

## **L'accompagnement du patient amputé vers l'acceptation de son nouveau schéma corporel**



### **Travail de fin d'études**

**UE 3.4 S6** : Initiation à la démarche de recherche

**UE 4.8 S6** : Qualité des soins, évaluation des pratiques

**UE 5.6 S6** : Analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles

**UE 6.2 S6** : Anglais

Guidante : Mme Piquet

## **Remerciements**

Je remercie tous les formateurs qui nous ont accompagnés durant ces trois années d'étude, ainsi que tous les professionnels de stage qui nous ont beaucoup appris

Je remercie ma guidante pour m'avoir aidé et suivi tout au long de ce travail

# Sommaire:

Introduction :	1
Situation :	1
Motivations :	2
Questionnement .....	2
Question de départ .....	3
I. Définitions : le patient ayant subi une amputation .....	4
1) Le patient :	4
• Définitions :	4
• Charte du patient hospitalisé :	4
2) L'amputation :	5
• Définitions :	5
• Etiologies :	5
• Epidémiologie :	6
II. Conséquences de l'amputation.....	6
1) Répercussions psychologiques :	6
a) Réactions du patient :	6
○ Traumatisme :	6
○ Les étapes de deuil :	7
○ Les mécanismes de défenses :	7
b) Conséquences sur l'image de soi :	8
○ Le schéma corporel :	8
○ L'image corporelle :	8
○ Distinction entre image et schéma corporel :	9
○ L'estime de soi :	9
○ La dignité :	10
2) Répercussions physique :	11
• La douleur :	11
• Douleurs liées à l'amputation :	11
• Perte d'autonomie :	12
3) Répercussions sociales :	13
• Le Handicap :	13

• Les droits : compensation, logement :.....	13
• La vie sociale : .....	14
III. Accompagnement du patient.....	14
1) Rôle infirmier : .....	14
• Définitions :.....	14
• Rôles : .....	15
• Missions :.....	15
2) Relation soignant-soigné :.....	15
• Relation de confiance :.....	16
• Communication : .....	16
• Accompagnement :.....	17
• Relation d'aide : .....	18
• Ecoute active : .....	18
• Empathie : .....	19
• Authenticité et congruence :.....	19
• Transfert et contre-transfert :.....	20
Analyse :.....	21
Conclusion : .....	26

## Introduction :

Ce mémoire de fin d'étude est l'aboutissement de trois ans de formations en soins infirmiers. En effet, il nous mène à une réflexion sur notre pratique professionnelle en questionnant et en analysant une situation de soins qui nous permettra par la suite d'acquérir des connaissances nouvelles.

Mon travail de fin d'étude se fonde sur une situation d'appel qui s'est déroulée pendant un stage au cours de ma formation. En effet, durant ma première année d'étude, je suis allée en chirurgie vasculaire, j'ai pu m'occuper de nombreux patients ayant subi une amputation. J'ai pu constater que les conséquences de cette intervention sont très difficiles tout autant physiquement que psychologiquement. Je me suis donc posée de nombreuses questions qui m'ont donné la motivation d'approfondir mes recherches concernant l'amputation et ses conséquences.

## Situation :

Je suis étudiante infirmière en première année et je suis en stage durant 5 semaines en chirurgie vasculaire. A ma 2<sup>ème</sup> semaine de stage, je prends en charge un patient, M. B qui a 65ans. M.B est diabétique de type II depuis plusieurs années, il est dans mon service suite à de l'athérosclérose. Cela a comme conséquence une obstruction artérielle et donc une mauvaise irrigation du pied. Des angiographies ont été faites mais son pied continue de se dégrader. Le médecin a demandé une hospitalisation pour M.B afin de suivre l'évolution de son pied.

Lors du pansement, on constate que le pied de M.B est en très mauvais état. En effet, la plaie est nécrosée et très profonde. Nous faisons les pansements tous les 2 jours. M.B est au courant des possibilités. En effet, lors d'une consultation avant l'hospitalisation, le médecin lui a expliqué que soit l'état de son pied allait s'améliorer, soit il allait se dégrader et dans ce cas, l'amputation serait recommandée.

Malgré cette consultation, M.B nous parle très rarement de l'amputation, il semble avoir espoir sur la bonne évolution de son pied. Il est ouvert, souriant et apprécie notre présence.

Après une semaine d'observation, le médecin décide que l'amputation est nécessaire. Lorsque le médecin l'annonce à M.B, il ne réagit pas vraiment, il garde la même expression. Le médecin lui dit que l'opération aura lieu dans 2 jours

Là encore, M.B ne nous dit rien, il ne nous pose pas vraiment de questions sur l'amputation, il reste ouvert et souriant et lorsque nous lui parlons de l'opération, il répond avec détachement.

Je revois M.B à J2 de son opération, je vais l'aider à faire sa toilette avec l'aide-soignante et je vois qu'il est assez fermé et distant, donc je n'insiste pas. On l'installe ensuite au fauteuil et je reviens seule lui mettre son plateau de petit déjeuner. Au moment où j'installe l'adaptable devant lui, il me dit : « attention à mon pied ! ». Sur le moment, je ne sais pas quoi dire, je me suis sentie très gênée, j'ai installé le plateau et je suis revenu le voir après le petit déjeuner.

Il me semble très différent, beaucoup plus renfermé et même un peu désorienté. Il n'a pas l'air d'avoir envie de parler. Lors du pansement avec l'infirmière, il ne nous parle pas et ne regarde pas sa jambe. Lorsqu'on lui demande s'il a des douleurs, il affirme et nous dit que c'est très douloureux.

J'ai essayé de créer un lien de confiance avec M.B, mais il m'a fallu presque 2 semaines avant qu'il me confie ses craintes. Il me dit qu'il n'est plus capable de rien, qu'il n'est même pas capable d'aller seul aux toilettes et que dans ces conditions ça ne sert à rien de continuer. Je lui explique donc qu'il y a beaucoup de solutions et qu'avec le temps il retrouvera de l'autonomie.

Je lui explique également qu'il aura de la rééducation, qu'il apprendra à être plus autonome. Mais je vois que M. B reste renfermé et que c'est encore trop difficile pour lui de se projeter.

M.B m'a semblé un peu isolé, je n'ai pas vu beaucoup de visites mis à part quelques amis. M.B est resté hospitalisé durant un mois avant qu'une place au SSR de Berck se libère.

### **Motivations :**

Lors de ce stage, j'étais en première année, je ne connaissais aucuns soins et je pensais trouver en chirurgie vasculaire beaucoup de pathologies cardiaques. Mais lors de ma première journée, en suivant l'infirmière, j'ai compris que ce service prenait en charge beaucoup de patients amputés.

Cette semaine-là, j'ai eu beaucoup de difficultés lors des soins car je trouvais l'amputation difficile à regarder, je me sentais mal et je ne savais pas comment m'y prendre. Comment aider les patients dans cette situation ? Comment réassurer ces patients alors que c'est si difficile de se mettre à leur place ?

Ce sont toutes ces questions qui m'ont donné envie de faire mon travail sur les patients ayant subi une amputation. Afin de comprendre leurs ressentis, leurs difficultés, mais également pour savoir comment j'aurai du les accompagner et entretenir une bonne relation soignant/soigné avec eux.

De plus, ayant comme projet professionnel de travailler en chirurgie, je pense rencontrer de nombreux patients amputés, il est important pour moi de m'améliorer dans la prise en charge de ces patients afin de pouvoir construire une relation qui pourra les aider.

C'est donc parce que cette pathologie m'a beaucoup questionnée et beaucoup touchée que j'ai décidé de faire mon travail sur ce thème.

### **Questionnements :**

- Comment M.B a-t'il réellement prit l'annonce ?
- Peut-on vraiment être préparé à une telle opération ?
- Le patient s'est-il posé des questions sur l'amputation auparavant ou était-il dans le déni ?

- Comment accompagner le patient lors d'un tel choc psychologique ?
- Quelle image le patient a-t-il de lui-même après une amputation ?
- Comment aider le patient à garder une bonne estime de lui-même ?
- Pourquoi le patient refuse-t-il de regarder sa jambe ? (déli)
- Pourquoi le patient devient plus renfermé ? (déprime, diminution de l'estime de soi)
- De quoi provient la douleur du membre fantôme ?

**Question de départ :**

**Dans quelles mesures l'IDE en chirurgie vasculaire peut-elle accompagner le patient amputé dans une prise en charge de qualité afin qu'il accepte son nouveau schéma corporel ?**

# Cadre conceptuel

## **I. Définitions : le patient ayant subi une amputation**

### **1) Le patient :**

- **Définitions :**

Le patient est au cœur de nos recherches : selon Larousse : « le patient est une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale. »<sup>1</sup>

« La personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique. Envahit d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables »<sup>2</sup>

- **Charte du patient hospitalisé :**

En hospitalier, la charte du patient hospitalisé permet au personnel soignant de connaître les droits des patients. La circulaire DGS/DH/95-22 du 6 mai 1996 a défini la charte du Patient Hospitalisé, modifiée suite à la loi 2002-203 du 4 mars 2002 puis la loi du 2 mars 2006 avec la circulaire no DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 :

Les principes généraux sont définis par cette charte :

- « Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.
- Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.
- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale.
- Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.
- Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.
- La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

---

<sup>1</sup> [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient\\_patiante/58655](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient_patiante/58655) (consulté le 5/03/16)

<sup>2</sup> PAILLARD, Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2<sup>éd.</sup> Editions Setes, 2015.p.281

- Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.
- Le patient a un accès direct aux informations contenues dans son dossier notamment d'ordre médical.
- Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subis. »<sup>3</sup>

Pour une prise en charge de qualité, il est important de connaître les droits des patients, mais également d'avoir des connaissances sur leurs pathologies, donc dans cette situation, il est primordial de comprendre ce qu'est l'amputation.

## 2) **L'amputation :**

- **Définitions :**

L'amputation c'est : «l'ablation d'un segment du membre inférieur en sectionnant l'os et les parties molles »<sup>4</sup>

Il existe de nombreux niveaux d'amputation (annexe 1). Ces différents niveaux sont importants à connaître car les répercussions psychologiques sont différentes en fonction du niveau d'amputation. Dans cette situation le patient a été amputé au-dessus du genou

L'ADEPA est une association de défense et d'étude des personnes amputées. L'ADEPA nous explique en quoi consiste cette chirurgie, en effet le but est de fixer la rotule à l'extrémité du fémur grâce à des vis lors d'une intervention chirurgicale.<sup>5</sup>

- **Etiologies :**

Il y a plusieurs causes possibles d'amputations: les causes traumatiques, les causes pathologiques et les amputations congénitales :

Selon l'ADEPA<sup>6</sup>, les causes traumatiques représentent 20% des amputations, ces causes sont souvent liées à des accidents (voies publiques, domestiques, de travail...). Lors d'un accident les médecins vont d'abord essayer de conserver le membre si cela est possible mais dans le cas contraire, l'amputation est pratiquée d'urgence.

L'ADEPA montre également que 80% des amputations sont liées à des pathologies (plus de la moitié chez les personnes de plus de 65ans). Plusieurs pathologies qui peuvent être en cause : les artérites, les lésions artérielles comme la gangrène ou les ischémies qui sont des causes fréquentes d'amputation. De même, le diabète est souvent en cause car il donne de l'artériosclérose, qui est une maladie dégénérative des artères, l'évolution est lente et conduit à une gangrène ischémique. Le risque d'amputation chez un diabétique est 15 fois plus élevé.

<sup>3</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (consulté le 10/03/16)

<sup>4</sup> Cours UE 2.8 S3 : soins infirmiers patient amputé

<sup>5</sup> <http://www.adepa.fr/reeducation/chirurgie/> (consulté le 10.3.16)

<sup>6</sup> <http://www.adepa.fr/reeducation/les-causes-damputation/> (consulté le 10/03/16)

Selon l'association française des diabétiques : « Il est admis que 10% des diabétiques courent un risque d'amputation. C'est peu et beaucoup à la fois car on dénombre chaque année, en France, près de 10 000 amputations dues aux complications du diabète. On sait qu'un grand nombre de ces amputations pourraient être évitées par plus de prévention, un diagnostic précoce et des soins appropriés. » <sup>7</sup>

Il existe aussi les amputations congénitales, c'est lorsqu'il manque un membre dès la naissance : Pour Bardot et Hindermeyer (1981), la fréquence des grandes agénésies des membres semble se situer autour de 10 à 15 cas pour 100 000 naissances. Ces agénésies correspondent à des malformations dues soit à une cause médicale soit à une anomalie embryonnaire. <sup>8</sup>

- **Epidémiologie :**

L'INVS<sup>9</sup> montre qu'en 2003, 17 551 actes d'amputation des membres inférieurs sur 15 353 patients, donc 26 / 100 000 par an, avec un diagnostic de diabète dans 52% des cas donc une incidence de 184/100 000 chez les diabétiques. Peu de recherches épidémiologiques ont été réalisées suite à cette enquête

Une infirmière se doit donc d'avoir ces connaissances sur l'amputation. Mais il est très important de connaître les risques de l'intervention pour le patient ainsi que les difficultés qu'elle peut engendrer.

## **II. Conséquences de l'amputation**

### **1) Répercussions psychologiques :**

#### **a) Réactions du patient :**

- *Traumatisme :*

Le traumatisme c'est un « ensemble des manifestations locales et générales provoquées par une action violente sur l'organisme et qui engage le pronostic vital ou fonctionnel » <sup>10</sup>

Selon Thines lemp, un traumatisme c'est : « Tout événement subit, brutal, entraînant pour le sujet qui en est victime, des transformations plus ou moins profondes, plus ou moins réversibles » <sup>11</sup>

Pour faire face à un traumatisme tel que l'amputation d'un membre, le patient va passer par les étapes de deuil.

---

<sup>7</sup> <http://www.afd.asso.fr/diabete/complications/pieds> (consulté le 10/03/16)

<sup>8</sup> <http://www.adepa.fr/reeducation/les-causes-damputation/> (consulté le 10/03/16)

<sup>9</sup> [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=4951](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4951) (consulté le 19/03/16)

<sup>10</sup> Cours UE 2.4 S1 sur le traumatisme. Dr Douay B

<sup>11</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/traumatisme> (consulté le 15/03/16)

### ○ *Les étapes de deuil :*

« Le travail de deuil est comparable à la métaphore de la cicatrisation d'une amputation. C'est donc le travail de toute une vie. » (DE BROCA A., 2006).<sup>12</sup>...

...« Selon FREUD, on peut différencier trois phases dans le cheminement du deuil.

- La dénégation : période qui suit le traumatisme, sans prise de conscience de la perte.
- La dépression : période majeure du deuil amenée par l'intégration de la réalité. Elle se traduit par des troubles de l'humeur variables, allant de la colère à la passivité.
- La réaction : marque l'aboutissement du travail de deuil et la reconstruction de l'endeuillé en incluant la perte. »

**Selon Elisabeth Kübler-Ross**, « le sujet passerait par 5 étapes constituant le travail de deuil. Ces étapes ne sont pas toutes vécues nécessairement par tous les patients. Il se peut également que certaines étapes se chevauchent, soient absentes, voir même inversées. »<sup>13</sup>

Il y a une phase de déni qui peut être liée au refus du patient d'accepter sa situation. On peut également constater une phase de colère où le patient se révolte car sa situation est difficile. Puis il peut y avoir une phase de marchandage où le patient a plus ou moins accepté sa situation mais il essaie de gagner du temps. Le patient peut également passer par une phase de dépression où il va se replier sur lui-même. La dernière étape est l'acceptation où le patient accepte sa situation et voit de nouveau sa vie de façon optimiste.

Il faut également noter que chaque personne est différente et ne vit donc pas forcément toutes ces étapes, de même, leur durée est variable d'un patient à l'autre

Les étapes de deuil montre le cheminement par lequel le patient peut passer, et durant ces étapes, le patient va utiliser ce qu'on appelle : des mécanismes de défenses :

### ○ *Les mécanismes de défenses :*

Selon Chabrol, Professeur de psychopathologie à l'Université du Mirail, les mécanismes de défenses sont des « opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. Organisation défensive décrivant des combinaisons de mécanismes de défense, relativement stable et caractéristique de la personnalité d'un sujet, du normal au pathologique »<sup>14</sup>

On peut trouver plusieurs mécanismes de défense : il y a l'**annulation** où le patient nie le diagnostic, et parfois même la **dénégation** lorsque le diagnostic est trop difficile à supporter, le patient préfère ne pas voir la réalité pour éviter d'angoisser. Le patient peut également **s'isoler** afin de rester détaché des événements et même être dans la **régression** et se détacher du monde extérieur. Il peut également **déplacer** son angoisse sur d'autres symptômes ou d'autres problèmes. Et il peut aussi exprimer sa souffrance par de l'**agressivité**.

<sup>12</sup> <file:///C:/Users/margot/Downloads/Limoges-2011- BARBOT- reeducation.pdf>

<sup>13</sup> <http://psychologue-clinicien-toulouse.fr/les-travaux-delisabeth-kubler-ross/> (consulté le 15/03/16)

<sup>14</sup> Cours UE 4.2 S5 sur les mécanismes de défenses. Mme Demarest

Parfois, le patient peut essayer **maitriser** ce qui lui arrive en gérant tous les détails de sa pathologie. Il peut aussi être **combatif** et se surpasser pour faire face à l'altération physique.

Ces étapes de deuils et ces mécanismes de défenses sont utilisés involontairement par le patient pour faire face à la difficulté de leur pathologie et de l'intervention. En effet, l'amputation va bouleverser leur schéma corporel et peut altérer leur estime d'eux-mêmes.

## b) Conséquences sur l'image de soi :

### ○ *Le schéma corporel :*

En 1911, Henry HEAD met en avant un concept qu'il appela « schéma corporel », il le définit comme le « modèle postural de la personne »<sup>15</sup>

Le schéma corporel est une représentation du corps dans l'espace comprenant toutes les parties qui composent ce corps. Cette représentation est faite durant l'enfance et est formée grâce aux sens tel que la vue, l'ouïe et le toucher.<sup>16</sup>

D'après Michel Bernard le schéma corporel a pour but de donner : « la sensation de la position du corps, l'appréciation de la direction du mouvement et le maintien du tonus postural. »<sup>17</sup>

Selon Wallon, la construction du schéma corporel et celle de la perception de l'autre suivent un même mode de développement. Il confère au schéma corporel le sens de représentation globale de la personne.<sup>18</sup>

Le schéma corporel ainsi défini, il est important de comprendre également ce qu'est l'image corporelle :

### ○ *L'image corporelle :*

Schilder, en 1935, parle en premier d'image du corps. Il le définit de cette façon : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »<sup>19</sup>

Selon Lacan, le « stade du miroir » permet à l'enfant de se représenter son corps, cela fait de lui une personne. L'enfant peut donc connaître les limites de son corps par rapport à ce qui l'entoure et à sa relation avec l'environnement. Cela dit, l'image du corps par la personne est subjective.<sup>20</sup>

---

<sup>15</sup> <http://www.slideserve.fr/le-schema-corporel> (consulté le 19/03/16)

<sup>16</sup> WEIL-BARAIS, Annick et CUPA, Dominique. *100 fiches de psychologie*. 2<sup>e</sup> éd. Rosny : Bréal, 2008. p.82

<sup>17</sup> MICHEL, Bernard, *Le Corps*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Le seuil, 1995. p.26

<sup>18</sup> WEIL-BARAIS, Annick et CUPA, Dominique. Op. Cit. p.82

<sup>19</sup> [http://www.psychomove.com/images/ART\\_IMAGECORPS.pdf](http://www.psychomove.com/images/ART_IMAGECORPS.pdf) (consulté le 18/03/16)

<sup>20</sup> REZETTE, Séverine. *Psychologie clinique en soins infirmiers*. 1<sup>er</sup> éd. Issy-les-moulineaux : masson, 2008. P.60

Selon Dolto l'image du corps c'est « la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain. Elle est le lieu inconscient d'où s'élabore toute expression du sujet ; le lieu d'émission et de réception des émois interhumain langagiers »<sup>21</sup>

Catherine Norris en 1978 propose une définition de l'image corporelle : « l'image corporelle est une création sociale ; il y a une étroite indépendance entre l'image corporelle, la personnalité, le moi, l'image de soi et l'identité ; l'image corporelle est une déterminante importante du comportement, l'impact de toute expérience sur la personne humaine est déterminé par l'effet réciproque du niveau de réalité ou de signification, du niveau de fantasme conscient et du ressenti à son sujet et des fantasmes et sentiments inconscients. »<sup>22</sup>

L'un des attributs du corps est « le corps est une représentation de sa propre image, siège des émotions qui se manifestent en interaction avec l'Autre : il traduit sa personnalité par sa manière d'être. »<sup>23</sup>

Il semble intéressant de comprendre la différence entre le concept de schéma corporel et celui de l'image corporelle.

#### ○ *Distinction entre image et schéma corporel :*

Selon P.Schilder, la différence entre schéma corporel et image corporelle est fondamentale en psychologie. Le premier renvoie à un processus à la fois conscient, préconscient et inconscient, la seconde à un processus purement inconscient<sup>24</sup>

« Le schéma corporel se définit comme étant la représentation que chaque individu se fait de son corps, afin de lui permettre de se situer dans l'espace. L'acquisition de ce schéma corporel permet d'établir les frontières du corps et de mieux en situer les limites ; mais cette délimitation se projette aussi hors du corps : dans les vêtements ou dans le reflet du miroir. »

« L'image corporelle diffère du schéma corporel en ce qu'elle correspond à la représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression. Elle se réfère à des échelles de valeurs, esthétiques ou sociales ».<sup>25</sup>

Il y a donc une distinction entre schéma corporel et image corporelle, mais qu'en est-il de l'estime de soi ?

#### ○ *L'estime de soi :*

« L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, il participe à l'équilibre psychique. »

---

<sup>21</sup> REZETTE, Op. Cit. p.60

<sup>22</sup>JONNIAUX, Sandrine, HOF, Franck, DUFOUR, Olivier. L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée. *Revue de soins infirmiers*, 2013, n° 775, p. 27-30

<sup>23</sup> LECORDIER, Didier. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. P.135

<sup>24</sup> WEIL-BARAIS, Annick et CUPA, Dominique. Op. Cit. p.82

<sup>25</sup> <http://www.akadem.org/medias/documents/--CORPS-REPRESENTATION-Doc2.pdf> (consulté le 20/03/16)

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Jean-Jacques Rousseau dit : « nul ne peut être heureux s'il ne jouit de sa propre estime »

Selon Le Robert (2011): « l'estime de soi-même est la juste opinion de soi que donne une bonne conscience »

Selon Larousse (2008) : « c'est l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation des propres valeurs dans tel ou tel domaine »

Selon Bruchon-Schweitzer (2001) c'est « la dimension auto-évaluative de la personnalité relative à la perception que l'individu a de sa valeur. L'estime de soi se développe selon un processus de comparaison sociale qu'effectue l'individu entre lui-même et certains individus de référence (réels ou idéalisés) »

Pour Carl Rogers (1951) et Abraham Maslow (1970), « l'estime de soi correspond pour l'individu à une double nécessité : se sentir compétent et être reconnu par autrui »

Selon Mead (1934), « le soi de l'individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui et qui sont intériorisés »<sup>26</sup>

L'estime de soi est donc la façon que le patient a de se juger. En tant que soignant, nous nous devons de respecter la dignité du patient afin qu'il garde une meilleure estime de lui-même.

#### ○ *La dignité :*

Selon Larousse, la dignité c'est le : « Respect que mérite quelqu'un ou quelque chose »<sup>27</sup>

C'est également : « Un sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui. »<sup>28</sup>

Selon le Nouveau Petit Robert de la langue française (2008) la dignité c'est le « respect que mérite quelqu'un : principe de la dignité de la personne humaine selon laquelle la personne doit être traitée comme une fin en soi. Respect de soi, amour-propre, fierté, tenue »

Kant dit « agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen »

Le mot dignité apparaît dans les lois relatives aux droits des malades : Loi du mars 2002 et la loi du 25/4/2005 ainsi que dans le décret relatif aux actes infirmiers du 29/7/2004.<sup>29</sup>

Les répercussions psychologiques sont conséquentes lors d'une intervention touchant à l'image et au schéma corporel, mais les répercussions physiques ne sont pas négligeables non plus.

---

<sup>26</sup> GUERRIN, Brigitte. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. P.185

<sup>27</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dignit%C3%A9/25525> (consulté le 20/03/16)

<sup>28</sup> <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/dignit%C3%A9> (consulté le 20/03/16)

<sup>29</sup> GRUAT, Florence. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.156

## 2) Répercussions physique :

### • La douleur :

L'international Association for the Study of Pain définit la douleur « comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion »

Il existe trois types de douleurs :

- La douleur aiguë de courte durée : douleur post-opératoire, post-traumatique ou douleurs liée aux soins
- La douleur chronique
- Les douleurs d'origine psychologique.<sup>30</sup>

La douleur est importante à prendre en compte, la prise en charge de la douleur est régie par des décrets. En effet, selon le décret N° 2004-802 du 29.07.04 : Article R. 4311-5 du Code de Santé Publique « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière doit désormais évaluer la douleur sans prescription médicale ». De plus, « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers »

Selon la loi n° 2002--303 du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé : Article L.1110-5 du code de la santé publique : «...Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...».<sup>31</sup>

### • Douleurs liées à l'amputation :

Selon l'ADEPA<sup>32</sup>, il y a différents type de douleurs suite à une amputation :

- Le « membre fantôme » = hallucinose
- La « douleur fantôme » = algohallucinose
- La douleur du moignon

La douleur serait ressentie chez 2/3 des patients ayant été récemment amputés. Elle peut diminuer avec le temps. Ce sont des douleurs pouvant être handicapantes pour certains patients amputés.

L'hallucinose ou membre fantôme est souvent tout le temps présente chez une amputation récente. C'est la perception du membre qui vient d'être retiré. Les sensations de mouvements, ainsi que les sensations intéroceptives et kinesthésiques sont fréquentes.

---

<sup>30</sup> BENHAMOU-JANTELET, Ghislaine. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.158

<sup>31</sup> <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Ptd/institut-upsa-ouvrage-pratique-traitement-douleur-chap-14.pdf> (consulté le 19/03/16)

<sup>32</sup> <http://www.adepa.fr/reeducation/douleurs-liees-a-lamputation/> (consulté le 19/03/16)

L'algohallucinosse ou douleur fantôme, correspond à des douleurs ressenties dans le membre fantôme. Elle affecte 72 % des patients en postopératoire immédiat, avec une persistance au long cours chez la moitié d'entre-eux. Les douleurs sont distales à type de brûlures dysesthésies, crampes, contractures, décharges électriques. Elles ne sont pas constantes, formant un fond douloureux avec des accès paroxystiques spontanés ou provoqués par des facteurs extérieurs.

Les douleurs du moignon, conséquences directes de l'amputation, sont fréquentes. Elles sont liées soit à une pathologie locale du moignon décelable à l'examen clinique, en rapport avec la section de filets nerveux.

Selon Severine Rezette, « Lorsqu'on procède à une amputation, il n'est pas rare que la personne ressente toujours ce membre comme existant. Pour ces personnes, le membre existe toujours dans le schéma corporel, la zone amputée y est toujours représentée. Mais aussi, il existe une mémoire du corps dans laquelle l'image du corps intervient : la personne, dans le refus de son infirmité et de sa difficulté à l'intégrer, reste avec une image d'elle ou toutes les actions sont encore parues afin de préserver la santé psychique ». <sup>33</sup>

« Le membre fantôme peut se comprendre psychologiquement comme une expérience subjective du corps propre qu'une mutilation ne saurait modifier. L'intégrité du monde corporel telle que le sujet en a l'expérience ne peut donc être réduite à une simple donnée neurologique. On ne perçoit pas son schéma corporel comme un ensemble de parties, de membres, mais comme « un tout » unifié indépendamment des modifications dont le corps est l'objet » <sup>34</sup>

- **Perte d'autonomie :**

Il est utile de décrire le concept d'autonomie qui va permettre de comprendre ce qu'est la perte d'autonomie

Le dictionnaire de l'académie française dit que : « une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée », elle se définit également comme « la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales sociales ou économique et de s'adapter à son environnement » <sup>35</sup>

Selon Éric Berne, psychiatre américain, fondateur de l'analyse transactionnelle « L'autonomie correspond à l'utilisation par la personne de ses capacités de conscience, de spontanéité. » <sup>36</sup>

Le principe d'autonomie est maintenu au rang des principes fondamentaux du Code de la Santé Publique.

Il est donc très important de comprendre quelles sont les répercussions physiques et psychologiques pour le patient afin de pouvoir créer une relation d'aide. Mais il ne faut pas oublier les répercussions sociales car vivre avec un handicap est difficile dans la société.

---

<sup>33</sup> REZETTE, Op. Cit. p.59

<sup>34</sup> WEIL-BARAIS, Annick et CUPA, Dominique. Op. Cit. p.82

<sup>35</sup> WARCHOL, Nathalie. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.87

<sup>36</sup> <http://www.infirmiers.com/pdf/Theorie%20de%20soins%20.pdf> (consulté le 20.3.16)

### 3) Répercussions sociales :

- **Le Handicap :**

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114 définit la notion de handicap :

*« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*<sup>37</sup>

Selon Hachette le handicap c'est « ce qui défavorise, met en position d'infériorité. Infirmiété physique et/ou déficience mentale »<sup>38</sup>

« La situation de handicap est donc définie comme une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitude de vie (activités quotidiennes et domestiques, rôles sociaux) compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socio-culturelle, résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités, et d'autre part découlant des caractéristiques de l'environnement »<sup>39</sup>

Il est donc important pour une personne en situation de Handicap d'avoir des aides et des droits.

- **Les droits : compensation, logement :**

Un des principaux apports de la loi de 2005 réside dans la création d'un droit à la compensation, dû par la collectivité, aux personnes en situation de handicap. Son article 11 (retranscrit dans l'article L.114-1-1 du Code de l'Action sociale et des familles) prévoit ainsi que « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

En vertu de l'article L 245-3 du code de l'action sociale et des familles, la prestation de compensation peut être affectée à des charges liées à l'adaptation du logement de la personne handicapée. Le montant maximal qui peut être attribué à une personne handicapée au titre du volet aménagement du logement de la prestation de compensation est de 10 000 € sur 10 ans.<sup>40</sup>

L'allocation personnalisée d'autonomie est affectée à la couverture de toutes les dépenses concourant à l'autonomie de la personne. Cette enveloppe globale peut servir au financement d'aides techniques et d'adaptation du logement, de dépenses de transport ou d'aides à domicile. L'Agence nationale de l'habitat (Anah) peut accorder des subventions. Elle subventionne à hauteur de 70 % dans la limite de 8 000 € HT par logement

---

<sup>37</sup> [http://www.mdpf.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=111&Itemid=82](http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=82) (consulté 20/03/16)

<sup>38</sup> HERNIOTTE, Catherine. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.201

<sup>39</sup> HERNIOTTE. Op. Cit. p.202

<sup>40</sup> [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Hdp\\_logement\\_BAT\\_mise\\_en\\_ligne\\_4\\_fev\\_11.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Hdp_logement_BAT_mise_en_ligne_4_fev_11.pdf) (consulté le 20/03/2016)

Beaucoup de lois ont été créées pour aider les propriétaires, les locataires, les personnes n'ayant pas de logement afin de les aider à mieux gérer leur handicap et à trouver un logement adapté à leur situation.

- **La vie sociale :**

Le Titre IV de la loi de 2005 : Accessibilité

Obligation d'une mise en accessibilité, d'ici à 2015 de l'ensemble des Établissements recevant du public (commerces, écoles, services publics, lieux de culture, de loisirs ...), des réseaux de transport collectif, Obligation de construire les logements accessibles, de réaliser des Plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics...

Toutes ces obligations concourent à permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à une vie sociale la plus complète possible.

De même, le Plan personnalisé de Compensation prend en compte le projet de vie de la personne et permet de financer un accès aux loisirs, à la culture, au sport, aux vacances, etc.<sup>41</sup>

La vie sociale des personnes handicapées pouvant être perturbée, la loi vise à leur donner un accès à toute sorte d'activités sociales.

Nous avons donc évoqué toutes les répercussions que l'amputation peut avoir sur le patient, maintenant nous allons voir comment l'accompagner dans ce moment particulièrement difficile.

### **III. Accompagnement du patient**

#### **1) Rôle infirmier :**

- **Définitions :**

En 1946 l'infirmière : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin » (*Loi du 8 Avril 1946 du Code de la Santé Publique (livre IV, titre II, article L473)*)<sup>42</sup>

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : « Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur

---

<sup>41</sup> [http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=124:inclusion-sociale-et-citoyenne&catid=49&Itemid=89](http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=124:inclusion-sociale-et-citoyenne&catid=49&Itemid=89) (consulté le 20/03/16)

<sup>42</sup> [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste\\_20090007\\_0100\\_0117.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0117.pdf) (consulté le 13/3/16)

projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. »<sup>43</sup>

- **Rôles :**

*Loi du 31 Mai 1978 qui modifie l'article L473* « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu ».<sup>44</sup>

Une infirmière fait des actes sur rôle propre et sur prescription médicale :

Le rôle propre correspond à la fonction autonome de l'infirmier, reconnu par les textes régissant l'exercice de la profession (notamment les articles R-4311-3, R-4311-5, R4311-6) lui permettant de prendre des initiatives et d'accomplir les soins qu'il juge nécessaire dans son champ de compétences.

Le rôle prescrit correspond à l'ensemble des soins qui relèvent de la décision médicale quant à la prescription.

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer des actes soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.<sup>45</sup>

- **Missions :**

Selon **Code de la santé publique - Article R4311-2 (1)** « De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social » ...<sup>46</sup>

L'infirmière se doit donc d'accompagner le patient, de communiquer avec lui afin de l'aider et de l'accompagner au mieux.

## **2) Relation soignant-soigné :**

Certaines atteintes touchant le schéma corporel comme l'amputation, le cancer etc... mettront en danger l'image du corps et le moral du patient si un travail sur la préservation d'une image positive et agréable de lui n'est pas fait. En effet, l'image du corps est fondamental dans la relation et l'échange, donc la relation soignant-soigné peut être perturbée après une telle intervention, il est donc important d'écouter le patient et comprendre comment il se voit après un tel changement<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> Cours UE 3.3 : rôle et missions de l'infirmière. Mme Gravey

<sup>44</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924) (consulté le 13/3/16)

<sup>45</sup> Cours UE 3.3 : rôles et missions de l'infirmière. Mme Gravey

<sup>46</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEX000006072665&dateTexte=20130103> (consulté le 13/03/16)

<sup>47</sup> REZETTE, Op. Cit. p.63

- **Relation de confiance :**

La relation :

Selon le dictionnaire Larousse la relation c'est « l'Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles »<sup>48</sup>

« Relation vient de relatio, nom tiré du supin relatum du verbe referre pour désigner l'action de reporter ou se rapporter. Le mot emprunté comme terme philosophique pour désigner le rapport d'indépendance entre deux choses ou deux personnes dans le mode d'existence, a reçu un sens général, de rapport réciproque entre deux personnes. »<sup>49</sup>

Selon l'Académie française le terme de Philosophie signifie « Le rapport qui est entre deux personnes, entre deux choses qui ne peuvent être conçues l'une sans l'autre, et dont l'une suppose l'autre »<sup>50</sup>

Le terme de confiance :

« La confiance peut être définie comme l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre »

Selon l'ouvrage des concepts en sciences infirmières, la confiance s'éprouve, elle existe dans l'interaction entre les acteurs et elle suppose des mises en situations, la confiance n'existe que parce qu'il y a défiance. L'engagement personnel de l'individu permet l'émergence et l'utilisation de la confiance.<sup>51</sup>

Selon Larousse la confiance c'est le « Sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose »<sup>52</sup>

« La confiance suppose une suspension, du moins temporaire, de l'incertitude par rapport aux actions des autres. »<sup>53</sup>

La relation de confiance serait donc une interaction entre deux individus qui se fient l'un à l'autre. La relation de confiance est très importante dans la relation soignant-soigné, mais il faut également savoir adapté sa communication

- **Communication :**

« La communication est un « échange avec les autres et avec l'environnement, sur un mode verbal ou non-verbal au niveau sensori-moteur, intellectuel et affectifs »<sup>54</sup>

---

<sup>48</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67845> (consulté le 20.3.16)

<sup>49</sup> MOLIERE, Françoise. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.62

<sup>50</sup> [http://french\\_academie.fr/15561/relation](http://french_academie.fr/15561/relation) (consulté le 20.3.16)

<sup>51</sup> MANGEMATIN, Vincent. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.118

<sup>52</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082> (consulté le 20.3.16)

<sup>53</sup> <http://lesdefinitions.fr/confiance> (consulté le 20.3.16)

Le modèle de Shannon définit la communication comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Ce processus repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire. L'émetteur souhaitant donner une information va devoir la traduire en un langage compréhensible pour le destinataire et compatible avec les moyens de communication utilisés : c'est le codage.

Le message ainsi élaboré va être alors émis et véhiculé grâce à un support matériel : le canal de la communication. Il parvient alors au destinataire, le récepteur qui grâce à une activité de décodage, va pouvoir s'approprier et comprendre le message.

Le système pour être pleinement efficace doit prévoir une modalité de contrôle, de régulation et de traitement des erreurs : c'est le feed-back c'est à dire la boucle de rétroaction du récepteur vers l'émetteur.<sup>55</sup>

Le langage non verbal : Langage dit archaïque car le plus ancien. Souvent il renforce et module le discours verbal. Son impact est immédiat. Compréhension plus immédiate que le contenu verbal.

Le langage verbal est conceptualisé par des mots, cependant elle ne consiste pas seulement en l'utilisation de ces mots pour en faire des phrases. Elle s'élabore aussi par l'utilisation de la voix, de la parole et de l'intonation.<sup>56</sup>

La communication permet donc d'échanger avec le patient, ainsi on va pouvoir, si la relation de confiance est faite, accompagner le patient.

- **Accompagnement :**

Selon le Petit Robert, accompagner c'est « se joindre à quelqu'un pour aller là où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener. » ; « Accompagner un malade pour l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie »

Selon Viesperen en 1984, « accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route,, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas »<sup>57</sup>

Selon Margot Phaneuf, « Accompagner quelqu'un, ce n'est pas se placer devant, ni derrière ni à sa place. C'est être à ses côtés pour le soutenir. » Selon elle, l'accompagnement thérapeutique est défini par trois caractéristiques dont l'infirmière doit faire preuve : le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. En effet, il faut « savoir » c'est-à-dire avoir des connaissances professionnelles et également connaître le patient, il faut savoir être professionnel et avoir une

---

<sup>54</sup> UE 4.2 S5 : soins relationnels. Mme Gravey

<sup>55</sup> UE 4.2 S2 : La communication. M.Kamplin

<sup>56</sup> UE 4.2 S5 : soins relationnels. Mme Gravey

<sup>57</sup> MOTTAZ, Anne-Marie. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.42

bonne posture, savoir être présent pour le patient, avoir un bon sens du relationnel et savoir-faire c'est à dire suivre le patient et l'observer afin de comprendre la situation clinique<sup>58</sup>

Pour que l'accompagnement se fasse au mieux, il faut avoir instauré une relation de confiance.

- **Relation d'aide :**

« La relation d'aide se définit comme l'aide psychologique. La relation est le support de l'aide. La relation d'aide, c'est aussi l'engagement dans la voie de l'accompagnement. Elle se réfère à la philosophie humaniste. Cette approche tient compte de la prise en charge de la personne : c'est le prendre en soin du sujet. »<sup>59</sup>

C'est Carl Rogers, un psychologue américain, qui a développé cette notion. La relation d'aide est une relation thérapeutique au sein de laquelle l'aidant est essentiellement tourné vers l'autre, vers son vécu, vers sa souffrance.<sup>60</sup>

Selon Rogers, la « relation d'aide consiste en un accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale. Elle permet de construire un lien support avec le thérapeute (l'infirmière) et s'y référer en cas de difficultés »

Selont Hetu : « la relation d'aide est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète, dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans une autre relation »<sup>61</sup>

« La relation d'aide s'adresse aussi bien à des patients, qu'à leur entourage ou encore à des personnes qui vivent ponctuellement une situation très difficile »

Pour instaurer une relation d'aide, il est important d'écouter le patient pour comprendre au mieux ses souffrances.

- **Ecoute active :**

Selon Carl Rogers « En relation d'aide de type non directif, les techniques primordiales de l'aidant consistent à aider le client à reconnaître et comprendre plus clairement ses sentiments ; ses attitudes et ses formes de réactions, et à l'encourager à en parler »

---

<sup>58</sup> <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/04/Laccompagnement-therapeutique.pdf> (consulté le 20/3/16)

<sup>59</sup> MOLIÈRE, Françoise. Op. Cit. p.62

<sup>60</sup> <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/> (consulté le 21.3.16)

<sup>61</sup> MOLIÈRE, Françoise. Op. Cit. p.63

Selon Kaepelin : « l'écoute devient active avec la parole et la parole en devenant écoutante (c'est-à-dire questionnante, reformulante, encourageante, facilitante pour le locuteur) se fait entendre. »<sup>62</sup>

« L'écoute est souvent synonyme de disponibilité dans le temps, mais aussi de disponibilité intérieure pour être prêt à accueillir ce que dit l'autre. L'écoute est à la fois silence et parole, elle est le silence, mais un silence qui parle de notre ouverture bienveillante à la demande du malade et de sa souffrance. Ce n'est pas le silence froid de la neutralité ou le silence vide de la distraction, mais le silence chaleureux du soignant qui laisse une place au malade, qui lui donne un espace de vie, un pouvoir, et qui lui communique par là son désir d'écouter. »<sup>63</sup>

- **Empathie :**

Selon Le Robert l'empathie c'est la « capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent »

Selon Carl Rogers « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ».

Selon Mucchielli : « on appelle empathie l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre. C'est donc une sorte de sympathie froide, capacité de pénétrer dans l'univers subjectif de l'autre tout en gardant son sang-froid et la possibilité d'être objectif »<sup>64</sup>

- **Authenticité et congruence :**

L'authenticité :

Selon Larousse, c'est « Sincérité des sentiments, vérité d'un témoignage »

« Il s'agit de la capacité de l'aidant de demeurer strictement elle-même au cours de la relation avec l'aidé. Grâce à l'authenticité, le soignant reste transparent, spontané et ouvert, ne cherche pas à présenter une façade artificielle et ne se prétend pas être l'expert de la situation de l'autre. »<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> SIMON, Edith. Op Cit. p.310

<sup>63</sup> <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/> (consulté 21.3.16)

<sup>64</sup> SIMON, Edith. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012. p.168

<sup>65</sup> <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/> (consulté le 21/03/16)

### La congruence :

Selon Rogers, « J'entends par ce mot que mon attitude ou le sentiment que j'éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai. Quand tel est le cas, je deviens intégré et unifié, et c'est alors que je puis être ce que je suis au plus profond de moi-même ». <sup>66</sup>

La relation de confiance permet d'instaurer une relation d'aide qui se caractérise par l'écoute, l'empathie et la sincérité de l'infirmière. Mais la relation d'aide peut être difficile lorsqu'il y a des situations de transfert ou contre-transfert

- **Transfert et contre-transfert :**

« D'un strict point de vue psychologique, le transfert se définit par le processus lié aux automatismes de répétition qui tend à reporter sur des personnes ou des objets apparemment neutres des émotions et des attitudes qui existaient dans l'enfance » <sup>67</sup>

Le transfert se fait de patient à soignant alors que le contre transfert se fait de soignant à patient :

Selon Freud « Notre attention s'est portée sur le contre-transfert qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste » <sup>68</sup>

« Le contre-transfert c'est l'ensemble des sentiments, des ressentis, des réactions que provoque chez vous cette place à laquelle va vous mettre le patient. Vous, avec votre histoire et vos raisons propres d'avoir choisi ce métier d'infirmier, allez avoir des réactions diverses selon ce que vous êtes chacun » <sup>69</sup>

---

<sup>66</sup> [http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/Carl\\_Rogers\\_et\\_la\\_relation\\_d\\_aide-2.pdf](http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/Carl_Rogers_et_la_relation_d_aide-2.pdf) (consulté le 21/03/16)

<sup>67</sup> <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/temoignage/119.htm> (consulté le 21/03/16)

<sup>68</sup> MOLIÈRE, Françoise. Op. Cit. p.325

<sup>69</sup> Cours UE 2.6 S5 : transfert et contre-transfert. M. Soustre

## Analyse :

Pour mon travail de fin d'étude, j'ai décidé de m'intéresser aux patients amputés. En effet, lors de mon stage en chirurgie vasculaire, j'étais en première année et ça a été un stage très éprouvant. Lors de mon premier jour, j'ai eu de nombreuses difficultés. Quand je rentrais dans la chambre des patients pour regarder les pansements, je me sentais très mal. Alors je me suis demandé, qu'est-ce qui est si difficile pour moi et que ressent le patient après un tel changement ?

Ce qui était le plus difficile, c'était de regarder le membre du patient, la plaie est très impressionnante. Je me mettais à la place du patient et je me disais que ça devait être horrible de ne plus avoir de jambe. Et même le fait de voir le moignon : de le voir bouger sans le membre entier me rendait vraiment mal.

Lorsqu'on ne travaille pas dans la santé, on voit rarement des personnes amputées. Pour nous, une personne doit avoir ses quatre membres pour se sentir bien et c'est pour cela que voir un patient avec un membre en moins est si déroutant et difficile.

Lors de la situation avec M.B, nous avons fait sa toilette, et le fait de le voir renfermé m'a beaucoup questionnée. Pourquoi M.B n'est-il pas comme avant ? Pourquoi s'est-il tant renfermé ? Qu'est-ce que je peux faire pour l'aider ? Qu'est-ce que je peux lui dire ?

Il est clair que lorsque le soignant lui-même se sent mal à l'aise, la relation d'aide va être beaucoup plus difficile. Je ne montrais pas à M.B que j'étais bouleversée mais dans ma tête beaucoup de questions se posaient et je faisais un « blocage », je ne savais pas quoi lui dire et comment faire pour créer de nouveau un lien avec lui.

Je pense que le concept d'empathie est très important dans une situation comme celle-ci « percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible [...] comme si l'on était cette personne, sans jamais perdre la condition du comme si ». Il faut donc réussir à comprendre le patient, essayer de se mettre à sa place mais sans oublier que nous ne le sommes pas vraiment.

Mais comment comprendre les émotions du patient alors que nous sommes nous-même submergés par les émotions ?

C'est pour cela que j'ai défini le contre transfert, selon Freud le contre-transfert c'est ce que nous renvoie le patient sur nos sentiments inconscients. C'est donc toutes les émotions que le patient va nous transmettre à travers sa situation. D'où l'importance de distinguer nos sentiments et ceux du patient.

Je n'ai pas défini la distance professionnelle dans mon travail, alors que c'est sans doute un des points les plus importants pour créer une relation d'aide et de confiance. En effet, il ne faut pas être trop touché car cela va nous empêcher de prendre en charge le patient mais il ne faut pas non plus être trop distant parce que dans ce cas on va éviter les ressentis du patient et on ne va pas pouvoir l'aider.

Pour ma part, lors de la situation, j'ai pris trop de distance envers le patient, car je ne lui ai pas beaucoup parlé, je n'ai pas su créer un lien. En effet, la situation a été trop bouleversante, je me suis donc mis des barrières.

Il est donc important, dès le début, de prendre une juste distance qui va nous permettre de comprendre le patient, de le connaître, sans être bouleversée pour créer une relation d'aide.

Mais comment rester objective et comprendre ce que le patient ressent réellement, sans confondre avec nos ressentis à nous ?

Lors de la toilette de M.B, je me suis dit que ce qui devait être dur pour lui c'est le fait de se voir avec une jambe en moins, le fait d'être différent d'avant. Je ne lui ai pas demandé ce qu'il ressentait, j'ai directement associé mes sentiments à ceux du patient.

J'ai basé mon attention sur les conséquences psychologique que pouvait avoir l'amputation sur le patient. Mais est-ce que c'était vraiment représentatif de ce qu'il pensait ?

En outre, il ne faut pas que nos ressentis nous empêchent de comprendre réellement le patient. Il ne faut pas que l'idée que l'on se fait de ses souffrances nous bloque, au contraire, il faut communiquer avec le patient pour qu'il nous fasse part de ses difficultés et qu'on les prenne en compte afin de l'aider en fonction de ses besoins à lui.

Donc la question importante qu'il faut se poser c'est : comment aider au mieux le patient qui a subi une amputation ?

Tout d'abord, nous devons écouter le patient afin de comprendre pourquoi il se sent mal. Dans cette situation, M.B est renfermé, il ne communique pas beaucoup verbalement mais on peut essayer de comprendre au travers de ses regards et de ses mouvements ce qu'il ressent en utilisant la communication non verbale. J'étais perturbée durant la situation, je n'ai pas vraiment pensé à observer le patient mais cela est vraiment important. En effet, si le patient réagit lorsque l'on touche son moignon, ça peut être parce que c'est douloureux, s'il tourne le regard ça peut être la peur de regarder... Il est primordial d'observer tous les petits détails pour essayer de le comprendre au mieux.

La communication verbale est également importante. On va demander au patient comment il se sent et surtout on va l'écouter afin de prendre en compte tout ce qu'il dit, ainsi que les silences, les pleurs. Comme le dit Rogers l'écoute sert à reconnaître plus clairement les sentiments, les attitudes et les réactions du patient et l'encourager à en parler. Il faut donc le laisser s'exprimer comme il peut et ensuite agir en fonction de ce qu'il nous confie.

Pour avoir plus d'informations sur les différentes réactions des patients, j'ai interrogé des professionnels de santé : une infirmière de chirurgie vasculaire et une infirmière de service de rééducation. Cela m'a apporté de nouvelles connaissances et de confronter ce que je pensais avec leurs avis.

Nous avons étudié les différentes conséquences de l'amputation sur le patient. En effet, la perte d'un membre engendre de nombreuses répercussions qu'il faut prendre en compte. De plus, comprendre leurs difficultés va faciliter la relation d'aide et de confiance

Psychologiquement, cela est très difficile pour le patient. En effet, c'est une chirurgie brutale, même si le patient est prévenu à l'avance, il va se réveiller avec un membre en moins et il ne pouvait pas s'y préparer, le premier regard sur sa jambe va donc être très difficile. L'infirmière de chirurgie est d'accord sur le fait qu'un patient ne peut être réellement préparé à ce changement corporel : « je pense qu'on est jamais prêt à avoir un truc comme ça ». Le schéma corporel c'est la représentation du corps que l'on s'est faite depuis l'enfance, le fait de perdre une partie de ce corps est donc impensable, ce qui explique pourquoi c'est si compliqué de s'y préparer.

Lors du premier pansement M.B détournait le regard, il ne voulait pas voir tout de suite son membre sans le pansement. En effet, il a déjà vu dans un premier temps l'absence de son membre, il va donc lui falloir du temps pour accepter la vue de la plaie et de son membre à découvert. En effet, d'après l'infirmière de chirurgie, le pansement cache le moignon, et le regard du moignon est une étape supplémentaire pour le patient, elle nous dit même que « lors des premiers pansements, certains patients pleurent ». C'est une étape très éprouvante pour le patient.

En ce qui concerne les difficultés psychologique, nous allons devoir déceler ce qui est le plus dur pour le patient sur le moment-même. S'il va mal psychologiquement, pourquoi ? Est-ce le regard des autres ? Est-ce la perte de l'estime de soi dû à la nouvelle image corporelle? Est-ce dû la perte d'autonomie ?

Dans notre situation, après quelques semaines le patient nous dit qu'il se sent inutile et qu'il n'arrive plus à faire des choses seul. La perte d'autonomie est donc sa principale difficulté à ce moment-là, on peut donc observer que les conséquences physiques de l'intervention ont des conséquences sur son moral, les conséquences physiques et psychologiques sont donc liées. C'est pour cela qu'il est très important d'avoir un regard global sur la situation.

Mais comment aider le patient à se sentir mieux ?

Pour aider M.B à se sentir mieux, nous avons tout de suite pensé à le rassurer, en lui disant qu'à l'avenir il retrouverait de l'autonomie grâce à la rééducation, qu'il remarquera grâce à des prothèses et que ça ira mieux. Cela avait pour but de le motiver à s'en sortir mais les professionnels n'ont pas tous le même point de vue à ce sujet. Certains disent qu'il faut leur donner de l'espoir comme j'ai pu le faire, mais d'autres disent qu'il ne faut surtout pas s'avancer car rien ne dit qu'ils pourront remarquer avec des prothèses et qu'il ne faut surtout pas leur donner de faux espoirs.

En bref, il n'y a pas de règles précises sur l'accompagnement du patient, c'est à nous de voir ce que nous pouvons faire. C'est en fonction de chaque patient et de leur situation, il faut s'adapter.

Mais pour réussir à faire en fonction du patient il faut apprendre à le connaître ... Mais pourquoi les patients mettent-ils du temps pour se confier à nous ?

Lorsque M.B a appris qu'il allait être amputé il a tout d'abord ignoré l'annonce, il n'a pas vraiment réagit et a continué à agir comme avant, ensuite lorsque M.B est revenu du bloc opératoire, il s'est complètement renfermé et ne parlait plus. Cela confirme l'explication d'Elizabeth Kubler-Ross sur les étapes de deuils. En effet, elle dit que les patients passent par plusieurs étapes avant l'acceptation de la pathologie. Selon moi, les étapes de deuils sont très théoriques, chaque patient est différent, ils ont tous un caractère différent et donc ne passeront pas par les mêmes étapes. Les professionnels, eux, pensent que les patients ne passent pas par toutes les étapes et surtout, n'acceptent pas tous leur pathologie. Ça serait donc plutôt des mécanismes de défenses qui permettent aux patients de faire face. M.B était tout d'abord dans le déni, évitant de penser à ce qui allait lui arriver et pour ne pas se sentir mal, puis il s'est renfermé, ce qui peut être lié à de l'évitement, à de la tristesse, mais il cache cela en se renfermant sur lui-même. C'est donc à nous d'apprendre à le connaître pour essayer de comprendre où il en est. Si M.B ne s'est pas confié, c'est sûrement pour essayer de moins souffrir. Le fait qu'il se remette à s'ouvrir à nous montre qu'une nouvelle étape est franchie et que nous allons pouvoir essayer d'avancer ensemble.

Il est évident que les conséquences psychologiques sont très importantes pour le patient, mais lors de mon travail je me suis aperçue que les conséquences physiques sont toutes aussi importantes, ainsi que les conséquences sociales.

En effet, durant les premières semaines de son hospitalisation, M.B nous dit qu'il est douloureux, je n'ai pas cherché à en savoir plus, je me suis dit qu'il avait mal et qu'avec les traitements ça allait passer. Mais la douleur est quelque chose à ne pas négliger après une amputation. Tout d'abord la douleur nociceptive est très intense car l'intervention est lourde et la plaie est conséquente. Mais il y a aussi la douleur du membre fantôme. L'infirmière de chirurgie dit que les patients en ont « à chaque fois, c'est plus ou moins prononcé mais c'est à chaque fois ».

Nous nous sommes interrogés plus précisément sur la douleur du membre fantôme afin de mieux la comprendre, c'est lié au fait, selon Severine Rezette que le patient ait enregistré son schéma corporel, donc pour lui son membre est toujours là et les douleurs se ressentent encore. Nous avons interrogé les professionnels sur ce sujet et l'infirmière de chirurgie nous a donné une définition assez claire du phénomène : « le cerveau c'est comme un ordinateur, il enregistre la douleur que les patients avaient lorsqu'ils avaient leur membre, donc même après l'amputation, ils vont ressentir encore cette douleur car elle est enregistrée » Dans leur service, ils essaient donc de diminuer au maximum la douleur avant l'amputation afin qu'ils aient le moins possible enregistré la douleur. Mais ça ne fait pas très longtemps que les protocoles sont mis en place, donc la majorité des patients qu'ils ont dans leur service ressentent cette douleur. Pour les traiter, les médecins prescrivent des traitements tels que le Lyrica et le Neurontin. Je ne connaissais pas bien ce type de douleur, les auteurs et les professionnels m'ont permis de mieux comprendre son mécanisme.

Cette douleur du membre fantôme peut être présente de quelques semaines à quelques années, ils ressentent des sensations de décharge électrique, de brûlure voire d'oppression avec l'impression d'avoir un poids sur leur pieds. Des séances d'hypnoses sont proposées dans ce service de chirurgie.

La douleur entraîne une baisse d'espoir et d'envie chez les patients car ils souffrent énormément, et cela entraîne des conséquences sur leur vie en général.

M.B ne nous a pas précisé si la douleur qu'il ressentait était une douleur du membre fantôme, mais je sais qu'il ressentait encore son membre, comme lorsqu'il m'a dit « attention à ma jambe », ça arrive même, selon les professionnels, que les patients se lèvent et chutent car ils ont « oubliés » qu'ils leur manquaient un membre. Ces chutes retardent la cicatrisation et c'est très difficile psychologiquement, car c'est souvent à ce moment qu'ils se rendent compte de leur handicap.

Le handicap c'est la limitation de toute activité ou participation à la vie en société. Il est donc très important de prendre en compte la vie du patient : s'il travaille, s'il a des loisirs, fait du sport, s'il a des enfants en bas âge.

C'est une chose que je n'ai pas pris en compte avec M.B, mais pourtant même si nous sommes qu'au tout début de l'intervention, on s'est rendu compte que c'est important. En effet, c'est à ça que le patient va se raccrocher. C'est son avenir, va-t-il pouvoir vivre comme avant ? Va-t-il pouvoir retrouver ses activités ?

M.B était sans doute à la retraite puisqu'il a 65ans, mais il était peut être habitué à faire un sport toutes les semaines, peut-être avait-il des petits enfants qu'il emmenait chaque semaines pour faire des activités. Je ne sais pas comment était sa vie, mais c'est quelque chose que nous aurions dû prendre en compte.

De plus, la famille est très importante pour que M.B arrive à avancer, pour qu'il soit soutenu. Je me rappelle avoir vu quelques visites mais je n'ai pas fait attention à qui c'était pour lui. Selon les professionnels, les familles sont importantes pour motiver le patient et c'est vrai que lors de mes stages j'ai pu remarquer que les patients qui sont entourés se sentent beaucoup plus serein et rassurés qu'une personne qui vit seule... La famille est donc un élément à prendre en compte pour l'avenir du patient.

Pour une prise en charge de qualité il faut donc prendre en compte tous les détails de la vie du patient, sa vie d'avant, sa vie familiale ainsi que ses activités. Et il faut comprendre ses souffrances actuelles. Mais pour que cela soit le plus précis possible il faut un travail en équipe.

En effet, le travail d'équipe va permettre à chacun d'obtenir des informations et de les rapporter lors des transmissions. Cela va permettre d'en connaître le plus possible sur le patient. Cela ne concerne pas seulement l'équipe infirmière mais toute l'équipe soignante : les aides-soignantes, les ASH, les médecins, les psychologues, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les étudiants...

Tous les professionnels que j'ai pu interroger m'ont confirmé que la base d'une bonne prise en charge c'est de travailler en équipe. En effet, le patient va peut-être plus facilement se confier à l'aide-soignante qu'à nous, ou il va dire des choses différentes à la psychologue. Toutes les informations vont être importantes à connaître pour aider au mieux le patient.

## **Conclusion :**

Ce travail m'a permis de comprendre que pour aider un patient il faut savoir se positionner, trouver une bonne distance professionnelle : ne pas être trop distante ni trop émue afin de comprendre au mieux les souffrances du patient. Il faut également savoir travailler en équipe pour avoir toutes les informations importantes sur lui.

Il ne faut pas que nos émotions nous empêchent de voir la situation dans sa globalité. En effet, il est très important de tout prendre en compte afin d'aider le patient en fonction de ses besoins à lui. Dans cette situation, je me suis axée sur le schéma corporel car c'est ce qui m'avait le plus touchée mais en faisant ce travail je me suis rendu compte que tous les facteurs sont à prendre en compte pour accompagner le patient : la douleur physique et morale, le côté social avec la famille et les activités du patient. Si je devais refaire mon questionnement, je le ferais ainsi :

Dans quelles mesures une infirmière en chirurgie vasculaire peut-elle accompagner le patient et son entourage face à la douleur physique et morale dû à l'amputation vers un mieux-être ?

# **Bibliographie**

## **Ouvrages :**

- WEIL-BARAIS, Annick et CUPA, Dominique. *100 fiches de psychologie*. 2<sup>e</sup> éd. Rosny : Bréal, 2008.
- MICHEL, Bernard, *Le Corps*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Le seuil, 1995.
- REZETTE, Séverine. *Psychologie clinique en soins infirmiers*. 1<sup>er</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2008.
- LECORDIER, Didier. *Concepts en sciences infirmières*. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet conseil, 2012.
- PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 2<sup>e</sup> éd. Editions Setes, 2015.

## **Périodique :**

- JONNIAUX, Sandrine, HOF, Franck, DUFOUR, Olivier. L'image corporelle perturbée, pour la clinique centrée sur la personne soignée. *Revue de soins infirmière*, 2013, n° 775, p. 27-30

## **Cours IFSI :**

- Cours UE 2.8 S3 : soins infirmiers patient amputé. M. Catelain
- Cours UE 2.4 S1 sur le traumatisme. Dr Douay B
- Cours UE 4.2 S3 sur les mécanismes de défenses. Mme Demarest
- Cours UE 3.3 S3 : rôle et missions de l'infirmière. Mme Gravey
- UE 4.2 S5 : soins relationnels : communication. Mme Gravey
- UE 4.2 S2 : La communication. M.Kamplin
- Cours UE 2.6 S5 : transfert et contre-transfert. M. Soustre

## **Webographie :**

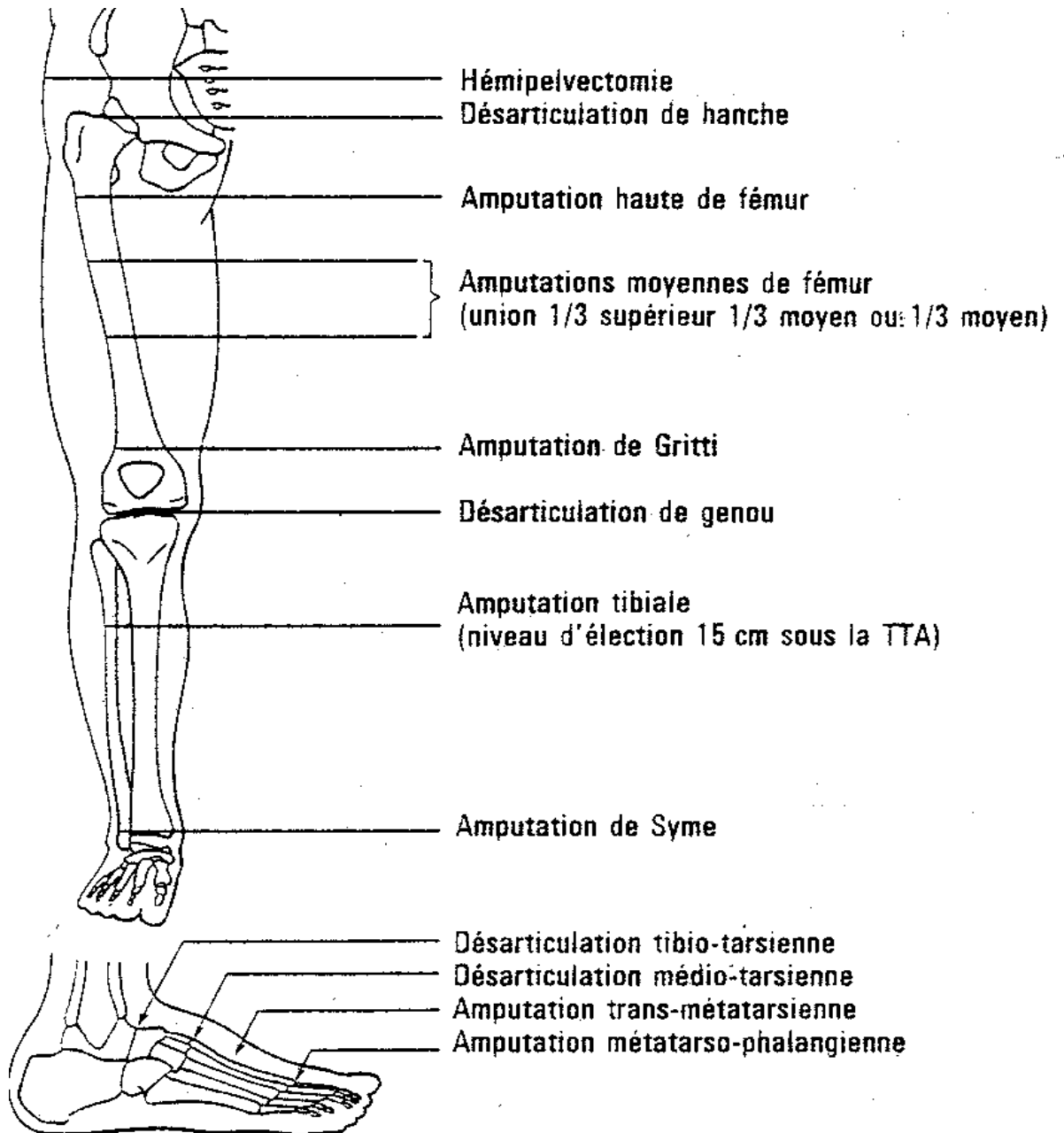
- <http://www.hug-ge.ch/>
- [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient\\_patiente/58655](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient_patiente/58655)
- <http://www.cnrtl.fr/>
- [file:///C:/Users/margot/Downloads/Limoges-2011-\\_\\_BARBOT-\\_reeducation.pdf](file:///C:/Users/margot/Downloads/Limoges-2011-__BARBOT-_reeducation.pdf)
- <http://psychologue-clinicien-toulouse.fr/les-travaux-delisabeth-kubler-ross/>
- <http://www.adepa.fr/>
- <http://www.afd.asso.fr/>
- <http://opac.invs.sante.fr/>
- <http://www.slideserve.fr/le-schema-corporel>
- [http://www.psychomove.com/images/ART\\_IMAGECORPS.pdf](http://www.psychomove.com/images/ART_IMAGECORPS.pdf)
- <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/Laccompagnement-therapeutique.pdf>
- <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/>

- [http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/Carl\\_Rogers\\_et\\_la\\_relation\\_d\\_aide-2.pdf](http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/Carl_Rogers_et_la_relation_d_aide-2.pdf)
- <http://www.akadem.org/medias/documents/--CORPS-REPRESENTATION-Doc2.pdf>
- <http://www.infirmiers.com/pdf/Theorie%20de%20soins%202.pdf>
- [http://french\\_academie.fr/academic.com/15561/relation](http://french_academie.fr/academic.com/15561/relation)
- <http://lesdefinitions.fr/confiance>

### **Textes législatifs :**

- [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf)
- <http://www.mdpf.fr/>
- [http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Hdp\\_logement\\_BAT\\_mise\\_en\\_ligne\\_4\\_fev\\_11.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Hdp_logement_BAT_mise_en_ligne_4_fev_11.pdf)
- <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- <http://www.institut-upsa-douleur.org>

## Annexes:



## **Grille d'entretien chirurgie vasculaire :**

Thème : la prise en charge du patient amputé et l'acceptation de son nouveau schéma corporel.

- Depuis combien de temps êtes-vous infirmière ? Depuis combien d'années exercez-vous dans ce service ?
- Quelle est, selon vous, la cause la plus fréquente d'amputation ?
- Quelle est la cause que vous recevez le plus dans votre service ?
- Comment se déroule l'annonce de l'amputation ?
- Pensez-vous que les patients peuvent être préparés à cette intervention ?
- Les patients passent-ils par toutes les étapes de deuils ?
- Selon vous, les patients acceptent-ils tous leur maladie ?
- Comment se déroule les premiers pansements dans votre service ?
- Est-ce qu'il y a beaucoup de patients qui ont des douleurs du membre fantôme ?
- Que signifie pour vous l'accompagnement ?
- Quels sont les professionnels qui travaillent avec vous ?
- Avez-vous déjà eu des situations difficiles que vous n'avez pas su gérer ?
- Comment réussissez-vous à établir une relation d'aide et de confiance ?
- Comment vous, personnellement, vous vivez la prise en charge de l'amputation ?

## Grille d'entretien SSR 1 :

Thème : la prise en charge du patient amputé et l'acceptation de son nouveau schéma corporel.

- Depuis combien de temps êtes-vous infirmière ?
- Depuis combien d'années exercez-vous dans ce service ?
  
- Recevez-vous beaucoup de patient amputés dans votre service ?
  
- Combien de temps en moyenne les patients restent-ils en rééducation ?
  
- Comment voyez-vous l'amputation ? Comment vous la définiriez ?
  
- Quels sont les moyens mis en place dans votre service pour gérer la douleur du patient ?
  
- Comment voyez-vous l'accompagnement de patients amputé ? Que mettez-vous en place ?
  
- Quels sont les moyens mis à disposition dans votre service pour accompagner au mieux le patient ?
  
- Les patients parlent-ils facilement de leur amputation avec vous ? Ou est-ce que cela prend du temps ?
  
- Quel rôle avez-vous dans l'acceptation de son nouveau schéma corporel ? Que mettez-vous en place pour l'aider ?
  
- Pensez-vous que le temps d'hospitalisation est suffisant pour que le patient accepte sa pathologie ?

## **Grille d'entretien SSR 2 :**

Thème : la prise en charge du patient amputé et l'acceptation de son nouveau schéma corporel.

- Depuis quand êtes-vous diplômée ?
- Comment se déroule l'annonce de l'amputation
- Quel est le rôle de l'infirmière au moment de l'annonce ?
- Comment est vécue la réalisation du premier pansement ?
- Est-ce que beaucoup de patient ressentent la douleur du membre fantôme ?
- Comment gérez-vous cette douleur ?
- Est-ce que les patients comprennent cette douleur ?
- Comment est vécue l'amputation par le patient ?
- Avez-vous été confronté à des interrogations de patient qui vous ont mis en difficultés ?
- Estimez-vous que la formation IFSI à suffit pour savoir-faire face à ces situations ?
- Y a-t-il un projet de soin individualisé pour la sortie du patient ?
- Qui participe au projet de soins ?
- Comment définiriez-vous l'accompagnement du patient ?
- Les patients passent-ils tous par les 5 étapes de deuils ?
- Que peut-on dire aux patients qui vont mal pour les rebooster ?

GOMER ROMIO

Margot

Promotion 2013/2016 Septembre

L'accompagnement du patient amputé vers l'acceptation de son nouveau schéma corporel

17 mai 2016

**Mots clés :** amputation, estime de soi, image corporelle, douleur du membre fantôme, handicap, accompagnement, communication.

**Résumé :**

J'ai choisi de travailler sur l'accompagnement des patients amputés en service de chirurgie.

La question que je me suis posée lors de mon stage c'est : comment une infirmière en chirurgie vasculaire peut-elle accompagner le patient amputé dans une prise en charge de qualité afin qu'il accepte son nouveau schéma corporel ?

Dans ma première partie j'ai expliqué ma situation, mes questionnements par rapport à cette situation et mes motivations. Dans ma deuxième partie, j'ai défini les principales conséquences de l'amputation pour le patient : les conséquences psychologiques comme la perte d'estime de soi, la modification du schéma corporel, mais aussi les conséquences physiques comme la douleur du membre fantôme, la perte d'autonomie et les conséquences sociales principalement sur le handicap. Dans la dernière partie, j'ai défini les concepts sur l'accompagnement du patient : la relation d'aide, la relation de confiance, l'écoute... Et pour finir j'ai fait une analyse en confrontant mon expérience avec celle des professionnels

Cela m'a appris qu'il est très difficile de prendre en charge des patients amputés. Il ne faut pas que nos émotions nous empêchent de voir la situation dans sa globalité. En effet, il y a beaucoup de facteurs à prendre en compte pour pouvoir aider les patients : la douleur physique et morale et le côté social avec la famille et les activités du patient.

**Key words :** amputation, self-esteem, body image, phantom pain, handicap, nurse patient, communication

**Abstract :**

I chose to work on how to assist an amputee in a surgery unit.

My question during my practical was: How a nurse in vascular surgery unit can support an amputated patient in a quality care so that he accepts his new body image?

In my first paragraph, I explained my situation, my questions about this situation and my motivations. In the second part I defined the main consequences of amputation for the patient: the psychological consequences: loss of self-esteem and autonomy, body modification, phantom limb pain; and the social consequences: the handicap. In the last part, I defined the care concept: social connections, trust relations, attention...

To conclude, in my analysis, I compared my experience with the professionals' one.

I learned that it's hard to be in charge of amputated patients. Our emotions must not prevent us from seeing the whole situation. Indeed, I had to consider lots of factors in order to help patients : physical and mental pain and social side with the family and the patient's activities

