, ils ne réalisent pas très bien ce que c'est - Il ne s'inquiète pas avant. - Parce que pour eux, c'est pas de leur faute - Beaucoup de patients ont du mal à imaginer - Pas considérable qu'on leur enlève un membre. - Un problème d'acceptation de l'image corporelle - Il y a des patients qui se ferme, ils sont bloqués, ils n'ont pas envie d'en parler, ils veulent que l'acte se fasse - Ça va avec souvent le contexte de vie <p>Conscient</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'autres qui verbalise très bien le fait qu'ils savent parce qu'ils ont fumé depuis des années - Certains vont bien verbaliser - Des patients qui savent très bien - D'autres patients le vivent très bien parce qu'ils sont préparés - Après, il y a des personnalités qui ont la niaque. - Alors tout dépend du stade de l'amputation - Dépend du stade de l'amputation <p>Le deuil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un déni total - Un déni complet - Le deuil de son membre est nécessaire pour le réaliser. 	<p>C'est très aléatoire...</p> <p>Le deuil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un deuil d'une partie de leur corps - L'étape de deuil est quand même indispensable - Il y en a qui vont vraiment passer par la colère, la tristesse, le déni <p>Deuil rapide/ long</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils passent tous par une étape de deuil qui est plus ou moins rapide - Période de deuil très rapide parce que je pense qu'il l'avait déjà faite avant l'opération. - Leur étape de deuil est longue. - Il a fait sa période de deuil très rapidement <p>Douleurs du membre fantôme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils ont souvent en post op beaucoup de douleur du membre fantôme - Leurs douleurs du membre fantôme les quittent.

	<ul style="list-style-type: none"> - L'acceptation, elle se fait de manière obligatoire dans le fait qu'ils n'ont pas le choix. - Donc là, il y a de la colère. Il y a le déni - une phase de douleur, de colère, de déni. <p>Douleur du membre fantôme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent avec les douleurs du membre fantôme qui viennent donc là et réalisent qu'ils ont plus leurs membres. - Ces douleurs-là, elles sont difficiles à gérer parce qu'ils ont toujours la sensation d'avoir leur membre <p>la douleur qui est un premier stade. Donc l'acceptation de cette douleur focalisés sur leur douleur.</p>	
--	--	--

L'IDE 1 et l'IDE 2 s'accordent sur le fait que leur perception d'une amputation vécue et ressentie par le patient est psychologiquement violente. L'IDE 1 différencie le ressenti du patient si cette amputation est programmée ou bien en urgence, tandis que l'IDE 2 évoque un ressenti différent selon le sexe. Pour les femmes, le regard des autres, de leur mari et de leur entourage semble être plus dur que chez les hommes.

En ce qui concerne le vécu du patient, les deux infirmières s'accordent à dire que les patients doivent passer par le deuil et que la verbalisation est aléatoire en fonction des patients. L'IDE 1 souligne que certains sont conscients de la situation et d'autres ne la réalisent pas, elle parle de déni. Elle précise que l'histoire de vie et la personnalité de chacun ainsi que le stade de l'amputation impactent sur les étapes parcourues par le patient. L'IDE 2 ajoute que tous les patients ne passent pas forcément par toutes les étapes de deuils. Leur deuil est plus ou moins long en fonction des patients par le fait qu'ils étaient préparés ou non à l'intervention et ce changement d'image corporelle. En revanche, d'après L'IDE 1, l'acceptation au final se fait de manière obligatoire car les patients n'ont pas le choix d'accepter leur nouvelle image corporelle. Les deux infirmières s'accordent à dire que, chez certains patients, les douleurs du membre fantôme peuvent être un obstacle à l'acceptation de leur nouveau corps mais c'est en revanche une étape importante dans leur deuil, cela leur permet de prendre conscience de ce changement qu'ils ne réalisaient pas auparavant.

Objectif 3 : Identifier le rôle de l'ide dans l'accompagnement des patients dans leur acceptation

Une préparation spécifique et le rôle IDE			
IDE 1		IDE 2	
Préparation spécifique	Rôle IDE	Préparation spécifique	Rôle IDE
<p>Chirurgien et Anesthésiste</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une grosse problématique au niveau chirurgical, c'est-à-dire que le chirurgien va faire l'acte - Ils vont parler de l'acte, toujours de l'acte, mais les conséquences psychologiques, il y a un gros manque de prise en charge. - La prise en charge psychologique en amont de l'intervention, qui n'existe pas - Tout dépend encore du chirurgien et de l'anesthésiste. - Pour éviter les douleurs du membre fantôme, ça commence à se faire dès la prise en charge anesthésie 	<p>Ordinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle n'est pas différente d'une autre intervention. - Cela reste un pré op idem aux autres interventions chirurgicales. - Un postop de prises en charge douleurs idem également. <p>Explication IDE en préopératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - En préop beaucoup - On parle - On leur explique bien - Énormément de questionnements sur l'après. - On n'est pas devin. - On peut orienter, rassurer <p>Explication IDE en postopératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge, elle, devrait être tout d'abord psychologique - On devrait vraiment détailler les soins que l'on va faire. - davantage de psychologie. - Tout simplement une présence et des réponses aux questions. <p>Autres thérapies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussi une infirmière chez nous qui fait de l'hypnose - L'hypnose en fait partie 	<p>Chirurgien</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vraie préparation pour moi, c'est le travail du chirurgien - Qui leur explique vraiment ce qu'il va faire Qu'il ne leur ment pas C'est vraiment la préparation avant qui change tout. Elle est très importante 	<p>Explication/ Reformulation par l'IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accentuée ce que le chirurgien peut dire avant - Réexpliqué - On leur explique plusieurs fois - Bien leur expliquer les étapes <p>Le relationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gros rôle relationnel. - Le relationnel quand - On refait les pansements - Vraiment un très gros relationnel <p>Valeurs soignantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - être douce, - être patiente - l'écoute - Les rassurer

--	--	--	--

L'IDE 1 explique l'importance de la prise en charge du chirurgien et de l'anesthésiste dans la préparation mais qui pour elle semble manquer. La prise en charge psychologique est pauvre. Quant au rôle de l'IDE, il est de répondre aux questionnements du patient avant l'intervention et rassurer et orienter le patient de même que dans les soins après l'intervention. Il est également possible de proposer à certains patients des thérapies comme l'hypnose. Il n'y a pas de prise en charge particulière, cela reste de la chirurgie comme dans n'importe quel service.

L'IDE 2 rejoint l'IDE 1 en disant que la vraie préparation est celle du chirurgien. Il est important d'instaurer une relation de confiance entre lui et le patient, de ne pas lui mentir. Elle ajoute que l'infirmière va permettre d'accentuer les dires du chirurgien. Le relationnel va jouer un rôle important et le patient en est demandeur afin de le rassurer en utilisant les valeurs soignantes telles que la patience, l'écoute et la douceur.

Objectif 4 : Identifier les ressources et les difficultés mobilisées pour accompagner le patient dans l'acceptation

Les ressources et les difficultés			
IDE 1		IDE 2	
Les ressources	Les difficultés	Les ressources	Les difficultés

<ul style="list-style-type: none"> - Elle été préparé - Les explications lui ont été donné - Une force de caractère - Un accompagnement familial - Une équipe qu'elle connaît - Quelqu'un qui sait où elle va - Elle sait comment cela va se passer. - Elle se sent rassuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les patients artéritiques, en règle générale, ça ne se passe jamais bien - Ce sont des patients, encore une fois, qui ne se prennent pas en charge en amont - Qu'ils consultent davantage, que ça ne vienne pas de nous mais que ça vienne d'eux. -C'est souvent des patients aussi, qui refusent souvent d'être sevrés en tabac, ils continuent à fumer derrière. Il y a l'hygiène alimentaire qui ne suit pas. Le diabète est complètement déstabilisé 	<p>La prise de conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> -Il était bien conscient. - Il était prêt - Il était vraiment au clair -Il a vraiment pris conscience -Quelqu'un qui a vraiment pris conscience des choses savait qu'il n'avait pas le choix. <p>Souhait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il a encore plein d'année devant lui et il a envie que ça s'arrange et repartir chez lui 	<p>La souffrance</p> <ul style="list-style-type: none"> -On la faisait souffrir -Elle souffrait le martyr -Elle souffrait <p>Refus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle n'acceptait pas - Envie qu'on la laisse tranquille - Pas envie qu'on continu a faire ça - N'avait pas envie - Elle avait vraiment envie qu'on la laisse tranquille <p>L'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Question d'âge - Quelqu'un d'une cinquantaine d'années, se remet plus vite qu'une personne de 80 ans
---	--	---	---

L'IDE 1 explique que la chronicité de la maladie favorise à la longue l'acceptation qui arrive plus facilement. Le patient est préparé, il a déjà vécu une amputation, il connaît l'équipe soignante. Les infirmières peuvent s'appuyer sur l'entourage pour consolider et faciliter la relation.

A contrario, une amputation qui arrive soudainement rend l'acceptation plus difficile dans la plupart des cas. Certains patients ne se prennent pas en charge et ne se font pas dépister assez rapidement et refusent d'être soumis à un sevrage ou des restrictions alimentaires ce qui rend l'accompagnement difficile vers l'acceptation.

L'IDE 2 rejoint l'IDE 1 en insistant sur la prise de conscience de la situation par le patient qui semble être une réelle ressource pour accompagner le patient dans l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. En revanche, elle dit ensuite que la douleur influe sur la capacité à accepter son image. En résumé, plus une personne souffre, plus le processus d'acceptation est freiné. Elle ajoute que l'âge peut être un facteur favorisant l'accompagnement dans l'acceptation. D'après elle, un patient jeune va se rétablir plus facilement et aura plus l'envie qu'un patient plus âgé. Le positif va faciliter cet accompagnement vers l'acceptation.

Objectif 5 : Identifier ce que signifie un accompagnement de qualité

Définition de l'accompagnement de qualité				
IDE 1	IDE 2			
Accompagnement pluridisciplinaire en post opératoire	Valeurs soignantes	Importance de prendre en compte leurs besoins	L'entourage	Rééducation
<ul style="list-style-type: none"> - D'avoir plusieurs consultations - Qu'on aurait besoin de lui laisser du temps pour les examens complémentaires qui pourraient être fait en extérieur. - Qu'il voit l'équipe au complet - Anticiper aussi l'accompagnement, l'unité douleur - Plus de temps pour le patient - Un meilleur accompagnement psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est un accompagnement bienveillant. - On prend le temps d'écouter les gens. - On prend le temps de leur expliquer . - que l'on prenne en charge leur douleur correctement. 	<ul style="list-style-type: none"> - On ne minimise pas non plus la douleur fantôme - On minimise pas non plus l'impact psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Garder au maximum l'entourage familial pour en faire un support pour la personne 	<ul style="list-style-type: none"> -Commencer rapidement la rééducation, de faire rapidement intervenir le kiné

L'IDE 1 attache une importance à prendre plus de temps pour le patient avec un accompagnement pluridisciplinaire de plusieurs consultations de différentes professionnelles en amont de l'intervention afin de répondre aux questionnements du patients afin qu'il soit correctement préparé et qu'il ne découvre pas tout une fois que l'intervention est faite. Anticiper certaines prises en charge comme l'unité douleur serait judicieux.

Pour l'IDE 2, un accompagnement de qualité est "un accompagnement bienveillant", sans minimiser la douleur du membre fantôme et l'impact psychologique qui en découle. En effet les deux infirmières s'accordent à dire qu'il faut prendre le temps avec le patient et faire preuve de valeur soignante tel que l'écoute. Il en ressort qu'une relation de confiance est essentielle entre le soignant et le patient. Ainsi, les divers échanges avec le patient autour de son amputation, ses problèmes et sujets divers, contribuent à la création d'une relation de confiance qui va permettre au patient de s'ouvrir, de

parler et d'échanger avec le soignant. Elle ajoute qu'il est important de se servir de l'entourage familial comme support pour le patient afin qu'il se sente entouré et épaulé. Elle apporte aussi une importance au futur et ainsi mettre en place la rééducation rapidement pour permettre au patient de se projeter.

Objectif 6 : Rechercher si l'expérience professionnelle contribue à un accompagnement de qualité d'un patient amputé

L'expérience professionnelle				
IDE 1			IDE 2	
Un atout	Jeune diplômé	L'expérience se fait avec le temps	Un atout	L'expérience se fait avec le temps
-Avoir facilement la réponse - On peut donner des indications sur la suite	- A l'écoute des demandes du patient, même si elle n'a pas toutes les réponses et qu'elle les cherche, peut être aussi efficace qu'une infirmière qui a de l'ancienneté - Tout dépend de son expérience	- On a du recul par rapport à toutes les situations qu'on a connues	- On a plus les mots - C'est beaucoup plus facile - On est plus à l'aise - On se sent plus de réagir face aux personnes, face à leur deuil, à leur colère. - On comprend plus les réactions des personnes, c'est plus facile. - On a plus d'outils	- Au fur et à mesure - On prend l'habitude - Au fur et à mesure - Au fur et à mesure

Les deux infirmières s'accordent sur le fait que l'expérience professionnelle contribue à un accompagnement de qualité d'un patient amputé car d'après l'infirmière expérimentée, cela permet d'avoir du recul. L'IDE 2 ajoute que nous acquérons notre propre expérience "au fur et à mesure" de notre pratique professionnelle. Le temps permet de construire notre expérience.

Pour l'IDE 1, l'expérience permet de répondre et de donner aux patients des indications sur la suite plus facilement mais selon elle une infirmière jeune diplômée peut être à même de prendre en soins un patient même si elle n'a pas forcément les réponses aux questions qui lui sont demandées. Etre à l'écoute et chercher les réponses peut la rendre tout autant efficace qu'une infirmière avec de

l'ancienneté. L'IDE 2 s'accorde avec l'infirmière expérimentée car pour elle grâce à l'expérience facilite la communication et permet d'être plus à l'aise dans le prendre soin.

Objectif 7 : Illustrer les apports de l'expérience pour un accompagnement de qualité

Apports de l'expérience		
IDE 1	IDE 2	
Avec expérience	Avec expérience	Sans expérience
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir facilement la réponse - Je ne suis jamais resté dans le "bug" -D'emblée déjà, je peux dire - Avec l'expérience, il n'y a pas que les antalgiques. 	<ul style="list-style-type: none"> -A su prendre en charge la patiente correctement -A su la rassurer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je me suis vraiment retrouvé démunis, je n'avais pas les mots toute seule, j'aurais eu du mal à trouver les mots et à faire correctement le pansement et à la prendre en charge correctement.

D'après l'IDE 1, l'expérience offre des outils permettant une meilleure prise en charge du patient. Elle explique que des automatismes vont venir naturellement, elle va poser les bonnes questions afin d'orienter sa prise en charge. Selon elle, elle ne s'est jamais retrouvée en difficulté face à une situation ou une question d'un patient, "je ne me suis jamais retrouvée en "bug"".

L'IDE 2, jeune diplômé, s'est retrouvé en difficulté lors de son premier soin qui lui était inconnu en la présence d'une infirmière qu'elle dit "spécialiste des pansements". Elle se compare à elle en disant que cette dernière a su prendre en charge correctement la patiente et a su la rassurer alors que toute seule elle ne se serait pas sentie à la hauteur "j'aurais eu du mal à trouver les mots et à faire le pansement et à la prendre en charge correctement".

NOM : JUCHORS PRÉNOM : Isaline
TITRE : L'Impact de l'expérience professionnelle sur la qualité d'accompagnement Infirmier face à la difficulté d'acceptation d'un nouveau schéma corporel d'un patient amputé.
MOTS CLÉS (Français): Expérience / Amputation / Accompagnement / Image corporelle/ Acceptation

Mon travail de fin d'études concerne l'accompagnement infirmier dans l'acceptation du changement d'image corporelle chez les patients amputés et l'impact de l'expérience dans la qualité de cet accompagnement.

Dans un premier temps, je vous exposerai une situation m'ayant questionnée : une femme de 76 ans ayant subi une amputation. Depuis l'intervention, elle souffre de douleurs et vit mal la situation. Par manque d'expérience, je me suis retrouvé en difficulté dans l'accompagnement de cette patiente.

En effet, l'accompagnement est spécifique. C'est pourquoi beaucoup de facteurs sont à prendre en compte et vont influencer la prise en soin afin de mener le patient vers l'acceptation de sa nouvelle image corporelle.

Ensuite, le cadre conceptuel abordera plusieurs notions autour de la modification de l'image du corps : le travail de deuil, le membre fantôme... Vient ensuite la définition de l'accompagnement et la spécificité de celui-ci par le soignant face à l'altération de l'image corporelle. Enfin, la notion d'expérience sera aussi abordée.

Pour lier les recherches de mon cadre conceptuel et la réalité dans les services, j'ai effectué deux entretiens auprès d'infirmières exerçant dans un service de vasculaire. Elles ont pu m'apporter leur point de vue et de nombreux compléments sur la prise en soin et l'accompagnement d'un patient amputé. De plus l'expérience contribue à un accompagnement de qualité dans l'acceptation d'une nouvelle image corporelle. L'aisance qu'elle apporte au soignant permet de tendre vers une qualité du soin, de privilégier le relationnel en gardant toujours le patient au cœur du soin.

MOTS CLÉS (Anglais) : Experience / Amputation / Accompaniment / Body image / Acceptance

The subject of this essay will be nursing support in accepting the change in body image in amputee patients and the impact of experience on the quality of this support.

First, I will explain a situation which questioned me : a 76 years old woman who had an amputation. Since the operation, she suffers from pain and has a bad experience of the situation. By my lack of experience, I found myself in difficulty in the accompaniment of this patient

Indeed, the support is specific. That is why many factors have to be taken into account and will influence care in order to lead the patient to the acceptance of his new body image.

Then, the conceptual framework will address several notions around the modification of the body image: the work of mourning, the phantom limb... Then comes the definition of the support and the specificity of this one by the carer in the face of the alteration of the body image. Finally, the notion of experience will also be addressed.

To bind the research in my conceptual framework with the reality in the wards, I conducted two interviews with nurses working in the vascular service. They were able to give me their point of view and a lot of additional information on the care and support of an amputee patient. Moreover, professional experience contributes to quality support in the acceptance of a new body image. By feeling more at ease, caregiver can aim at care quality, better relationship while always keeping the patient at the heart of the care.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

CHU Rennes- Hôpital Pontchaillou

2 rue Henri le Guilloux 35000 RENNES

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - 2019/2022

