



## En quête d'un nouveau départ, vers l'accompagnement d'une nouvelle image corporelle



### Travail de fin d'études

UE 3.4 : Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

*« 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

# Remerciements

Avant même de commencer, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu, encouragée et qui ont contribué de prêt ou de loin à l'aboutissement de ce Travail de Fin d'Études :

Tout d'abord, je souhaite remercier mon cadre de suivi pédagogique, Monsieur WINUM Gérald, cadre formateur à l'IFSI du CHU de Montpellier qui durant ces trois années a toujours su se rendre disponible. Je le remercie de m'avoir accompagné, guidé et rassuré tout au long de la formation et plus particulièrement durant cette dernière ligne droite. Merci pour vos conseils bienveillants et toujours constructifs, votre patience, ainsi que le temps que vous m'avez consacré. Sans votre aide et votre inspiration, ce travail de fin d'étude n'aurait jamais pu voir le jour.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation du CHU de Montpellier, avec un supplément pour notre référent de promotion Monsieur RIGOLLET Damien qui a su malgré ces trois années rythmées par la crise sanitaire porter au mieux notre promotion vers le haut.

Merci infiniment à toutes les équipes soignantes que j'ai pu rencontrer sur mon chemin, au cours des différents stages, pour leur bienveillance, leur encadrement, la transmission de leur savoir ainsi que leurs précieux conseils. Toutes ces rencontres m'ont certifié que ce métier d'infirmière est fait pour moi.

Je remercie également les quatre infirmières du service de médecine vasculaire du CHU de Montpellier ainsi que celles de l'unité de Rééducation Réadaptation Locomotrice du CHU de Nîmes pour le temps qu'elles m'ont accordé pour répondre et échanger avec moi sur mon sujet de mémoire afin de m'aider dans le cheminement de mon travail.

Merci à mes amis, Zoé, Héloïse, Aurore, Noée, Salomé, Laura et Alexis qui sont devenus bien plus que de simples copains de promo. Merci pour ces trois belles années de rires et d'amour, merci pour votre soutien infaillible dans les moments de doute et de stress : qui est le mieux placé pour comprendre ces émotions que des personnes qui vivent la même chose ?

Et pour finir, mille mercis à ma famille et plus particulièrement à ma maman, mon papa, ma petite sœur ainsi que mon copain pour leur soutien et leurs nombreux encouragements, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenu et épaulé tout au long de ces trois années d'études dans les bons moments comme dans les moments les plus difficiles. Merci pour tous vos conseils, votre patience, vos relectures, mais surtout votre amour si précieux.

Enfin merci au Jury, qui aura pris le temps de lire mon travail et ainsi de venir m'écouter et m'évaluer.

Merci à Toutes et à Tous.

# Sommaire

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I- DE LA SITUATION D'APPEL À LA QUESTION PROFANE.....</b>	<b>3</b>
1.1- La situation d'appel .....	3
1.2- Le Cheminement .....	5
1.3- Questionnement .....	6
1.4- Du questionnement à la question profane.....	6
<b>II- LE CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre I : L'Amputation .....</b>	<b>7</b>
1.1- Définition.....	7
1.2- Étiologie.....	8
1.3- Épidémiologie.....	8
1.4- Niveau d'amputation du membre inférieur.....	9
1.5- Les conséquences de l'amputation.....	11
1.5.1- Les conséquences physiques.....	11
1.5.1.1- La douleur liée à l'amputation.....	11
1.5.1.2- Une autonomie diminuée .....	12
1.5.2- Les conséquences psychologiques .....	12
1.5.2.1- Le processus de deuil.....	12
1.5.2.2- Les différents mécanismes de défense mis en place par le patient.....	14
1.5.3- Les conséquences sociales .....	15
1.5.3.1- Le handicap et ses représentations.....	15
1.5.3.2- Les droits des personnes en situation de handicaps.....	17
1.5.3.3- L'emploi et l'accessibilité pour des personnes en situation de handicap ...	17
<b>Chapitre II : La modification de l'image corporelle.....</b>	<b>18</b>
2.1- Le schéma corporel .....	18
2.2- L'image corporelle .....	19
2.3- L'estime de soi.....	21
<b>Chapitre III : Le rôle de l'infirmier dans l'accompagnement du patient.....</b>	<b>22</b>
3.1- Le concept d'accompagnement.....	22
3.1.1- La Relation d'aide .....	23
3.1.1.1- L'écoute active.....	24
3.1.1.2- L'empathie.....	25
3.1.1.3- Le non jugement .....	25

3.1.2- La Relation de confiance .....	26
3.1.3- Prise en charge éducative.....	26
3.1.4- Les différentes ressources techniques.....	27
3.2- Identification des moments cruciaux.....	28
3.2.1- Le premier pansement, le premier regard sur soi.....	28
3.2.2- Le regard des autres.....	29
<b>III- LE CADRE EMPIRIQUE .....</b>	<b>31</b>
1.1- Méthodologie d'enquête.....	31
1.1.1- Choix de l'outil.....	31
1.1.2- Choix du lieu et de la population cible.....	31
1.2 - Réalisation de l'enquête.....	32
1.2.1- Demande d'autorisation d'enquête.....	32
1.2.2- Déroulement des entretiens.....	33
1.2.3- Les limites des entretiens.....	33
1.3- Analyse des données de l'enquête empirique et confrontation avec le cadre théorique.....	34
1.3.1- Méthode d'analyse des données.....	34
1.3.2- Analyse des entretiens.....	34
1.3.2.1- L'amputation.....	34
1.3.2.2- L'image corporelle.....	40
1.3.2.3- L'accompagnement.....	42
1.4 Synthèse du cadre empirique.....	44
<b>IV- NOUVELLES PERSPECTIVES .....</b>	<b>45</b>
1.1- Hypothèse de recherche.....	45
<b>V- CONCLUSION .....</b>	<b>46</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## INTRODUCTION

Il y a maintenant 3 ans, en septembre 2019, je réalisais ma rentrée au sein de l'IFSI de Montpellier.

Je n'aurais jamais soupçonné une seule seconde à quel point ces 3 ans de formation allaient être intenses et chargés en émotions entre remises en question, fatigue, incertitude, joie, désespoir, excitation et passion.

Malgré cette tornade d'émotions et de sentiments, mon envie de devenir infirmière n'a cessé de se décupler au fil de la formation, et mon identité professionnelle a pu se forger progressivement.

Durant ces trois années, l'école nous offre l'opportunité de découvrir de nombreux lieux de stage. Ils m'ont permis dans un premier temps de prendre confiance en moi, par la suite, j'ai mis à profit mes connaissances théoriques et pratiques acquises tout au long de la formation. Et pour finir, j'ai pu me rendre compte de la richesse de ce beau métier.

Durant ces stages, j'ai rencontré de nombreuses situations qui pour certaines m'ont émue, chamboulée, déconcerté et pour d'autres réjouie, et remplie de joie.

Chaque terrain de stage où je suis allée m'a permis de me questionner sur ma réflexion professionnelle.

Ces 3 ans ont été comblés par de multiples rencontres aussi bien de professionnels, de patients, mais aussi et surtout de belles amitiés.

La fin d'année arrive à grands pas, mais je me sens désormais épanouie, j'ai l'intime conviction d'avoir trouvé ma vocation et je suis dorénavant prête à exercer ce métier avec amour et passion.

Aujourd'hui me voilà à quelques mois du diplôme, trois années se sont écoulées, intensives, enrichissantes et surprenantes, un long chemin parcouru.

Dans le cadre de la validation des unités d'enseignement (UE) 3.4, 5.6 et 6.2 S6, il nous est demandé d'accomplir un Travail de fin d'études (TFE), ce travail représente le dénouement de trois ans de formation en soins infirmiers et constitue l'aboutissement de 9 mois de recherche et de réflexions autour d'une situation de départ qui nous a interrogé.

Ma première question à l'approche de la rédaction du TFE a été « de quoi vais-je pouvoir bien parler ? » Je souhaitais absolument travailler sur un sujet qui me passionnait.

Je n'ai pas cherché très longtemps, très vite une situation m'est venue en tête, l'accompagnement des patients après une amputation.

Pour ma part, mon travail de fin d'études a commencé à prendre forme durant ma deuxième année, lors de mon stage du semestre 4 quand une situation d'appel s'est présentée à moi.

J'ai eu la chance lors de ce semestre de découvrir le service d'endocrinologie, un service qui accueille de nombreux patients présentant des pieds diabétiques et nécessitant une amputation.

Tout au long de ce stage, j'ai pu observer chez différents patients à quel point cette modification corporelle est difficile à accepter aussi bien physiquement que psychologiquement.

Après réflexion, je me suis questionnée sur la modification de l'image corporelle suite à une amputation du membre inférieur et du rôle que joue l'infirmier dans l'accompagnement de ces hommes et femmes.

La construction de ce travail débutera par l'exposition d'une situation d'appel, une situation vécue en stage qui m'a questionnée. En découle mon cheminement ainsi que mon questionnement et pour finir la construction de ma question profane.

Ultérieurement, le cadre théorique fera son apparition, il me permettra de déterminer et d'analyser les différentes notions et concepts qui entrent en jeu dans ma question profane.

Il me semble pertinent de débiter par le thème de ce mémoire qui est l'amputation dans sa généralité contenant l'épidémiologie, l'étiologie, les différents niveaux d'amputation du membre inférieur et les conséquences que peuvent engendrer cet acte tant sur le domaine physique, social que psychologique.

Par la suite, j'aborderai la modification de l'image corporelle englobant : le schéma corporel, l'image corporelle et l'estime de soi.

Pour finir, je m'intéresserai au rôle de l'infirmier dans l'accompagnement du patient en énonçant les différents outils utilisés dans la relation soignant-soigné comme la relation d'aide, la relation de confiance...

Pour poursuivre, j'élaborerai le cadre empirique de ce travail. Par le concours de quatre entretiens semi-directifs, mené auprès de quatre infirmières de secteur différents, j'analyserai les résultats tirés de ces différents entretiens. Ceci m'aidera à confronter ma partie théorique développée précédemment à la réalité du terrain.

Pour aboutir à ce travail de fin d'étude, j'élargirai ce travail à de nouvelles perspectives en émettant une hypothèse de recherche pour un travail de recherche futur.

# I- DE LA SITUATION D'APPEL À LA QUESTION PROFANE

## 1.1- La situation d'appel

Étudiante infirmière en fin de deuxième année, je suis en stage durant 8 semaines en service d'endocrinologie et trouble du comportement alimentaire. Ma 4ème semaine de stage débute. Je me sens de plus en plus à l'aise et en confiance dans la prise en charge des patients, je décide avec l'accord de mon tuteur de prendre en charge un patient de plus, M. F âgé de 49 ans. M.F est diabétique de type II depuis maintenant plusieurs années. Il est hospitalisé dans le service à la suite de l'aggravation de son pied de Charcot. Monsieur F est très connu du service, cela fait maintenant plus de 3 ans que son pied de Charcot fait partie de sa vie, mais malheureusement depuis plusieurs mois sa plaie évolue de manière préoccupante. Le médecin a prétendu qu'une hospitalisation était impérative pour M. F afin de suivre correctement l'évolution de sa plaie au pied.

Il est 10h, c'est l'heure à laquelle nous faisons les pansements. Le protocole du service est de faire les pansements d'amputation tous les 2 jours. Je me dirige vers la salle de soins afin de préparer le nécessaire pour la réfection du pansement de M. F.

Lors du pansement, on constate avec le médecin et l'infirmière que le pied de M.F est très abîmé.

Effectivement, la plaie au niveau de sa voûte plantaire droite est très profonde, inflammatoire et œdématisée. Elle présente une petite collection que le médecin décide de percer, de l'exsudat s'en écoule alors.

M.F est au courant des possibilités. Lors d'une consultation avant l'hospitalisation, le médecin lui a expliqué que soit l'état de son pied allait s'améliorer ce qui serait une chance inouïe, soit il allait se dégrader davantage et dans ce cas, le seul dénouement possible serait l'amputation.

Les jours passent et Monsieur F nous parle très naturellement du sujet de l'amputation, il nous dit même que pour lui l'amputation serait un soulagement, un apaisement, car cela fait maintenant 3 ans que sa vie s'est arrêtée, il ne peut plus travailler, ne peut plus faire de sport, ne peut plus s'amuser avec ses enfants ... Il nous dit « *qu'à 49 ans la vie pour lui ne doit pas se résumer à rester emprisonné dans son appartement seul à flâner et à être dépendant des autres.* »

Après quelques jours d'observation, le médecin fait part à toute l'équipe de la décision prise, celle de l'amputation. L'annonce de l'amputation trans-tibiale est imminente. Elle aura lieu dans l'après-midi. Lorsque l'interne entre dans la chambre de Monsieur F, il est ébahi par cette annonce soudaine, il ne pensait pas que cela se passerait aussi vite. Il nous regarde avec l'infirmière et nous dit, « *C'est fini cet enfer ! On va enfin me couper la jambe* » ses yeux étaient larmoyants mais un sourire apparaît sur son visage. Après quelques minutes à parler avec lui, il nous exprime être soulagé et heureux. Une nouvelle page va pouvoir s'ouvrir et une autre se ferme derrière lui, il va pouvoir enfin avancer dans sa nouvelle vie et avoir de nouveaux projets concrets.



Je revois M. F le lendemain de son amputation, à peine entrée dans sa chambre je le vois au loin souriant, assis dans son fauteuil en attendant le petit déjeuner. Je lui demande alors comment il s'est mis seul sur son fauteuil, il me répond « *je ne suis plus handicapé maintenant, je n'ai plus besoin d'être dépendant des autres, la vie peut enfin reprendre* »

Je lui installe le petit déjeuner sur la table et en sortant de la chambre il m'interpelle et me demande si je peux l'aider à remettre son pied droit correctement sur le cale-pied, Monsieur F à un tempérament très taquin et depuis l'annonce de l'amputation il est d'autant plus blagueur sur ce sujet. J'ai donc pensé qu'il disait ça pour plaisanter mais il me le répète en se tenant la cuisse et ajoute que son pied droit lui fait mal, j'ai donc compris qu'il ne plaisantait pas. J'ai eu un moment de latence, je me suis sentie très embarrassée. Je lui ai donc expliqué que c'était quelque chose de normal de ressentir encore la présence de sa jambe, c'est ce qu'on appelle le membre fantôme, mais que petit à petit avec les traitements et le temps qui passe cette sensation finira par disparaître.

À 10 h, lors du pansement avec l'infirmière, on lui demande s'il désire voir son moignon, il nous dit préférer ne pas le voir encore que c'est trop tôt pour lui, on décide donc de mettre un rideau le temps du pansement.

Lorsque l'infirmière lui demande si son moignon est douloureux, il dit que la douleur commence à se réveiller peu à peu qu'il a l'impression d'avoir des décharges électriques dans le mollet et nous dit en souriant « là par exemple mes orteils me démangent, mais je sais qu'ils ne sont plus là ».

Ça fait maintenant 2 semaines et demie que Monsieur F est dans le service, un lien de confiance s'est établi petit à petit entre l'équipe et moi-même.

Lors de la réfection du pansement, il nous fait part de ses craintes qu'il dissimulait en lui, il dit avoir peur que sa cicatrice ne cicatrise pas comme il faut, de ne pas arriver à remarcher un jour, de ne plus être capable de rien, de se laver seul, d'aller aux toilettes seul, c'est encore difficile pour lui de pouvoir se projeter dans une vie future.

Il a également la crainte du regard des autres et précise pour la première fois qu'il se trouve ridicule de se voir sur une seule jambe, il ne préfère pas être vu en tant qu'handicapé.

L'infirmière le rassure dans un premier temps sur la cicatrice de son moignon. Je lui rappelle qu'il est tout juste à 2 semaines et demi de son opération et que c'est encore tôt et qu'il retrouvera son autonomie petit à petit mais qu'il fallait être patient. Je lui explique également que lorsque sa cicatrisation sera terminée, il ira dans un centre de rééducation où toute la journée une équipe soignante le fera travailler afin qu'il retrouve au plus vite son autonomie. L'infirmière ajoute que des prothésistes durant son séjour en rééducation lui proposeront des prothèses orthopédiques afin qu'il puisse en choisir une pour pouvoir commencer à marcher. Il nous dit en riant qu'il a déjà fait des recherches sur les prothèses orthopédiques et qu'il a trouvé celle qu'il voulait « une prothèse noir métallisé Nike ».

## 1.2- Le Cheminement

Lors de ce stage, je pensais trouver en endocrinologie principalement des déséquilibres de diabète, ce qui a été le cas, mais lors de ma première journée, en suivant mon tuteur de stage, j'ai compris que ce service prenait en charge énormément de patients ayant des pieds diabétiques, des patients amputés...

J'ai eu énormément d'appréhension dans les premiers temps à la vue d'une amputation. Je ne savais pas comment aider les patients dans cette situation, comment les réassurer. Je me suis alors questionnée sur les différents impacts que peut engendrer cette opération et mon ramener à ma propre intégrité. Je me suis retrouvée interloquée et dans l'incapacité de savoir comment agir au contact de personnes amputées. Un obstacle majoré par le deuil que cela représente pour ces patients.

Dans les plus lointains souvenirs le handicap a toujours été perçu de façon négative par la société, bien que beaucoup d'efforts aient été faits sur ce sujet, les personnes ayant subi une amputation ou présentant tout autre handicap rencontrent encore des difficultés à être admis dans notre société et en particulier dans le monde du travail.

L'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, le patient passe du stade de personne « valide » à « personne en situation de handicap ».

L'amputation d'un membre est une atteinte à la fois physique mais aussi psychologique de par l'altération de l'image de soi qu'elle assigne et aux répercussions qui en découlent. Elle chamboule sa manière de vivre (Activités de la vie quotidienne : soins personnels, transferts, déplacements) une incapacité qui n'est plus récupérable, mais seulement compensable, l'aspiration à la récupération des fonctions physiques est basée entièrement sur le pouvoir du futur appareillage.

Le patient se sent comme ôté d'une partie de son corps, il ne se reconnaît plus, la modification de son image corporelle affecte alors son être psychique.

Il n'arrive donc plus à percevoir dans le regard porté sur son corps, sur lui-même, des raisons de s'admirer, de s'aimer et de s'apprécier.

La modification de l'image corporelle pose alors le problème de remise en question de l'identité, il faut que le patient arrive à accepter sa nouvelle identité physique.

En faisant des recherches d'article notamment, j'ai trouvé que très peu d'études, d'enquêtes, d'expériences concernant le rôle qu'occupe l'infirmier dans l'accompagnement de la nouvelle image corporelle chez un patient amputé, il me semble que c'est une sphère encore peu explorée.

Cette problématique accrue par mon manque d'expérience au regard des modifications corporelles, m'a amené à me questionner sur ce sujet en particulier.

Ce sont toutes ces questions qui m'ont encouragé à faire mon travail de recherche sur les patients ayant subi une amputation. Afin de pouvoir mieux appréhender la relation soignant soigné et ainsi essayer d'apercevoir ce que ces patients éprouvent dans leur for intérieur après un tel acte : « l'amputation ».

Mais surtout ce qui me tient à cœur est de savoir comment adapter ma prise en charge en tant que future infirmière dans l'accompagnement de ces patients qui ressentent la plupart du temps un sentiment d'effondrement face à une image corporelle altérée.

### **1.3- Questionnement**

En effet, depuis le début de ce stage, j'ai été confrontée de nombreuses fois à des patients ayant subi une amputation et ainsi une modification de leur image corporelle, sans jamais vraiment savoir comment intervenir, comment trouver les mots justes afin de les accompagner au mieux.

À la suite de cette situation, de nombreuses questions, se sont présentées à moi et m'ont donnée envie d'approfondir le sujet :

- Comment communiquer avec un patient amputé en prenant en compte ses douleurs physiques et psychologiques ?
- Comment accompagner le patient lors d'un tel choc psychologique ?
- Comment accompagner le patient dans ses peurs ?
- Quelles sont les différentes conséquences physiques et psychiques de l'amputation ?
- Quelles sont les répercussions sociales après une amputation et de quelles aides peut-il bénéficier ? (la loi du handicap, droit à l'accessibilité au lieu public, droit au logement...)
- Quelles sont les différentes étapes par lesquelles passe un patient amputé (phase de deuil) ?
- Quels sont les différents mécanismes de défense que peut adopter un patient ayant subi une amputation ou avant de subir une amputation ?
- Quel est le rôle de l'infirmier dans la prise en charge d'un patient amputé ? (rôle et mission de l'infirmier, la relation soignant et soigné)
  
- Quels sont les déterminants éthiques conduisant à la décision de l'amputation ou non ?
- Comment le chirurgien détermine-t-il le niveau de l'amputation du membre et quels sont les différents niveaux d'amputation ?
- À partir de quand peut-on appareiller une personne amputée ?
- Quel est le processus de réadaptation et d'appareillage ?

### **1.4- Du questionnement à la question profane**

La chirurgie est une spécialité qui m'a toujours passionnée et fascinée tant sur le plan curatif, que dans l'accompagnement des patients et de leurs familles mais également dans les différentes étapes qui les attendent après chaque intervention quelle qu'elle soit.

Ayant pour projet professionnel de travailler en service de chirurgie orthopédique, je pense rencontrer de nombreux patients ayant subi une amputation, une modification de leur schéma corporel, il est alors important pour moi de m'améliorer dans cette prise en charge si particulière.

En tant que future professionnelle de santé, je me pose la question de comment accompagner des patients qui ont subi une modification de leur image corporelle tel qu'une amputation ?

Cette question m'interpelle encore aujourd'hui après plusieurs mois. Selon nos représentations, notre future profession tend à solutionner et à agir face à la souffrance quelle que soit sa nature. C'est alors que l'accompagnement joue un rôle primordial dans la prise en soin des patients ayant subi une altération de leur image corporelle.

Ceci m'amène donc à formuler ma question profane :

**Dans quelle mesure l'accompagnement du soignant influence le cheminement du patient amputé du membre inférieur dans la modification de son image corporelle ?**

Au regard de cette question profane, j'envisage de développer les concepts phares qui seront :

- L'amputation
- L'image corporelle
- L'accompagnement

## **II- LE CADRE CONCEPTUEL**

### **Chapitre I : L'Amputation**

#### **1.1- Définition**

D'après l'APF France Handicap, l'amputation aussi appelée « amputation acquise » est « *une opération chirurgicale qui consiste à retirer tout ou partie d'un organe ou d'un membre. Cette intervention chirurgicale est soit faite instantanément (la cause la plus fréquente est alors une maladie vasculaire des membres), soit réalisée sur un membre sectionné plus ou moins complètement par un accident traumatique et vise alors à obtenir un segment amputé (moignon) de meilleure "qualité" (cicatrisation, appareillage, aspect esthétique...).* » C'est alors à ce moment-là une amputation "acquise", par opposition aux amputations "congénitales".

L'amputation congénitale désigne l'absence partielle ou totale d'un membre dès la naissance sans qu'il y ait une intervention chirurgicale, mais une agénésie (non-développement d'un ou de plusieurs membres).

Les conséquences d'une amputation congénitale sont très différentes de celles d'une amputation acquise car la personne dès sa naissance grandit avec un schéma corporel différent et ne connaîtra que cette image corporelle de lui contrairement à une amputation acquise où la personne va devoir tout réapprendre, et ainsi accueillir un nouveau schéma corporel.

## **1.2- Étiologie**

Il y a quelques années l'amputation était le fait d'une chirurgie de guerre mais de nos jours les étiologies et les indications sont variées.

Elle est le plus souvent réalisée en dernier recours, quand les possibilités de sauvetage du membre par revascularisation notamment, ne sont plus envisageables. Des complications liées à certaines pathologies vasculaires (telles que des ischémies, artérites oblitérantes des membres inférieurs, gangrènes) en lien avec les facteurs de risques cardiovasculaires comme par exemple le diabète, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, le tabac sont l'une des causes pouvant entraîner une amputation.

Certains cancers (généralement le sarcome) peuvent conduire à l'amputation, pour éluder sa progression. Cette intervention peut aussi être nécessaire pour corriger certaines « malformations » des membres chez une personne atteinte d'une maladie congénitale.

Et pour finir elles peuvent être aussi liées à des traumatismes (guerres, accidents de la voie publique, domestique, professionnel).

Dans la plupart des cas, l'amputation est très redoutée chez le patient, le deuil du membre amputé peut-être très difficile pour certains. Mais l'amputation peut tout aussi bien s'avérer un soulagement, un apaisement étant donné les douleurs éprouvantes que la chronicité de la maladie entraîne.

L'amputation peut alors s'avérer mieux supportée par la personne.

## **1.3- Épidémiologie**

En France le dénombrement des personnes amputées se fait rare et les chiffres que nous retrouvons sont souvent ancestraux. En effet, toutes ces statistiques sont variables selon les niveaux d'amputations, le sexe, l'âge, les étiologies, l'appareillage ou non et selon les sources qui ont mené ces statistiques.

D'après les données de l'HAS en février 2007, l'estimation trouvée serait de 100 à 150 000 amputés en France sur 64 millions d'habitants, approchant les 8 000 à 9 000 nouveaux cas d'amputation par an.

Les chiffres ci-dessous traduisent la localisation de l'amputation (membre inférieur ou supérieur) et le niveau d'amputation (majeur ou partiel ou distal).

Le nombre d'amputations de membres supérieurs représenterait environ 10 % des amputations de membres inférieurs.

95% sont amputés du membre inférieur, 52% en trans-fémoral, 38% en trans-tibiale, 6% en bilatéral et pour finir, 4% au niveau des orteils, cheville, désarticulation du genou ou de la hanche.

Contre 5% d'amputation du membre supérieur, 28% de doigts 16% métacarpien, 23% trans-huméral, 22% trans-radial, 3% double et 8% autres.

Trois grandes causes d'amputation sont définies : les causes pathologiques, les causes traumatiques et pour finir les amputations congénitales.

D'après ADEPA (Association de Défense et D'étude des Personnes Amputés) 80% des étiologies d'amputations sont causées par différentes pathologies dont 65% d'entre elles affectent les personnes de plus de 65 ans. Aujourd'hui, 92% des amputations sont liées à une insuffisance artérielle, et le diabète en est la cause dans plus de 50% des cas, le risque d'amputation chez un diabétique est 15 fois plus élevé que chez un patient non diabétique.

Les amputations traumatiques constituent 20% d'entre elles, elles sont le résultat avant tout d'accidents de la voie publique, accidents de travail, domestique..., ces amputations post-traumatiques touchent principalement les plus jeunes (accidents de moto essentiellement).

En ce qui concerne les amputations congénitales la fréquence est difficile à établir, elle semble se situer autour de 10 à 15 cas pour 100 000 naissances

Nous nous apercevons qu'en général les hommes sont plus touchés que les femmes par l'amputation, 69% pour les hommes, contre 31% pour les femmes, mais la tendance s'inverse pour les femmes à partir de 74 ans, elles sont davantage touchées que les hommes.

#### **1.4- Niveau d'amputation du membre inférieur**

Avant de proposer l'amputation, il faut avoir épuisé toutes les possibilités de la chirurgie restauratrice.

L'indication de l'amputation est toujours discutée avec l'équipe soignante sauf si elle est réalisée en urgence, de façon à aider le patient dans cette lourde décision.

Si l'amputation s'avère inéluctable et essentielle, le chirurgien doit répondre à plusieurs questions.

La première question à se poser est le bon niveau d'amputation. Ce bon niveau d'amputation est déterminé en premier lieu selon des caractéristiques cliniques (angiologiques et radiographiques), la qualité des artères du patient et un élément essentiel, si le sang n'arrive pas correctement jusqu'au niveau d'amputation décidée, la cicatrisation ne pourra donc pas se faire, la sévérité de l'infection et de la destruction des tissus rentre également en jeu.

Mais il est tout aussi important de prendre en compte l'autonomie du patient avant l'amputation et le potentiel de rééducation future. En effet ce potentiel de rééducation n'est pas le même chez tous les patients, prenons l'exemple notamment d'un patient âgé ayant déjà des difficultés

à se mobiliser, le potentiel de rééducation ne sera donc pas le même que chez un jeune patient n'ayant auparavant aucune difficulté.

Il est alors élémentaire pour le chirurgien de combiner le niveau d'amputation biologique et le niveau d'amputation de rééducation afin de déterminer correctement le bon niveau d'amputation afin que la réadaptation qui suivra l'intervention aide le patient à retrouver la meilleure autonomie possible et évite les complications comme la déhiscence de plaie et infection et une ré-opération.

Il existe un nombre considérable de niveaux d'amputation possible, on peut les regrouper en trois familles distinctes : l'amputation du pied, de la jambe et de la cuisse.

L'amputation au niveau du pied (cf. annexe n°I) comme c'est souvent le cas chez les patients diabétiques requiert un appui terminal au sol. En l'occurrence cette amputation ne nécessite pas l'adaptation de prothèse orthopédique, mais la mise en place d'une chaussure de décharge sera indispensable pour permettre de se déplacer avec une plus grande facilité.

L'amputation au niveau de la jambe et de la cuisse (cf. annexe n°I) est tout autre, à la différence de l'amputation au niveau du pied, celle-ci ne possède aucun appui terminal au sol, la mise en place d'une prothèse orthopédique sera alors essentielle pour tout déplacement. Le niveau d'amputation est l'un des facteurs qui détermine la prothèse appropriée. Il établit quelles parties et articulations du membre doivent être remplacées par une prothèse.

Le niveau d'amputation de la jambe (amputation transtibiale) consiste à sectionner le tibia ainsi que la fibula, en ce qui concerne l'amputation de la cuisse (amputation transfémorale) c'est le fémur qui se retrouve sectionné.

Des études démontrent que plus l'amputation est distale, meilleur sera le pronostic fonctionnel. La conservation du genou permet à 60% des patients post amputé de garder une mobilité. L'amputation sans conservation du genou ne permet qu'à 20% d'entre eux garder une certaine mobilité.

Comme vu précédemment il est alors essentiel avant toute amputation que le chirurgien prenne en compte l'âge, la mobilité préopératoire du patient ainsi que la capacité future qu'il a à utiliser une prothèse. Chez un patient âgé ayant déjà des difficultés de mobilité en préopératoire, l'amputation distale n'est pas la meilleure recommandation, les chirurgiens préfèrent davantage sacrifier le genou afin d'optimiser la cicatrisation. À l'inverse, chez un patient jeune tout est mis en œuvre pour sauver le genou afin de pouvoir par la suite poser une prothèse orthopédique adéquate dans le but qu'il retrouve au plus vite son autonomie. Il est le résultat d'un compromis entre le potentiel de cicatrisation et la préservation de l'autonomie du patient.

Nous pouvons donc constater que le niveau d'amputation est un élément qui va s'avérer capital sur les conséquences par la suite qu'elle va engendrer, en l'occurrence sur la perte d'autonomie. Cela prendra des proportions différentes selon la hauteur de la section du membre.

## 1.5- Les conséquences de l'amputation

### 1.5.1- Les conséquences physiques

#### 1.5.1.1- La douleur liée à l'amputation

Selon l'ADEPA l'amputation entraîne différentes douleurs :

- La douleur du moignon
- L'hallucinosité communément appelée « membre fantôme »
- L'algohallucinosité communément appelé « douleur fantôme »

En premier lieu l'amputation va engendrer une douleur au niveau du membre résiduel (douleur du moignon) elle serait ressentie chez  $\frac{3}{4}$  des patients amputés, « *c'est une conséquence directe de l'amputation, elle est fréquente. Elles sont liées soit à une pathologie locale du moignon décelable à l'examen clinique, soit en rapport avec la section de filets nerveux.* », cette douleur constitue l'un des facteurs contribuant à la diminution de la qualité de vie des patients.

L'amputation entraîne une destruction de nombreux tissus ce qui engendre avant toute chose cette douleur. Après cicatrisation il peut y avoir d'autres causes liées à cette douleur notamment des facteurs mécaniques comme la mauvaise adaptation du manchon de la prothèse, provoquant ainsi des appuis focaux excessifs. Ces douleurs répondent généralement bien aux antalgiques (antidouleurs) habituels.

Quand on parle d'amputation, l'une des conséquences sur le plan physique qui nous vient instantanément en tête est un phénomène psychique appelé hallucinosité « membre fantôme ». Ce phénomène est quasi constant dans les suites précoces de l'amputation, dans 60 à 80% des cas, la douleur apparaît la semaine suivant l'amputation. « *c'est une sensation non douloureuse que les individus perçoivent dans leur membre amputé.* » Les sensations de mouvements, sensations intéroceptives et kinésiques sont fréquentes. Ce phénomène s'explique car l'organisme garde une mémoire, celle du schéma corporel antérieur. Les neurones correspondant à la partie sectionnée ne reçoivent plus de véritables informations, ces neurones ne fonctionnent alors plus de façon adaptée. La sensation du membre présent fait que par inattention le patient cherche à prendre appui dessus ou même essaie de se gratter.

Si ces sensations deviennent douloureuses, on parle alors de douleurs neurogènes/neuropathiques plus précisément d'algohallucinosité « douleurs fantômes » ressentie dans le membre amputé, « *c'est une sensation douloureuse qui se présente rapidement après l'opération et que les individus perçoivent dans leur membre amputé.* » Cette douleur est présente chez 72% des patients en postopératoire immédiat. L'intensité, la fréquence et la durée sont variables d'une personne à l'autre. Les douleurs sont distales à type de brûlures, contractions, crampes, décharges électriques..., la douleur est présente de façon permanente avec des accès paroxystiques spontanés ou provoqués par des éléments extrinsèques. Ces douleurs s'expliquent par le changement au niveau du système nerveux central ou encore par les dommages engendrés au niveau des nerfs périphériques. Elles sont traitées par des



médicaments comme les neuroleptiques (médicaments exerçant une action calmante sur le système nerveux).

Dans l'hallucinoïse et l'alcohalucinoïse, le membre disparu reste en partie en vie.

#### 1.5.1.2- Une autonomie diminuée

L'autonomie est définie d'après le dictionnaire de l'Académie Française comme : « *une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée* », une autre définition est également donnée et dit que c'est « *la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement* »

L'amputation entraîne une baisse des activités fonctionnelles dans les activités de déplacement, de soins corporels (toilette, habillage) ou activités domestiques (ménage, jardin), pendant une période plus ou moins longue après la chirurgie, pouvant entraîner la dépendance chez certains sujets. D'après Virginia Henderson, la dépendance se caractérise par « *l'incapacité où se trouve la personne d'adopter des comportements appropriés ou d'accomplir elle-même sans aide les actions qui lui permettraient en fonction de son état d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins.* ». Elle a classé cette dépendance en 5 niveaux. La plupart du temps, les aidants familiaux sont présents pour pallier ces incapacités fonctionnelles.

Les facteurs principaux influençant le retour à une autonomie satisfaisante sont en premier lieu, l'âge, ainsi que le niveau d'amputation, car être amputé du petit orteil n'aura pas les mêmes répercussions sur l'autonomie du patient que d'être amputé en trans-fémoral. Ainsi le résultat de l'autonomie fonctionnelle sera de meilleur pronostic chez un patient jeune, avec un niveau d'amputation bas.

L'amputation du membre inférieur est vécue par le patient comme un drame social, car elle limite de façon importante les possibilités fonctionnelles, ainsi pour être autonome et vivre comme « tout » le monde les personnes amputées peuvent compenser en partie ou en totalité leur handicap grâce à l'appareillage.

### 1.5.2- Les conséquences psychologiques

#### 1.5.2.1- Le processus de deuil

Pour débiter qu'est-ce-que le deuil ? « *Le deuil est la perte d'une personne, d'un objet, d'une valeur ou d'un changement dans l'état de santé auxquels la personne est fortement attachée. Chaque rupture met en place un processus d'oubli : le travail de deuil. Celui-ci provoque des réactions physiques, psychologiques, affectives, comportementales et sociales.* »

Le deuil anéantit le corps, l'esprit, le rapport à l'autre et au monde. Le patient amputé est confronté tôt ou tard à la nouvelle image corporelle que lui renvoie le miroir. Afin

« d'accepter » leur nouveau reflet il est conduit à faire le deuil de son ancienne image corporelle « l'acceptation du membre manquant ». Pour guérir le corps, il est d'abord essentiel de guérir l'esprit.

Le deuil se rattache à la perte, à la mort, au changement. Continuer à vivre après ce traumatisme semble insurmontable et parfois même irréaliste pour beaucoup de patients amputés.

Tous les patients ne vivent pas cette perte de la même façon, le travail psychologique à faire est tout aussi différent.

Comme nous l'avions vu plus haut, plusieurs étiologies sont responsables de l'amputation. Chez l'artéritique l'amputation sera vécue différemment que chez l'amputé traumatique. Pour les patients amputés pour causes vasculaires l'amputation est programmée à l'avance, et parfois même demandée par le patient pour mettre fin à cette douleur chronique, contrairement à l'amputé traumatique qui lui n'avait aucune pathologie auparavant et perd son membre sans aucune préparation psychologique au préalable, le geste chirurgical est réalisé en urgence, le traumatisme psychique peut-être d'autant plus grand.

Elisabeth Kübler-Ross ancienne psychiatre a formalisé ce processus sous forme de temps d'arrêt, le sujet passerait par 5 étapes, certaines étapes peuvent être plus ou moins longues, ou arriver dans un ordre différent voire même être absentes chez certaines personnes, cela est propre à chaque individu.

- Le déni : Théorisée par Sigmund Freud « *le déni est un mécanisme inconscient de défense et de conservation visant à ne pas considérer une partie de la réalité. Le déni est une forme d'évitement, un refus de voir la réalité telle qu'elle est.* »
- La colère : La personne exprime sa révolte face à ce qui lui est imposé, elle est confrontée à l'impossible d'un retour à la situation dont elle doit faire le deuil
- Le marchandage : C'est aussi une façon de se protéger du présent en se rappelant du passé avant l'amputation. Revivre le passé permet à l'individu de se protéger de la souffrance qu'il endure.
- La dépression : « *C'est un sentiment de vide où le chagrin prend possession* ». « *La phase de dépression marque le repli de la personne. Elle est bénéfique et naturelle pour l'organisme, car elle permet, d'une certaine façon, de le mettre sur pause afin de mieux affronter la souffrance en se questionnant* » (Kübler-Ross & Kessler, 2009)
- L'acceptation : La dernière phase, le patient va reprendre le dessus, la réalité est mieux comprise et acceptée. Le patient accepte sa situation et voit de nouveau sa vie de façon optimiste.

L'amputation du membre inférieur oblige le patient à faire le deuil de son ancien corps à présent mutilé.

Accepter n'est pas forcément le bon terme car certaines personnes amputées n'acceptent pas et n'accepterons jamais leur nouvelle image corporelle. Toutefois, ils acceptent la réalité de la chose pour pouvoir se projeter et aller de l'avant.

Ce processus de deuil n'est pas toujours facile et rapide à passer, des mécanismes de défenses peuvent alors venir s'y ajouter et s'entremêler, c'est alors d'autant plus difficile d'avancer dans leur reconstruction.

#### 1.5.2.2- Les différents mécanismes de défense mis en place par le patient

Le terme mécanisme de défense a été mis en évidence pour la première fois par le fondateur de la psychanalyse Sigmund Freud à la fin du XIXème siècle. Mais Anna Freud consacre un ouvrage entier au mécanisme de défense s'intitulant « le Moi et ses mécanismes de défense ».

Les mécanismes de défense concernent tous les humains, ce sont des stratégies défensives que les individus mettent en place de manière inconsciente dans le but précis de faire face aux différents conflits et frustrations qu'ils rencontrent dans leur vie.

En 1923 Freud crée une seconde topique reposant sur le triptyque « ça, surmoi et moi ». Freud distingue en l'Homme ces trois instances, elles déterminent ses comportements à la fois conscient et inconscient.

Le « ça » est la part la plus inconsciente de l'Homme, « le réservoir des pulsions ». Il ignore les jugements de valeurs, le bien ou le mal... il est asservi par le principe de plaisir.

Le « moi » est une partie du « ça », mais lui est en contact avec la réalité extérieure à la différence du ça. Il assure la stabilité de l'individu et préserve son équilibre psychique en l'empêchant de libérer ses pulsions. Le moi est à la fois conscient et inconscient.

Le surmoi est une sorte de loi morale intérieure qui dicte ce qui est bien ou mal, le surmoi joue un rôle protecteur. C'est cette petite voix qui dit « il ne faut pas » ou « on doit ».

Le moi met en place sous la pression du surmoi des mécanismes de défense plus ou moins efficaces à la situation.

Les mécanismes de défense permettent au moi de se défendre contre l'angoisse en refoulant les pulsions.

L'amputation entraîne chez le patient une rupture de son équilibre physique ainsi que psychologique, son image corporelle ainsi que son schéma corporel sont modifiés.

L'individu va naturellement passer par différents états psychologiques tout au long de sa reconstruction, le passage de ses différents états va conduire l'individu à utiliser inconsciemment des mécanismes de défense afin de faire face, de supporter cette situation et de lutter au mieux contre l'angoisse qui peut être envahissante. Ces mécanismes se présentent différemment selon le vécu, le niveau de l'amputation, l'étiologie, l'âge ainsi que la personnalité de la personne.

Voici une liste exhaustive de différents mécanismes de défense, les plus connus.

- L'annulation : *« consiste à annuler et à considérer comme non advenu un acte ou une pensée à l'origine d'un conflit psychique. »*
- La dénégation : *« procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments, jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne »*
- Le déni : Ce mécanisme est l'un des mécanismes le plus présent chez la personne amputée, *« le sujet nie totalement une part plus ou moins importante de la réalité externe. »*
- Le déplacement : *« le patient focalise sa peur et sa souffrance sur une autre réalité, un autre problème. Le patient transfère l'angoisse liée à sa maladie sur un élément subjectif. »*
- L'évitement : *« détournement des pensées liées à des objets, événements douloureux ou conflictuels. »*
- Humour : *« dans le sens premier utilisé par Freud, l'humour est un mécanisme de défense appliqué à soi-même et qui permet de présenter uniquement les aspects ironiques, plaisants, drôles d'une situation traumatisante dont on cherche à se défaire »*
- L'isolation : *« le patient parle de la maladie ou de la situation avec une sérénité dénuée de toutes émotions. Le patient intellectualise la maladie ou la situation. »*
- Rationalisation : *« le patient cherche à comprendre la maladie ou la situation pour trouver des justifications qui lui permettrait de la contrôler »*
- La régression : *« le patient se replie sur lui-même et sur ses symptômes. Le patient adopte un comportement infantile à l'égard de son entourage et des soignants »*
- Le refoulement : *« rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui ne sont pas accessibles à la conscience. »*

### 1.5.3- Les conséquences sociales

#### 1.5.3.1- Le handicap et ses représentations

Le handicap à travers les différents siècles a toujours eu une connotation négative, dans la mythologie grecque le handicap été vu comme un châtement imposé par les dieux antiques. Les années sont passées mais aucune évolution n'est perçue. Au Moyen Âge la société considérait cela comme une maladie, une manifestation de la pauvreté mais également l'associée au vagabondage, les personnes amputées étaient vues comme des monstres. Dans une lettre, Martin Luther dit *« les fous, les boiteux, les aveugles, les muets sont des hommes chez qui les démons se sont établis. Les médecins qui traitent ces infirmités comme autant de causes naturelles sont des ignorants qui ne connaissent point toute la puissance du démon »*. Sous l'ère chrétienne le handicap apparaît donc aux yeux des citoyens comme la cause d'un péché réalisé par l'individu ou d'une impureté spirituelle. C'est réellement à partir du XIXème siècle que le handicap va être enfin pris en charge par la science, et tenté d'être guéri par les médecins.

Dans notre société, l'image est le support de l'interaction sociale, les normes de beauté d'aujourd'hui sont particulièrement élaborées et élevées par l'industrie du cinéma, des médias... La société a pour aspiration d'édifier et d'entretenir un corps parfait, tout semble tourner autour de lui de nos jours. Une angoisse autour de cette quête de la beauté peut vite tourner à l'obsession. *« Jamais le corps humain n'a été auparavant autant choyé qu'aujourd'hui. Que*

*ce soit dans la consommation, dans les loisirs, dans le spectacle, dans la publicité, le corps est devenu un objet de traitement, de manipulation et de mise en scène »*

La beauté est une norme sociale qui se base sur des critères, c'est une notion qui a toujours existé mais qui évolue avec son temps. Le handicap et plus précisément l'amputation du membre inférieur, détourne cette notion, celle du corps dont la perfection devient l'exigence. Pour certains le regard des autres construit et pour d'autres il déconstruit.

En 2020 en France il a été dénombré près de 12 millions de personnes en situation de handicap il comprend les handicaps les plus lourds ainsi que les incapacités « mineurs ».

L'ONU en mai 2008 écrit que *« le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »*

La première loi qui entre en vigueur pour le handicap est la loi n°2005-105 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi redéfinit le handicap *« constitue un handicap (...) 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. »*

Cette loi a été créée pour faciliter les démarches des personnes en situation de handicap et leur famille.

Dès Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) disposées dans chaque département de France ont par la suite étaient conçus pour permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir accès aux droits et prestations auxquelles elles sont éligibles en tant que personnes handicapées. Les MDPH ont une mission d'accueil, d'accompagnement, d'information et de conseil envers les personnes handicapées mais également leur famille ainsi que de sensibilisation envers les citoyens sur le handicap.

En effet les personnes en situation de handicap vont parfois être amenées à changer leurs habitudes de vie ; des répercussions sociales, professionnelles et familiales peuvent voir le jour. Il est alors nécessaire que ces personnes bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire, comprenant un ergothérapeute qui les conseillera sur les moyens auxiliaires et les aménagements possibles au domicile pour retrouver une autonomie, une assistante sociale qui elle s'occupera de toutes les démarches administratives concernant le statut de personne en situation de handicap.

Beaucoup de personnes en situation de handicap ne connaissent pas ou que très peu leur droit et les aides auxquels ils ont accès, c'est pour cela qu'il est primordial de les rappeler.

### 1.5.3.2- Les droits des personnes en situation de handicaps

En premier lieu d'après l'article L.114-1-1 de la LOI n°2005-102 du 11 février 2005 « *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* ». La personne en situation de handicap a le droit à la prestation de compensation du handicap (PCH), c'est une aide financière versée à vie par le département. Ce droit doit permettre à la personne handicapée de pouvoir remédier aux conséquences qu'engendre son handicap dans sa vie quotidienne et pouvoir rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie.

La PCH comprend cinq formes d'aide, l'aide humaine, technique, transport, aménagement du logement, animalière.

Il existe également l'allocation aux adultes handicapés qui est également une aide financière versée par la caisse d'allocation familiales (CAF) ou par la mutualité sociale agricole (MSA). Elle permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes souffrant d'un handicap reconnu.

Cette aide est accordée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui décide ou non de son attribution. Elle est attribuée sous réserve de respecter certaines conditions (l'âge, le taux d'incapacité, le taux de ressources ou encore de résider sur le sol français).

Pour finir la majoration pour la vie autonome (MVA) est une aide qui s'ajoute à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), elle permet à l'individu de payer les dépenses courantes d'entretien du logement (adaptation de son logement en fonction de son handicap). Elle est attribuée sous certaines conditions notamment le fait de percevoir l'AAH, d'avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80%, de vivre dans un logement indépendant et de ne pas percevoir de salaire.

Toutes ces avancées sont essentielles à l'heure actuelle pour aider financièrement ces personnes en situation de handicap. Mais il ne faut pas oublier la partie sociale qui est tout aussi importante, l'accessibilité au lieu public ainsi que la recherche d'emploi ne doivent plus être un frein pour les personnes en situation de handicap.

### 1.5.3.3- L'emploi et l'accessibilité pour des personnes en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées exige à compter du 1 janvier 2015 que tout établissement recevant du public (ERP) soit accessible à tous, notamment aux personnes en situation de handicap (handicap physique, sensoriel, psychique, mental, cognitif...). L'accessibilité signifie pouvoir rentrer et sortir sans aucune difficulté des ERP, mais également avoir des prestations adaptées dans chaque établissement public. L'accessibilité est l'un des maillons essentiels pour une personne en situation de handicap en vue de continuer en toute autonomie sa vie quotidienne et ainsi continuer à participer à la vie collective afin d'éviter l'isolement social et le repli progressif sur soi-même.

Article 41 de la LOI du 11 février 2015 : « *L'accessibilité est due à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique* ».

En cas de non-respect des obligations d'accessibilité, la loi expose les contrevenants à la fermeture de leur établissement, une amende de 45 000 euros et peuvent être attribuées des sanctions pénales pour discrimination envers les personnes en situation de handicap.

Néanmoins la réalité connaît un décalage, un sondage fait par l'Ifop (anciennement Institut français d'opinion publique) en janvier 2020 montre l'acuité de la problématique de l'accessibilité pour tous. « *Plus d'un répondant sur deux dits rencontrait souvent des difficultés d'accessibilité lors de ses déplacements* » dû à certaines infrastructures peu accessibles (porte trop étroite, absence de rampe, escaliers...).

Pour clôturer cette partie la loi du 11 février 2005 lutte contre la discrimination au travail et affirme l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

Toute entreprise française de plus de 20 salariés a une obligation d'emploi de travailleurs handicapés d'au moins 6% de son effectif total. Mais depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 toutes les entreprises, même celles ayant moins de 20 salariés sont soumises à cette obligation.

Les entreprises ne respectant pas cette loi doivent verser une contribution à l'Agefiph (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées).

## **Chapitre II : La modification de l'image corporelle**

Il faut faire attention avant de se lancer dans ce sujet de bien distinguer le schéma corporel de l'image corporelle bien que ces deux notions soient très proches, elles n'ont en revanche pas la même signification. Selon P. Schilder le schéma corporel renvoie à un processus qui est en même temps conscient, préconscient et inconscient en revanche l'image corporelle elle, est exclusivement inconsciente.

### **2.1- Le schéma corporel**

En 1893 Pierre Bonnier ancien neurologue, psychiatre et otologue emploie pour la première fois ce concept de schéma corporel, cette idée est fréquemment rattachée à l'image de soi. Ce concept a été mis en avant après l'observation clinique sur des individus qui présentaient des affections de la conscience de leur corps à la suite de lésions cérébrales.

En 1911 le neurologue Henry Head avance cette notion et l'adjoint à ce que l'on appelle le « schéma postural ». Selon Head le cerveau dispose d'une topographie interne représentative des caractéristiques et des grandeurs biomécaniques du corps en mouvement. Sa mission est de nous octroyer « *la sensation de la position du corps, l'appréciation de la direction du mouvement et le maintien du tonus postural.* »

En l'occurrence c'est grâce au schéma corporel que nous pouvons nous tenir debout sans même y penser, exercer des mouvements en y pensant à peine, sans elle nous ne pourrions pas nous mouvoir.

Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste, le définit comme : « *le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce.* » « *il se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience physique* ». Comme a pu le dire Françoise Dolto dans son ouvrage « *L'image inconsciente du corps* » publié en 1984, la notion de schéma corporel n'est pas acquise dès la naissance, elle se bâtit petit à petit pendant le développement de l'enfant, grâce aux différents sens, le toucher, l'ouïe, la vue...

En principe, le schéma corporel est le même pour tous. C'est lui qui est l'interprète de l'image du corps.

Lorsqu'une atteinte porte sur l'intégrité même du corps et notamment sur le schéma corporel, comme c'est le cas lors d'une amputation, la perception du corps telle qu'elle est inscrite dans notre cerveau opère de profonds remaniements structurels. Certains patients après une amputation peuvent mettre à l'écart, dédaigner cette partie du corps qui peut même quelquefois ne plus être reconnue comme étant la leur (l'agnosie). Afin d'atténuer ces réactions et de pallier le plus vite aux conséquences de cette modification du schéma corporel, il est préférable de mettre en place une prothèse orthopédique hâtivement, afin de permettre au corps de ne pas oublier son ancien schéma corporel et de la garder en mémoire.

L'intégrité physique mais également psychique se trouve au cœur du sujet, une partie intégrante de la personne qu'ils sont, avec laquelle ils se sont construits, ils ont évolué, ils ont grandi ne fait désormais plus partie d'eux. L'amputation est avant tout une histoire de perte, une histoire de deuil comme vu précédemment. L'amputation va transformer le corps, le regard au corps ainsi que l'identité corporelle du patient. Le corps ainsi que le psychisme doivent dorénavant demeurer sans ce membre.

## **2.2- L'image corporelle**

L'image corporelle c'est la façon dont une personne perçoit son corps et la façon dont elle croit que les autres le perçoivent. L'image corporelle ne coïncide pas nécessairement avec l'apparence réelle de l'individu. C'est une notion qui nous concerne tous en tant qu'individu mais qui reste propre à chacun, elle peut être fortement influencée par l'environnement qui entoure la personne (les proches, la société, les médias...) et ainsi évoluer selon le vécu, et son histoire.

Selon Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien la notion d'image corporelle se définit comme « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* ». (Schilder -1935). Le concept d'image corporelle entre dans l'ère du somatopsychique et dans le cadre de l'inconscient.

En 1998, selon Bob Price, directeur de l'enseignement par correspondance au Royal College à Londres, l'image corporelle se répartit en trois axes distincts : « *le corps réel, le corps idéal et l'apparence.* »



- Le corps réel : c'est le corps tel qu'il existe, il vit, il vieillit, il connaît des maladies ..., Au moment où le corps réel change l'image corporelle elle connaît un laps de temps avant de changer à son tour.
- Le corps idéal : c'est notre propre représentation mentale que nous avons du corps parfait, rêvé. Cette représentation est influencée par la société qui nous confronte constamment aux idéaux de beauté (les magazines, les réseaux sociaux, les médias...)
- L'apparence : c'est la façon dont on présente notre corps à autrui, c'est un des premiers liens sociaux : la façon de s'habiller, de marcher, de parler, de se coiffer. La perte d'un membre comme dans l'amputation touche le corps réel mais touche quelque part l'apparence de la personne.

Le corps a pris une place nouvelle dans notre société, les normes esthétiques n'ont jamais cessé d'exister au fil des années mais elles se retrouvent de plus en plus présentes et envahissantes de nos jours, pour beaucoup d'individus renvoyer une belle image corporelle est quelque chose d'essentiel afin de paraître aux yeux de la société comme « beau et bel » et surtout comme étant une personne « normal » afin de pouvoir s'intégrer dans la société.

Au cours de notre vie nous vivons tous des modifications de notre image corporelle et pour commencer à l'adolescence avec la puberté qui va se poursuivre et finir par aboutir au vieillissement. Ces modifications sont incontournables, elles font partie de la chronologie de la vie de l'Homme. Mais quelques fois de façon brutale et inattendue l'image corporelle d'un individu peut être changée en raison d'un accident, d'une pathologie...

Chaque image du corps est propre à l'Homme, un changement dans les structures de son corps comme une amputation peut venir perturber l'image corporelle qu'il avait de lui et ainsi causer une certaine fragilité, pouvant même être accompagnée d'une perte d'identité et avoir la perception « d'un autre moi ».

Nous connaissons tous l'importance du culte du corps dans notre société, les personnes ayant subi une amputation ont un membre qui leur manque, c'est donc difficile de pouvoir cacher aux yeux de tous cette « différence ». Ils sont donc exposés de façon constante à la curiosité, aux regards insistants aux commentaires ainsi qu'aux personnes malveillantes.

Ces agissements de la population peuvent faire ressentir davantage à l'individu sa différence et il peut très vite avoir le sentiment d'être comme « hors normes ». Pour pallier à ce fléau la proposition de la mise en place d'une prothèse orthopédique quand cela est possible est très vite proposé au patient afin qu'il garde dans un premier temps une « bonne » image de lui et que cette modification de son image corporelle ne paraisse moins agressive à ses yeux ainsi que moins flagrante aux yeux de la société.

Avoir des pensées et des sentiments positifs envers son image corporelle constitue un élément essentiel pour avoir par la suite une bonne estime de soi.

## 2.3- L'estime de soi

Dans les siècles derniers l'humilité était appréciée et surtout bien considéré Kant disait même « *L'amour de soi, sans être toujours coupable, est la source de tout mal* »

Avant même que cette notion ne soit prise au sérieux par la communauté Jean-Jacques Rousseau célèbre écrivain affirmé en 1761 que « *nul ne peut être heureux s'il ne jouit de sa propre estime.* »

Les auteurs ont vraiment commencé à employer ce terme d'estime de soi à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, ou parler de soi et avoir de l'humilité devient alors monnaie courante dans la société.

La notion d'estime de soi a été théorisé en grande partie par James Noley psychologue américain il le définit comme « *le rapport entre ce que nous sommes en tant qu'individu (apparence physique, réussite sociale et professionnelle) et ce que nous souhaitons être.* »

L'estime de soi est une notion variable et délicate. Tout au long de notre vie, elle peut croître ou décroître selon le regard que nous portons sur nous-mêmes, selon les actions et leurs résultats. Il est vrai que l'estime de soi est très fluctuante, elle peut être très haute comme très basse selon les différentes phases de la vie.

En fonction de son bon ou moins bon équilibre, l'estime de soi aura des répercussions sur l'ensemble du fonctionnement individuel mais également dans les relations avec autrui.

En définitive l'estime de soi est l'aboutissement d'un jugement, d'une appréciation et d'une évaluation que nous nous faisons de nous-même en rapport à nos propres valeurs personnelles.

Elle se façonne à partir de la connaissance de soi : conscience de ses forces et faiblesse, de ses limites, de ses besoins. Avoir une bonne estime de soi c'est se connaître et s'aimer avec ses qualités et ses défauts.

L'édification de l'estime de soi se fait dès le plus jeune âge, avec ce que Jacques Salomé psychosociologue et écrivain français appelle le « biberon relationnel », il est aussi question d'un héritage éducatif familial mais également extérieur : des valeurs transmises, des expériences acquises mais sans oublier de se conditionner au monde qui nous entoure car le poids du regard d'autrui est un facteur vigoureux d'une bonne ou mauvaise estime de soi.

L'estime de soi est à la base de la construction de la personnalité, elle se retrouve au centre des trois composantes essentielles du Soi : comportemental, émotionnelle et cognitive.

Dans le cas d'une amputation du membre inférieur comme nous l'avions vu précédemment l'image du corps est atteinte. L'estime de soi et l'image corporelle sont deux notions complémentaires, toucher à l'image corporelle revient à toucher à l'estime de soi.

Le patient découvre une nouvelle image de lui, qui lui est étrangère. Pour un grand nombre de patients cette amputation ainsi que ses conséquences ont une répercussion négative sur la perception de leur estime de soi. Sur ces entrefaites la personne peut se trouver entravée par ses pensées et émotions négatives c'est alors que des pathologies psychiques comme la dépression,

l'anxiété peuvent faire leurs apparitions. Virginia Henderson caractérise la diminution de l'estime de soi comme étant « *la perception négative que l'individu éprouve face à son apparence physique, lors de la perte d'un organe ou d'une fonction ou lors d'une atteinte à l'intégrité du moi.* »

Physiologiquement chaque individu sur cette terre sauf malformations... naît avec deux bras, deux jambes, les personnes amputés doivent se réapproprier leur nouveau corps car une partie d'eux leur a été enlevée.

Il est alors primordial de considérer l'estime de soi comme un élément essentiel dans la réhabilitation d'une personne amputée. Comme l'ont écrit Christophe André et François Lelord, l'estime de soi « *s'entretient et se répare* ».

## **Chapitre III : Le rôle de l'infirmier dans l'accompagnement du patient**

### **3.1- Le concept d'accompagnement**

L'accompagnement est un concept qui s'est développé depuis peu dans le champ lexical des soins palliatifs notamment, vers les années 1960/1970, ce concept est utilisé aussi bien dans la santé, le social et l'éducation...

En faisant quelques recherches la première définition trouvée de l'accompagnement se trouve dans le dictionnaire Larousse, il le définit comme étant « *Action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements* » ou bien comme « *ce qui accompagne quelque chose* »

Si nous nous tenons à cette définition, l'infirmier accompagnerait juste le patient dans ses déplacements.

Mais selon l'ARS (l'Agence régionale de la santé), la définition de l'accompagnement est énoncée par L. 1161-3 du Code de la santé publique « *les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie* ».

Dans un premier temps il est nécessaire de préciser que l'accompagnement est un concept très vaste, chaque individu à ses propres représentations de ce qu'est ce terme, cependant ils ne sont pas toujours adaptés. Chaque personne peut y mettre ses propres mots dessus, il n'y a aucune définition véritable de ce terme.

L'accompagnement se décrit dans la relation à l'autre, au minimum dans une relation duale. C'est une démarche relationnelle qui s'inscrit autour du projet du patient. Il s'intéresse en priorité aux côtés positifs de la personne accompagnée, dont le but est de renforcer son estime de soi et de préserver son autonomie. Il évoque la proximité et le respect de l'autre, la bienveillance et le non-jugement.

L'accompagnement, dans une relation empathique, utilise les ressources et les compétences de l'autre. Il prend en compte la souffrance physique, psychologique, sociale et spirituelle, cette démarche privilégie l'empathie, l'authenticité et le non-jugement. L'accompagnement semble répondre à un besoin nouveau des professionnels de santé.

L'accompagnement figure comme le rôle propre de l'infirmier, il doit trouver sa place, son rôle au sein de cet accompagnement, en aucun cas il doit faire, dire ou penser à la place du patient c'est un des dangers majeurs et a surtout évité.

Chaque situation d'accompagnement ne sera pas identique bien au contraire elles seront plus différentes les unes que les autres. Il faut retenir une chose, c'est qu'un accompagnement réussi passe avant tout par le fait de dialoguer non pas avec le patient amputé ou la famille mais d'être humain à être humain.

Virginia Henderson définit le concept d'accompagnement comme étant « *le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade au maintien ou au recouvrement de la santé* »

L'accompagnement du soignant passe avant tout par l'humilité, la bienveillance, l'empathie, mais bien évidemment le dialogue reste un outil capital, le soignant doit trouver sa juste place, et utiliser ce qu'on appelle l'écoute active afin d'aider le patient dans son cheminement. Tout individu sur cette terre est différent, il faudra donc nous en tant que soignant adapter notre accompagnement à chaque patient, certains avanceront plus doucement que d'autres, certains auront besoin d'être plus épaulés, ils n'attendent pas de nous le même type d'accompagnement.

Dans l'accompagnement, il est essentiel de prendre en compte le patient dans son intégralité et dans son individualité. Il est nécessaire pour accompagner une personne dans le cheminement de sa nouvelle image corporelle d'entretenir une relation d'aide.

### 3.1.1- La Relation d'aide

C'est véritablement à partir de 1942 que le concept de la relation d'aide prend tout son sens, il est éclairé par Carl Rogers dans ses différents travaux. Carl Rogers ancien psychologue humaniste américain définit ce concept comme étant « *la relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes ou l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va au-delà de la volonté d'être à l'écoute* »

La relation d'aide fait partie de l'accompagnement psychologique du patient, c'est un soin relationnel à part entière qui appartient au rôle propre de l'infirmier. L'infirmier a le rôle majeur d'aidant, c'est un soutien psychologique fondamental pour le patient mais aussi pour sa famille, ses proches.

Pour que cette relation puisse s'établir il faudra nécessairement un engagement mutuel venant de la part du soignant mais aussi de la part du patient, les deux individus doivent se reconnaître et se respecter comme des êtres humains égaux.

Cette relation a avant tout un but thérapeutique. Son rôle principal reste quand même celui de soutenir le patient ainsi que ses proches et sa famille à assimiler une situation qui peut leur paraître comme insurmontable afin qu'ils mobilisent leur capacité pour la surmonter et la devancer.

Cette relation va également permettre à l'infirmier d'apercevoir les éventuelles brèches, les besoins, les émotions, les sentiments ainsi que l'éventuel changement que le patient a de sa propre image corporelle lors d'une épreuve difficile comme l'amputation.

Chaque relation d'aide sera distincte et unique, car chaque individu est différent face à une situation brutale.

Selon Carl Rogers la relation d'aide serait avantagée si le soignant utilisait ces trois postures : l'écoute active, l'empathie et le non-jugement.

#### 3.1.1.1- L'écoute active

L'écoute active est un concept résultant des travaux du psychologue américain Carl Rogers, l'auteur des techniques non directives.

Écouter et entendre sont deux termes totalement différents. Cette notion qui est donc l'écoute active est une technique de communication qui aspire à aller au-delà de la simple reformulation. Quand on parle d'écoute active on parle également d'écoute empathique ou attentive.

L'objectif de l'écoute active est de permettre au patient d'oraliser complètement et librement ses émotions qu'il a jusqu'ici du mal à exprimer. Pour réussir convenablement cette approche il faut dorénavant éviter toutes idées préconçues acceptées l'autre sans préjugé. Cette écoute doit se faire dans le respect et la bienveillance, le soignant doit faire preuve d'une écoute motivée et d'une attention sincère afin que le patient se sente en sécurité, à l'aise, afin de briser ses défenses et s'exprime ouvertement pour faire part de son ressenti profond.

L'écoute active c'est en outre aspirer à comprendre l'autre en l'occurrence le patient et à lui démontrer que le message passé a bien été compris.

Selon Rogers, *« quelle que soit la technique que l'on utilise, elle ne sert à rien si l'écouter ne met pas en place une attitude mêlée d'authenticité et de compréhension, sans chercher à interpréter et/ou juger. »*

Cette technique de communication oblige de la part du soignant une grande empathie, tout en gardant une juste distance.

### 3.1.1.2- L'empathie

L'empathie est avant tout une méthode relationnelle, c'est l'aptitude à comprendre le point de vue de l'autre (empathie cognitive), ainsi qu'à percevoir son état affectif, ce qu'il ressent (empathie émotionnelle), en se mettant à sa place mais en ne s'identifiant pas à lui. Il faut faire très attention car être empathique ne veut dire en aucun cas ressentir ce que l'autre ressent, ceci est de la contagion émotionnelle. Bien que l'empathie soit nécessaire dans toute relation de soin ainsi que dans nos vies personnelles, la contagion émotionnelle en devient néfaste et dévastatrice. Ressentir ce que l'autre ressent ne l'aide aucunement, cela renforce davantage notre sentiment d'impuissance face à la situation qu'endure la personne.

L'empathie est une attitude élémentaire de la relation d'aide, pour Marie-Claude Daydé et Chantal Pascal, cette capacité à comprendre autrui tout en restant soit même permet de *« différencier ses émotions, ne pas penser à ce que nous aurions fait dans cette situation, mais au contraire laisser la personne malade exprimer son émotion, être elle-même »*.

L'empathie représente avant tout une compréhension affective de l'autre, elle permet pour le soignant d'observer, d'écouter et donc d'un point de vue psychique de connaître l'état émotionnel de l'individu afin de l'aider à trouver des issues à son problème. Ainsi le patient perçoit que le soignant comprend ses difficultés il peut alors se livrer d'avantages sur ses émotions et pensées sans être dévalorisé ni jugé.

### 3.1.1.3- Le non jugement

Le non-jugement c'est avant tout accueillir autrui tel qu'il est avec ses qualités, ses défauts, ses remises en question et ses craintes, en clair c'est accepter la personne dans son entièreté, et cela dans une attitude de bienveillance.

Le non-jugement est un pilier de la relation d'aide, il représente une vertu capitale pour fonder une atmosphère sereine ainsi qu'un climat de confiance dans la relation thérapeutique avec le patient.

Le non-jugement permet à l'individu d'exprimer ce qu'il ressent, ce qu'il a sur le cœur sans redouter la réaction du soignant, il se sent pris en compte et soutenu dans sa prise en charge. Cette notion fait partie de la communication dite « non violente »

D'après Margot Phaneuf *« le non-jugement est une qualité de l'écoute propre à la relation d'aide qui conduit la soignante à se laisser pénétrer, sans préjugé, ni réserve, par ce qu'elle exprime l'aider, par son comportement verbal et non verbal et ce, sans évaluer la valeur morale de ses paroles et de ses gestes. Cette attitude repose sur l'acceptation inconditionnelle du patient, sur le respect de sa dignité et sur une compréhension profonde de ce qu'il est et ce qu'il vit. »*

### 3.1.2- La Relation de confiance

La relation de confiance c'est le lien qui raccroche deux individus, ce lien laisse penser que tout d'eux ne se tromperont jamais au niveau moral, affectif...

La relation de confiance est un élément essentiel en tant que soignant. Si le soignant veut pouvoir avancer, et répondre au mieux aux besoins des personnes qu'il accompagne, il faut qu'il acquière une alliance thérapeutique avec le patient, il est donc élémentaire de bâtir une relation de confiance mutuelle autant du côté du soignant que du soigné, mais il ne faut pas oublier que le fondement de la relation de confiance passe aussi par l'affiliation aux familles.

Chez diverses personnes cette relation peut être très naturelle même instinctive, certains individus peuvent très vite faire confiance à autrui et la relation s'installe alors aisément et rapidement.

Mais il ne faut pas oublier que la relation de confiance est avant tout une relation qui se construit. La plupart du temps cette relation de confiance s'établit dans la durée, on sera donc à même de la qualifier comme acquise.

Dans un premier temps, si le patient a confiance en le soignant, il sera alors bien entendu plus coopérant dans l'accompagnement. La relation de confiance va lui permettre de se confier, de s'évader, sans crainte du jugement ainsi que du regard des autres. L'individu à cet instant-là va se sentir comme libre, il n'aura plus besoin de cacher ses émotions, ses craintes ainsi que ses préoccupations, il se sentira accepté dans son intégralité. Le soignant aura alors après ce dialogue en sa possession les éléments qui lui sont capitaux pour aider au mieux le patient dans sa reconstruction.

C'est l'instant aussi où les familles peuvent « craquer », elles peuvent se sentir assez en confiance avec le soignant pour se confier sur ce qu'elles traversent, ce qu'elles vivent, ce qu'elles ressentent. Car il ne faut pas oublier que les familles sont les personnes les plus impactées après le patient.

*« La relation de confiance c'est l'instant précis où l'autre se sentira accueilli pleinement dans ce qu'il est, et qu'il sera accompagné pleinement dans les choix qu'il fera. »*

La confiance dans le soin est alors fondamentale, elle fait tomber certaines barrières entre le soignant et le soigné/famille. À l'inverse les craintes, la méfiance ne font que retarder la prise en soin, le dialogue ne pourra pas ou difficilement se faire ce qui posera diverses difficultés dans l'accompagnement de ce patient.

### 3.1.3- Prise en charge éducative

L'équipe soignante et plus précisément l'infirmier/ère joue un rôle prépondérant dans l'éducation du patient.

Son rôle éducatif intervient dès lors que le patient est au courant de son intervention chirurgicale. Il alertera dans un premier temps le patient des complications que peut engendrer

l'amputation, les douleurs, les contractures, les hématomes, les infections ainsi que les déhiscences de la plaie et les raideurs au niveau du genou et de la hanche ... et lui donnera des précieux conseils afin de les éviter au maximum.

Les premières recommandations que le soignant peut lui faire sont de se coucher en décubitus latéral ou bien de positionner un coussin de décharge au niveau de l'extrémité de son moignon pour éviter tous fléchissements, car une fois que la raideur articulaire est installée il est très difficile de revenir en arrière et ceci aura des répercussions par la suite sur la rééducation et la mise en place d'une prothèse orthopédique. L'infirmière aura de plus le rôle de montrer au patient comment appliquer adéquatement le bandage compressif sur son membre résiduel et lui enseignera des techniques de compressothérapie afin de réduire l'enflure et de préparer le membre résiduel à l'appareillage.

Il est également essentiel de rappeler aux patients diabétiques qui ont déjà subi une amputation du membre inférieur l'intérêt d'observer, de toucher son deuxième pied afin de détecter de façon précoce d'éventuelles blessures.

Des recommandations au niveau de l'hygiène des pieds lui sont transmises afin de diminuer tous risques de plaies comme, d'éviter les bains, de bien se sécher les pieds en sortant de la douche, d'aller chez le podologue pour couper ses ongles, de bien s'hydrater les pieds... ainsi que d'avoir un chaussage adéquat de préférence fermé, souple et à la bonne taille.

L'éducation du patient s'invite également dans son hygiène de vie, pour une bonne cicatrisation ainsi qu'une bonne rééducation il est primordial d'avoir une hygiène de vie équilibrée et saine. Il faut donc éviter toute consommation d'alcool ou de tabac afin de limiter les risques d'infections et de faciliter la cicatrisation du moignon, une alimentation équilibrée est tout aussi essentielle car toute prise de poids aura des conséquences par la suite sur le moignon et sur l'accommodation de la prothèse orthopédique.

La prise en charge éducative reste un axe majeur de l'accompagnement. Le patient ayant subi une amputation a besoin d'être éduqué sur sa nouvelle situation afin de ne pas commettre d'erreur qui pourrait lui être fatale pour la suite.

#### 3.1.4- Les différentes ressources techniques

L'année suivant l'amputation est souvent vallonnée d'embuches, le patient doit parcourir différentes étapes avant même la mise en place d'une prothèse orthopédique.

Dans les premiers jours suivant l'amputation les professionnels qui sont le plus étroitement au contact de la personne amputée sont dans un premier temps l'infirmier qui est chargé entre autre de réaliser le pansement ainsi que d'évaluer toute douleur (douleur du membre fantôme, douleur du moignon...), par la suite un physiothérapeute explique et participe à la rééducation du patient amputé, il enseigne des exercices destinés à améliorer ses fonctions musculaires et lui apprend à se déplacer à l'aide de béquille, de fauteuil roulant qui lui seront nécessaires pendant les premières semaines. Selon l'avancée du moignon et l'avis du chirurgien,



une première prothèse provisoire est confectionnée par le physiothérapeute afin d'entamer la rééducation et de permettre à la personne amputée de retrouver le plus tôt possible son autonomie et sa mobilité.

Une fois que les professionnels de santé ont jugé que le membre résiduel est bien cicatrisé, l'équipe multidisciplinaire oriente le patient vers un prothésiste ou un centre prothétique. La personne amputée accompagnée de son prothésiste choisit son futur membre artificiel, dès à présent son prothésiste va fabriquer, ajuster et réparer sa prothèse.

L'équipe sociale et notamment l'assistante sociale joue un rôle primordial dans les démarches administratives et en particulier pour la prise en charge de la prothèse orthopédique définitive ainsi que pour les aides auxquelles le patient aura droit à domicile.

Pour préparer au mieux le retour à domicile des ergothérapeutes interviennent chez les patients amputés afin d'effectuer un bilan d'indépendance et ainsi les conseiller, aménager au mieux leur environnement pour retrouver petit à petit leur autonomie. Il accompagne également le patient et sa famille dans les différentes démarches afin de se procurer certains matériaux nécessaires pour accomplir certaines tâches ou assurer une plus grande sécurité comme les fauteuils roulant, les sièges de douche, les barres d'appui fixées sur les murs de la baignoire ou de la douche...

Toutes ces ressources techniques sont d'une grande aide pour débiter la vie en tant que personne nouvellement amputée.

### **3.2- Identification des moments cruciaux**

#### 3.2.1- Le premier pansement, le premier regard sur soi

Le premier moment crucial arrive très vite, c'est la réfection du tout premier pansement. Celui-ci a lieu dès le lendemain matin de l'opération, l'infirmière accompagnée du médecin vient retirer le pansement qui camoufle la cicatrice de l'amputation et d'une certaine façon la factualité de la chose.

Pour les soignants ce moment est un geste technique, il faut analyser l'évolution de la cicatrice, si la cicatrice est bien propre, qu'il n'y ait pas de signes d'infection... mais cependant les soignants savent à quel point cette étape peut être très douloureuse pour le patient. L'infirmier/ère va être témoin, et épauler ce patient dans cet évènement qui peut être traumatisant, le respect et la bienveillance sont des notions qui deviennent capitales dans ce genre de situation.

Pour les patients c'est un épisode très redouté, éprouvant, chargé en émotions car ils appréhendent de voir réellement le vide laissé par la chirurgie. L'infirmier/ère avant l'ouverture du pansement demande aux patients s'ils désirent voir ou non la cicatrice de l'amputation, cette décision appartient seulement au patient.

Les réactions émotionnelles sont toutes aussi différentes que le nombre d'individus sur cette terre, il est important de rappeler qu'il n'y a en aucun cas de bonne ou mauvaise réaction. Chaque être humain est différent et vivra cette nouvelle qui bouleverse sa vie à sa façon. Certaines personnes vont regarder cette cicatrice et s'effondrer, à l'inverse certaines vont trouver la cicatrice pas si mal, d'autres refusent de regarder... c'est à ce moment-là que les mécanismes de défense peuvent faire surface comme le déni, la résilience, l'humour, le refoulement...

C'est souvent à cet instant précis que les patients affichent aux grands jours leurs émotions, leurs ressentis, leurs peurs, leurs questions et réalisent ainsi que leur image corporelle n'est plus la même.

Le soignant est la première personne portant un regard sur la partie du corps que le soigné redoute, il est alors primordial que le soignant face preuve de respect, de bienveillance ainsi que de douceur dans cette phase où le patient porte son premier regard sur son corps changé. Cette étape va être cruciale pour la suite de la prise en charge du patient.

### 3.2.2- Le regard des autres

L'amputation comme vu précédemment à une répercussion considérable sur l'image corporelle du patient, sur l'image même qu'il perçoit de lui. Mais n'oublions pas un facteur qui reste primordial pour une meilleure reconstruction de son image après un tel changement physique : le regard que porte la société à propos de ce changement esthétique.

L'image est le support de l'interaction sociale, l'apparence est notre premier langage. La beauté est une "idée", un idéal au sens premier du terme, intemporel, universel, mais elle est personnalisée selon les différentes normes divergentes en fonction des sociétés.

L'anthropologue Elisabeth Azoulay affirme en 2018 que les critères de beauté fondent notre identité. Cela signifierait qu'ils permettraient de nous construire en tant qu'individu unique, de renforcer notre personnalité, nos goûts, et nos valeurs.

Influencé par ces idéaux de beauté depuis enfant, il reste difficile d'établir son propre avis quand depuis tout petit nous vivons avec des stéréotypes. De plus, nous pouvons constater que dans notre société actuelle de plus en plus de harcèlement ou d'exclusion sociale voit le jour lorsque l'individu s'éloigne de ces critères de beauté « imposés » par la société. La sortie de l'hôpital peut être source d'angoisse, de peur, c'est le moment pour le patient d'affronter « le monde réel » et ainsi défier le regard du monde extérieur. C'est l'instant de quitter ce milieu qui a été pour lui rassurant et rempli de regards bienveillants à l'encontre de cette différence physique.

Le regard extérieur est une étape qui peut se révéler très compliquée pour beaucoup de personnes atteintes de handicap notamment pour les personnes amputées.

Se montrer sans filtre avec ce membre en moins aux yeux de tous et notamment aux yeux de ses proches peut se révéler difficile et entraîner certaines émotions (tristesse, peur...).

Il est avéré que lorsqu'une personne affiche au grand jour une particularité, beaucoup de regards se posent sur elle, car fatalement son physique se différencie de la norme : prothèse orthopédique, fauteuil roulant, moignon...

L'Homme est curieux de nature, il est établi de telle sorte qu'il aperçoive tout ce qui sort de l'ordinaire.

La différence physique, en l'occurrence l'amputation, la perte d'un membre suscite des réactions très opposées chez les individus de la société : de l'attraction au rejet, de l'indifférence à la curiosité, du mépris à la pitié et à l'admiration... Ces réactions toutes plus différentes les unes que les autres dépendent de chaque individu : de son expérience et de son vécu, de ses convictions, de son éducation ainsi que de sa largeur d'esprit, son ouverture à l'autre ainsi qu'à la différence.

Les personnes amputées, qui sont naturellement confrontées à la même expérience, ne réagissent pas toutes de la même façon face aux regards extérieurs, certaines auront peur du regard des autres, peur du jugement, d'autres prendront mal ce regard extérieur et se mettront en colère face à une réflexion venant d'autrui alors que d'autres réagiront avec humour et dérision...

Il faut comprendre avant tout que ce qui rend différent une personne en situation de handicap est le regard que porte les autres sur elle. L'amputation, par nature, constitue une différence. Cependant, il appartient à chacun de se questionner sur les conséquences du regard qu'il porte à l'égard de cette personne amputée et d'y réfléchir, car elles peuvent être préjudiciables et édifier un handicap de plus, moins visible mais tout aussi impactant pour toutes ces personnes amputées.

Il est connu qu'on ne peut jamais complètement s'écarter du regard que portent les autres sur nous, mais heureusement car ce regard est essentiel pour la vie en société. Le regard que la société porte à l'égard des personnes amputées influence de façon certaine leur image d'eux-mêmes.

C'est un travail sur soi de longue haleine, le temps et l'expérience sont les clés pour accepter et s'émanciper du regard extérieur, mais c'est à la portée de chaque individu. Eleanor Roosevelt émettait l'idée que « *Personne ne peut vous diminuer sans que vous y consentiez* ».

### **III- LE CADRE EMPIRIQUE**

#### **1.1- Méthodologie d'enquête**

À la suite du Cadre théorique développé précédemment, il nous est demandé de mener à bien une enquête empirique dont la finalité est de pouvoir comparer mes lectures à la réalité du terrain.

Pour accomplir cette partie du travail nous avons à notre disposition plusieurs outils d'enquêtes : le questionnaire, l'entretien semi-directif, l'observation...

Afin de réaliser notre enquête nous devons opter pour l'un de ces outils de recherche, celui qui à notre sens est le plus adapté pour recueillir le maximum d'informations, pour par la suite pouvoir les analyser et noter ou non un écart entre la théorie et la réalité en milieu de soin.

##### 1.1.1- Choix de l'outil

L'outil que j'ai choisi d'utiliser pour la phase empirique est l'entretien semi-directif. C'est l'outil qui me paraît le plus adéquat. L'objectif principal de cet entretien semi-directif sera de recueillir le maximum d'informations auprès des professionnels de santé afin de pouvoir par la suite les analyser en les mettant en lien avec mes recherches théoriques.

Selon moi cette technique est la meilleure pour répondre au mieux à mes interrogations, elle apporte une richesse et de nombreuses précisions.

Ces entretiens semi-directifs vont me permettre de pouvoir poser des questions ouvertes aux professionnelles de santé et ainsi d'être à même de les relancer si besoin. Ceci me permettra également d'approfondir et d'explicitier certains points de ma grille d'entretien, tout en laissant s'exprimer librement le soignant. Il rend alors possible un réel échange entre nous et notre interlocuteur. Une vraie discussion peut ainsi s'installer.

De plus, dans ce type d'entretien, le soignant pourra me donner des informations auxquelles je n'aurais pas pensé et qui pourraient être enrichissantes pour mon travail, je pourrais avoir des retours sur leurs représentations, leurs ressentis, leurs expériences...

J'ai également choisi cette méthode à contrario du questionnaire, car je trouve très important d'avoir un réel échange avec les professionnels de santé, de pouvoir visualiser leurs gestuelles, leurs mimiques et ainsi observer un retour émotionnel.

On verra par la suite que cette approche facilitera l'apparition de nouvelles problématiques.

##### 1.1.2- Choix du lieu et de la population cible

Au vu du thème de mon mémoire, j'ai décidé de réaliser mes entretiens auprès de quatre infirmières diplômées d'état dans deux établissements de santé différents. Elles bénéficient de

parcours et de niveaux d'expériences tous plus différents les uns que les autres, et ont déjà eu recours à la prise en charge de patients amputés du membre inférieur.

J'ai interrogé en premier lieu une infirmière exerçant au CHU de Montpellier en service de médecine vasculaire à Saint Eloi, ainsi que trois infirmières en service de Rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur au CHU de Nîmes au grau du roi.

Les soignants dans ces deux services ont pour mission principal l'accompagnement du patient dans sa reconstruction mais avec une différence qui n'est pas moindre, la temporalité et la durée de la prise en charge du patient.

En service de médecine vasculaire le patient entre avec ses deux membres et n'en sort qu'avec un. L'amputation se fait durant l'hospitalisation. C'est un séjour de courte durée mais chargé en émotion car c'est à ce moment-là que son image corporelle est impactée. C'est « souvent » le choc qui prend le dessus.

En revanche, en service de Rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur, le patient reste pour un plus long séjour. Il va essayer de se reconstruire et se réapproprier sa nouvelle image corporelle. C'est alors « souvent » le moment de la résilience.

Je trouvais donc pertinent de prendre comme choix ces deux services, afin d'avoir une vue d'ensemble de toutes les étapes que traverse le patient. Ses doutes, ses peurs, l'annonce de l'amputation, la rééducation jusqu'à sa reconstruction. Et ainsi connaître la démarche des soignants dans l'accompagnement du patient à chaque étape de son cheminement.

## **1.2 - Réalisation de l'enquête**

### 1.2.1- Demande d'autorisation d'enquête

J'ai commencé dans un premier temps par écrire une trame d'entretien afin de la présenter à mon cadre de suivi pédagogique pour qu'il puisse par la suite apporter plus ou moins des modifications s'il le souhaitait. Une fois les modifications apportées et la trame validée, j'ai eu son aval pour commencer à contacter les différentes structures et services où je souhaitais aller m'entretenir.

En premier lieu, j'ai contacté les cadres de santé du service de médecine vasculaire ainsi que du service de rééducation réadaptation de l'appareil locomoteur en leur expliquant les raisons de mon appel. Elles ont tout de suite été ouvertes à l'idée que je vienne réaliser mes entretiens dans leur service. Je leur ai donc donné mes disponibilités afin qu'elles puissent s'organiser en fonction des plannings des infirmiers.

A la fin de mes entretiens téléphoniques j'ai immédiatement rédigé un mail récapitulatif aux cadres de santé comprenant l'objet de ma demande, mon identité, le thème de mon travail de fin d'étude ainsi que toutes les modalités de mon entretien (temps, enregistrement, anonymat, nombre d'infirmiers que je souhaitais interroger...), sans oublier de rajouter mon entretien en pièce jointe (cf annexe II).

J'ai rapidement reçu des réponses positives des deux services. La cadre du service de médecine vasculaire m'a proposé de venir faire mes entretiens le 5 avril 2022 et la cadre de santé de rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur m'a fixé comme date le 20 avril 2022.

### 1.2.2- Déroulement des entretiens

Dans les deux services, ce sont les cadres de santé qui m'ont accueilli. Elles m'ont ensuite présentées aux équipes et plus particulièrement aux infirmières que j'allais interroger postérieurement.

Nous sommes mises à l'écart dans une pièce plus isolée afin d'être dans un environnement calme et propice au bon déroulement de l'entretien.

Avant de commencer tout échange avec chaque infirmière, j'ai demandé à chacune d'elles si je pouvais les enregistrer afin de faciliter par la suite la retranscription. J'ai précisé également que cet entretien resterait anonyme puis effacé après ma soutenance orale. Les quatre infirmières ont accepté cette méthode, les entretiens ont pu donc débuter. Les quatre entretiens ont duré en moyenne une vingtaine de minutes chacun.

Les quatre entretiens que j'ai pu effectuer ont été fluides et propices à un réel échange, j'ai pu rencontrer des professionnels tout aussi passionnés et envieuses de répondre à mon questionnement, elles ont su se rendre accueillantes et disponibles malgré la charge de travail qui les attendait.

### 1.2.3- Les limites des entretiens

La réalisation d'entretien n'est pas sans embûches. J'ai pu rencontrer plusieurs petites difficultés lors de son exécution.

Leur travail de soignant est pourvu d'imprévus. Lors de mes différents entretiens, il est arrivé que l'infirmière ne puisse pas venir à ma rencontre tout de suite, qu'elle soit pressée par le temps sachant tout ce qui l'attend par la suite, ou également que des collègues soient obligés d'interrompre l'entretien pour demander certains renseignements.

De plus, j'ai trouvé difficile le fait de rester neutre face à chaque réponse, et de ne pas trop les guider dans leurs réponses. C'est assez ambivalent car il fallait sur certaines questions

que j'aide mes interlocutrices à comprendre certaines questions, en les reformulant... mais sans pour autant les influencer.

Pour finir je n'ai pu interroger que quatre soignants. Je peux donc dire aussi que l'entretien à l'opposé du questionnaire limite le nombre de personnes interviewées. Si j'avais pu interroger plus de soignant, j'aurais eu plus de réponses et donc peut-être plus d'hétérogénéité au niveau des réponses.

### **1.3- Analyse des données de l'enquête empirique et confrontation avec le cadre théorique**

#### 1.3.1- Méthode d'analyse des données

J'ai retranscrit chaque entretien, dans les verbatims à l'aide de mes enregistrements.

J'ai par la suite conçu une grille de « dépouillement » sous forme de tableau (cf. annexe III). Cette grille est composée de cinq colonnes, une affichant chaque grand concept abordé antérieurement dans le cadre théorique. Puis chaque colonne qui suit sera réservée pour une infirmière.

Il est agencé de façon à façon afin de mettre en évidence les écarts et les ressemblances entre les réponses données des différentes infirmières, l'analyse se fait de façon linéaire et chronologique afin de faciliter celle-ci.

Ce tableau me facilitera par la suite la phase de l'analyse, et me permettra de traiter point par point toutes les réponses à mes questions.

#### 1.3.2- Analyse des entretiens

Durant cette phase d'analyse j'aborderai trois thèmes : l'amputation, l'image corporelle puis l'accompagnement. J'analyserai les similitudes ainsi que les écarts entre les réponses des infirmières et les confronterai avec mon cadre théorique.

Ayant présenté en amont les infirmières interrogées ainsi que leur parcours, je vais passer à la seconde question de mon entretien afin de rentrer dans le vif du sujet.

##### 1.3.2.1- L'amputation

###### - Les représentations

Cette notion étant un des thèmes importants de mon travail de fin d'études, il m'a semblé judicieux dans un premier temps de connaître ce que l'amputation pouvait représenter pour les infirmières.

Jeanne, Marion et Clara sont toutes les trois en accord et définissent l'amputation comme étant un acte chirurgical consistant à sectionner un membre. Elles mettent l'accent sur le fait qu'il existe différentes étiologies d'amputation comme les causes vasculaires, les traumatismes et certains cancers comme le cancer des os...

Précédemment dans le cadre conceptuel nous avons pu voir que l'amputation a été définie par l'APF France handicap comme étant « *une amputation chirurgicale qui consiste à retirer tout ou une partie d'un organe ou d'un membre.* ». D'après les trois premières infirmières, cette définition est exactement la même que celles des trois infirmières interrogées. Nous avons également vu que différentes étiologies peuvent être à l'origine d'une amputation, dans les étiologies qu'elles ont pu me citer, on remarque bien les similitudes avec le cadre théorique tel que les pathologies vasculaires, les traumatismes...

Par la suite Jeanne et Clara ont un discours qui se rapproche. Elles expriment que pour elles l'amputation signifie la fin d'un cursus thérapeutique, c'est le dernier recours. L'équipe médicale et plus particulièrement le chirurgien prend cette décision quand il n'y a plus de solution et que tous les gestes chirurgicaux auparavant ont échoués.

D'autres notions de leur réponse sont intéressantes à analyser. Elles ont évoqué la notion du handicap et soulignent le fait que l'amputation du membre inférieur représente avant tout un handicap locomoteur majeur et que cet acte a des répercussions sur la vie quotidienne du patient et par conséquent la bouleverse. Marion complète sa réponse en me disant « *il va devoir réapprendre certains actes de la vie quotidienne, et même réapprendre à s'aimer, à aimer cette nouvelle image de lui...* »

Durant la phase du cadre conceptuel la définition du handicap a été donnée par l'ONU qui exprime que « *le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* »

La loi n°2005-105 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

D'après ces deux définitions nous pouvons bien voir que les soignantes sont en concordance avec celles-ci et savent avant tout que l'amputation du membre inférieur est un handicap majeur.

Par la suite, Clara et Chloé ajoutent le fait que l'amputation du membre inférieur à également des répercussions majeures sur l'image corporelle du patient ainsi que sur son schéma corporel. Comme le dit Chloé « *c'est une image de soi complètement modifiée* ».

J'ai pu également voir à travers mon analyse que deux des infirmières avaient un discours qui se rapprochait sur un point en particulier celui des représentations et des impressions lors de la vue d'une amputation du membre inférieur. Elles émettent l'idée qu'au premier abord l'amputation est quelque chose qui peut s'avérer impressionnant et même parfois pour certains difficile à regarder. Clara dit même « *au début quand j'ai fait mon stage pré-pro*



*ici, j'ai été assez impressionné et même parfois choqué par ce membre manquant et je ne savais pas comment les accompagner* ». Il est clair que lorsqu'on ne travaille pas dans le milieu de la santé, les personnes ne sont pas habituées à percevoir des amputations, et celles-ci peuvent choquer certaines d'entre elles.

Néanmoins, elles insistent toutes les deux et affirment qu'en ce qui les concerne, très vite elles se sont habituées et que leurs perceptions ont rapidement changé en ce qui concerne les amputations.

Leur réponse m'a alors questionnée et je me suis donc interrogée sur le sujet de la temporalité et de l'ancienneté dans le service. Si celles-ci pouvaient avoir des répercussions sur la prise en charge et l'accompagnement d'un patient amputé du membre inférieur.

#### - Le vécu de l'amputation

Suite à cette première question, j'ai abordé avec les infirmières le vécu de l'amputation par les patients, les craintes et les besoins principaux qu'ils peuvent éprouver durant ce long combat vers « l'acceptation » de leur nouvelle image corporelle.

Dans un premier temps, force est de constater que les quatre infirmières sont en symbiose absolue, elles évoquent chacune que dans un premier temps le vécu de l'amputation est totalement divergent d'un individu à l'autre. Elles insistent sur le fait que suivant l'origine de l'amputation (causes vasculaires ou traumatiques) celle-ci est plus ou moins bien vécue par les patients. Les quatre infirmières m'ont dit évoqué la distinction entre les patients ayant vécu une amputation suite à une pathologie vasculaire et les patients ayant vécu une amputation d'origine traumatique.

J'ai donc pu émettre l'hypothèse, au travers les dires des soignantes, que l'étiologie de l'amputation joue un rôle important voire prépondérant dans « l'acceptation » de la nouvelle image corporelle du patient. Ces propos ne m'ont pas surpris, car lors de mes recherches j'avais pu repérer ces mêmes éléments.

Comme l'énonce Jeanne, une des infirmières, certains patients diabétiques souffrant depuis plusieurs années de leur plaie du pied ont plus de « facilité » à accepter cette nouvelle image corporelle, elle dit même que « *c'est en quelque sorte un soulagement pour eux* ». Un soulagement surtout en termes de douleur. Ils ne supportent plus la souffrance qu'ils endurent parfois depuis plusieurs années. Cette notion de soulagement est aussi abordée par Chloé. Ce terme de soulagement aurait pu m'étonner dans ce contexte-là, mais durant mes différentes investigations j'ai pu également retrouver cet état de bien-être, d'apaisement que peut engendrer l'amputation du membre inférieur chez les patients éprouvés par la chronicité de leur douleur.

Marion, Clara et Chloé sont assez convergentes avec Jeanne dans leur propos mais ajoutent quelques petites subtilités. Elles évoquent dans leur vécu que souvent les patients ayant une pathologie vasculaire ou les patients diabétiques ayant une plaie du pied depuis plusieurs années qui évolue de manière préoccupante sont mis au courant par le personnel médical des conséquences que peuvent engendrer leurs pathologies.

Ils sont donc d'après elles psychologiquement plus préparés que certains patients traumatiques qui a contrario, eux, du jour au lendemain sans aucune explication et préparation se réveillent de leur coma avec leur membre amputé. C'est ainsi que la plupart de ses patients subissent un choc émotionnel intense à la vue de ce vide. Clara nous dit mot pour mot que « *les patients, traumatiques se réveillent de leur coma et c'est le choc car son membre a été sectionné du jour au lendemain sans aucune préparation. Les patients le vivent beaucoup plus mal que les patients qui sont un peu préparés psychologiquement.* »

À travers leurs réponses je me suis davantage questionnée sur les bienfaits de la préparation psychologique en amont de l'intervention.

Marion et Clara abordent par la suite le concept de deuil. Elles me confient que ce processus de deuil est souvent plus rapide et moins semé d'embûches chez les patients préparés psychologiquement en amont de l'intervention. Clara témoigne même que « *chez certains patients le deuil commence bien avant l'amputation* » et donc que par la suite l'accompagnement psychique se déroule dans de meilleures conditions. Néanmoins elle insiste sur le fait que tous les patients ne passent pas obligatoirement par toutes ces étapes de ce processus et que même, certains n'arriveront jamais à la phase d'acceptation dans leur vie. J'ai donc pu émettre l'hypothèse à travers leurs propos que la préparation psychologique antérieure à la chirurgie ne peut être que bénéfique pour la suite de l'accompagnement du patient.

Marion ainsi que Chloé parlent aussi de force de caractère. Selon elles, certains patients auraient une force de caractère inébranlable et vivraient cette situation plus « aisément » et arriveraient donc plus facilement et rapidement à passer toutes les étapes du deuil vers l'acceptation.

Cette réponse des infirmières, atteste bien des dires de Elizabeth Kubler-Ross énoncés précédemment dans le cadre conceptuel. En effet, chaque individu est différent certains patients vont alors passer par les cinq étapes que Madame Kubler-Ross décrit, le déni, la colère, le marchandage, la dépression pour ainsi arriver à la phase de l'acceptation, quand d'autres n'y arriveront jamais car ce traumatisme ayant altéré à jamais leur image corporelle leur semblera insurmontable.

#### - Les craintes

En ce qui concerne les craintes que peuvent ressentir les patients, je constate que les infirmières sont assez complémentaires dans leurs réponses.

Dans un premier temps, la peur de la douleur, la peur du membre fantôme sont deux craintes que Jeanne ainsi que Chloé constatent lors de leur prise en soin. Pour beaucoup de patients cette douleur est difficile à accepter et surtout difficile à gérer mentalement et physiquement.

Jeanne, Marion et Clara aperçoivent également chez les patients la crainte de la perte de leur autonomie. C'est alors souvent la désillusion pour beaucoup d'entre eux. Jeanne parle d'une situation en particulier d'un patient « *il avait 74 ans et ils savaient qu'à cet âge-là, la rééducation, la mise en place d'une prothèse orthopédique... serait plus compliquée que sur un jeune. Il était très angoissé à l'idée de ne plus pouvoir se doucher seul, ne plus pouvoir marcher et dépendre d'un tiers* »

Une des principales autres craintes est souvent la peur du devenir. Jeanne, Marion et Clara sont toutes les trois en accord avec cela. Les patients se posent souvent des questions concernant leur profession et se demandent s'ils pourront reprendre le travail..., Marion dit même que « *beaucoup de patients se questionnent et se demandent s'ils pourront revivre normalement un jour ?* ». Clara ajoute même que certains patients ont peur de ne plus pouvoir dans leur vie future retrouvé de relation amoureuse, ne plus pouvoir avoir de relations sexuelles... À travers sa réponse je me suis rendu compte que lors de la rédaction de mon mémoire je n'ai pensé à aucun moment aux craintes et aux conséquences que pouvait avoir l'amputation du membre inférieur chez les patients dans leur intimité.

Une des dernières frayeurs des patients atteint d'une amputation du membre inférieur qui ressort de ces entretiens et abordé par Marion et Chloé, c'est la peur du regard des autres. Souvent ce sont les jeunes amputés qui connaissent cette crainte d'être confrontés au monde extérieur.

Durant la phase conceptuelle, on s'est très vite aperçu que de nos jours l'apparence physique est de plus en plus importante avec les réseaux sociaux, les journaux, les médias... La course contre la perfection est lancée. Je me suis donc demandé après cette réponse des deux infirmières si l'âge du patient pouvait s'avérer être un frein pour « l'acceptation » de sa nouvelle identité physique ?

Clara est la seule à évoquer la peur des patients face à une mauvaise cicatrisation de leur moignon, souvent cette crainte est évoquée par les patients diabétiques. Ils sont au courant des possibles difficultés de cicatrisation dues à leurs pathologies, et sont donc d'autant plus stressés et anxieux vis-à-vis de ce problème.

#### - Les besoins

Les besoins qui ressortent le plus chez les patients selon toutes les infirmières sont dans un premier temps le besoin d'être informés. Marion nous dit que « *c'est important de les informer sur les aides, les droits, les structures qui peuvent leur venir en aide même si l'assistante sociale est aussi là pour ça* ». Le handicap est un nouvel univers pour eux, ils ont besoin d'être accompagnés, qu'on soit auprès d'eux dans ce moment difficile.

Comme le dit mon cadre conceptuel, les patients en situation de handicap ont le droit à différentes aides. L'article L.114-1-1 de la LOI n°2005-102 du 11 février 2005 dit 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* ». Le droit à la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation aux adultes handicapés ainsi que la majoration pour la vie autonome. Toutes ces informations sont essentielles. Elles doivent être communiquées au patient afin qu'il soit au courant de toutes les possibilités et ainsi le rassurer sur sa vie future.

D'après les trois premières infirmières, le besoin d'être écouté et rassuré est tout aussi primordial pour pouvoir les aider à avancer dans leur vie future.

- Les mécanismes de défense

Par la suite, je les ai questionnées sur les mécanismes de défense les plus récurrents chez les patients atteints d'amputation du membre inférieur.

Marion et Chloé s'accordent et m'affirment que tous les patients adoptent à un moment donné de leur reconstruction, un ou plusieurs mécanismes de défense mais de façon inconsciente. Chloé dit même que « *ces mécanismes de défense leur permettent de faire face à la situation* » qui leur est insupportable.

Marion, Clara et Chloé me confient que le repli sur soi est l'un des mécanismes de défense le plus observé chez les patients. Elles me disent que souvent les patients ne veulent pas de leur aide, ils veulent qu'une chose c'est rester seul. Marion émet l'idée que c'est peut-être lié à de l'évitement, ils veulent cacher leurs émotions et ne pas montrer ce qu'ils éprouvent.

Par la suite le déni est très vite abordé par les quatre infirmières, elles me disent que souvent après l'intervention les patients n'arrivent pas à croire et à accepter ce qui leur est arrivé.

Jeanne ainsi que Marion remarquent également chez certains patients que les émotions peuvent prendre le dessus comme la colère, la tristesse, Chloé ajoute même l'agressivité. Le patient peut être involontairement submergé par toutes ces émotions à la suite de son traumatisme et ne pas arriver à les contrôler. Chloé et Jeanne ajoutent même que lorsque les émotions prennent le dessus c'est à ce moment-là que ça devient compliqué pour les soignants et qu'il faut essayer de garder une certaine distance pour se protéger.

En abordant le sujet des mécanismes de défense avec les infirmières, je n'ai pensé à aucun moment qu'elles allaient me parler des émotions du soigné et encore moins des émotions que peuvent éprouver les soignants face à celles du patient. En y réfléchissant lors de cette analyse je trouve cela très pertinent.

Pour finir sur cette notion des mécanismes de défense Jeanne, Marion et Chloé apportent un dernier élément : l'humour. Elles me confient que certains patients adoptent comme mécanisme de défense l'humour. C'est une façon à eux de s'évader et de ne pas penser à ce qui leur est arrivé.

D'après le cadre conceptuel Anna Freud définit les mécanismes de défense comme étant « *les mécanismes de défense concernent tous les humains ce sont des stratégies défensives que les individus mettent en place de manière inconsciente dans le but précis de faire face aux différents conflits et frustrations qu'ils rencontrent dans leur vie.* » Le patient va alors traverser différents états psychologiques tout au long de sa reconstruction, et vont lui permettre d'affronter au mieux la situation.

### 1.3.2.2- L'image corporelle

#### - Les impacts de l'amputation

Je souhaitais connaître par la suite les impacts qu'engendrent une amputation du membre inférieur dans leur vie quotidienne.

Dans un premier temps Jeanne et Clara abordent la notion de la douleur, certains patients sont alors surpris par ces nouvelles douleurs (douleurs du moignon, douleur du membre fantôme...), ces douleurs les épuisent moralement et physiquement c'est souvent une étape très difficile à passer.

Les quatre infirmières sont assez complémentaires, par la suite elles abordent toutes la notion de réadaptation de l'environnement à domicile ainsi que la réadaptation du véhicule. Marion et Clara me disent également qu'il y a des impacts professionnellement pour les patients qui ne sont pas encore à la retraite. Ils vont devoir pour certains se réorienter professionnellement et retrouver également un nouveau travail. Marion me confirme par la suite qu'une fois la nouvelle formation trouvée, ils n'ont pas spécialement de difficulté pour par la suite à trouver un emploi dans une société.

J'ai pu analyser lors de la théorie que la loi du 11 février 2005 lutte contre la discrimination au travail et affirme l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés. Les dires de Marion justifient bien que cette loi soit bien appliquée dans le domaine professionnel. Ainsi les entreprises ne voulant pas prendre un pourcentage de personnes en situation de handicap doivent alors verser une cotisation.

Puis pour finir Jeanne, Marion et Clara abordent l'impact au niveau social que cela peut engendrer. Certaines activités ne peuvent pas être pratiquées par des personnes handicapées, l'accessibilité en fauteuil n'étant pas toujours évident pouvant mettre à l'écart les individus et être à l'origine de replis sur soi.

D'après mon cadre conceptuel, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées exige à compter du 1 janvier 2015 que tout établissement recevant du public (ERP) soit accessible à tous, notamment aux personnes en situation de handicap. L'Article 41 de la LOI du 11 février 2015 dit que « *L'accessibilité est due à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique* ».

Cette loi montre bien que tous les établissements recevant du public doivent être accessibles aux personnes relevant d'un handicap néanmoins comme les infirmières le confirment il reste toujours certains endroits où l'accessibilité n'est pas toujours aux normes pour recevoir des personnes atteintes de handicap, même si ces structures représentent qu'un petit pourcentage ça reste toujours une barrière sociale pour ces personnes.

- Les éléments nécessaires au cheminement

Pour poursuivre je leur ai demandé selon elles qu'elles étaient les éléments nécessaires au cheminement du patient amputé du membre inférieur et à l'acceptation de son image corporelle. Leurs réponses furent sensiblement similaires.

Marion, Clara et Chloé exposent l'importance de la famille dans le cheminement du patient vers l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. Chloé dit même que « *c'est un maillon indispensable* ». Les patients se sentent soutenus, ils ne se sentent pas seuls à affronter cette situation douloureuse, c'est un vrai soutien psychologique. J'ai donc pu comprendre que la famille est un élément essentiel à prendre en compte pour l'avenir du patient. Ils jouent un rôle prépondérant dans l'acceptation de l'image corporelle de leur proche.

Par la suite quelques-uns d'entre elles abordent l'importance de la posture des soignants, Clara évoque l'intérêt de « *la bienveillance* », Chloé, aborde-le « *non-jugement et l'empathie* » elles me confient que la posture du soignant peut faire partie d'un des éléments nécessaires à l'acceptation de cette nouvelle image, le patient se sent alors rassuré, en confiance. Une relation d'aide commence à prendre forme et il peut alors aborder cette nouvelle image corporelle de manière plus paisible pour par la suite pouvoir affronter le monde extérieur de façon plus sereine.

Comme antérieurement dans le cadre conceptuel c'est Carl Rogers qui définit cette notion de relation d'aide « *la relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes ou l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va au-delà de la volonté d'être à l'écoute* ». Carl Rogers dit que la relation d'aide est avantagée si le soignant utilise ces trois postures : L'écoute active, l'empathie et le non-jugement.

Nous pouvons donc voir que Clara et Chloé sont bien dans cette notion de relation d'aide qui est un des piliers de l'accompagnement.

Marion et Clara abordent un point, celui de la mise en place de l'appareillage. Lorsque j'ai posé cette question je ne m'attendais pas à retrouver cette réponse. En effet d'après ce que Clara m'a dit « *la prothèse orthopédique leur renvoient dans le miroir un semblant de leur ancienne image corporelle* » c'est donc une étape importante pour pouvoir essayer au mieux « d'accepter » cette nouvelle image corporelle malgré ce corps étranger.

- Les difficultés de la reconstruction de l'image corporelle

Pour continuer je leur ai demandé d'après elles qu'elles étaient les principales difficultés de la reconstruction de l'image corporelle des patients amputés.

Un seul élément en est ressorti, toutes les infirmières ont insisté sur la même difficulté que pouvaient rencontrer les patients durant la reconstruction de leur image corporelle. Celle du regard d'autrui est plus particulièrement du premier regard. Clara et Marion me confient que durant leur séjour en rééducation ils sont comme dans une bulle, ils ne se rendent pas encore compte du monde extérieur. Dans le centre tous les patients vivent la même situation ils savent qu'aucun individu ne sera alors dans le jugement. Mais Clara dit alors que c'est quand ils sont confrontés au monde extérieur que la honte prend souvent le dessus. La peur d'être jugé, de ne pas correspondre aux normes de la société et de ne pas passer inaperçus aux yeux de tous est la difficulté majeure de la reconstruction de l'image corporelle d'un patient amputé.

Les dires des soignantes sont en harmonie avec les recherches effectuées précédemment. En effet, le regard que portent les autres sur le patient peut avoir des répercussions considérables sur l'acceptation de son image corporelle. La sortie de l'hôpital est alors le moment pour le patient d'affronter le monde extérieur et donc le regard d'autrui sur son handicap, la peur et l'angoisse prennent alors souvent le dessus.

#### 1.3.2.3- L'accompagnement

- La prise en soin

Dans cette partie qui concerne l'accompagnement j'ai voulu savoir comment ils envisagent la prise en soin d'un patient amputé du membre inférieur et comment plus spécifiquement ils les accompagnent.

Dans un premier temps Jeanne est la seule à aborder la notion du premier pansement et donc de la première vision du membre coupé qui est un moment rempli d'émotions. Elle explique aller toujours au rythme du patient et ne jamais le brusquer. Elle propose toujours au patient avant d'ouvrir le pansement s'il désire voir sa cicatrice mais en aucun cas elle le force. Elle me dit adopter tout au long de son accompagnement une attitude d'écoute, et que tout passe par la communication qu'elle soit verbale, non verbale et para verbal. Elle prend le temps qu'il faut avec le patient afin d'échanger avec lui et lui faire verbaliser ses craintes, ses peurs... elle me dit être dans une attitude de compréhension.

Jeanne et Chloé sont les seules à me parler de l'accompagnement de la douleur. Elles me disent être présente dans ces moments difficiles afin d'ajuster les traitements antalgiques, neuroleptiques...elles m'évoquent toutes les deux l'utilisation du MEOPA lors de la réfection de pansement trop douloureux pour le patient. Toutes deux m'apportent également certains éléments concernant les soins relationnels. Jeanne me dit utiliser souvent lors de la réfection de pansement par exemple des méthodes de relaxation et de respiration et ajoute que c'est dernier

mois l'équipe se forme à l'hynoalgésie. En ce qui concerne Chloé et Marion, elles me confient avoir recours à un médecin du service formé dans l'hypnose.

Comme vu précédemment dans mes recherches, différentes douleurs peuvent voir le jour. Ces douleurs peuvent être traitées par différents traitements en fonction de leurs origines des antalgiques ou des neuroleptiques. Les réponses des infirmières quant à la prise en charge de la douleur concordent bien avec les résultats trouvés lors de mes investigations.

Marion et Clara sont en accord et me disent être avant tout dans le relationnel dans leur accompagnement. Ce qui est primordiale à leurs yeux, est la communication qui est l'un des piliers de la relation d'aide pour elles, Clara ajoute même que pour elle il n'y a pas que la communication verbale qui est importante et que bien souvent la communication non verbale peut être plus forte émotionnellement parlant « *le touché est une forme de communication que j'utilise souvent dans mon accompagnement* ». Vient après l'écoute active, elles me disent être très à l'écoute de leurs besoins...

Chloé, Jeanne et Marion me disent également que leur accompagnement passe avant tout par la positivité et la motivation. Marion me dit qu'il faut toujours leur montrer que l'on a de l'espoir pour eux. Chloé m'informe que pour elle le moindre progrès fait chez le patient doit lui être dit, afin qu'il reprenne confiance petit à petit de ses capacités.

Marion et Chloé abordent la notion de l'éducation, elles sont en concordance est me disent que dans leur accompagnement elles n'oublient pas une partie qui pour elles est très importante c'est la prévention et l'éducation. Marion me verbalise qu'une séquence éducative est faite avec chaque patient et surtout avec les patients ayant des pathologies comme le diabète.

Pour finir le concept de pluridisciplinarité est abordé par deux infirmières qui sont d'autres que Chloé et Marion. Elles me confient que le travail en équipe est un des piliers de l'accompagnement. Chaque intervenant va récolter différentes informations concernant le patient et chaque information mise à bout va permettre une meilleure prise en soin du patient.

Comme vu lors de mon cadre conceptuel différentes ressources sont essentielles pour un accompagnement de qualité. Néanmoins, j'ai oublié d'énoncer certains corps de métier qui sont à mon sens essentiels dans cette prise en charge comme le psychologue, le psychiatre et le médecin...

- Les difficultés dans l'accompagnement

Pour finir, j'ai interrogé les soignantes sur les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer dans l'accompagnement.

Une difficulté ressort en premier, elle concerne le repli des patients sur eux-mêmes. Les infirmières m'expliquent que c'est très compliqué de savoir ce que les patients éprouvent, ce qu'ils ressentent. Beaucoup d'entre eux ne veulent pas d'aide, ne veulent pas parler et les rejette.



Je me suis donc demandé comment une relation d'aide et de confiance peut s'établir quand un patient est dans le refus total de communiquer avec les soignants.

Clara et Chloé abordent également le sujet des émotions des patients mais aussi des soignants. Elles me confient que certains patients peuvent être submergés par certaines émotions et qu'il peut s'avérer alors difficile dans plusieurs situations de trouver les bons mots pour les réconforter. Chloé insiste également sur les émotions des soignants face à une charge émotionnelle trop intense qui peuvent alors entraver l'accompagnement du patient. Elle me confie alors l'importance de la distance professionnelle, d'une juste distance. Car des fois les patients arrivent à nous transmettre certaines émotions ce qu'on appelle le contre-transfert, et à ce moment-là nous ne sommes plus en capacité d'aider le patient et de l'accompagner dans sa reconstruction.

Cette notion de juste distance et de contre transfert sont des concepts que je n'ai pas abordé dans mon devoir, mais qui apparaissent comme essentiels pour entamer un accompagnement de qualité. Je me demande alors comment nous pouvons appréhender les émotions des patients si nous-mêmes nous sommes submergés par celles-ci.

#### **1.4 Synthèse du cadre empirique**

Une fois cette phase d'analyse accomplie, j'ai pu m'apercevoir des concordances entre les recherches effectuées lors du cadre conceptuel et les réponses apportées par les infirmières.

J'ai également constaté en analysant les différentes réponses des infirmières qu'à aucun moment elles n'ont été en mésententes sur l'un des sujets abordés. Bien au contraire, celles-ci se complètent dans leurs différentes explications.

En effet les infirmières étaient en accord avec les différents éléments et idées abordées par les auteurs et théoriciens. Notamment, sur le sujet des représentations de l'amputation, des mécanismes de défense, des besoins primaires et des craintes verbalisées par les patients...

L'avantage d'avoir pu interroger quatre infirmières dans deux établissements de santé différents m'a permis d'apercevoir des points de vue divergents sur l'accompagnement de patient atteint d'amputation du membre inférieur, tout en étant complémentaires. Il est important de prendre en considération l'étiologie de leur amputation, leurs besoins, leurs craintes pour les aider dans leur proche avenir à pouvoir « accepter » leur nouvelle image corporelle.

Cette analyse a permis de mettre en avant un élément primordial à mes yeux. Le rôle de l'infirmière dans la prise en soins d'un patient ayant subi une amputation du membre inférieur. Toutes les infirmières sont d'accord pour dire que c'est avant tout un rôle d'accompagnement fait de bienveillance, d'écoute, d'empathie, de soutien et de relationnel.

J'ai pu également comprendre à travers des différents auteurs étudiés au détour de mon cadre conceptuel et au vu des échanges avec les différentes infirmières que la relation de

confiance, et la relation d'aide sont les fondements et deviennent essentielles pour envisager une prise en soins de qualité.

Cette analyse a mis en lumière certains concepts que je n'avais pas développés dans mon cadre conceptuel, mais abordés de nombreuses fois par les infirmières lors de mes entretiens. Notamment le sujet de la communication et des soins relationnel qui sont après réflexion l'un des piliers de l'accompagnement, la notion de pluridisciplinarité est également revenue à plusieurs reprises de la part des soignants, « *pour un bon accompagnement il est essentiel de travailler en équipe* », ainsi que les émotions ressenties par les soignants face à certaines situations qui peuvent leur sembler délicate.

Ces entretiens ainsi que leur analyse m'ont permis de comprendre à quel point la communication et les soins relationnels de l'infirmier face à un patient atteint d'une amputation du membre inférieur étaient importants, tant au niveau de la communication verbale, para verbal et non verbale.

## **IV- NOUVELLES PERSPECTIVES**

### **1.1- Hypothèse de recherche**

Pour rappel au début de mon travail, consécutivement à ma situation d'appel j'avais libellé une question profane qui était la suivante : « Dans quelle mesure l'accompagnement du soignant influence le cheminement du patient amputé du membre inférieur dans la modification de son image corporelle ? »

A la suite des quatre entretiens que j'ai menés puis confronté avec mon cadre théorique, j'ai fait le constat que certains termes que je n'avais jusqu'à présent pas abordé dans mon devoir revenaient assidûment des infirmières. Ceci m'a donc permis d'élaborer de nouveaux liens. En effet, les méthodes de communications et plus spécifiquement les soins relationnels sont apparus de nombreuses fois dans le processus de l'accompagnement du patient atteint d'amputation du membre inférieur.

L'ensemble de mon analyse ainsi que le questionnement qui en découle me conduit à la conception de la problématique suivante :

**La communication ainsi que les soins relationnels développés par l'IDE pourrait avoir des répercussions sur l'adhésion de la nouvelle image corporelle du patient amputé du membre inférieur**

Cette nouvelle question de recherche me permettra de continuer par la suite mon travail en le centrant sur la nécessité de la communication ainsi que des soins relationnels. Cette ouverture me sera indispensable dans ma pratique professionnelle, pour une relation soignant-soigné de qualité.

## V- CONCLUSION

C'est au détour d'une situation m'ayant fortement interrogé lors de mon stage que ce travail de fin d'étude a pu prendre forme.

Ce travail de fin d'étude avait pour objectif principal d'enrichir davantage mes connaissances sur le sujet de l'altération de l'image corporelle et de contribuer dans ma futur pratique professionnelle, quant à l'accompagnement de patients amputé du membre inférieur dans la reconstruction de leur nouvelles identités physique.

Comme tout travail de fin d'étude, j'ai débuté celui-ci par un questionnement qui était le suivant : Dans quelle mesure l'accompagnement du soignant influence le cheminement du patient amputé du membre inférieur dans la modification de son image corporelle ?

Une fois les concepts clés mis en lumière, j'ai conçu mon cadre conceptuel sur les notions de l'amputation, de l'image corporelle ainsi que de l'accompagnement.

A travers de nombreuses lectures d'articles, d'entretiens auprès d'infirmiers j'ai enfin pu confronter la théorie avec la réalité du terrain afin de faire évoluer mon cheminement. En effet face à la crise identitaire du patient de par son image et schéma corporel altéré, le processus de deuil émerge. L'infirmier possède alors à ce moment-là un rôle clé lors de ces différentes phases en termes de soutien et d'accompagnement.

Néanmoins certaines limites se sont ajoutées, quand la théorie et la pratique se sont affrontées. J'ai pu constater que la communication occupe une place importante dans l'accompagnement et qu'il ne fallait en aucun cas le négliger. Ainsi j'ai pu apercevoir à quel point les émotions de l'infirmier dans le soin étaient omniprésentes cependant, même si celles-ci sont légitimes elles ne doivent en aucun cas être vectrices d'une charge émotionnelle trop importante.

Ce travail m'a conforté dans l'idée que toutes expériences et sources d'apprentissage. Il m'a permis d'acquérir des notions élémentaires en ce qui concerne la prise en soins des patients atteint d'une amputation du membre inférieur. En effet, j'ai pu remettre en question ma propre pratique en tant qu'étudiante infirmière, mais également pour la professionnelle de santé que je serai demain.

Après plusieurs mois de travail assidu et acharné, voilà que ce travail de fin d'étude touche à sa fin. Il clôture ces trois belles années de formation en soins infirmiers. Malgré quelques remises en question, quelques larmes et quelques relâchements j'aperçois enfin le bout du tunnel.

La fin de ce travail amorce le début de ma future vie professionnelle en tant qu'infirmière diplômée d'État, un métier qui me passionne de jour en jour depuis déjà 3 ans.

Durant cette formation j'ai grandi, j'ai pris en assurance, et c'est avec beaucoup d'émotions que je peux enfin dire que je suis prête à devenir une professionnelle de la santé. Aujourd'hui je peux dire que je suis épanouie dans mon futur métier. C'est désormais à mon tour de faire tout mon possible pour devenir la professionnelle de santé que je souhaite être, avec les valeurs et les principes que j'aspire à incarner.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### ***Articles***

André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 26 à 30.

Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 18 À 26.

Friard, D. (2012). Mécanisme de défense. *Les concepts en sciences infirmières*, 213 À 217.

Guerrin, B. (2012). Estime de soi. *Les concepts en sciences infirmières*, 185 À 186.

Marzano, M. (2002). Percevoir le corps sans état d'âme : corps divinisé et corps néantisé. *Penser le corps* , 13 à 46.

Morin, C. (2013). Le schéma corporel. *Schéma corporel, Image du corps, Image spéculaire* , 19 À 37.

Mottaz, A.-M. (2012). Accompagnement . *Les concepts en sciences infirmières*, 42 À 43.

Stiker, H.-J. (2014). L'image corporelle, le handicap et la dignité. *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, 211 À 240.

Warchol, N. (2012). Autonomie. *Les concepts en sciences infirmières*, 87 à 89.

### ***Site web***

Les papillons Blancs. (s.d.). Récupéré sur La loi "handicap" du 11 février 2005: <http://www.adapei41.com/droits-demarches/droit-des-usagers/la-loi-handicap-du-5-fevrier-2005>

ADEPA Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées. (s.d.). Récupéré sur Les causes de l'amputation: <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/les-causes-damputation/>

ADEPA Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées. (s.d.). Récupéré sur Douleurs liées à l'amputation: <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/douleurs-liees-a-lamputation/>

- ADEPA Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées. (s.d.). Récupéré sur <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>
- agefiph. (2021, Mars 25). Récupéré sur Qui sont les bénéficiaires de l'Obligation d'emploi ? : [https://www.agefiph.fr/articles/conseil-pratiques/qui-sont-les-beneficiaires-de-lobligation-demploi?gclid=Cj0KCQiApL2QBhC8ARIsAGMm-KEjlv9EF740fc2TGJzTXLdwy-82BiyFfmyanSqzO6p6JYkElVikD9UaAqq-EALw\\_wcB](https://www.agefiph.fr/articles/conseil-pratiques/qui-sont-les-beneficiaires-de-lobligation-demploi?gclid=Cj0KCQiApL2QBhC8ARIsAGMm-KEjlv9EF740fc2TGJzTXLdwy-82BiyFfmyanSqzO6p6JYkElVikD9UaAqq-EALw_wcB)
- Bevalot, A. (2020, Novembre 13). Aurore Bevalot L'aparté psy. Récupéré sur Les mécanismes de défenses: <https://www.aurorebevalot.com/mecanisme-de-defense/>
- Consortium National de formation en santé . (s.d.). Récupéré sur Amputation - membres inférieurs et supérieurs: <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>
- Delcey, D. M. (2016, Décembre). APF France Handicap. Récupéré sur L'amputation acquise ou congénitale: <https://www.apf-francehandicap.org/amputation-acquise-congenitale-1547>
- Diane-Seronet. (2019, Mars 5). Seronet. Récupéré sur Miroir, mon beau miroir: <https://seronet.info/breve/miroir-mon-beau-miroir-84127>
- Hélène, C. (2013-2014). Récupéré sur Construction du schéma corporel: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01097825/document>
- HUG Hôpitaux Universitaires de Genève. (s.d.). Récupéré sur Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs: <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/amputation.pdf>
- IDDHEA. (s.d.). Récupéré sur Un point sur le handicap en France en 2020: <https://iddhea.fr/un-point-sur-le-handicap-en-france-en-2020>
- Ifop. (2020, 01 29). Récupéré sur ACCESSIBILITÉ EN FRANCE : TOUTES ET TOUS CONCERNÉ.E.S: <https://www.ifop.com/publication/accessibilite-en-france-toutes-et-tous-concerne-e-s/>
- Infirmiers.com. (2009, Avril 17). Récupéré sur Cours - Psychiatrie - Mécanismes de défenses: <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-psychiatrie-mecanismes-de-defenses.html>
- Junker-Tschopp, C. (2012). Récupéré sur Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité ? : <https://www.hes-so.ch/data/documents/Chantal-Junker-Tschopp-Entretiens-de-Psychomotricite-Bichat-5271.pdf>

- Kihal, M. (s.d.). Récupéré sur Les amputations des membres : indications et techniques chirurgicales: [https://www.cours-examens.org/images/An\\_2016\\_1/Etude%20Superieures/Medecine/Alger/Chirurgie/Le%20amputations%20des%20membres.pdf](https://www.cours-examens.org/images/An_2016_1/Etude%20Superieures/Medecine/Alger/Chirurgie/Le%20amputations%20des%20membres.pdf)
- La-Philo. (s.d.). Récupéré sur FREUD: LE ÇA, LE MOI ET LE SURMOI: <https://la-philosophie.com/freud-moi-ca-surmoi>
- Larousse. (s.d.). Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469>
- Madeuf, C. (2017, Mai 5). Handirect Média Expert Handicap. Récupéré sur Accessibilité : Le mode d'emploi et les chiffres clefs: <https://www.handirect.fr/accessibilite-handicap-loi-2015/>
- Mathieu, B. (2018). *L'image du corps*. Récupéré sur <https://www.pourunatlasdesfigures.net/element/limage-du-corps>
- Me reconstruire. (s.d.). Récupéré sur Juste après mon opération: <https://www.mereconstruire.fr/ma-vie-apres/juste-apres-mon-operation/>
- Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. (2012, Décembre 21). Récupéré sur MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées): [https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/mdph-maisons-departementales-des-personnes-handicapees?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab20008d9d5f867889af073314061c5d7c868817d0417c4999dda4ae6c460e6deffbe508f3355e0514300097b74c1e972052a8b2da539](https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/mdph-maisons-departementales-des-personnes-handicapees?TSPD_101_R0=087dc22938ab20008d9d5f867889af073314061c5d7c868817d0417c4999dda4ae6c460e6deffbe508f3355e0514300097b74c1e972052a8b2da539)
- Ouedraogo, W. E. (2016, Septembre 20). HAL Open Science. Récupéré sur Des lois et le handicap: quelles représentations sociales?: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01368999/document>
- PAILLARD, C. (2018, Mars é). Infirmiers.com. Récupéré sur Empathie, vous avez dit empathie?: <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/empathie-vous-avez-dit-empathie.html>
- Petiteau, A. (2020, Février 17). Alice Petiteau Psychologue. Récupéré sur Moi, Ça et Surmoi: <https://www.psychologue-montpellier34.fr/2018/01/02/psy-actualites-moi-ça-et-surmoi/>

- Pitte, M. (2019, Juillet 27). Espacesoignant. Récupéré sur Les mécanismes de défense des patients: <https://www.espacesoignant.com/soignant/psychiatrie-pedopsychiatrie/mecanismes-de-defense-des-patients>
- Planète Santé. (2011, Juillet 29). Récupéré sur L'AMPUTATION: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Amputation/L-amputation>
- Promotion de la santé CHU Sainte-Justine. (2018, Janvier 5). Récupéré sur Pour une image corporelle positive: <https://promotionsante.chusj.org/fr/conseils-et-prevention/sante-des-ados/Une-image-corporelle-positive>
- République Française Légifrance. (s.d.). Récupéré sur LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1): [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001336070?r=r4hsN9YGIH](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001336070?r=r4hsN9YGIH)
- République Française Service-public.fr. (2021, Octobre 8). Récupéré sur Handicap : majoration pour la vie autonome (MVA) : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12903>
- République Française Service-public.fr. (2022, Janvier 1). Récupéré sur Secteur privé : qu'est-ce que l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés ? : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F23149>
- République Française Légifrance. (2009, Juillet 23). Récupéré sur Code de la santé publique: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020892065](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892065)
- Revue Médicale Suisse. (2014, Décembre 17). Récupéré sur Amputations du membre inférieur : indications, bilan et complications: [https://www.revmed.ch/view/590419/4652740/RMS\\_455\\_2409.pdf](https://www.revmed.ch/view/590419/4652740/RMS_455_2409.pdf)
- Vargas, D. G. (s.d.). Récupéré sur Douleur du membre fantôme: <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/Douleur-du-membre-fantome.pdf>
- Vivre comme avant. (s.d.). Récupéré sur <https://www.vivrecommeavant.fr/vivre-avec-le-cancer-du-sein/les-traitements/la-chirurgie-cancer-du-sein/voir-la-cicatrice-apres-une-mastectomie/>

### ***Photographie***

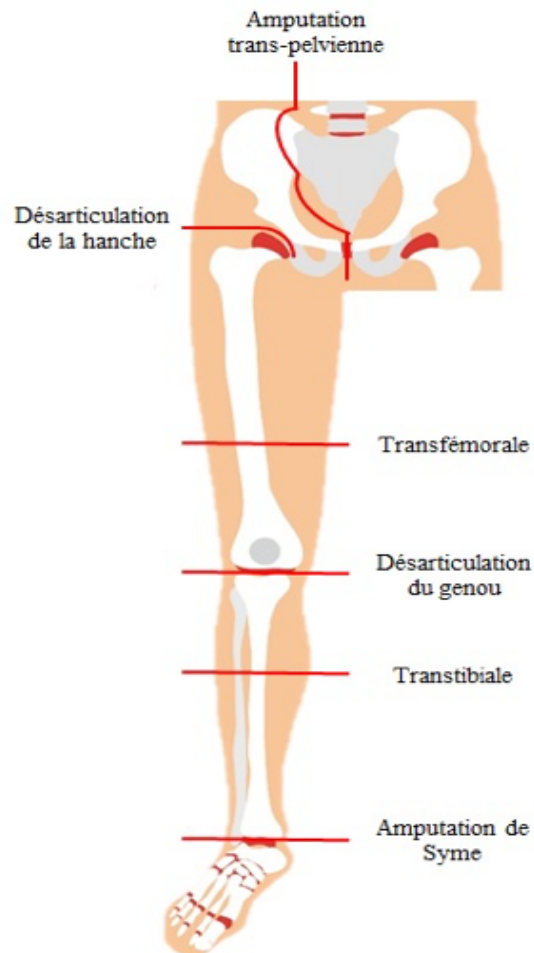
Dumontet, E. (2019). Campagne sur la différence des membres. Royaume unis.



# **ANNEXES**

# ANNEXE I– Schéma des différents niveaux d'amputation du membre inférieur

## Classification des amputations du membre inférieur



## Différents niveaux d'amputations du pied



## **ANNEXE II– Guide d’entretien auprès des professionnels infirmiers.**

**Enquête explorative : entretien semi-directif à l’attention des professionnels infirmiers en service de médecine vasculaire et en service de Rééducation et de réadaptation de l’appareil locomoteur.**

Bonjour, je m’appelle Fiona Bertrand, suis actuellement étudiante en troisième année à l’Institut de Formation en Soins Infirmiers de Montpellier. Dans le cadre de mon travail de fin d’études, je réalise des entretiens afin de me questionner sur ma future pratique professionnelle.

Ce travail de mémoire a pour titre : « *En quête d’un nouveau départ, vers l’accompagnement d’une nouvelle image corporelle* »

Je vous remercie du temps que vous m’accordez pour cet entretien. Les réponses à ce questionnaire se feront de manière anonyme et dans le respect du secret professionnel, il durera environ 30 minutes. Si vous ne voyez pas d’inconvénient, il sera enregistré puis retranscrit. Il sera utilisé uniquement à des fins statistiques puis détruit par la suite.

**En quoi l’accompagnement du soignant influence le cheminement du patient amputé du membre inférieur dans la modification de son image corporelle**

**Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement s’il vous plaît ?**

Relances :

- *Quel âge avez-vous ?*
- *En quelle année avez-vous été diplômé ?*
- *Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?*
- *Avez-vous fait des formations ?*

**Question n°2 : Que représente pour vous une amputation du membre inférieur chez un patient ?**

**Question n°3 : Comment l’amputation du membre inférieur est vécue par le patient ?**

Relances :

- *Quels sont les besoins et les craintes verbalisés par les patients ayant subi une amputation du membre inférieur ?*
- *Quels mécanismes de défense sont les plus récurrents ?*

**Question n°4 : En quoi l’amputation du membre inférieur impacte-t-elle la vie du patient ?**

**Comment le patient intègre-t-il l’amputation du membre inférieur dans son schéma corporel ?**

**Question n°5 : Comment envisagez-vous la prise en soin d'un patient amputé du membre inférieur ?**

**Comment plus spécifiquement l'accompagnez-vous ?**

Relances :

- *Comment vous y prenez-vous pour réaliser cet accompagnement, quels sont les outils et méthodes que vous utilisez ?*
- *Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans l'accompagnement ?*

**Question n°6 : Selon vous, quels sont les éléments nécessaires au cheminement du patient amputé du membre inférieur et à l'acceptation de son image corporelle**

- *Avant le premier pansement, une préparation psychologique est-elle faite ?*
- *D'après vous quel sont les principales causes de difficulté de la reconstruction de l'image corporelle des patients amputé ? (le regard extérieur, les stéréotypes sur le handicap...)*

L'entretien est terminé, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

### ANNEXE III – Tableau comparatif des quatre entretiens infirmier

IDE N°1	IDE N°2	IDE N°3	IDE N°4
<b>PRÉSENTATION DU SOIGNANT</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeanne</li> <li>- 26 ans</li> <li>- Infirmière depuis 2016</li> <li>- J'ai intégré le CHU en 2017</li> <li>- En médecine vasculaire depuis 2018</li> <li>- Intérim dans les EHPAD et les cliniques et dans les réa, remplacement au CHU, une année en onco hémato, une année en pneumologie</li> <li>- Je suis tutrice</li> <li>- Passe le DU plaie et cicatrisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marion</li> <li>- 24 ans</li> <li>- Infirmière depuis juillet 2020</li> <li>- Je travaille en rééducation locomoteur depuis janvier 2021, avais fait ici son pré pro.</li> <li>- Formation tutorat des étudiants et gestion de la douleur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clara</li> <li>- 49 ans</li> <li>- Diplômée depuis décembre 1999</li> <li>- Je travaille en rééducation locomoteur depuis 13 ans.</li> <li>- A fait de la chirurgie orthopédique 5 ans, diabétologie 2 ans, du libéral et rééducation neurologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chloé</li> <li>- 54 ans</li> <li>- Infirmière depuis 1988</li> <li>- Je travaille en rééducation locomoteur depuis 17 ans.</li> <li>- A fait des urgences, de la réanimation, de la rééducation neurologique, de la chirurgie</li> </ul>
<b>CONCEPT N°1 : L'AMPUTATION</b>			
<b>Que représente pour vous une amputation du membre inférieur chez un patient ?</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signifie la fin d'un cursus thérapeutique pour les patients</li> <li>- Auparavant tout ce qui est gestes chirurgicaux ont échoués, parfois il y a une infection donc on est limité au niveau de la prise en charge on sur quelque chose de dernier recours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est les représentations, qu'on a un peu tous au premier abord.</li> <li>- C'est un handicap qui touche le locomoteur donc bouleverse la vie.</li> <li>- Les premières impressions qu'est-ce qu'il va faire, est ce qu'il va pouvoir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est un nouveau membre, ça n'a rien à voir avec l'ancien membre, c'est une image corporelle ainsi qu'un schéma corporel totalement bouleversé.</li> <li>- C'est un handicap, il va devoir réapprendre à vivre, réapprendre à s'aimer même parfois.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est une image de soi qui est complètement modifiée</li> <li>- C'est un nouveau membre donc les patients passent un peu par tous les stades, après tout dépend de l'origine de l'amputation.</li> </ul>

<p>- Sa peut-être des fois un soulagement entre guillemet, soulagement en termes de douleur il y a des patients qui ne supporte plus leur membre c'est un inconfort dans leur quotidien.</p> <p>- Mais à partir du moment où on ampute on enlève de l'espérance de vie au patient donc ça me peine toujours après si c'est pour quelles soit meilleur et pourquoi pas.</p>	<p>réussir à re- marcher, est-ce que ça ne va pas être difficile même vis-à-vis du regard des autres, à vivre normalement.</p> <p>Moi c'est toutes ces questions que je me suis posé quand j'étais en stage.</p> <p>- Après nos avis change parce que on est infirmiers en locomoteur</p>	<p>- Sa peut-être choquant au premier abord quand on commence dans un service avec des amputés, mais rapidement on s'habitue et notre perception change.</p>	<p>- Ici on a les amputations suite à des accidents de la route, des traumatismes, des amputations suite à des complications du diabète, à des OMI.</p> <p>- Suivant les pathologies c'est différent la façon dont les patients gèrent leur amputation.</p>
--	---	--	---

**Comment l'amputation du membre inférieur est vécue par le patient ?**

<p>- En général dans le service les patients le vivent plutôt bien.</p> <p>- On accueille des patients qui supportent depuis plusieurs années des plaies qui les font souffrir donc une fois l'amputation faite ils se disent que cette douleur c'est fini qu'ils vont enfin pouvoir revivre...</p> <p>- C'est différent pour les accidentés de la route ça doit être plus difficilement vécu mais je ne peux pas te dire car ici on n'en a pas.</p>	<p>- Sa dépend de l'origine de l'amputation, les patients diabétiques avec une plaie du pied sentent que à un moment il va falloir amputer, ils sont préparés, le processus de deuil peut-être plus rapidement.</p> <p>- Les patients, traumatiques se réveille de leur coma et c'est le choc car son membre a été sectionné et sa du jour au lendemain sans aucune préparation. Les patients le vivent beaucoup plus mal que les patients qui sont un peu préparé psychologiquement.</p>	<p>- Pour la plupart ils arrivent ici, ils acceptent de regarder leur moignon lors des pansements.</p> <p>- Pour la plupart ils ont intégré cette absence de leur membre.</p> <p>- On a les gens en post opératoire assez rapidement, ils ont déjà fait un chemin dans leur tête avant d'arriver ici même s'il est petit pour certain c'est déjà une étape de passée.</p> <p>- On a beaucoup de gens diabétiques, artéritiques ils ont eu des plaies qui ont eu du mal à cicatriser,</p>	<p>- Pour beaucoup de patient les douleurs prennent le dessus, ils ont souvent des douleurs du membre fantôme qu'ils ont du mal à gérer.</p> <p>- Les patients diabétique souvent ils ont déjà été amputés d'un orteil, d'un pied, au niveau du tibia des fois même plus haut donc chez eu le processus de deuil se fait beaucoup plus rapidement, ils sont même souvent soulagés.</p> <p>- Quand c'est suite à un traumatisme le départ est très dur,</p>
--	---	--	--

<p>-Tout dépend de la raison de l'amputation mais aussi de la force de caractère du patient.</p> <p>- Les premières craintes, la peur de la douleur et la crainte de la perte d'autonomie, de leur devenir c'est des personnes âgées et ils savent qu'à 80 ans s'ils se font amputés les réadaptations, la mise en place de prothèse sont plus compliqués</p> <p>- Le besoin de réassurance, le besoin de leur réexpliquer les choses, les informées sur certaines choses les droits en tant que personnes handicapées ...</p>	<p>- Beaucoup de patient se demande s'ils vont vivre normalement, beaucoup se retrouve avec la peur de de n'avoir plus d'autonomie.</p> <p>- Après des fois aussi les patients se demande au niveau professionnel comment ils vont faire leur devenir, la peur d'affronter plus le regard des autres.</p> <p>- Les besoins c'est d'être écouté d'être rassuré, d'être informé</p>	<p>ils ont eu le temps d'entendre parler d'amputation. Le deuil a déjà commencé depuis un petit moment.</p> <p>- Ils languissent de cicatriser parce qu'ils connaissent la suite Le problème ici c'est que à cause de leurs pathologies ils ne cicatrisent pas bien.</p> <p>- Les patients amputés traumatique, c'est plus compliqué, sa arrive comme une bombe rien ni personne ne les a préparés à un tel choque, souvent le processus de deuil est beaucoup plus long et semait d'embûches.</p> <p>- Ils ont espoir que ça aille vite, de vite remarcher. C'est vite la désillusion parce qu'ici c'est long,</p> <p>- Leur plus grosse crainte de pas Cicatriser, peur de voir leur autonomie diminuer, de ne pas pouvoir remarcher un jour... Pour les patients traumato souvent c'est des patients jeunes, leur crainte</p>	<p>l'acceptation d'avoir un membre inférieur en moins peut s'avérer comme inacceptable, c'est arrivé d'un seul coup. Ils passent par des moments très difficiles.</p> <p>- Temps qu'ils sont dans le centre avec des patients qui sont comme eux il y a quand même une acceptation ils se fient à leur progrès semaine après semaine.</p> <p>- Mais souvent leur première sortie en permission ils ont le regard des gens ce n'est pas facile à accepter mais en général c'est une phase qu'ils arrive à dépasser. Après ça dépend de la force de caractère de chacun.</p>
--	---	--	--

c'est leur devenir au niveau professionnel et social ils se demandent s'ils arriveront à retrouver un petit ami ou un petit ami si leurs amis accepteront cette différence...

- Ils ont besoin qu'on soit auprès d'eux qu'on les accompagne, qu'on les rassure sur leur vie future. Ils ont besoin qu'on les informe, sur les aides auxquels ils ont le droit, les structures

**Quels mécanismes de défense sont les plus récurrents ?**

- Le refus, ça va être en bloque non, je pense que l'idée de perdre un membre c'est tellement dur et c'est tellement un choque que ça va être non en premier

- Des fois la colère remonte, la tristesse

- Une fois l'intervention le déni ainsi que l'évitement après j'ai déjà vu l'humour, je pense essayer de s'évader.

- Le repli sur soi, certain patient pense arriver tout seul à faire certains actes alors qu'on voit très bien qu'ils ont besoin d'aide mais ils ne veulent pas notre présence.

- Le déni, le refoulement ils nous disent qu'ils n'ont pas besoin d'être soigné, que tout va bien...

- Certain patient arrive à en rigoler et ils passent ce malheur dans l'humour mais c'est plus rare.

- Le déni

- Certains patients se replient sur eux même ou même refoulent complètement l'idée de ce membre amputé.

- Les émotions aussi peuvent prendre le dessus comme la colère, la tristesse qui sont souvent les deux émotions les plus présentes.

- On retrouve beaucoup d'agressivité, un repli sur soi souvent ils ne veulent pas de nous, pas de notre aide-ils veulent se retrouver seule.

- Des dépressions de certains patients.

- Le déni les patients n'arrive pas à accepter, n'y a croire à ce qui leur arrive.

- Après ce n'est pas commun mais l'humour.



### En quoi l'amputation du membre inférieur impacte-t-elle la vie du patient ?

- Sa peut-être un soulagement d'enlever de ne plus ressentir ce membre douloureux, c'est une force de ne plus avoir cette douleur, c'est des gens qui ont une volonté de faire.

- D'autres ont la surprise de redécouvrir d'autres douleurs, les douleurs fantômes et de sentir un membre qui n'est plus là, ils pensaient être débarrassés d'une douleur et en fait ils en retrouvent une autre.

- Sa les impacts également dans leur organisation de vie. Comment je vais faire à la maison ? Réadapter la maison, commander un fauteuil, se déplacer en fauteuil dans un premier temps donc l'accessibilité à certains endroits ... C'est une réorganisation du quotidien réadapter le véhicule, demandé également une aide à domicile car leur autonomie à diminué.

- Ce qui les impacte le plus c'est surtout de devoir se rééduquer au niveau de la conduite automobile, de réaménager aussi leur mobilier à la maison, certains patients travaillaient dans des domaines où la condition physique est indispensable et ça peut être compliqué pour eux car ils doivent retrouver un nouveau métier...

- Au niveau social ça peut les mettre à l'écart, de ne pas pouvoir faire certaines activités..., même si mine de rien ils peuvent faire beaucoup de choses, il faut juste un grand temps d'adaptation.

- Le retour à domicile pour les gens âgées ça peut poser problème, il faut savoir s'ils vivent seul ou pas, car il y a une baisse de l'autonomie, après c'est tout l'environnement à adapter.

- Pour les patients qui ne sont pas à la retraite aussi il va falloir réadapter leur profession voir même parfois changer complètement de voie.

- Réadapter tout leur véhicule pour pouvoir se déplacer.

- Un impact au niveau social le patient peut se renfermer sur lui-même, les douleurs aussi ne vont pas faciliter elles peuvent les épuiser moralement et physiquement.

- Tout dépend dans un premier temps si le patient est seul ou s'il a quelqu'un à la maison.

- Souvent les diabétiques chroniques c'est des patients d'un certain âge, il y a une diminution de l'autonomie qui n'est pas négligeable, il faut donc demander une aide à domicile, il faut également aménager le domicile

- En ce qui concerne les patients post traumatique, ils arrivent quand même à refaire plein de choses, du sport... à re travailler même si parfois il faut qu'ils se réorientent professionnellement

## CONCEPT N°2 : L'IMAGE CORPORELLE

**Selon vous, quels sont les éléments nécessaires au cheminement du patient amputé du membre inférieur et à l'acceptation de son image corporelle ?**

- Le suivi psychologique, la famille est un vrai soutien psychologique

- Après on a les kinés qui sont là, ils voient les progrès qu'ils font, ils les valorisent

- L'étape de l'appareillage, joue un grand rôle au niveau du cheminement de l'acceptation de sa nouvelle image corporelle. ils revoient dans le miroir un semblant de leur ancienne image corporelle.

- Alors de notre part nous c'est de la bienveillance, c'est essayer de positiver de voir ce qui va être possible par la suite.

- De voir les étapes qu'ils franchissent d'abord les patients se rassurent ils se disent je vais vers la prothèse donc vers l'autonomie. De voir qu'ils avancent et qu'ils vont retrouver un semblant de son ancienne image corporelle à l'aide de la prothèse les rassure.

- La présence de la famille aussi est très importante pendant cette reconstruction et ce cheminement de voir qu'ils sont soutenus, de voir que leur famille les accompagne qu'ils ne sont pas seuls face à ce drame se motive davantage pour rentrer à la maison et se battre.

- La famille est un maillon indispensable pour le cheminement et l'acceptation de ce nouveau membre, quand les patients voient leur famille ils sont requinqués, on voit qu'ils veulent s'en sortir, ils veulent leur montrer qu'ils sont plus forts que ça.

- Notre bienveillance et notre non jugement en tant que soignant est également indispensable pour eux, ils savent qu'ils peuvent se reposer sur nous si besoin et qu'ils ont le droit de craquer.

- Le psychiatre et la psychologue sont aussi essentiels dans leur cheminement vers l'acceptation de leur nouvelle image, car nous en tant qu'infirmier on n'a pas toujours les mots justes.

**D'après vous quel sont les principales causes de difficulté de la reconstruction de l'image corporelle des patients amputé ?**

<p>- Dans un premier temps le regard d'autrui joue beaucoup, après quand ils sont enfermés avec nous dans le centre ils savent qu'ici on est dans le non jugement donc ils n'ont pas forcément honte. C'est surtout les patients jeune pendant leur permission quand ils sortent en ville, ils ont du mal à affronter le regard des autres.</p>	<p>- Ici on est comme dans une bulle les patients ils ne se rendent pas encore compte de l'extérieur parce qu'ils traversent tous la même situation.  - Le regard qu'on peut leur porter qui est quand même selon moi la principale difficulté de la reconstruction de l'image corporelle c'est quand ils sortiraient de l'établissement.  - Ça ils peuvent s'en rendre compte quand ils partent en permission le week-end.</p>	<p>- Leur reflet dans la glace est une étape très difficile pour les patients, la peur d'être jugé par les autres de ne pas correspondre aux normes de la société, le fait de ne pas passer inaperçu dans la rue.</p>
---	---	---

**CONCEPT N°3 : L'ACCOMPAGNEMENT**

**Comment envisagez-vous la prise en soin d'un patient amputé du membre inférieur ? Comment plus spécifiquement l'accompagnez-vous ?**

<p>- L'accompagnement et l'annonce chez nous des amputations n'est pas forcément menée dans les meilleures conditions possibles. - Des fois on prévient le patient deux Trois jours avant. - Une fois l'annonce fait, on favorise l'écoute active, la reformulation, on le fait verbaliser ses craintes, ses peurs, on adopte une attitude de compréhension,</p>	<p>- Beaucoup de relationnel, l'écoute active, la communication est un pilier dans la relation d'aide, l'élucidation également.  - On est toujours derrière le patient, on ne le laisse jamais tomber on le motive, on le félicite de ces progrès.  - On a la chance d'avoir une grosse équipe, on a la psychologue qui</p>	<p>- Ici ce qui prime dans l'accompagnement avant tout c'est l'écoute, nous sommes très à l'écoute de leurs besoins, la communication est aussi essentiel mais pas que le verbale, le non verbal et le para verbal le sont tout aussi essentiels. - Les patients restent longtemps dans le service souvent une certaine proxémie s'installe. Souvent des relations de confiance s'établissent</p>	<p>- On les accompagne sur leur douleur, parce qu'on a à faire en premier à leur douleur du membre fantôme. On doit adapter tout les traitements antalgiques les réajuster etc..., nous avons également un médecin qui est formé dans l'hypnose il vient nous aider quand notamment un patient est beaucoup trop algique pour refaire son pansement</p>
--	---	---	---

<p>on prend le temps d'échanger avec lui, le mettre en confiance sur la suite. On l'informe des possibilités qu'il y a Après (SSR, les prothèses etc...)</p> <p>- Généralement c'est le premier regard, sur la cicatrice qui est compliquée. On adopte une attitude d'écoute, tout passe par la communication qu'elle soit verbale où non verbale.</p> <p>- La première vision du membre coupé c'est important faut pas brusquer le patient, il faut que ça aille à son rythme,</p> <p>- C'est aussi l'accompagnement de la douleur, donc les antalgiques pour les premiers pansement, utilisation du MEOP.</p> <p>- On se forme à l'hypnoalgésie mais on fait quand même des méthodes de relaxation de respiration lors de la réfection du pansement</p> <p>- Limité parce que on est sûr de l'aigue après le reste de l'accompagnement se fait en SSR, mais après malheureusement on n'a pas</p>	<p>se rend disponible dès que le patient souhaite parler, le psychiatre, les médecins, également une assistante sociale elle s'occupe de toutes les démarches administratives</p> <p>- L'équipe soignante on se concerta pour voir ce qu'on pourrait mettre en place pour que le patient se sente mieux</p> <p>- En tant qu'infirmier on l'accompagnons dans l'éducation, nous lui montrons les soins à prodiguer à son moignon et à son autre pied. Une séquence éducative à lieu avec chaque patient.</p> <p>- On a aussi, un médecin qui est formé dans l'hypnose, quand les patients sont très algiques au niveau du pansement, qu'on n'arrive pas à les soulager avec les morphiniques même avec du MEOPA, il vient donc parfois faire une séance</p>	<p>- On essaye de toujours les motiver, de toujours positiver ce n'est pas toujours facile parce que la cicatrisation est parfois longue est compliqué des fois il y a des échecs donc oui ce n'est pas facile mais il faut toujours garder espoir pour qu'eux aussi le garde.</p>	<p>- Il faut leur redonner confiance, il faut regarder le moindre progrès et surtout leur faire remarquer, les féliciter, les motiver.</p> <p>- Il faut aussi être là au retour des permissions, les revaloriser en permanence.</p> <p>- L'empathie et la bienveillance son nos meilleurs alliés pour pouvoir construit une relation de confiance, qu'ils se sentent en sécurité et surtout pas juger.</p> <p>- Notre équipe est aussi composée d'une psychologue qui peut intervenir à tout moment.</p> <p>- En tant qu'infirmier on fait de la prévention de l'éducation, on les aide parfois à faire leur bandage au niveau du moignon pour qu'à la maison ils puissent le faire seul. insiste également sur les facteurs de risques et leur hygiène de vie au patients diabétiques.</p>
--	--	--	---

de soutien psychologique.			
<b>Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans l'accompagnement ?</b>			
<p>- Des difficultés au niveau des plaies, c'est des plaies qui sont longue à cicatriser et c'est souvent des patients qui fument, qui sont en dénutrition...</p>	<p>- Certains patient aussi ne veulent pas s'ouvrir à nous ils ne veulent rien nous montrer, ils sont très renfermés sur eux même et la prise en charge et très compliqué</p>	<p>- Le repli des patients sur eux même parfois c'est compliqué car on arrive pas à savoir ce qu'ils ressentent, ils ne veulent pas qu'on les aide, ils veulent rester seul et c'est difficile de leur faire changer d'avis. On respect, on s'adapte on ne va pas les forcer à nous parler.</p> <p>- Parfois aussi les patients sont submergés par des émotions est c'est difficile de les reconforter ils sont inconsolable et en tant que soignant c'est difficile de voir ça</p>	<p>- La charge émotionnelle des soignants face à la prise en charge de patients</p>

**Titre :** « *En quête d'un nouveau départ, vers l'accompagnement d'une nouvelle image corporelle* »

**Résumé :**

En tant qu'infirmier, nous serons vraisemblablement tous confrontés un jour ou l'autre durant notre carrière à la prise en soin d'un patient ayant une altération de son image corporelle.

Aujourd'hui, en France et dans le monde entier, de nombreuses amputations voient toujours le jour pour diverses étiologies : accident de la voie publique, maladies vasculaires, cancer...

L'annonce d'une amputation est un choc pour le patient, elle ébranle son corps et son esprit.

Ces personnes doivent se réapproprier leur corps qu'ils ne considèrent dorénavant plus complètement comme étant le leur.

Les infirmiers jouent un rôle primordial à ce moment précis. Ils les accompagnent, les soutiennent, les aident dans l'intégralité de leur cheminement vers « l'acceptation » de leur nouvelle image corporelle altérée.

L'objectif final de ce travail de fin d'études était de savoir de quelle manière l'accompagnement de l'infirmier, pouvait-il aider un patient ayant subi une amputation du membre inférieur dans la reconstruction de sa nouvelle identité physique.

À partir de cette interrogation, j'ai pu explorer trois concepts phares : l'amputation, l'image corporelle, et l'accompagnement.

Cette réflexion s'est faite à l'aide de nombreuses lectures et recherches qui m'ont permis de définir des axes majeurs. Par la suite, pour confronter la théorie de la pratique, quatre entretiens semi-directifs ont été menés avec des infirmières au plus près du terrain. Une exerçant en service de médecine vasculaire et trois en service de réadaptation, rééducation de l'appareil locomoteur.

Cela a mis en évidence l'importance de la communication et des soins relationnels dans l'accompagnement, mais également de la charge émotionnelle que peuvent éprouver certains infirmiers lors de ces situations.

De ce fait de nouvelles perspectives en ont été tirées, j'ai donc trouvé intéressant d'étendre mes recherches pour savoir réellement en quoi la communication et les soins relationnels peuvent concourir à l'édification de la nouvelle image corporelle du patient amputé du membre inférieur.

**Mots clés :** amputation, image corporelle, accompagnement

**Title :** « *In search of a new start, towards the rebuilding a new body image* »

**Abstract :**

As nurses, we will probably all be confronted at some point in our careers with the care of a patient with an altered body image.

Today in France and throughout the world, many amputations still occur for various etiologies : road accidents, vascular diseases, cancer...

The announcement of an amputation is a shock for the patient, it undermines their body and their mind.

These people will need to reappropriate their body which they no longer consider completely to be their own.

The nurses play an essential role at this precise time. They accompany them, support them, and help them in their journey towards the "acceptance" of their new altered body image.

The final objective of this thesis was to find out in what way the nurse's support could help a patient who had undergone a lower limb amputation in the reconstruction of his or her new physical identity.

From this line of questioning, I was able to explore three key concepts : amputation, body image, and support.

This reflection was made with the help of numerous readings and researches which allowed me to define the major axes. Subsequently, in order to compare theory with practice, were conducted four semi-structured interviews with nurses as close as possible to the field. One practicing in a vascular medicine department and three in a rehabilitation department, more precisely in the rehabilitation of the locomotor system.

This highlighted the importance of communication and relational care in the support provided but also the emotional burden that some nurses may experience in these situations.

As a result, and based on these new insights, I found it relevant to my research to really find out how communication and relational care can contribute to the construction of the new body image of the lower limb amputee.

**Keywords :** amputation, body image, support