



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation sur la relation soignant-soigné



Formateur référent mémoire : LE BORGNE Nadine

SOLAK Elif Gizem
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

06 Mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation sur la relation soignant-soigné

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

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

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

Le 06 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : SOLAK Elif Gizem

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers :

Tout d'abord, je suis reconnaissante envers mon référent MIRSI, Madame Nadine LE BORGNE, pour ses conseils avisés et son professionnalisme tout au long de nos séances de guidage.

Ensuite, je souhaite adresser ma gratitude à Monsieur Gaël ROBIN, mon référent pédagogique, ainsi qu'à Madame Sandra ROGER, pour leur accompagnement bienveillant tout au long de ces trois années de formation.

Je tiens également à remercier chaleureusement les formateurs de l'IFSI Pontchaillou pour leur soutien constant durant cette formation.

Un grand merci également aux professionnels de santé qui ont accepté de participer aux entretiens et ont permis d'enrichir la réflexion de ce travail.

Enfin, je souhaiterais exprimer ma profonde reconnaissance envers mon conjoint, mes parents, ma belle-famille et mes amis pour leur soutien indéfectible, leurs précieux conseils, leur présence encourageante et leurs encouragements constants au cours de ces trois années.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART.....	2
1 . SITUATION D'APPEL.....	2
2. QUESTIONNEMENT.....	3
2.1. La démarche de réflexion conduisant à la question de départ.....	3
2.2. La question de départ.....	4
III. CADRE CONCEPTUEL.....	4
1. AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR.....	4
1.1. Définition de l'amputation.....	4
1.2. Les causes de l'amputation des membres inférieurs.....	5
2. ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE.....	6
2.1. Traumatisme psychique.....	7
2.2. Le mécanisme de défense.....	7
3. LA STRATÉGIE D'ADAPTATION.....	8
4. LA RELATION SOIGNANT - SOIGNE.....	9
4.1. La relation d'aide.....	9
4.2. Les défis de la relation d'aide en face de l'expression émotionnelle.....	10
4.3. Les fondements de la confiance dans les relations interpersonnelles.....	11
IV. L'EXPLORATION EMPIRIQUE.....	12
1. LE DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNÉES.....	12
1.1. La population interviewée.....	12
1.2. L'organisation et la méthode de l'entretien.....	12
1.3. Bilan du dispositif.....	13
2. L'ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS.....	13
2.1. La douleur.....	14
2.2. La complexité psychologique et sociale de l'amputation.....	15
2.3. Gestion des réactions émotionnelles des patients.....	16
2.4. La relation de confiance.....	17
2.5. La relation d'aide dans le processus d'adaptation.....	18
2.6. La positivité de la relation soignant - soigné.....	19
V. LA DISCUSSION.....	19
VI. LA CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	24
LES ANNEXES	
ABSTRACT	

SIGLIER

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ADEPA : Association de Défense et d'Entraide des Personnes Amputées

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

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

I. INTRODUCTION

Ce mémoire de fin d'études s'inscrit dans le cadre de ma troisième année de formation à l'Institut de soins infirmiers de Pontchaillou, à Rennes, en relation avec le MIRSI (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers). En effet, il nous introduit à la démarche de recherche, à la formulation d'un questionnement à partir d'une situation vécue en stage qui a suscité une réflexion sur notre pratique.

Au cours de ces trois années de formation, j'ai suivi divers cours qui m'ont permis d'acquérir des connaissances théoriques. Les stages que j'ai effectués ont constitué une opportunité pour développer des compétences pratiques et relationnelles au sein d'un parcours de stage particulièrement diversifié.

Le principe fondamental de la profession infirmière est d'établir une relation solide entre le soignant et le patient. Durant mon stage en service de chirurgie vasculaire au cours du cinquième semestre, j'ai constaté avoir des difficultés à établir une relation avec le patient. Cette situation m'a profondément affecté et a suscité de nombreuses interrogations personnelles. Néanmoins, elle a également renforcé mon désir de mener des recherches approfondies sur ce sujet.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études, j'ai choisi d'aborder le thème de l'annonce d'un projet médical d'amputation et son impact sur la relation soignant-soigné. Je présenterai tout d'abord ma situation en détaillant le contexte de ma recherche et en exposant les questionnements qui ont guidé la formulation de ma question initiale. Ensuite, je fournirai des données empiriques et théoriques acquises au cours de diverses recherches. Par la suite, je décrirai en détail l'enquête de terrain menée auprès des infirmiers et analyserai ces entretiens pour comparer les résultats avec le cadre théorique. Enfin, je conclurai mon travail par une discussion visant à confronter mes recherches avec les observations des professionnels du terrain, tout en évoquant mon positionnement professionnel.

II. LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART

1. SITUATION D'APPEL

En tant qu'étudiante en troisième année en soins infirmiers, j'ai eu l'opportunité de faire un stage dans une unité de chirurgie vasculaire. Au cours de cette période, j'ai pu découvrir diverses pathologies spécifiques à ce service ainsi que les méthodes de traitement appropriées. De plus, j'ai eu l'opportunité d'accumuler de l'expérience dans l'accompagnement des patients amputés, aussi bien au niveau technique des soins de pansement qu'au niveau relationnel et psychologique.

Pendant ma cinquième semaine de stage, au cours de la période de nuit (de 21h00 à 7h00), j'ai entamé mon premier tour dans le secteur 2 après avoir récemment changé de secteur. À ce moment-là, j'ai été confronté à un patient de 50 ans que je ne connaissais pas auparavant. Ce patient que je nomme Mr. B. avait subi une intervention chirurgicale de pontage fémoro-poplitée (J4). Ensuite, il a été réopéré pour une désoblitération du pontage fémoro-poplitée bas veineux à droite et une désoblitération de l'artère tibiale antérieure (J1). Cependant, malgré une tentative de recanalisation, l'intervention s'est révélée être un échec dans l'ensemble.

Vers 22h, je me suis rendue auprès de lui pour effectuer mes surveillances et administrer ses traitements. Tout d'abord, je me suis présentée ainsi : “Je m'appelle Elif, étudiante infirmière en troisième année. Je vais prendre vos paramètres vitaux.” Il m'a regardée sans faire aucun geste, lorsque je lui ai demandé s'il ressentait des douleurs. Il a répondu “NON” et a tourné la tête. Après avoir pris ses constantes et lui avoir transmis les résultats, il n'a toujours montré aucun signe de réaction. J'ai ensuite demandé : “Puis-je effectuer mes surveillances vasculaires ?” Bien qu'il n'ait pas répondu verbalement, il s'est découvert. En effectuant les surveillances vasculaires des membres inférieurs (couleur, chaleur, sensation, mobilité et pouls), j'ai noté que son pied droit était frais et ses orteils cyanosés, non mobiles et aucune sensibilité avec une perception du pouls poplitée. Avant de quitter sa chambre, j'ai demandé s'il avait besoin de quelque chose. Il a répondu “non” avec les yeux fermés. Je lui ai expliqué que je devais effectuer une prise de sang vers 02h30 du matin car il était sous héparine car le dosage avait été modifié vers 20h30. Il ne s'est pas exprimé. Après avoir quitté sa chambre, j'ai saisi toutes les observations, validé ses traitements sur Dxcare, et me suis dit que Mr. B. semblait vraiment fermé. J'ai pensé qu'il était fatigué et avait sommeil. J'ai ensuite poursuivi mon tour auprès des autres patients.

Vers 2 heures du matin, j'ai préparé mon plateau pour effectuer une prise de sang (contrôle Anti Xa). Je me suis dirigée vers la chambre de Mr. B. J'ai frappé à la porte et suis entrée. Ce dernier était assis au bord du lit, regardant dehors. Je l'ai salué en disant : “Rebonsoir, avez-vous des douleurs ?” Il m'a répondu par la négative, et j'ai poursuivi : “Comme je vous l'ai expliqué précédemment, je vais effectuer une prise de sang.” Il m'a directement tendu son bras gauche sans dire un mot. Après avoir

vérifié son identité, j'ai procédé à la prise de sang. Avant de quitter sa chambre, j'ai demandé s'il avait besoin de quelque chose. Il a répondu "non" d'un ton énervé tout en se réinstallant dans son lit. J'ai quitté sa chambre et envoyé le tube au laboratoire.

Ensuite, je me suis rendue au bureau des infirmiers pour valider mes soins sur le logiciel et j'ai échangé avec une infirmière de nuit au sujet de Mr. B. qui semble vraiment renfermé et triste d'être hospitalisé. J'ai également demandé à l'infirmière si le patient avait réagi de la même manière après la première opération. Elle m'a informée que le patient communiquait et souriait parfois. Cependant, elle a mentionné que le médecin avait expliqué à M. B. que l'opération avait échoué et qu'il pourrait envisager une amputation.

2. QUESTIONNEMENT

2.1. La démarche de réflexion conduisant à la question de départ

Au cours de ma réflexion, plusieurs interrogations ont émergé, découlant de situations concrètes que j'ai vécues. Cette situation m'a amené à me demander :

- Pourquoi semble-t-il fermé et en retrait vis-à-vis de moi ?
- Comment est ressenti l'annonce d'un projet médical d'amputation ?
- Quels éléments perturbent notre communication ?
- Pourquoi l'approche du patient devient-elle si complexe et difficile pour moi ?
- Comment pourrais-je gérer la situation lorsque Mr. B. ne répondait pas verbalement à mes questions ?
- Quelles stratégies pourrais-je envisager pour améliorer la communication et le confort de Mr. B. lors de nos prochaines interactions ?
- Quelles sont mes stratégies pour faire face à des situations similaires ?
- Comment puis-je établir une relation soignant-soigné dans une situation qui me met mal à l'aise ?

Toutes ces questions ont constitué les étapes de ma démarche réflexive, me poussant à explorer la relation soignant-soigné, les nuances de la communication et les défis rencontrés lors de l'interaction avec le patient.

2.2. La question de départ

Suite à ces interrogations et aux ajustements résultant de l'évolution de mes recherches théoriques, de l'acquisition de connaissances sur le sujet, et de la détermination de l'orientation de mon étude, j'ai formulé la question de départ suivante :

En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-il impacter la relation soignant/soigné ?

Cette question guide ma recherche et vise à explorer les dimensions complexes de la communication dans le contexte spécifique de l'annonce d'un projet médical d'amputation, en mettant l'accent sur la dynamique de la relation entre le soignant et le soigné.

III. CADRE CONCEPTUEL

Le présent mémoire explore la complexité de la relation soignant/soigné dans le contexte délicat de l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur. La question initiale qui guide cette étude est la suivante : **“En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-elle impacter la relation soignant/soigné ?”**

Pour élaborer le cadre conceptuel de cette recherche, quatre concepts majeurs ont été identifiés : l'amputation d'un membre inférieur, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la stratégie d'adaptation et la relation soignant/soigné. Ces problématiques sont interconnectées et s'entremêlent dans un contexte où la communication, la compréhension et la confiance jouent un rôle central.

1. AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR

1.1. Définition de l'amputation

“Une amputation est une opération chirurgicale qui consiste à enlever une partie de membre. L'indication médicale est posée lorsque la région touchée ne peut pas être conservée.”(*Hôpitaux Universitaires de Genève, s. d.*)

Selon Yelouassi (2022), l'amputation des membres inférieurs est une intervention chirurgicale complexe qui peut entraîner des conséquences significatives dans la vie de la personne concernée. Il s'agit d'un acte chirurgical consistant à retirer au moins une jambe ou un pied, et peut également englober les deux jambes et les deux pieds.

1.2. Les causes de l'amputation des membres inférieurs

Selon l'Association de Défense et d'Étude des Personnes Amputées (ADEPA), les principales raisons de l'amputation peuvent être classées en quatre catégories majeures :

- **Les causes liées aux maladies vasculaires**

Les artérites et l'artériosclérose sont les principaux déclencheurs d'amputations, affectant toutes les tranches d'âge. Les artérites, habituellement associées au vieillissement mais parfois précoces (surtout en présence de diabète, tabagisme, maladie de Buerger, etc.), peuvent provoquer une réduction du flux sanguin, potentiellement entraînant le développement de la gangrène.

Pour Yelouassi (2022) la maladie artérielle est une des causes fréquentes de l'amputation des membres inférieurs. En effet, les vaisseaux sanguins transportent l'oxygène et les nutriments dans tout le corps. Si ces vaisseaux sont endommagés par l'accumulation de plaques ou d'autres facteurs tels que l'hypertension artérielle ou le tabagisme, ils peuvent se boucher complètement

- **Les causes traumatiques**

Les amputations traumatiques résultent principalement d'accidents survenant sur la voie publique, à domicile, sur le lieu de travail, ainsi que de gelures, de brûlures et d'électrocutions.

- **Les causes liées aux origines infectieuses**

Le purpura fulminans, maladie grave engendrant un choc septique pouvant impacter les vaisseaux périphériques, conduit fréquemment à des amputations touchant des zones nécrosées. Ces amputations concernent souvent au moins trois des quatre membres à différents niveaux. De manière moins fréquente, la lèpre ou l'actinomyose peuvent également entraîner des amputations.

- **Autres causes possibles**

Les causes possibles incluent les tumeurs malignes, telles que les sarcomes des tissus mous et les ostéosarcomes. Les amputations décidées en concertation avec le patient sont souvent motivées par

la volonté d'améliorer la qualité de vie, en réduisant les chutes, les infections, etc. Les amputations congénitales sont souvent associées à l'absence congénitale d'organe, créant une altération qui peut équivaloir à une amputation.

D'après Les Hôpitaux Universitaires de Genève (s.d.) l'amputation est généralement planifiée et rarement considérée comme une urgence, sauf en cas d'infection non maîtrisable ou dans certains types de traumatismes spécifiques.

2. ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE

Selon la Haute Autorité de Santé (Mai 2008), une mauvaise nouvelle est définie comme "une nouvelle qui changera radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir". Le médecin psychanalyste Moley-Massol (2004) indique de la manière suivante: "Buckman définit la mauvaise nouvelle : une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir."(p.46)

La Haute Autorité de Santé (Février 2008) souligne que l'acte d'annoncer est bien plus que simplement informer ou faire comprendre. C'est un processus complexe de communication visant à cheminer avec le patient vers la connaissance qui le concerne.

"Annoncer une mauvaise nouvelle est toujours difficile, que l'on se place du côté du soignant qui reçoit un patient et doit la lui annoncer ou du côté du patient qui la reçoit. Cette annonce va changer radicalement le cours de la vie du patient et sa perception de l'avenir. La difficulté que les professionnels de santé peuvent ressentir pour l'annoncer est liée à cet état de fait, il est toujours difficile de dire à une personne que ses projets de vie sont remis en cause."(Haute Autorité Santé, Février 2008, p.3). "La personne se sent rejetée , comme un déchet,livrée à la maladie qui a tout dévasté dans son corps,abandonnée" (Moley-Massol, 2004, p.154)

En ce qui concerne l'annonce d'une amputation, le Dr Fritz Minger de la Clinique de la Source à Lausanne exprime que c'est toujours une décision douloureuse et psychologiquement difficile pour le patient. Perdre un membre est assimilé à perdre un organe, représentant le processus de perdre une partie significative du corps, de soi (Aubert, s. d.-b).

2.1. Traumatisme psychique

“La perte physique est au cœur du traumatisme qu’inflige la maladie. L’ablation d’un organe, un handicap, toute atteinte de l’intégrité physique entraînent une profonde blessure psychique, d’autant plus marquée que la lésion est apparente et soumise aux regards des autres”(Moley-Massol, 2004, p.29)

Moley-Massol (2004) indique de la manière suivante: “Le traumatisme se caractérise par un afflux d’excitations, excessif par rapport à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d’élaborer psychiquement ces excitations ... Un traumatisme psychique n’est pas lié à la nature seule de l’événement mais à la façon dont l’événement s’inscrit dans l’histoire de l’individu et vient faire écho à un traumatisme de l’enfance. On ne peut pas anticiper la valeur traumatique psychique d’un événement douloureux pour le sujet. Le traumatisme psychique est par définition singulier.”(p.31)

2.2. Le mécanisme de défense

Marie-Pierre Dann, infirmière spécialiste clinique, explique que lors de la communication d'un diagnostic de maladie grave, le cerveau active différentes défenses, reflétant ainsi une adaptation psychique de la personne (2018, p.49).

Martine Ruszniewski et Gil Rabier dans « L’annonce Dire la maladie grave » décrivent : “L’annonce a pour effet de redistribuer, de faire évoluer, de réorganiser les structures de défense du patient et de ses proches. Entre l’annonce du diagnostic, les échecs thérapeutiques, l’approche de la mort, les défenses s’adaptent à l’évolution de la maladie. Il est important de ne jamais oublier que ces mécanismes sont fluctuants, involontaires et inconscients.” (Ruszniewski & Rabier, 2015, p.23)

Ils décrivent ces mécanismes de défense (Ruszniewski & Rabier, 2015) :

→ Le déni : Ce mécanisme, utilisé par le patient, implique l'annulation partielle ou totale de la réalité. Le déni soulève la problématique incontournable de la vérité et est également à l'origine de conflits au sein de l'équipe.

→ La dénégation : La dénégation se distingue du déni par le fait que, dans son processus, la réalité est à la fois intégrée et rejetée. Contrairement au déni, qui refuse simplement la réalité de la maladie, la dénégation refuse l'expression de cette réalité.

- L'isolation : Reconnaissant la gravité de sa condition, le patient en parlera sans aucune émotion, affichant une sérénité apparente, voire un détachement.
- La projection agressive : Le patient exprime alors ses sentiments de frustration et son amertume envers son entourage, ses proches et les soignants.
- La maîtrise : Le patient cherche à rationaliser sa maladie en identifiant sa cause, retrouvant ainsi un certain contrôle. Son désir s'étend à la maîtrise de tous les aspects, y compris la compréhension approfondie du processus de la maladie, des traitements et des avancées de la recherche.
- Le déplacement : Il permet de focaliser sa peur sur un élément moins anxiogène en rapport ou non avec la maladie.
- La régression : Dans l'incapacité de s'engager activement dans la lutte contre la maladie, le patient se laisse entièrement porter par ses proches et les soignants.
- La sublimation : Un processus positif qui permet au patient de transformer de manière constructive sa relation avec la maladie en redirigeant sa souffrance vers sa capacité à créer, produire et s'orienter vers les autres.
- Le clivage du moi : Un effort pour harmoniser la proximité inéluctable de la mort avec l'espoir et le désir de vivre.

3. LA STRATÉGIE D'ADAPTATION

Selon Moley-Massol (2004), les stratégies d'adaptation, fréquemment désignées sous le terme de "coping", se forment en fonction de la personnalité, des ressources et de l'histoire propre à chaque individu. Ce processus dynamique de défense psychique, constamment en mouvement, échappe à la fixation d'une forme fixe ou définitive. Les sentiments et les attitudes s'entrelacent, se succèdent et se répètent, révélant une danse complexe dans laquelle l'individu cherche à atténuer la souffrance. Cette dynamique, loin d'être statique, représente une réponse en perpétuelle évolution, adaptée à la complexité de la maladie.

L'adaptation se dessine comme un processus évolutif sans interruption, incorporant les divers épisodes de la vie, les expériences antérieures et les menaces à venir. Ce continuum témoigne de la capacité humaine à s'ajuster constamment aux circonstances changeantes de la maladie. Cependant, pour les professionnels de la santé, la compréhension et la gestion de ces mécanismes d'adaptation peuvent parfois se révéler complexes. Les mécanismes de défense des patients, intrinsèquement inconscients et donc involontaires, exigent un traitement empreint de respect. Ainsi, la reconnaissance de cette dynamique complexe offre aux soignants une perspective précieuse dans leur interaction avec les patients, encourageant un accompagnement empreint de sensibilité et de compréhension.

4. LA RELATION SOIGNANT - SOIGNE

“Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation”(A.Manoukian, A.Massebeuf, 2001, p.7).

D'après Manoukian, A.(2001) « une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (p.9). Afin d'enrichir cette définition, j'ai opté pour celle évoquée par Formarier et Jovic (2012), les relations impliquent une accumulation d'interactions entre individus qui durent dans le temps, et qui sont caractérisées par des attentes, des affects et des représentations spécifiques. De plus, chaque interaction est influencée par les interactions passées et influe à son tour sur les interactions futures.

Selon Touvron, L. (2015) “La relation soignant - soigné est une rencontre unique. Car entre deux personnes, cette relation même si elle fait partie d'un cadre législatif est unique dans le sens où chaque personne est unique.”(p.8).

4.1. La relation d'aide

D'après Luc Tremblay (2002) , la relation d'aide se définit comme “un processus par lequel on amène une personne à faire de nouveaux apprentissages, à poser de nouveaux gestes pour arriver à satisfaire ses besoins ou à résoudre ses difficultés”(p. 17). Tremblay (2002) décompose cette définition en trois parties distinctes :

- **Amener une personne à :**

La notion d'accompagnement revêt une importance cruciale dans cette définition. Elle se manifeste par la volonté d'être aux côtés des individus, les soutenir et les orienter dans la reconnaissance de leurs aspirations de vie. L'approche d'amener à" exclut la notion de "prise en charge" ou d'agir à la place de l'autre. Cette perspective doit imprégner l'ensemble du processus d'aide, constituant ainsi une orientation essentielle.

- **Poser de nouveaux gestes :**

La créativité, l'innovation et le changement sont mobilisés dans cette démarche d'aide. Il est essentiel que la personne prenne conscience que les moyens qu'elle utilise pour s'adapter ne sont plus efficaces et ne répondent plus de manière satisfaisante à ses besoins. Elle doit rompre avec un cercle vicieux, abandonner d'anciens schémas d'adaptation et les remplacer par de nouveaux.

- **Pour arriver à satisfaire ses besoins :**

Pour assister une personne dans l'adoption de nouveaux comportements pour répondre à ses besoins, il est primordial de la guider dans la définition des besoins en question et des réponses qu'elle apporte à ces besoins. Ensuite, une recherche conjointe est entreprise pour identifier de nouvelles manières de satisfaire ces besoins, suivie de l'accompagnement de la personne dans l'expérimentation de ces nouvelles approches.

L'efficacité de cette relation d'aide dépend de la collaboration active de la personne en difficulté et de la participation des membres de son entourage. La personne doit exprimer sa volonté de changer, d'adopter de nouveaux comportements et de ne plus vivre dans les mêmes conditions. Les membres de son entourage doivent être prêts à s'engager dans ce processus (Tremblay, 2006).

4.2. Les défis de la relation d'aide en face de l'expression émotionnelle

Selon l'essence de la relation d'aide, les personnes aidantes sont confrontées à la nécessité d'une abondance d'énergie et d'une disponibilité inébranlable (Tremblay,2002). Écouter attentivement une personne qui s'exprime aisément et qui maîtrise relativement bien ses émotions représente une tâche complexe, exigeant la démonstration constante d'empathie, le désenclavement de soi, un respect inconditionnel envers l'autre, et la préservation de son authenticité au sein de la relation.(Tremblay,2002)

Se confronter à l'écoute d'une personne qui verbalise peu ou pas du tout, tout en éprouvant des émotions exacerbées, constitue un défi de taille. En plus d'incarner les attitudes de base essentielles, la personne aidante doit déployer des efforts considérables et recourir à des moyens adaptés pour établir un lien avec la personne, l'encourager à se confier, et l'aider à répondre à ses besoins.

Dans de nombreux cas, la personne a besoin de parler de ce qui lui est arrivé, de manière répétée, où la répétition elle-même revêt un caractère thérapeutique. Il est impératif de la guider à revivre les émotions liées au traumatisme pour qu'elle puisse les surmonter ; souvent, ces émotions demeurent bloquées, semblables à celles d'une personne en état de panique, ou bien elles se dévoilent progressivement.

La peur émerge fréquemment comme l'émotion dominante, accompagnée parfois de la colère et de la culpabilité. Face à cette complexité émotionnelle, la personne aidante joue un rôle essentiel en offrant un soutien compréhensif et en facilitant le cheminement vers la résilience émotionnelle.

4.3. Les fondements de la confiance dans les relations interpersonnelles

Le concept de confiance est défini par le CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales) (s.d) comme "la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle [...] d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence. Selon Luc Tremblay(2002), les relations interpersonnelles reposent principalement sur la confiance partagée entre deux ou plusieurs individus. Cette connexion facilite les échanges d'idées, de sentiments et de valeurs, permettant ainsi à une personne de répondre à divers besoins, qu'ils soient physiques, affectifs ou sociaux.

Lorsqu'une relation est satisfaisante pour chaque partenaire, elle contribue à leur bien-être et a des chances de perdurer. En revanche, dans une relation chaotique et tourmentée, lorsque les partenaires ne trouvent pas satisfaction, cela engendre frustration et reproches. La communication se détériore progressivement, entraînant une incompréhension mutuelle et l'incapacité à répondre aux attentes réciproques.

À mesure que la frustration s'intensifie, les mécanismes d'adaptation deviennent moins efficaces et le jugement des personnes est altéré. À ce stade, les émotions prennent le dessus, entraînant une difficulté accrue pour les personnes impliquées de communiquer et de se comprendre. Le fossé entre elles se creuse, et la moindre contrariété peut déclencher une crise.

Il est important de noter que les crises relationnelles ne se limitent pas nécessairement à des manifestations violentes. Peu importe la forme qu'elles prennent, les personnes concernées ont besoin d'aide pour rétablir la communication, s'expliquer mutuellement et surmonter les frustrations qui entravent la résolution de leurs problèmes relationnels.

IV. L'EXPLORATION EMPIRIQUE

1. LE DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE DU RECUEIL DE DONNÉES

1.1. La population interviewée

Afin d'enrichir mes recherches théoriques et de bénéficier d'une perspective pratique, j'ai décidé de discuter avec deux infirmières expérimentées dont j'ai eu l'occasion de collaborer lors de mon précédent stage dans le service de la chirurgie vasculaire.

1.2. L'organisation et la méthode de l'entretien

Dans le cadre de l'organisation de mon travail de recherche, j'ai entamé des démarches dès mon stage en septembre dernier au sein du service de chirurgie vasculaire. Interpellant les infirmières de ce service, j'ai sollicité leur point de vue pour contribuer à mon mémoire. Après ce premier contact, j'ai pris l'initiative de les recontacter en janvier par e-mail afin de fixer les modalités d'un entretien. Pour le lieu, l'infirmière 1 (IDE 1) a pris l'initiative de demander à sa cadre si nous pouvions nous rendre dans une salle de repos dédiée aux consultations de pansements. Les deux entretiens se sont déroulés dans cette salle de repos, le premier avec IDE 1 d'une durée approximative de 15 minutes, et le second avec IDE 2, étendu sur 20 à 25 minutes. Ils ont suivi un format semi-directif, avec des questions ouvertes et générales en lien avec le thème de ma recherche. Pour chacun, des objectifs spécifiques ainsi que des objectifs généraux ont été établis pour orienter la discussion, comme détaillé dans l'annexe I correspondante. Pour garantir la conservation des échanges, j'ai enregistré ces entretiens à l'aide de deux appareils différents, un dictaphone et un téléphone. En amont, j'ai également élaboré une grille d'entretien composée de onze questions, visant à structurer les échanges. Ces entretiens revêtent une importance particulière dans ma recherche, leurs objectifs étant de confirmer ou d'infirmer les données théoriques recueillies jusqu'à présent.

Les objectifs visés pour l'entretien exploratoire sont les suivants :

- Collecter des retours d'expérience de professionnels du domaine.
- Obtenir des exemples concrets de situations où l'amputation de l'extrémité inférieure pourrait être considérée comme une décision médicale appropriée.
- Acquérir une compréhension approfondie des défis et des nuances de la relation soignant/soigné dans le contexte spécifique de l'amputation.
- Fournir des informations pour comprendre les dynamiques de la relation entre le professionnel de santé et le patient après l'annonce d'un projet médical d'amputation.
- Obtenir un aperçu de la manière dont la relation d'aide contribue à l'adaptation des patients et comment le professionnel de santé intervient pour soutenir ces processus.
- Recueillir des informations sur la manière dont le soignant perçoit les conséquences durables de cette annonce sur la dynamique de la relation soignant/soigné.
- Offrir aux infirmières répondant la possibilité de partager des informations supplémentaires, des pensées ou des réflexions pertinentes qui n'auraient peut-être pas été abordées dans les questions précédentes.

1.3. Bilan du dispositif

Pendant les entretiens, je me suis sentie à l'aise et la communication était fluide. Il ne s'agissait pas seulement de questions et de réponses, mais d'échanges constructifs. De plus, le calme de la salle repos nous a permis de nous concentrer sur l'entretien sans être dérangés par les bruits environnants. Ce calme a également facilité la transcription car j'ai pu entendre clairement les conversations enregistrées. Ces deux entretiens m'ont également permis d'observer les expressions faciales et les gestes des infirmières. Parfois, lorsque je ne comprenais pas certains mots, je leur demandais des explications et elles les expliquaient de manière à ce que je puisse les comprendre.

2. L'ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

Après avoir mené des entretiens avec deux infirmières spécialisées dans la prise en charge des patients devant subir une intervention chirurgicale d'amputation sur un membre inférieur, j'ai rédigé mes analyses pour interpréter ces entretiens. Afin de respecter la confidentialité de ces deux professionnelles, je les désignerai sous les noms IDE1 et IDE2. IDE1 exerce la profession d'infirmière depuis 2006 et travaille dans le domaine de la chirurgie vasculaire depuis mai 2013.

Quant à IDE2, elle est diplômée depuis 1993 et travaille dans le domaine de la chirurgie vasculaire depuis l'année 2000. Sans dissocier les deux entretiens, mon objectif est de mettre en avant la complémentarité des points de vue des infirmières afin d'offrir une perspective riche et détaillée sur les décisions médicales liées à ce traitement spécifique. Les citations directes seront mises en italique pour faciliter la lecture. Vous pouvez trouver le guide d'entretien dans l'Annexe I, ainsi que les transcriptions des entretiens dans les Annexes II (IDE 1) et III (IDE2). De plus, mes analyses sous forme de tableaux peuvent être consultées dans l'Annexe IV.

2.1. La douleur

IDE 1 mentionne que *" devant une dégradation des plaies, un patient hyperalgique et surtout devant l'impossibilité d'avoir une chirurgie adaptée "*, l'amputation peut être envisagée comme une solution lorsque les plaies deviennent graves et ne répondent plus aux traitements conventionnels. Cela suggère que cette intervention pourrait aider à éviter l'aggravation de l'état du patient et à favoriser la cicatrisation.

D'autre part, IDE 2 met en avant l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une maladie chronique, comme une cause fréquente d'amputation. L'évolution de la maladie peut conduire à une situation où l'amputation devient la seule option viable pour éviter l'aggravation de l'infection ou des douleurs. La douleur du patient est également mentionnée comme un facteur influent dans sa décision d'accepter l'amputation. IDE 2 évoque également l'acceptation de l'amputation par le patient douloureux car c'est *"une délivrance pour lui. "*

En conclusion, les réponses des IDE 1 et IDE 2 mettent en lumière le rôle crucial de la douleur dans le processus décisionnel concernant l'amputation. IDE 1 souligne que devant une dégradation des plaies et une douleur hyperalgique chez le patient, l'amputation peut être envisagée comme une solution pour prévenir une détérioration supplémentaire de son état et favoriser la cicatrisation. De même, IDE 2 souligne que dans le cadre de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, où la douleur chronique est un symptôme fréquent, l'amputation peut être considérée comme une délivrance pour le patient, l'aidant ainsi à accepter cette intervention. Ces entretiens mettent en évidence l'importance cruciale de prendre en compte la douleur du patient dans les décisions médicales.

2.2. La complexité psychologique et sociale de l'amputation

IDE 2 aborde les dimensions psychologiques et sociales de l'amputation en offrant une compréhension approfondie. Mettant en avant des concepts tels que l'image corporelle et la perception du corps, elle souligne l'impact *"du regard des autres"* après l'amputation sur la perception de soi. Elle insiste sur l'importance pour les patients d'accepter les regards des autres et de réaliser que la vie continue malgré cette épreuve. De plus, elle rappelle : *"c'est tellement traumatisant finalement une amputation que l'on est tellement focalisé sur ça que l'on se dit que plus rien n'existe autour, mais si la vie continue, c'est ça le plus important."*

D'un autre côté, IDE 1 se concentre sur les aspects pratiques et médicaux de l'amputation, expliquant le processus hospitalier, la rééducation et l'utilisation de prothèses. Dans un souffle d'optimisme, elle partage : *"on oublie jamais de leur citer des exemples de patients qu'on connaît qui réussissent à faire beaucoup de choses."*

Selon IDE 1, le processus menant à l'amputation est généralement progressif, souvent causé par la détérioration continue des plaies malgré les traitements, ce qui peut entraîner, comme le souligne IDE 2, *"c'est une sorte d'état de sidération"*. Elle décrit également l'amputation comme un choc souvent perçu et comme une étape difficile du processus de guérison, dit également *"c'est comme une des étapes de deuil, arrive en premier lieu la colère, rarement l'acceptation."*

De son côté, IDE 2 observe une diversité d'attitudes parmi les patients confrontés à l'amputation. Certains patients, ayant déjà conscience de l'évolution de leur maladie, considèrent cette intervention comme une délivrance face à la douleur persistante et sont prêts à l'accepter comme une nouvelle étape de leur traitement. En revanche, pour d'autres patients, surtout ceux découvrant leur pathologie artérielle pour la première fois, l'idée même de l'amputation peut engendrer un choc et un refus catégorique. Cette réaction peut être amplifiée chez les personnes âgées, qui voient l'amputation comme IDE 2 le décrit, *"C'est un geste barbare et ils veulent partir dans leur intégrité avec leurs quatre membres. Donc là ils vont refuser l'amputation."*

En conclusion, les deux perspectives présentées par IDE 1 et IDE 2 mettent en lumière la complexité des perceptions et des attitudes face à l'amputation. IDE 1 souligne le caractère progressif du processus conduisant à l'amputation et met en avant les émotions intenses telles que la colère et le choc qui accompagnent souvent cette décision. Pour IDE 2, la diversité des attitudes

parmi les patients révèle la manière dont l'acceptation de l'amputation peut varier en fonction de l'expérience individuelle de la maladie et de la perception de l'intervention chirurgicale. Certains la voient comme une étape nécessaire pour soulager la douleur, tandis que d'autres la rejettent catégoriquement, la considérant comme un geste inhumain. Ainsi, la prise en compte de ces différentes perspectives est essentielle pour fournir un soutien approprié et une prise en charge individualisée aux patients confrontés à l'amputation. En combinant les perspectives des deux infirmiers, on constate que la complexité de l'annonce d'une amputation réside à la fois dans les aspects médicaux et pratiques, ainsi que dans les aspects émotionnels, psychologiques et sociaux.

2.3. Gestion des réactions émotionnelles des patients

IDE 1 identifie que les patients réagissent souvent avec de la colère lorsqu'ils sont confrontés à la perspective de perdre un membre, car ils peuvent avoir du mal à comprendre et à accepter les conséquences de cette décision. Pour aider les patients à surmonter leurs craintes et leurs inquiétudes, IDE 1 explique que l'équipe paramédicale est là pour *"leur donner des exemples, leur citer des gens qu'on connaît"* de personnes ayant subi une amputation et ayant réussi à retrouver une qualité de vie satisfaisante. Ces exemples visent à rassurer les patients en leur montrant qu'ils peuvent mener une vie active et épanouie malgré leur nouvelle condition physique. En mettant en avant les succès d'autres patients dans des situations similaires, IDE 1 vise à inspirer de l'espoir et à encourager les patients à envisager l'amputation comme une solution possible pour soulager leur douleur et améliorer leur qualité de vie.

IDE 2 démontre une approche centrée sur le patient pour gérer les réactions émotionnelles. Tout d'abord, elle souligne *"ce qui est important c'est de les écouter, de bien observer"* attentivement les patients et d'observer le *"langage non verbal"* afin de comprendre leur état émotionnel. Ensuite, elle utilise ses compétences en communication thérapeutique et en hypnose pour aider les patients à sortir de leur état de sidération et à mieux comprendre le processus d'amputation. IDE 2 partage des exemples concrets de patients ayant retrouvé une qualité de vie satisfaisante après une amputation, ce qui vise à rassurer les patients et à leur montrer les possibilités de rééducation et d'adaptation. Elle insiste sur la nécessité de *"valider les émotions, valider tout ce qu'ils vont dire, reformuler aussi, pour essayer de mieux comprendre ce que eux, ils essaient de comprendre parce que parfois ils disent des choses, mais c'est pas forcément leur pensée .. et c'est les aider à cheminer vers l'acceptation."*

En combinant ces approches, Elles offrent un soutien holistique aux patients, en fournissant à la fois des exemples de réussite pour inspirer de l'espoir et en offrant un soutien émotionnel personnalisé pour aider les patients à faire face à leurs craintes et à leurs inquiétudes.

2.4. La relation de confiance

Dans le contexte des projets médicaux d'amputation des membres inférieurs, les infirmiers IDE 1 et IDE 2 partagent une vision similaire quant à l'importance cruciale de la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Ils reconnaissent tous deux que cette confiance est essentielle pour assurer une prise en charge efficace des patients confrontés à l'amputation.

IDE 1 souligne le rôle de confident que le soignant joue pour les patients, en affirmant : *"Je pense qu'il faut qu'il y ait une relation de confiance parce qu'on est leur confident à ce moment-là, ils se déchargent bien souvent sur nous, c'est à nous de les rassurer de leur donner des expériences de patients connues enfin, qu'on a pu rencontrer sur notre parcours."* Tandis qu'IDE 2 met en avant l'importance de créer un lien de confiance en écoutant attentivement et en validant les émotions des patients, en disant : *"Comme je disais tout à l'heure, s'il faut créer le lien, c'est de la relation de confiance entre nous et puis le patient. Et justement, ça va être en l'écoutant, l'observant, en validant toutes ces émotions"*.

En ce qui concerne les défis spécifiques rencontrés dans la gestion de cette relation, IDE 1 et IDE 2 mettent tous deux en évidence les difficultés liées à l'établissement et au maintien de la confiance des patients, en particulier après l'annonce d'un projet d'amputation. IDE 1 déclare : *"Faut qu'il se confie à nous, s'ils hésitent parce que souvent avec le chirurgien qui est de passage, et c'est surtout sur l'équipe paramédicale que le patient va plus s'ouvrir parce qu'on passe plus de temps avec lui."* Ils reconnaissent également que les patients ont souvent du mal à se projeter dans leur nouvelle réalité et à accepter les changements associés à l'amputation, soulignant ainsi la nécessité d'un soutien continu et d'une compréhension empathique de la part des soignants. IDE 2 ajoute : *"C'est essayer de surmonter peut-être les peurs qu'ils ont par rapport à l'après..."*

En conclusion, les infirmiers IDE 1 et IDE 2 partagent une vision commune quant à l'importance capitale de la relation de confiance entre le soignant et le soigné dans le contexte des projets médicaux d'amputation des membres inférieurs. Ils soulignent tous deux l'importance de la confiance pour assurer une prise en charge efficace des patients, ainsi que les défis spécifiques à surmonter dans cette démarche. Ainsi, ils appellent à un soutien continu et à une compréhension empathique de

la part des soignants pour aider les patients à s'adapter à cette nouvelle étape de leur parcours de soins.

2.5. La relation d'aide dans le processus d'adaptation

Quant au rôle de la relation d'aide dans le processus d'adaptation des patients à un projet d'amputation, IDE 1 déclare : *"On est leur guide en fait, vers une nouvelle étape de leur vie. En gros, c'est comme un livre, il y a une page qui se tourne pour en écrire une nouvelle."* De même, IDE 2 affirme : *"On n'a pas notre place de soignant si on n'est pas convaincu de ce rôle de la relation."* Elles partagent l'idée que les soignants jouent un rôle de guide pour les patients, les aidant à traverser cette période difficile et à s'adapter à leur nouvelle situation.

Dans l'approche des stratégies pour soutenir les patients, IDE 2 insiste sur l'importance de la communication thérapeutique et de la lecture des signaux non verbaux. Elle souligne que *"ils se sont fixés sur le mot amputation et après ils n'entendent plus rien parce qu'ils sont focalisés sur leur peur."* La peur associée à l'amputation peut paralyser les patients, les empêchant d'absorber les informations fournies par les soignants. Pour contrer cette peur, IDE 2 utilise des méthodes comme le mirroring, la reformulation et l'empathie pour établir un lien avec les patients. De plus, elle souligne l'importance de les rassurer et de les valoriser, ce qui les aide à se sentir plus confiantes et à accepter leur nouvelle réalité.

De son côté, IDE 1 aborde le processus d'adaptation des patients à un projet d'amputation en le comparant aux différentes étapes du deuil en disant *"c'est comme des étapes du deuil. Y a la colère, l'acceptation."* Cette approche met en avant l'aspect psychologique de l'adaptation et suggère que les patients nécessitent un soutien émotionnel et psychologique pour traverser ces étapes.

En résumé, bien que les deux infirmiers reconnaissent l'importance de soutenir les patients, leurs approches diffèrent légèrement. IDE 2 met l'accent sur les aspects communicationnels et l'utilisation de techniques spécifiques pour aider les patients à surmonter leur peur, tandis qu'IDE 1 insiste sur l'aspect psychologique du processus d'adaptation en soulignant les similitudes avec les étapes du deuil.

2.6. La positivité de la relation soignant - soigné

IDE 1 met l'accent sur le cheminement post-amputation des patients, soulignant que *"Il peut arriver qu'ils reviennent nous voir tout fiers avec leur prothèse et pour eux, c'est une victoire"*. Cette vision positive est illustrée par des exemples concrets, comme elle dit *"Parfois, il arrive que c'est le patient qui est demandeur d'un geste d'amputation. On a actuellement le cas d'un jeune homme."* IDE 1 suggère que la relation soignant/soigné peut être renforcée par cette expérience, car les patients se tournent vers les soignants pour les aider à avancer dans leur processus de guérison.

D'un autre côté, IDE 2 insiste sur le fait que les patients sont généralement bien informés sur les raisons de l'amputation et que cela peut souvent améliorer leur qualité de vie à long terme et elle souligne principalement l'absence d'impact négatif sur la relation en disant *"J'ai jamais eu retour négatif d'un patient. Je ne me souviens pas avoir vu des patients mécontents."* Cette perspective est étayée par l'absence de retours négatifs de la part des patients amputés et par une explication adéquate de la part des chirurgiens quant à la nécessité de l'amputation dans certains cas.

En conclusion, les perspectives présentées par IDE 1 et IDE 2 offrent un éclairage précieux sur l'impact de l'amputation sur la relation soignant/soigné. Alors que IDE 1 met en avant le potentiel transformateur de l'amputation en soulignant sa capacité à marquer un nouveau départ pour les patients. IDE 2 met en avant l'importance d'une communication claire et d'une prise de décision médicale éclairée dans le maintien d'une relation positive. Ces deux points de vue convergent vers la conclusion que l'amputation, bien que difficile, peut souvent être intégrée de manière positive dans le parcours de soins des patients grâce à un soutien approprié et une compréhension empathique de la part de l'équipe soignante.

V. LA DISCUSSION

Après avoir achevé l'analyse de mon cadre conceptuel et de mes entretiens, nous pourrions passer à la discussion. Dans cette dernière partie, je vais croiser les données du cadre théorique et les informations obtenues grâce à l'analyse de mes entretiens, puis ajouter mes propres réflexions pour les interpréter. Pour rappel, ma question de départ était la suivante : **En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-il impacter la relation soignant/soigné ?**

Dans un premier temps, il est crucial de souligner que l'amputation, en tant que procédure chirurgicale, vise à retirer une portion d'un membre dans des cas où sa préservation n'est plus envisageable sur des bases médicales solides. Selon ADEPA, les raisons à l'origine de ces amputations se répartissent généralement en quatre grandes catégories : les affections vasculaires, les traumatismes, les infections, ainsi que d'autres causes éventuelles. Les entretiens que j'ai menés, ont mis en lumière le rôle déterminant de la douleur dans le processus décisionnel entourant l'amputation. Les perspectives partagées par deux infirmières distinctes ont mis en évidence l'impact que peut avoir la perception de la douleur par le patient sur cette décision chirurgicale. Ainsi, ces entretiens ont souligné l'impérieuse nécessité de prendre en considération la souffrance du patient dans le processus décisionnel médical.

Il apparaît que l'annonce d'une amputation représente un défi majeur, à la fois pour les professionnels de la santé chargés de la communiquer et pour les patients qui la reçoivent. Cet événement marque un tournant crucial dans la vie du patient, susceptible de susciter des sentiments de rejet et d'abandon, comme l'a souligné Moley-Massol. L'amputation peut entraîner un choc et un refus catégorique, ce qui est souvent exacerbé chez les personnes âgées. D'après les infirmières, les patients perçoivent l'amputation comme un geste barbare et une vie fichue et souhaitent conserver leur intégrité avec leurs quatre membres.

Par exemple, selon les propos de IDE 2, les patients ont souvent tendance à se focaliser sur le terme "amputation", ce qui peut les empêcher d'écouter la suite des informations, submergés par leurs propres appréhensions. IDE 1 décrit ce processus comme faisant partie du deuil, où la colère est souvent la première réaction, tandis que l'acceptation est rare.

Je souhaite souligner l'impact psychologique et social profond de l'amputation, en insistant sur l'importance pour les patients d'accepter leur nouvelle image corporelle et de réaliser que la vie continue malgré cette épreuve. À mon point de vue, la complexité de l'annonce d'une amputation réside dans la nécessité de prendre en compte les dimensions médicales, pratiques, émotionnelles, psychologiques et sociales afin d'accompagner au mieux le patient durant cette période délicate.

Dans l'analyse de l'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation sur les patients, il est primordial de prendre en compte les précieux éclairages fournis par des spécialistes comme Moley-Massol, qui mettent en évidence l'importance cruciale de l'aspect psychologique dans ce processus. Ces experts insistent sur la profondeur du traumatisme psychique résultant de la perte physique, soulignant la singularité de chaque expérience individuelle et l'histoire personnelle de chaque patient dans leur parcours de rétablissement.

J'ai attentivement recueilli les perspectives offertes par IDE 1 et IDE 2, deux professionnels de la santé ayant une expérience directe avec les patients amputés. IDE 1 met en avant la progression souvent graduelle vers l'amputation, tout en soulignant les émotions intenses telles que la colère et le choc qui accompagnent cette décision. D'un autre côté, IDE 2 met en lumière la diversité des réactions parmi les patients, insistant sur l'importance de considérer leur expérience individuelle de la maladie et leur perception de l'intervention chirurgicale. Certains acceptent l'amputation comme une étape nécessaire pour soulager la douleur, tandis que d'autres la rejettent catégoriquement, la considérant comme un geste inhumain. Il est impératif de prendre en compte ces diverses perspectives pour offrir un soutien adapté et une prise en charge personnalisée aux patients confrontés à l'amputation. En tenant compte des aspects médicaux, émotionnels et psychologiques, nous pouvons mieux accompagner les patients dans leur parcours de guérison, en reconnaissant la complexité de leurs réactions et en leur offrant le soutien dont ils ont besoin pour surmonter cette épreuve.

Les entretiens menés avec les infirmières dans le cadre de projets d'amputation soulignent l'importance cruciale de la confiance entre le personnel soignant et les patients pour établir une relation soignant-soigné solide après l'annonce de l'amputation. Comme le souligne Luc Tremblay (2002), elles indiquent que les relations interpersonnelles reposent sur la confiance, facilitant ainsi l'échange d'idées, de sentiments et de valeurs pour répondre à divers besoins. Une relation satisfaisante favorise le bien-être, tandis que des relations complexes peuvent conduire à une communication médiocre et à des conflits. Lorsque les mécanismes d'adaptation s'affaiblissent, les réactions émotionnelles augmentent et une aide peut être nécessaire pour rétablir la communication. Ainsi, nous reconnaissons l'importance de comprendre le rôle crucial de la confiance dans le soutien des patients lors de cette transition.

Quant à moi, la relation entre le soignant et le patient, appelée relation soignante-soigné, est une interaction essentielle basée sur la confiance, le respect, l'empathie et la communication. Dans cette relation, le soignant fournit des soins et un soutien au patient pour répondre à ses besoins médicaux, physiques, émotionnels et sociaux. Cette interaction est cruciale pour garantir des soins de qualité, favoriser le rétablissement du patient et assurer son bien-être global.

En développant une relation de confiance, les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle crucial dans l'adaptation et la récupération des patients, tant avant qu'après une amputation. Cette confiance mutuelle permet au patient d'exprimer clairement ses préoccupations, favorisant ainsi une communication efficace et une meilleure compréhension de ses besoins. De plus, une relation de confiance solide contribue à garantir que le patient reçoive un traitement approprié et efficace, lui permettant de se sentir en sécurité et soutenu tout au long de son parcours de soins. En outre, cette

confiance favorise l'adhésion du patient au traitement et aux recommandations médicales, car il se sentira plus enclin à suivre les directives médicales s'il a pleinement confiance en son équipe de soins.

Enfin, la conscience et le soutien du patient concernant son état de santé peuvent non seulement améliorer son bien-être global, mais également rendre le traitement plus efficace en favorisant une approche proactive et participative à sa propre santé. En somme, une relation de confiance entre le soignant et le patient est fondamentale pour garantir des soins optimaux et une récupération réussie, surtout dans des situations aussi délicates que l'amputation.

Pour conclure cette discussion, l'étude approfondie de mon cadre conceptuel et des entretiens menés a permis de mettre en lumière l'importance de la relation de confiance entre le soignant et le soigné pour assurer une transition réussie après l'annonce d'un projet médical d'amputation ne saurait être sous-estimée. En ce sens, cela m'a amené à faire évoluer ma question de départ vers une nouvelle formulation : **En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-elle impacter la relation de confiance entre le soignant et le soigné ?**

VI. LA CONCLUSION

Pendant mon stage en chirurgie vasculaire, j'ai eu des difficultés à établir une relation avec les patients après l'annonce d'un projet médical d'amputation, ce qui m'a beaucoup affecté et m'a incité à choisir ce sujet comme point de départ de ma recherche en soins infirmiers. Les expériences auxquelles j'ai été confrontées m'ont permis de clarifier ma position et m'ont conduit à poser de nombreuses questions sur ce sujet, formant ainsi la base de mon travail de recherche : En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-elle impacter la relation soignant-soigné ?

Tout d'abord, j'ai réalisé des recherches sur Internet et lu divers ouvrages et articles pour acquérir des connaissances sur le sujet et établir un cadre conceptuel. Ces recherches m'ont facilitées la préparation d'un guide d'entretien. Ensuite, j'ai mené des entretiens avec deux infirmières qui m'ont permis de repérer les lacunes dans mon cadre conceptuel. Par la suite, j'ai confronté les idées des auteurs avec celles des infirmières et exprimé mon point de vue professionnel. Ce chapitre a été très instructif car il est lié aux autres parties du mémoire et m'a aidé à me développer en tant que future infirmière. Grâce à ma recherche et à mes stages, j'ai pu développer ma capacité à me positionner et à remettre en question ma pratique professionnelle à partir des connaissances acquises.

En conclusion, ce travail de recherche a été une véritable démarche d'apprentissage et de développement professionnel pour moi. Depuis l'introduction, où j'ai exposé ma motivation à explorer le sujet de l'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation sur la relation soignant-soigné, jusqu'à cette conclusion, j'ai parcouru un chemin de réflexion intense et enrichissant.

En revenant sur les résultats principaux, j'ai pu constater que l'établissement d'une relation de confiance avec les patients et l'annonce d'un cas grave ou un événement traumatique telle que l'amputation n'affecteraient pas la relation entre l'infirmière et le patient. De plus, j'ai pris conscience de la nécessité de reconnaître les émotions de chacun lors de telles procédures, soulignant ainsi l'importance de l'aspect psychologique, physique et social dans les soins infirmiers.

Sur le plan pratique, cette recherche m'a permis de développer des compétences essentielles pour ma future carrière d'infirmière. En surmontant les difficultés rencontrées en écriture et en français, j'ai acquis un regard critique et une capacité d'analyse et de synthèse renforcée. De plus, cette expérience m'a permis de mieux appréhender les défis psychologiques auxquels peuvent être confrontées les personnes amputées, ce qui permettra d'enrichir ma pratique professionnelle à l'avenir.

Enfin, cette expérience de travail de recherche a été marquée par des moments de satisfaction, mais aussi par des défis rencontrés. Néanmoins, elle m'a permis de me développer tant sur le plan personnel que professionnel, renforçant ainsi ma détermination à contribuer de manière significative au domaine des soins infirmiers.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Moley-Massol, I. (2004). *L'annonce d'une maladie : Une parole qui engage*. Saint-Amand-Montrond, DaTeBe.
- Manoukian, A., & Masseur, A. (2001). *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre..
- Touvron, L. (2015). *La relation normée: le surinvestissement dans la relation soignant soigné en tant qu'infirmière coordinatrice*. Médecine humaine et pathologie.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Ruszniewski, M., & Rabier, G. (2015). *L'annonce : dire la maladie grave*. Dunod.
- Tremblay, L. (2002). *La Relation d'Aide : Développer des compétences pour mieux aider*. Chronique Sociale.

Article :

- Dann, M.-P. (2018). L'infirmière et l'annonce d'un diagnostic de maladie grave. *Revue de l'infirmière*, 245, 49-50.

Brochures :

- Haute Autorité Santé (Février,2008) Annoncer une mauvaise nouvelle
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
- Haute Autorité Santé (Mai , 2008) Annoncer une mauvaise nouvelle
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf

Pages Web :

- ADEPA. (s.d.). Les causes de l'amputation. Récupéré le 20 décembre 2023, sur <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/les-causes-damputation/>

- Aubert, C. (s.d.-b). Amputation : de la décision à l'annonce. Récupéré le 20 décembre 2023, sur <https://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Amputation/Amputation-de-la-decision-a-l-annonce>
- HUG. (s.d.-b). Qu'est-ce qu'une amputation ? Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs. Récupéré le 20 décembre 2023, sur <https://www.hug.ch/chirurgie-amputation-membres-inferieurs/qu-est-ce-qu-amputation>
- Yelouassi, E. (2022, novembre 29). Amputation des membres inférieurs : Déroulement, risques et précautions. Récupéré le 20 décembre 2023, sur <https://www.informationhospitaliere.com/amputation-des-membres-inferieurs-deroulement-risques-et-precautions>
- Confiance. (s.d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Récupère le 14 avril 2024 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>

Image :

- PasseportSanté, L. (2022, 13 décembre). *Quel est le rôle d'un aide-soignant ?* Récupéré le 1 mai 2024 <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=quel-role-aide-soignant-epadh-hopitaux>

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe I : Guide Entretien

Annexe II : La retranscription de l'entretien avec IDE 1

Annexe III : La retranscription de l'entretien avec IDE 2

Annexe IV : Les tableaux d'analyse des entretiens

ANNEXE I

Guide Entretien

Bonjour, je m'appelle Elif Gizem SOLAK et je vous remercie de participer à cet entretien. Actuellement étudiante infirmière à l'IFSI Pontchaillou, je réalise cette entrevue dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Mon travail de recherche se focalise sur l'importance de comprendre l'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation sur la relation soignant/soigné.

Afin de garantir l'exactitude de mes recherches et de préserver la qualité des informations que vous partagerez, j'aimerais enregistrer notre entretien. Soyez assurée que toutes les données collectées seront traitées de manière anonyme et confidentielle. L'enregistrement sera utilisé exclusivement à des fins d'analyse pour mon mémoire, et aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée.

Avant de commencer, j'aimerais obtenir votre consentement pour enregistrer cette discussion. Êtes-vous d'accord pour que notre entretien soit enregistré dans le cadre de cette recherche ?

Questions à poser	Objectif du questionnement
1. Pouvez-vous vous présenter en partageant des informations sur votre année de diplôme et en précisant depuis combien de temps vous exercez au sein de ce service ?	→ Collecter des retours de professionnelles ayant des expériences
1. Pouvez-vous partager des exemples de circonstances médicales ou de pathologies pour lesquelles un projet d'amputation peut devenir une option?	→ Obtenir des exemples concrets de situations où l'amputation de l'extrémité inférieure pourrait être considérée comme une décision médicale appropriée
2. Pouvez-vous décrire votre expérience ou vos observations lors de l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur à un patient?	→ Obtenir une compréhension approfondie des défis et des nuances de la relation soignant/soigné dans le contexte spécifique

<p>3. Comment gérez-vous les réactions émotionnelles des patients après cette annonce?</p> <p>4. En quoi consiste la complexité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme l'amputation d'un membre inférieur?</p>	<p>de l'amputation.</p>
<p>5. Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné dans le contexte de projet médical l'amputation d'un membre inférieur?</p> <p>6. Quels sont les défis spécifiques que vous avez rencontrés dans la gestion de la relation soignant/soigné après l'annonce d'un projet médical d'amputation?</p>	<p>→ Fournir des informations afin de comprendre les dynamiques de la relation entre le professionnel de la santé et le patient après l'annonce d'un projet médical d'amputation</p>
<p>7. Comment percevez-vous le rôle de la relation d'aide dans le processus d'adaptation des patients à projet de l'amputation?</p> <p>8. Quelles stratégies d'adaptation avez-vous observées chez les patients et comment les avez-vous soutenus?</p>	<p>→ Obtenir un aperçu de la manière dont la relation d'aide contribue à l'adaptation des patients et comment le professionnel de la santé intervient pour soutenir ces processus.</p>
<p>9. Comment pensez-vous que l'annonce d'un projet médical d'amputation peut impacter à long terme la relation soignant/soigné?</p>	<p>→ Recueillir des informations sur la manière dont le soignant perçoit les conséquences durables de cette annonce sur la dynamique de la relation soignant/soigné</p>

10. Que souhaitez-vous ajouter?

→ Offrir aux infirmières répondant la possibilité de partager des informations supplémentaires, des pensées ou des réflexions pertinentes qui n'auraient peut-être pas été abordées dans les questions précédentes.

ANNEXE II

La retranscription de l'entretien avec IDE 1

ESI : Bonjour, pouvez-vous vous présenter en partageant des informations sur votre année de diplôme et en précisant depuis combien de temps vous exercez au sein de ce service ?

IDE 1 : Bonjour, donc je suis diplômée depuis 2005. Je travaille aussi au CHUdepuis 2006 et j'exerce au sein.. de la chirurgie vasculaire depuis mai 2013 et j'ai intégré l'équipe des consultations plaie depuis.. 2015 environ.

ESI : D'accord, et.. Pouvez-vous partager des exemples de circonstances médicales ou de pathologies pour laquelle un projet d'amputation peut devenir une option?

IDE 1 : Parfois, on est amené à amputer en jambe ou en cuisses un patient.. devant une **dégradation des plaies**, un **patient hyperalgique et surtout devant l'impossibilité de d'avoir une chirurgie adaptée.**

ESI : D'accord.. Et.. Pouvez-vous décrire votre expérience ou vos observations lors de l'annonce d'un projet médical amputation dans membre inférieur à un patient ?

IDE 1 : Eh bien souvent le patient est préparé puisque ça se fait sur plusieurs semaines, plusieurs mois, en fait, il il rentre pour un problème simple à la base et au fur à mesure des mois, les plaies se dégradent malgré les chirurgies qui sont des échecs. Arrive **le jour d'une annonce en fait euuu, et donc le patient est déjà un peu préparé en amont, même si souvent c'est un choc, perdre unnnn un membre.** Enfin, c'est comme un **une des étapes de deuil enfaite, arrive en premier lieu la colère, rarement l'acceptation.**

ESI : Acceptation...mais comment gérez vous les réactions émotionnelles des patients après cette annonce en fait ?

IDE 1 : Donc souvent, bah comme je le disais, c'est y réagissent enfin avec **la colère.** **Forcément ils ils, ils comprennent pas et ils pensent que leur vie est fichue,** entre guillemets. Qu'est ce que je vais pouvoir faire avec une jambe en moins ? Donc nous, l'équipe paramédicale, on est là pour euh **leur donner des exemples, leur citer des gens qu'on connaît.** Qui ont subi la même chose et que avec du recul, ils sont contents, si on peut dire, d'avoir eu ce geste d'amputation, parce que, enfin, ils sont libérés d'une douleur importante. Et **on peut donner des exemples y a des patients qui peuvent reconduire, qui peuvent marcher, avoir une vie entre guillemets normale.** Ils peuvent continuer à vivre en faisant des activités.

ESI : D'accord, juste j'ai petite question parce que je comprends pas la, le mot du fichue, est-ce que tu peux m'expliquer ?

IDE 1 : Parfois Alors les patients disent, **ma vie est fichue**, ça veut dire qu'ils sont bons à rien. Ils vont plus pouvoir être utiles.

ESI : D'accord.

IDE 1 : Leur vie n'a plus de sens, avec une jambe en moins. La première réaction, bien souvent.

ESI : Ah d'accord, je comprends, voilà merci. Euh En quoi consiste la complexité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme l'amputation d'un membre inférieur? Mais vous m'avez déjà répondu un peu, mais ce que vous pouvez ajouter quelque chose ou...?

IDE 1 : **On essaie de leur expliquer qu'il va rester hospitalisé quelque temps et ensuite viendra le moment de d'une rééducation dans un centre adapté où il va réapprendre à se déplacer** Il viendra dans un second temps, l'appareillage, voilà, **il sera hospitalisé quelques semaines et on oublie jamais de leur citer des exemples de passion qu'on connaît qui réussissent à faire beaucoup de choses.**

ESI : D'accord, et Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné dans le contexte de projet médical l'amputation d'un membre inférieur?

IDE 1 : **Je pense qu'il faut qu'il y ait une relation de confiance parce que on est leur confident à ce moment-là, ils se déchargent bien souvent sur nous, c'est à nous de les rassurer de leur donner des expériences de patients connues enfin, qu'on a pu rencontrer sur notre parcours. Et on va les suivre régulièrement en consultation.**

ESI : Quels sont les défis spécifiques que vous avez rencontrés dans la gestion de la relation soignant/soigné après l'annonce d'un projet médical d'amputation en fait surtout pour vous, c'est la confiance en fait?

IDE 1 : Ouais, c'est ça, j'ai pas de défi à nommer. C'est la relation vraiment de confiance. **Faut qu'il se confie à nous, qu'ils hésitent parce que souvent le chirurgien est que de passage, et c'est surtout sur l'équipe paramédicale que le patient va plus s'ouvrir parce qu'on passe plus de temps avec lui.**

ESI : Ouais, d'accord, comment percez-vous le rôle de la relation d'aide dans le processus d'adaptation des patients d'un projet de amputation ?

IDE 1 : Comment on peut les aider, C'est ça la question ?

ESI : oui, comment percevez vous en fait le rôle de la relation d'aide ?

IDE 1 : Ben nous, on est leur guide en fait, vers une nouvelle étape de leur vie. En gros, c'est comme un livre, il y a une page qui se tourne pour en écrire une nouvelle.

ESI : D'accord, et quelle stratégie avez-vous observé chez le patient et comment les avez-vous de soutenu ?

IDE 1 : Comme je disais tout à l'heure, c'est comme des étapes du deuil. Y a la colère, l'acceptation. Enfin, toutes les étapes du deuil, on les retrouve vraiment chez le patient amputé.

ESI : Et Comment pensez-vous que l'annonce d'un projet médical d'amputation peut impacter à long terme la relation soignant/soigné?

IDE 1 : Après quand arrive la l'amputation euh , bien souvent les patients ont les revoit plus en fait ils repartent euh vers une nouvelle vie. Il peut arriver qu'il revienne nous voir tout fier avec leur prothèse et pour eux c'est une victoire et ils sont libérés finalement avec du recul ils disent bah j'aurais peut-être dû le faire avant. Mais c'est tout un cheminement.

ESI : D'accord, et que souhaitez-vous ajouter en fait pour finir ?

IDE 1 : Parfois, il arrive que c'est le patient qui est demandeur d'un geste d'amputation. J'ai, on a actuellement le cas d'un jeune homme. Un accident de la voie publique. Oui, voilà un accident de trottinette contre un poids lourd à l'heure qu'il est , il a une grosse plaie sur sa jambe qui nécessite des soins longs et douloureux. Mais il a toujours pas retrouvé de sensibilité. D'après l'équipe médicale, ce sera sans doute compliqué, mais le patient ce week-end en tout cas était demandeur d'un geste d'amputation.

ESI : D'accord..

IDE 1 : Il a envie d'avancer. Il veut pas rester avec cette jambe qui pour l'instant lui semble inutile. Il préfère un bon appareillage plutôt que des douleurs.

ESI : D'accord, ça duré combien de temps en fait Euh Depuis son hospitalisation..?

IDE 1 : Ça fait trois semaines qu'il est hospitalisé.

ESI : D'accord.

IDE 1 : Une bonne semaine à le riche, mais euhh trois semaines, le quatre janvier même c'était un peu plus d'un mois. L'accident a eu lieu le quatre janvier.

ESI : D'accord.merci beaucoup

IDE 1 : Je vous en prie merci à vous

ANNEXE III

La retranscription de l'entretien avec IDE 2

ESI : Bonjour

IDE 2 : Bonjour Elif

ESI : Euhh Pouvez-vous vous présenter en partageant des informations sur votre année de diplôme et en précisant depuis combien de temps vous exercez au sein de ce service ?

IDE 2 : Alors je suis diplômée depuis 1993 donc ça va faire 31 ans cette année et je travaille en chirurgie vasculaire depuis 24 ans euh depuis euh 2000, donc ça va faire 24 ans cette année. Voilà. Donc j'ai travaillé au tout début en clinique dans la région Brestoise, dans Brest carrément. Euhh par la suite, je suis arrivée sur Rennes en 1998. J'ai fait beaucoup de services dans le CHU avant de vraiment poser mes valises en chirurgie vasculaire en 2000, voilà en gros mon parcours.

ESI : D'accord, et.. Pouvez-vous partager des exemples de circonstances médicales ou de pathologies pour lesquelles un projet d'amputation peut devenir une option?

IDE 2 : Ben.. nous alors on traite beaucoup l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, donc c'est une maladie chronique, donc on va commencer à voir les patients le quand on commence à dilater les artères revasculariser. Mais c'est vrai qu'à un moment donné, donc soit la maladie évolue et on arrive à des stades où il y a plus de. de possibilités chirurgicales pour revasculariser le membre et à ce moment-là, l'amputation peut être proposée, sinon ce sont des des patients alors qui ont souvent d'autres pathologies hein, comme le diabète, l'insuffisance rénale, etc, qui font que ils arrivent avec une plaie. On découvre aussi l'artériopathie, mais la plaie a tellement évolué que y a des risques infectieux ou même y a déjà l'ostéite qui qui est déjà en place. Et c'est vrai que la seule alternative c'est l'amputation pour éviter de de majorer l'infection au niveau du membre ou même parfois par rapport aux douleurs. Le patient il peut être tellement douloureux que il va accepter l'amputation parce que ça va être une délivrance pour lui. Donc voilà en gros, mais c'est souvent en lien avec l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs dans notre spécialité

ESI : D'accord.. Et.. Pouvez-vous décrire votre expérience ou vos observations lors de l'annonce d'un projet médical amputation du membre inférieur à un patient ?

IDE 2 : Euhh .. Alors ce qui se passe c'est que alors y a, y a différentes différentes attitudes que je remarque auprès des patients. y a, y a ceux qui ont bien cheminé, en fait, ils ont, bah ils savent que c'est une maladie qui évolue. Ils ont eu, ils ont leur plaie depuis longtemps et justement ce que je disais c'est que l'amputation va constituer pour une délivrance en fait par rapport à un soulagement par rapport à cette douleur, donc là ils sont préparés, ils sont prêts à passer à autre chose et même ils sont demandeurs. Y a d'autres patients ou en fait on découvre justement cette pathologie artérielle, ils ont bah la plaie et qui traîne avec des des pansements qui sont douloureux et des soins qui sont douloureux depuis longtemps. Et c'est vrai que là, on va observer une sorte de sidération chez eux, ils sont sidérés parce que même si intérieurement ils savent qu'on qu'on va, qu'on va leur proposer l'amputation, le fait d'entendre le mot amputation, Ben c'est, Ça va être un choc pour eux et donc là ça va être et surtout les personnes âgées, je vais dire bon, même même les moins âgées, mais c'est voilà, c'est une sorte d'état de sidération, ils vont rester le regard figé, comme si ils s'arrêtaient net sur ce mot là amputation, c'est simplement le mot hein, simplement et là voilà, il va falloir là les les sortir de de de cet état de de sidération pour mieux leur expliquer, leur dire que la vie continue et que même sans un orteil on peut remarcher, que même sans une jambe tout est possible en rééducation, mais que il va falloir, voilà, passer ces différentes étapes jusqu'à ce qu'ils acceptent ou non. En fait hein, cette étape. Mais voilà, c'est après, Il y a des patients chez qui en fait euh, ils vont refuser parce que ils sont âgés. L'amputation pour eux, c'est un geste barbare et ils veulent partir dans leur intégrité avec avec leurs quatre membres. Donc là ils vont refuser l'amputation.

ESI : Juste euhh Excusez-moi, ça veut dire quoi exactement, barbare ?

IDE 2 : Aa barbare ! En fait, C'est un geste de torture en fait pour moi barbare c'est c'est en fait c'est un geste qu'on qu'on retrouve en temps de guerre. Tu vois les amputations sur les les champs de bataille et c'est c'est vrai que c'est c'est c'est ce qu'on voit parfois même dans les films et ils peuvent pas s'imaginer que en fait on puisse amputer un moment parce que c'est ils, ils ont pas de connaissances amputées, pour eux c'est la découverte et ils savaient pas qu'on pouvait amputer un membre. Donc c'est ça qui qui peut être ouais compliqué à pour eux ouais

ESI : D'accord. Et comment gérez-vous les réactions émotionnelles des patients après cette annonce?

IDE 2 : Alors Ben justement, ce qui est important c'est de les écouter, de bien observer. Alors bon, moi je suis formée en communication thérapeutique et en hypnose donc du coup j'ai appris à observer et observer ce langage non verbal hein, cet état de sidération parce qu'on le voit et c'est vraiment de de les sortir de cette étape pour mieux leur expliquer après Ben ce qui va, ce qui ce qui va se passer parce que oui c'est vrai qu'il va y avoir cette amputation, mais si c'est un orteil vous allez pouvoir remarcher avec une chaussure spéciale ou si c'est en jambe. Il y a des très bons centres de rééducation avec des très

bonnes prothèses et combien et moi souvent je leur fais, Je leur je leur explique que on revoit des patients qui ont été amputés, qui reviennent nous voir sur leurs deux jambes et qui marchent même s'emboîter ou alors j'explique souvent le cas d'une dame de 92 ans qui était revenue nous dire bonjour et qui voilà qui avait été amputé en jambes et elle était revenue nous dire bonjour elle était sans canne et elle marchait. Il y a des patients qui sont repartis à la pêche ils ont été rééduqués, ils refont leur passion, en fait la pêche etcetera. Donc tout est possible mais c'est voilà, il faut une acceptation de cette amputation donc c'est vraiment c'est validé aussi parce que la personne si elle n'est pas bien, voilà on va vous amputer. Puis si toi tu lui dis bah non non tout va bien se passer. Et il faut créer, faut créer le lien avec le patient, c'est plus important, tu crées le lien, il faut valider, valider, bah les émotions parce qu'ils peuvent se mettre à pleurer, il faut valider leur peur, c'est normal d'avoir peur. Moi je serai comme vous. C'est vrai que si on me disait un jour qu'on devait m'amputer une jambe, bah oui j'aurais peur aussi de de l'après. Mais voilà je peux vous expliquer comment ça se passe parce que je travaille dans ce service là depuis longtemps et voilà et ça se passe comme ça et que tout est possible la vie continue. Voilà. Donc ça va être vraiment valider les émotions, valider tout ce que tout, tout, tout ce qu'ils vont dire, reformuler aussi, pour essayer de mieux comprendre ce que eux, ils essaient de comprendre parce que parfois ils disent des choses, mais c'est pas forcément leur pensée. Et puis voilà. Et c'est les aider à cheminer vers l'acceptation.

ESI : D'accord, en fait ma question 5... En quoi consiste la complexité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme l'amputation d'un membre inférieur? En fait. Et est ce que vous voulez dire quelque chose par la la cette question ?

IDE 2 : Ben là c'est vrai que c'est en fait c'est en lien avec notre l'idée qu'on se fait de notre notre notre schéma corporel, on l'a tous pareils et on a notre image corporelle. Et l'image corporelle est différente du du, du schéma corporel et l'image c'est ce que ce qu'on voit de son corps, ce qu'on pense que les autres pensent de notre corps. Et en fait dans l'amputation ce qui est complexe aussi c'est le regard des autres. Et donc c'est les amener aussi à accepter aussi que Ben à un moment donné c'est vrai qu'il y a des gens qui vont regarder aussi ce qui se passe par rapport Bah Ouais il y a au fauteuil, ils ont une jambe. Ben oui mais la vie continue, c'est accepter le regard de des autres personnes. Après la complexité ouais c'est ce que je disais dans la question d'avant, et c'est vraiment c'est la, avec des mots simples, leur dire euh leur dire que tout est possible. Après c'est surtout ça. Moi je dans dans mon expérience de vasculaire que tout est possible. Après on sait très bien que chez les personnes âgées, quand elles vont être amputées en transtibiales ou transfemorales suivant l'âge de la personne, c'est comorbidité que on sait que y a pas forcément de de de prothèse de rééducation et qui vont rester en fauteuil. Donc là c'est vrai que ça va acheminer tranquillement. L'idée c'est de les aider justement à faire tous les transferts, et cetera. On leur explique que voilà, ils vont réapprendre, ils vont-ils vont vivre de façon différente, mais ils vont vivre et c'est ça le plus important. Ils vont continuer à avoir leurs

petits enfants, ils vont continuer à voir leur conjoint et que la vie, la vie continue et même avec une jambe en moins. Et c'est vrai que parce que **c'est tellement mais mais traumatisants finalement une amputation que l'on est tellement focalisé sur ça que on se dit que plus rien n'existe autour,** mais si la vie continue, c'est ça le plus important.

ESI : Euh Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné dans le contexte de projet médical l'amputation d'un membre inférieur?

IDE 2 : Aa très importante comme je disais tout à l'heure, si il faut **créer le lien,** c'est c'est de **relation de confiance** entre nous et puis le patient. Et justement, ça va être en l'écouter, l'observant, en validant toutes ces émotions euhh justement reformuler. Et et peut être dire hein, c'est vrai que si c'est trop dur pour eux, mais oui c'est c'est vrai que c'est très dur, que **c'est c'est vrai que c'est traumatisant, c'est vrai que c'est choquant, mais vous vous allez y arriver, il faut ça voilà tranquillement tranquillement tout va, tout va bien se passer, il faut vous y croyez, faut voilà les mettre en confiance.** Mais il faut créer ce lien si tu crées pas ce lien mais on pourra, on peut rien faire avec nos patients et ça c'est le plus important, créer le lien.

ESI : Euh Quels sont les défis spécifiques que vous avez rencontrés dans la gestion de la relation soignant/soigné après l'annonce d'un projet médical d'amputation en fait ?

IDE 2 : bah les défis c'était de qu'il **qu'ils arrivent plus à se projeter** moi je dirais ne serait-ce une fois c'était une dame hein par rapport à la lettre amputée en jambes et c'était Ben je vais plus pouvoir porter de jupe. Ben si tout est possible, on peut porter une jupe même quand on a une jambe en moins, mais parce qu'elle n'arrivait pas à se projeter du tout. Et, et c'est ce que je te disais tout à l'heure, c'est que là on on peut-on peut tout faire, même avec une en moins, mais tout va dépendre du cheminement qu'on va donner aussi, c'est c'est vrai que perdre un membre, c'est comme c'est, **c'est un deuil en fait, donc on va passer par toutes les étapes du deuil jusqu'à l'acceptation ou pas.** On va prendre à vivre avec mais à partir du moment où on n'accepte plus cette amputation, Ben on va s'autoriser à porter des jupes. On va s'autoriser à montrer justement sa jambe. Et Ben souvent moi je leur dit parce que ben c'est souvent des personnes avec des petits enfants, mais je dis arrête. Vous allez dire que vous avez des jambes de pirate, tu vois, c'est c'est partir sur le monde aussi et leur dire que tout est possible, que voilà la la vie continue, voilà vous avez vos petits enfants, vous allez continuer à vous occuper d'eux, à rire avec eux et et c'est le plus beau des cadeaux en fait, c'est donc ouais c'est ce sont ces défis là, **c'est essayer de surmonter peut-être les les peurs qu'ils ont par rapport à la presse et surtout ça surmonter les peurs,** voilà

ESI : D'accord. Euh comment percevez vous le rôle de la relation d'aide dans le processus d'adaptation des patients d'un projet de amputation ?

IDE 2 : comment percevez vous le rôle de la relation.. elle est hyper importante sur la relation, mais dans tout contexte de soins, c'est de relation là elle va être très importante parce qu'on on est soignant, on est humain. Euhh et c'est vrai que sans cette relation, Ben de toute façon passion il va se retrouver mais complètement démuni et complètement perdu. Et c'est vrai que c'est à nous en fait bah c'est dans notre rôles de soignants, c'est sûrement dans notre rôles propres aussi je dirais. Et c'est de de les accompagner, de les guider et puis de c'est un soin part entière finalement cette relation c'est peut-être qu'il n'est pas quantifié comme il le faudrait que parce que on passe beaucoup de temps avec nos patients à les réassurer prendre ce temps-là, ne serait-ce que parfois ne prendre 2 3 minutes rien que pour les les rassurer, les écouter, écouter même les silences, c'est hyper important et rien que ça. Ben on on gagne du temps pour la suite et finalement ben cet ce rôle de la relation il est il est primordial parce qu'on pourrait pas soigner. On a pas notre place de soignant si on n'est pas. On n'est pas convaincu de ce rôle de la relation. Moi je dirais ouais

ESI : D'accord, vous me déjà répondu un petit peu là prochaine question, mais il faut que je vous pose aussi. Quelle stratégie avez-vous observé chez le patient et comment les avez-vous de soutenu ?

IDE 2 : Mais justement hmm . Quelle stratégie observée chez patient ? Stratégie par rapport à quoi par rapport à...

ESI : En fait, vous observez chez les patients que on était on était annoncé un projet médical amputation, et vous faites comment en fait ? Vous avez quelle stratégie pour approcher le patient..

IDE 2 : Ahh En fait ? Alors c'est c'est en lien avec tout ce que j'ai appris en communication thérapeutique, parce que l'observation va être très importante, observer le langage non-verbal du patient parce que bien souvent il reste figé dans leur peur et ils se sont fixés sur le mot amputation et après ils n' entendent plus rien parce que on est ce que Ben plus rien. C'est c'est prouvé. Plus rien ne va, ne ne va les atteindre parce que ils sont focalisés sur leur peur donc nous quand on est formé en communication thérapeutique, et Ben c'est l'objectif, c'est de les sortir de cette torpeur et de de les aider à à revenir à la réalité de maintenant pour mieux les aider en fait par la suite. Donc il y a plein de techniques hein simplement ça va être de de de se mettre à leur hauteur, de de prendre la même gestuelle. Tu vois tu là tu croise les bras Ben je vais j'ai croisé les bras quand même parce que ça ressemble à ce qu'ils connaissent sur le fait de de de finalement faire du Mirroring et je reformulais aussi peut être bah ça va comment là. Ben si te disent Ben Ouais j'ai peur Ben Ah oui vous avez peur et c'est quoi que vous ressentez quoi ça ?

Ça fait quoi à l'intérieur de vous là ? Eh Ben ça me fait trop peur. Voilà j'ai j'ai peur, je suis pas par exemple j'ai perdu regard des autres. Voilà et c'est c'est de là où on va pouvoir les aider justement en allant un peu plus creuser dans les détails. Donc c'est vraiment beaucoup d'observations, beaucoup de reformulation. C'est utiliser des techniques de communication thérapeutique pour rentrer en communication avec eux. Donc y a plein de techniques qui existent par justement tout ce qui est mirroring. Reformulation. Ça va être simplement peut être toi de moi. Je j'observe mon cœur, la respiration et je parle sur la phase expiratoire du patient, ça va les aider à à s'apaiser et que également tu vois il y a plein de choses qui existent et généralement je tape, je tape dans le mille quoi je j'arrive à à rentrer en communication avec eux et ça c'est très important et les rassurer beaucoup de réassurance et les valoriser aussi hein dans ce qu'ils font parce que voilà je je serais plus bon à rien bah si vous serez bon vous ferez toujours les mêmes choses justement, vous savez que vous en ferait me faire plus de choses, tu vois, c'est voilà, il faut les valoriser aussi.

ESI : Ouais d'accord. Comment pensez-vous que l'annonce d'un projet médical d'amputation peut impacter à long terme la relation soignant/soigné?

IDE 2 : Comment Pensez-vous que l'annonce..

ESI : L'annonce d'un projet médical d'amputation peut impacter à long terme la relation soignant/soigné en fait ?

IDE 2 : Euh Benn là moi je dirais que comme on est dans la relation et que généralement ça se passe plutôt ça se passe plutôt bien, je dirais dans le service, c'est de la relation, elle est pas forcément impactée. Euh, parce qu'elle est plutôt positive. Après je pense à des patients qui n'ont pas ou l'amputation ça a été, il fallait la faire rapidement parce que sinon le pronostic vital était en jeu. Euhh mais c'est des patients qui vont rester, qui vont rester figés en fait mais ça, est-ce que ça va impacter la relation Je j'en suis pas sûre en fait. C'est non. Tu vois, je.. L'impact il va être plutôt positif parce que nous, on va avoir plutôt ce ce rapport à.. avec eux en justement en les aidant à avancer et je me souviens pas avoir vu des patients qui étaient mécontents euh ben c'est dur l'amputation. Mais face aux chirurgiens en face à l'équipe soignante il va ils vont pas leur en vouloir en fait je sais pas si je réponds à la question.

ESI : ouais Ouais, en fait. C'est vous vous pensez en fait..

IDE 2 : Tu vois. Bah j'ai jamais eu de moi, j'ai jamais eu retour négatif d'un patient, d'un patient euhhh amputé. Euhh après les chirurgiens, Ben chirurgiens non plus parce que tout leur a été expliqué. Pourquoi c'est important de le faire après nos chirurgiens, quand ils estiment que l'amputation ne va pas

forcément aider le patient parce qu'on arrive sur des fins de vie, le patient est grabataire. Il doit plus marcher, il marche déjà plus son pronostic vital, il est comme assez raccourci, là il va pas, il va plutôt dire Bah écoutez, on va plutôt s'orienter plutôt vers des soins palliatifs. Je n'ai pas fait pas faire d'amputation, en fait, ils n'ont pas le bistouri facile, ils vont pas dire tiens, je vais l'emprunter parce que voilà. Bah nous on va laisser le patient, Ben il va cheminer tranquillement vers le décès avec toutes les aides antidouleurs. Mais c'est vrai que sinon je vois pas généralement c'est plutôt bien expliqué par les chirurgiens pourquoi c'est nécessaire amputé et que justement par la suite bah les patients ils vont plutôt ils vont revivre aussi parce que y en a qui traînent avec des pansements depuis des mois, avec des douleurs. Et c'est vrai que l'alternative de l'amputation, Ben Ouais, peut-être que si on l'avait fait plus tôt, peut-être que vous n'auriez pas eu toutes ces douleurs aussi, tu vois. Mais ouais, généralement ça se passe plutôt. Je trouve que non, on la au niveau l'impact y a pas d'impact négatif, je dirais

ESI : D'accord,

IDE 2 : Ben. Selon moi

ESI : D'accord. En fait, c'est pour finir notre entretien. Euhh que souhaitez-vous ajouter ? Est-ce que vous avez .. Vous voulez ajouter quelque chose ? Peut être on a pas parlé avant.

IDE 2 : Non non mais c'est vrai que Ben nous l'amputation c'est c'est un un geste quasi quotidien dans notre service qu'on a parfois je dirais on banalise pas mais pour nous ça fait partie intégrante de notre vie et on a le regard. Je dirais, on a le regard plutôt bienveillant envers les patients, euhh un regard où en fait on n'est pas là, à regarder, tu sais c'est pas du voyeurisme et ils sont dans un cocon dans notre service et c'est vrai que quand on leur annonce pas là on les on, on on les peut être, qu'on les protège aussi hein. Mais voilà, on va les préparer aussi à l'après. Mais je sais que quand voilà on a nos étudiants qui viennent, que pour eux c'est parfois c'est c'est choquant, c'est de voir un membre amputé et que justement et sait très bien qu'on est toutes ces personnes qui viennent de l'extérieur pour nous aussi nous nous remettre en question par rapport à jouer, c'est vrai que bah nous c'est c'est notre quotidien. Mais il faut pas oublier quand même que c'est quand même un geste traumatisant et que c'est pas rien ce geste d'amputation et que on a le droit d'être pas bien. C'est pour ça que quand je te dis que c'est important de valider toutes les émotions, toutes les peurs, etcetera, parce que justement le fait que on ait des personnes qui pour qui c'est choquant et alors que nous on c'est notre quotidien, Ben c'est c'est bien de se remettre en question aussi donc. Et ça nous fait changer notre pratique également. Donc après je sais pas quand toi tu étais en stage Elif comment toi tu as perçu tout ça ? Mais je sais pas je trouve que quand même bon et c'est vrai qui sont surprotégés et et que c'est vrai que l'après parfois même Ben pour

eux il y a cette peur de la presse euh quand je vais sortir, voilà c'est je vais à nouveau dans le monde et qu'est-ce qu'on voilà le regard des autres, les paroles des autres tu vois.Ouais

ESI : Ouais bon merci beaucoup.

IDE 2 : Voilà bah écoute, merci elif. J'espère avoir répondu aux questions.

ESI : Oui.Oui

ANNEXE IV

Tableaux d'analyse

Sujet de recherche : l'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur sur la relation soignant/soigné

Question De Départ : En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-il impacter la relation soignant/soigné ?

Objectif 1 : Obtenir des exemples concrets de situations où l'amputation de l'extrémité inférieure pourrait être considérée comme une décision médicale appropriée

Question relancé : Pouvez-vous partager des exemples de circonstances médicales ou de pathologies pour lesquelles un projet d'amputation peut devenir une option?

Perspectives sur les Décisions d'Amputation	IDE 1	IDE 2
La Douleur	- Patient hyperalgique et surtout devant l'impossibilité de d'avoir une chirurgie adaptée.	- Le patient il peut être tellement douloureux que il va accepter l'amputation parce que ça va être une délivrance pour lui

AUTRES	<ul style="list-style-type: none"> - Dégradation des plaies 	<ul style="list-style-type: none"> - L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, - ...autres pathologies hein, comme le diabète, l'insuffisance rénale, etc, qui font que ils arrivent avec une plaie. - La plaie a tellement évolué que y a des risques infectieux ou même y a déjà l'ostéite qui est déjà en place - La seule alternative c'est l'amputation pour éviter de de majorer l'infection au niveau du membre
Nombres d'items	2	5

Objectif 2 : Obtenir une compréhension approfondie des défis et des nuances de la relation soignant/soigné dans le contexte spécifique de l'amputation.

Questions relancés :

1. Pouvez-vous décrire votre expérience ou vos observations lors de l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur à un patient?

2. Comment gérez-vous les réactions émotionnelles des patients après cette annonce?

3. En quoi consiste la complexité de l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme l'amputation d'un membre inférieur?

	Perceptions et Attitudes Face à l'Amputation	Gestion les réactions émotionnelles des patients	La Complexité
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - un choc - étapes de deuil - arrive en premier lieu la colère - rarement l'acceptation - ils pensent que leur vie est fichue 	<ul style="list-style-type: none"> - Leur donner des exemples, leur citer des gens qu'on connaît - On peut donner des exemples y a des patients qui peuvent reconduire, qui peuvent marcher, avoir une vie entre guillemets normale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forcément ils ils, ils comprennent pas - Ils pensent que leur vie est fichue - On essaie de leur expliquer qu'il va rester hospitalisé quelque temps et ensuite viendra le moment de d'une rééducation dans un centre adapté où il va réapprendre à se déplacer.
Nombres d'items IDE 1	5	2	3

<p>IDE 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - une délivrance - un soulagement par rapport à cette douleur - une sorte de sidération - un choc - rester le regard figé - un geste barbare 	<ul style="list-style-type: none"> - c'est de les écouter, de bien observer - Observer ce langage non verbal - Les sortir de cette étape pour mieux leur expliquer ce qui va se passer : si c'est un orteil vous allez pouvoir remarquer avec une chaussure spéciale ou si c'est en jambe. Il y a des très bons centres de rééducation avec des très bonnes prothèses et combien et moi souvent je leur fais, Je leur je leur explique que on revoit des patients qui ont été amputés, qui reviennent nous voir sur leurs deux jambes et qui marchent même s'emboîter - Il faut faut créer, faut créer le lien avec le patient - Il faut valider, valider, bah les émotions parce qu'ils peuvent se mettre à pleurer - Il faut valider leur peur - Valider les émotions, valider tout 	<ul style="list-style-type: none"> - Ce qu'on pense que les autres pensent de notre corps. - c'est le regard des autres. - c'est accepter le regard de des autres personnes. - c'est tellement mais mais traumatisants finalement une amputation que on est tellement focalisé sur ça que on se dit que plus rien n'existe autour, - qu'ils arrivent plus à se projeter - c'est un deuil en fait, donc on va passer par toutes les étapes du deuil jusqu'à l'acceptation ou pas
---------------------	--	--	---

		- c'est essayer de surmonter peut-être les les peurs qu'ils ont par rapport à la presse et surtout ça surmonter les peurs	
Nombres d'items IDE 2	6	8	6

Objectif 3 : Fournir des informations afin de comprendre les dynamiques de la relation entre le professionnel de la santé et le patient après l'annonce d'un projet médical d'amputation

Questions relancés :

1. Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné dans le contexte de projet médical l'amputation d'un membre inférieur?
2. Quels sont les défis spécifiques que vous avez rencontrés dans la gestion de la relation soignant/soigné après l'annonce d'un projet médical d'amputation?

	La relation de confiance
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - une relation de confiance - Je pense qu'il faut qu'il y ait une relation de confiance parce que on est leur confident à ce moment-là, ils se déchargent bien souvent sur nous, c'est à nous de les rassurer de leur donner des expériences de patients connues enfin, qu'on a pu rencontrer sur notre parcours" - Faut qu'il se confie à nous, qu'ils hésitent parce que souvent le chirurgien n'est que de passage, et c'est surtout sur l'équipe paramédicale que le patient va plus s'ouvrir parce qu'on passe plus de temps avec lui.
Nombres d'items IDE 1	3
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - Créer le lien - Relation de confiance - c'est c'est vrai que c'est traumatisant, c'est vrai que c'est choquant, mais vous vous allez y arriver, il faut ça voilà tranquillement tranquillement tout va, tout va bien se passer, il faut vous y croyez, faut voilà les mettre en confiance.
Nombres d'items IDE 2	2

Objectif 4 : Obtenir un aperçu de la manière dont la relation d'aide contribue à l'adaptation des patients et comment le professionnel de la santé intervient pour soutenir ces processus.

Questions relancés :

1. Comment percevez-vous le rôle de la relation d'aide dans le processus d'adaptation des patients à projet de l'amputation?
2. Quelles stratégies d'adaptation avez-vous observées chez les patients et comment les avez-vous soutenus?

	La relation d'aide dans le processus d'adaptation
IDE 1	<ul style="list-style-type: none">- C'est comme un livre, il y a une page qui se tourne pour en écrire une nouvelle- C'est comme des étapes du deuil. Y a la colère, l'acceptation.- On est leur guide en fait, vers une nouvelle étape de leur vie.
Nombres d'items 3 IDE 1	
IDE 2	<ul style="list-style-type: none">- Hyper importante- Très importante parce qu'on on est soignant, on est humain

	<ul style="list-style-type: none"> - On a pas notre place de soignant si on n'est pas - Souvent il reste figé dans leur peur - Ils se sont fixés sur le mot amputation - Ils n' entendent plus rien parce que on est - Se mettre à leur hauteur, de de prendre la même gestuelle - Faire du Mirroring et je reformulais - Beaucoup d'observations, beaucoup de reformulation. - C'est utiliser des techniques de communication thérapeutique pour rentrer en communication avec eux. - C'est très important et les rassurer beaucoup de réassurance et les valoriser aussi
Nombres d'items 11 IDE 2	

Objectif 4 :Recueillir des informations sur la manière dont le soignant perçoit les conséquences durables de cette annonce sur la dynamique de la relation soignant/soigné

Question relancé

1. Comment pensez-vous que l'annonce d'un projet médical d'amputation peut impacter à long terme la relation soignant/soigné?

	La Positivité de la Relation Soignant/Soigné
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - bien souvent les patients ont les revoit plus en fait ils repartent euh vers une nouvelle vie. - Il peut arriver qu'il revienne nous voir tout fier avec leur prothèse et pour eux c'est une victoire
Nombres d'items IDE 1	2
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - la relation et que généralement ça se passe plutôt ça se passe plutôt bien - pas forcément impactée - plutôt positive - je me souviens pas avoir vu des patients qui étaient mécontents - jamais eu retour négatif d'un patient, - ça se passe plutôt. Je trouve que non, on la au niveau l'impact y a pas d'impact négatif,
Nombres d'items IDE 2	6

ABSTRACT

NOM : SOLAK

PRENOM : Elif Gizem

TITRE DU MEMOIRE : L'impact de l'annonce d'un projet médical d'amputation sur la relation soignant-soigné

The impact of the announcement of a medical amputation plan on the caregiver - patient relationship

Présentation synthétique du travail en **Anglais** :

The announcement of an amputation can deeply disrupt a person's life; but how does it affect the relationship between the caregiver and the patient? The announcement of a medical plan for amputation represents a major challenge for both healthcare professionals and the patients involved. Indeed, limb amputation goes beyond a simple surgical operation, involving a complex set of medical, psychological, and social dimensions. It was from a situation that particularly affected me that I decided to work on this subject for my dissertation: How does the announcement of a medical plan to amputate a patient's lower limb impact the caregiver-patient relationship?

To explore this question further, I conducted semi-structured interviews with two practicing nurses in a vascular surgery department and cross-referenced the data collected with theoretical concepts relating to my topic.

Analysis of the data highlights the crucial importance of trust between healthcare professionals and patients in this transition. This relationship of trust enables patients to express their concerns, facilitating effective communication and a better understanding of their needs. Furthermore, it ensures that the patient receives appropriate and effective treatment, providing them with a sense of support throughout their care.

This study highlights the fundamental importance of the relationship of trust in the caregiver-patient relationship when faced with an amputation project.

Présentation synthétique du travail en **Français** :

Une annonce d'amputation peut bouleverser profondément la vie d'une personne ; mais comment affecte-t-il la relation entre le soignant et le patient ? L'annonce d'un projet médical d'amputation représente un défi majeur tant pour les professionnels de la santé que pour les patients concernés. En effet, l'amputation d'un membre va au-delà d'une simple intervention chirurgicale, impliquant un ensemble complexe de dimensions médicales, psychologiques et sociales.

C'est en partant d'une situation qui m'a particulièrement touchée que je me suis décidée à travailler sur ce sujet pour le mémoire : En quoi l'annonce d'un projet médical d'amputation d'un membre inférieur d'un patient peut-il impacter la relation soignant/soigné ?

Pour approfondir cette question, j'ai mené des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières en exercice dans un service de chirurgie vasculaire et croisé les données recueillies avec les concepts théoriques se rapportant à ma thématique.

L'analyse des données met en lumière l'importance cruciale de la confiance entre les professionnels de la santé et les patients dans cette transition. Cette relation de confiance permet au patient d'exprimer ses préoccupations, facilitant ainsi une communication efficace et une meilleure compréhension de ses besoins. En outre, elle garantit au patient de recevoir un traitement approprié et efficace, lui procurant un sentiment de soutien tout au long de son parcours de soins.

Cette étude met en évidence l'importance fondamentale de la relation de confiance dans la relation soignant-soigné confrontés à un projet d'amputation.

KEY WORDS : Amputation / Announcement / Caregiver-patient relationship / Trust / Care

MOTS CLES : Amputation / Annonce / Relation soignant-soigné / Confiance / Soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

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

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021 - 2024