

Institut de Formation Aide-Soignant

MODULE 5 : RELATION-COMMUNICATION

COMMUNIQUER AVEC UN PATIENT RÉCEMMENT AMPUTÉ



Promotion 2017-2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	page 1
DESCRIPTION DE LA SITUATION	page 2
ANALYSE DE LA SITUATION	page 4
CONCLUSION	page 9
BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE	page 10
ANNEXES	

Introduction

Le point de départ de mon travail est une situation relationnelle auprès d'un patient récemment amputé de la jambe droite dans un contexte de grande souffrance psychologique.

Lorsque j'ai vécu cette situation, j'étais stagiaire aide-soignant depuis peu dans un service de chirurgie. Dans cette unité, j'ai éprouvé des difficultés de communication avec un patient, Monsieur X, la cinquantaine, amputé récemment de la jambe droite et qui était opéré d'une prostatectomie depuis deux jours. Je rencontrais ce patient pour la première fois dans le contexte d'une aide partielle à la toilette.

Lors de ce travail, j'interrogerai donc ma situation dont le thème est : **Communiquer avec un patient récemment amputé.**

Mon travail débutera par la description de la situation professionnelle. Puis, afin de comprendre ce qui s'est joué dans cette situation, j'explorerai quelques concepts qui vont me permettre d'analyser la situation.

Je vais me questionner en premier lieu sur la communication non verbale et ses différentes composantes, questionnement duquel naîtra l'interrogation : Comment adapter sa communication non verbale avec un patient ?

Après avoir analysé ce concept, je parlerai de l'agressivité, de la violence physique, verbale ou psychique que les patients peuvent manifester à l'encontre du personnel soignant. Nous verrons que des voies existent pour prévenir ou tout du moins contenir ces violences.

J'étudierai ensuite le thème de la relation soignant-soigné ; concept qui me permettra d'aborder les interactions qui se produisent entre deux personnes lors d'un soin, entre un professionnel de santé et un patient.

Puis, je terminerai ma réflexion en interrogeant particulièrement le cas de la souffrance psychologique chez le patient amputé.

Une conclusion marquera l'aboutissement de cette analyse avec les apports de ce travail sur le plan professionnel et personnel.

Description de la situation

Ce jour-là, j'ai frappé à la porte et je suis entré dans la chambre du patient. J'ai demandé à ce monsieur comment s'était passée sa nuit et s'il avait des douleurs notables. Énervé et agacé, il m'a répondu que bien évidemment il souffrait et qu'il avait mal à sa jambe.

J'ai été tétanisé par la virulence et l'intensité d'énervement du patient. Je me suis approché du lit et j'ai soulevé le drap qui recouvrait Monsieur X. J'ai alors découvert que sa jambe droite était amputée, je n'ai pas su quoi dire. Je n'étais pas au courant que ce patient était amputé. J'ai laissé un blanc qui a immédiatement instauré un climat étrange entre moi et le patient. Monsieur X, très énervé, s'est adressé à moi en ces termes : « *Oui j'ai mal à ma jambe !! Même si elle n'est plus là ! Vous ne me croyez pas ?!!* ».

Ne sachant comment réagir, je lui ai proposé d'aller au lavabo pour l'aider à la toilette. Il n'a pas voulu de mon aide pour se redresser et pour installer sa prothèse, alors qu'il avait manifestement besoin que l'on accompagne ses gestes. Je suis resté sans rien dire à le regarder s'énerver tout seul et rejetant chacune de mes tentatives d'aide. Nous sommes allés dans la salle de bain. Je maintenais Monsieur X pour la marche car il avait mal au ventre lors de ses déplacements en position debout. Là, il n'avait pas le choix et a accepté que je le soutienne, non sans manifester une vraie aigreur.

Une fois dans la salle de bain, je lui ai demandé s'il voulait s'asseoir.

Patient : « *Mais tenez moi bon sang !!* »

Moi : « *Je vous laisse faire tout seul le haut ?* »

Patient : « *J'ai encore des bras !!* » *Qu'est-ce que vous êtes nul vous !* »

Monsieur X était fébrile et chancelant. Il n'a fait que critiquer mes gestes tout en se laissant faire malgré tout. J'ai perdu mes moyens. Le climat était très stressant pour moi, je suis devenu froid et mutique, ce qui n'a pas du tout plu au patient. Une fois l'aide à la toilette terminée, j'ai aidé Monsieur X à se remettre dans son lit. Nous n'avons plus parlé jusqu'à ce que je sorte de la chambre.

A midi, non sans angoisse, je lui ai apporté son plateau repas. Il n'a répondu à aucune de mes questions, il regardait fixement la télévision sans prêter attention à ma présence. J'ai donc déposé le plateau sur l'adaptable et je suis sorti sans rien dire.

Monsieur X a utilisé sa sonnette peu de temps après le repas. Je suis allé répondre à sa demande. Là, voyant que c'était moi il m'a dit froidement : « *Je ne veux plus que ce soit vous qui veniez lorsque je sonne, désolé.* »

Cette situation a abouti à plusieurs questionnements chez moi. En prenant du recul sur mon comportement je peux m'interroger ainsi :

Qu'ai-je fait pour que ce patient réagisse de la sorte ? Mon visage a-t-il trahi quelque chose ?

Pourquoi n'ai-je pas réussi à prendre en compte sa douleur psychologique ?

Pourquoi ai-je manqué de recul face à l'agressivité du patient ?

Pourquoi cette situation m'a mis dans un tel état psychologique ?

Qu'est-ce que ce patient m'a renvoyé ?

La problématique de mon dossier est donc la suivante :

« En tant qu'aide-soignant, comment communiquer avec un patient amputé en prenant en compte ses douleurs physiques et psychologiques ? »

Analyse de la situation

A travers cette description, on s'aperçoit de mon manque cruel d'informations concernant Monsieur X et de mon attitude inadaptée avec ce patient.

En premier lieu, je vais m'interroger sur la communication non verbale, communication qui a engendré un conflit entre le patient et moi. La communication non verbale comprend différentes composantes qui sont le regard, le toucher, l'odorat, l'expression faciale, les sons. La communication non verbale désigne dans une conversation tout échange n'ayant pas recours à la parole. Elle ne repose pas sur l'expression orale, mais sur les gestes, les attitudes, les expressions ainsi que d'autres signaux, conscients ou inconscients. La communication non verbale s'intéresse aussi à l'environnement, c'est-à-dire au lieu dans lequel les interactions se déroulent. Comment adapter sa communication non verbale avec un patient ?

Concernant le regard, il s'agit du premier geste effectué au cours d'une rencontre. Un regard est très parlant : on peut distinguer un regard fuyant, menaçant, ou au contraire, un regard peut inspirer confiance. Le soignant doit utiliser en premier le regard civil, en regardant le patient dans les yeux, de façon à ne pas le dépersonnaliser, et doit ensuite se diriger vers la zone concernée à soigner.

En analysant ma situation, il est évident que le regard que j'ai porté sur le patient est à l'origine du « conflit ». En entrant dans sa chambre, je suis encore dans une démarche affable et professionnelle. Face à l'humeur maussade et immédiate du patient, je me suis complètement fermé. Le patient a dû ressentir ma froideur et voir mon expression faciale figée. Ma communication non verbale a encore évolué lorsque j'ai retiré le drap et que j'ai découvert la jambe amputée. Comme j'ai éprouvé de la stupeur en plus d'être figé auparavant, mon visage a certainement exprimé un rejet, le choc visuel que j'ai éprouvé s'est vu immédiatement.

En aucun cas, mon regard et mon langage corporel n'ont inspiré confiance au patient et n'ont démontré mon professionnalisme. Or, la confiance est primordiale dans une relation de soin entre le soigné et le soignant.

Ce qui a provoqué mon choc émotionnel et mon mutisme, c'est qu'il y a quelques années, mon demi-frère a été amputé de la jambe gauche. En voyant l'amputation du patient, tous les souvenirs douloureux me sont immédiatement revenus et m'ont littéralement envahi. A partir de là, je n'ai pas su retrouver une attitude professionnelle car mes sentiments étaient alors embrouillés (stupeur, tristesse, choc etc...).

En me renseignant par la suite, j'ai appris que le patient était suivi par le psychologue de l'hôpital et qu'il était dans une phase dépressive et d'isolement. Son angoisse se manifestait par une très grande agressivité. Ma communication non verbale froide et distante a alimenté de fait son agressivité.

Dans le monde de la santé, la première violence est le fait de la maladie au détriment des patients. Mais il existe aussi des violences physiques, verbales ou psychiques, à l'encontre du personnel. Son rôle est de soigner, le voilà agressé : à sa souffrance s'ajoute l'incompréhension. Des voies existent pour prévenir, ou tout du moins contenir, ces violences majoritairement commises par des patients, des accompagnants, des visiteurs.

Dans les cours de l'IFAS, dispensés par la psychologue M..... nous avons vu que les patients sont toujours plus exigeants quant aux soins qu'ils reçoivent à l'hôpital. Certes légitime, cette exigence de qualité peut générer des comportements inappropriés. Certains usagers du système de santé se révèlent rapidement violents, n'acceptant plus par exemple d'attendre ou de ne pas avoir de réponse immédiate. M..... nous a appris que face à un comportement agressif, l'objectif de l'aide-soignant est d'aider le patient à apaiser sa tension émotionnelle. Pour cela, il tentera d'établir une relation de confiance sécurisante. Si l'aide-soignant cherche à comprendre les motivations du comportement agressif, il lui sera plus facile d'agir sans se laisser envahir par le stress. Je noterai une phrase qui selon moi est primordiale lorsque nous sommes face à l'agressivité d'un patient, phrase de M..... :

« Ne jamais prendre l'agressivité d'un patient contre soi. L'aide-soignant représente l'établissement et peut être vu par le patient comme un élément physique propre à recevoir la colère de ce dernier... »

Dans ma situation, l'agressivité de Monsieur X à mon égard trouvait sa source dans l'état psychologique dans lequel il se trouvait à ce moment précis.

Étant en phase de dépression après son amputation, le patient ressentait également une colère, un sentiment de révolte face à l'injustice de sa situation.

Selon Elizabeth Kûbler Ross, psychiatre américaine, « *tous les domaines de pensées ou d'activités peuvent être affectés chez le patient amputé. La moindre contrariété, même n'ayant aucun rapport avec la santé peut entraîner des réactions inhabituelles* ». Le fait que je sois choqué et d'une grande rigidité a ouvert la voie à la décharge de colère et d'animosité du patient. Ma réaction a donné libre court au besoin de révolte du patient.

Contrairement aux enseignements de la psychologue M....., j'ai pris l'agressivité du patient contre moi. Je n'ai pas pris le recul nécessaire pour faire face sereinement à cette situation. A ce moment précis, la blouse blanche, que je portais, était un défouloir pour le patient. Ce n'est pas moi qui était visé. Dans le stress de la situation, je n'ai pas eu le recul nécessaire pour comprendre cela.

Ma part de responsabilité trouve également sa source dans le fait de n'avoir pas cherché à en savoir plus sur le patient. Monsieur X ne se trouvait pas dans le secteur que j'avais en charge. Une ASD m'a demandé si je pouvais aller voir ce patient et savoir si ce dernier avait besoin de quelque chose en particulier. Je n'ai pas demandé d'informations sur Monsieur X à cette ASD, informations qui auraient changé complètement mon attitude au moment même de rentrer dans la chambre du patient.

Par mon comportement, j'ai exacerbé son agressivité alors que j'aurais pu et dû établir une relation de confiance sécurisante pour le patient. La relation de confiance est primordiale pour qu'un soin se déroule convenablement.

Selon le psychologue Alexandre Manoukian : « *Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* »

Carl Rogers., psychologue américain définit la relation d'aide ainsi : « *La relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes où l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va au-delà de la volonté d'être à l'écoute.* »

Dans ma situation, la relation soignant-soigné s'est brisée immédiatement, dès les premières secondes. Je n'ai pas su réagir face à l'agressivité du patient et la découverte de son amputation a entraîné un choc personnel et mon profond mutisme. L'amputation a immédiatement fait écho à des souvenirs douloureux chez moi. Notre interaction s'est déroulée de la plus mauvaise des manières. Deux caractères opposés se sont confrontés, ce qui a tout de suite perturbé la relation soignant-soigné. C'était à moi de prendre du recul afin de maintenir une relation saine pour le bon déroulement du soin.

Je n'ai pas su faire preuve de congruence car je n'ai pas eu la capacité de demeurer strictement moi-même au cours de cette relation. Je n'ai pas su être transparent, spontané et ouvert. Le plus dommageable, c'est qu'en tant que soignant, je n'ai pas su prendre en compte la douleur psychologique du patient.

Pour tous les patients, être à l'hôpital est un bouleversement psychologique, plus ou moins important selon les personnes. Le patient ne dort pas chez lui, il se retrouve dans un lieu où il y a de la souffrance physique et psychologique etc...Être hospitalisé n'est jamais une chose anodine psychologiquement.

Pour ma situation, je vais interroger particulièrement le cas de la souffrance psychologique chez le patient amputé.

L'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et du fait des conséquences qui en découlent ; c'est-à-dire une incapacité qui n'est plus récupérable, mais seulement compensable. La réaction à la perte d'une partie de soi se marque souvent par une sorte de sentiment d'anéantissement. Il y a une perte de l'estime de soi, une image du corps altérée, parfois une douleur au membre fantôme. Grande souffrance psychologique également lorsque l'on doit dorénavant gérer le fait d'être handicapé.

En analysant mes réactions, il faut dire qu'à aucun moment, je n'ai pris en compte la souffrance psychologique du patient. De plus, Monsieur X était dans une souffrance intense. Lorsque je vois sa jambe amputée et que ma réaction est un choc visible sur mon visage, non seulement je n'éprouve pas la neutralité qu'un soignant doit avoir, mais j'amplifie l'image corporelle déjà altérée du patient.

Monsieur X semble ressentir la douleur du membre fantôme et m'invective en pensant que je ne le crois pas.

Je suis alors mutique et ne prend même pas la peine de lui répondre. Par ce comportement, je laisse sous-entendre qu'effectivement je ne le crois pas ou bien que ses douleurs ne me concernent nullement. Monsieur X est psychologiquement et physiquement très atteint et toutes mes actions tendent, sans le vouloir, à ébranler son estime de lui déjà très fragile.

Mon mutisme durant la toilette au lavabo face à ses invectives a alimenté la colère du patient. Voyant un « robot » effectuer des soins d'hygiène à son égard, Monsieur X s'est retrouvé face à un soignant « sans émotion », qui de plus, n'était pas à l'aise dans les soins prodigués. Un soignant hésitant dans ses gestes, stressé et peu sûr de lui ne fait qu'accroître l'angoisse du patient.

Conclusion

Cette situation relationnelle m'a permis de comprendre qu'avoir des informations sur le patient avant de le rencontrer pour la première fois est indispensable pour créer une vraie relation soignant-soigné. Dans le cas de Monsieur X, si j'avais su avant que ce patient était amputé, mon comportement aurait été radicalement différent.

Dans le cas d'un patient présentant une amputation, des outils importants peuvent nous permettre d'établir une bonne communication :

- Connaître les souffrances psychologiques du patient après son amputation
- Savoir ce que sont les douleurs du membre fantôme
- Connaître les cinq étapes du deuil du membre amputé
- Connaître les douleurs sociales et les douleurs somatiques du patient amputé
- Savoir comment communiquer avec un patient en état de détresse psychologique

Depuis ce jour, je ne suis plus jamais entré dans la chambre d'un patient sans connaître au préalable ses pathologies et son histoire médicale. J'ai également amélioré ma communication non verbale en essayant, à chaque fois, de faire preuve de congruence et d'éviter à tout prix le mutisme et les réactions négatives visibles sur mon visage.

Cette expérience m'a également permis d'aborder ce thème avec ma psychologue et de reparler de certains traumatismes liés à l'amputation de mon demi-frère. Revenir en thérapie sur ces douleurs enfouies m'a été psychologiquement bénéfique. Cette thérapie me permet également d'être plus congruent avec les patients rencontrés depuis dans les stages et d'être en meilleure capacité de garder mon sang-froid.

Lorsque dans mon futur métier, je serai de nouveau en contact avec un patient amputé, je réagirai bien évidemment différemment. Le travail effectué pour ce dossier me permettra désormais d'avoir du recul et une véritable connaissance sur la psyché et la prise en soin du patient amputé.

Bibliographie et Sitographie

Ouvrages

Antoine BIOY, François BOURGEOIS, *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*, Bréal, Paris, 2013, 158 pages

Hubert, MONTAGNER *La communication non verbale chez l'adulte*, Dunod, Paris, 2012, 320 pages

Alexandre MANOUKIAN, *La relation soignant-soigné*, Lamarre, Paris, 2014, 199 pages

Elizabeth KÜBLER ROSS, *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides, 1969, 225 pages

Sites internet

www.adepa.fr (Association de défense et d'études des personnes amputées)

www.psychologie.com

<http://www.prothese-futur.sitew.com>

Cours IFAS

Communication module 5 avec l'intervenante M....., psychologue clinicienne

Cours du module 1

Autres documents

Peinture page de couverture : Deborah, PRISCILLE *Mur de têtes*, 2012 / Artiste expressionniste ayant été amputée de 3 membres. Artiste qui après une phase de dépression a repris espoir et a pu vivre ensuite de sa peinture.

ANNEXES

*« Nous ne sommes pas seulement corps ou seulement esprit ;
nous sommes corps et esprit tout ensemble ».*

SAND G. Histoire de ma vie. Paris : Le Livre de poche, 2004. (Collection « Classiques »)

Annexe 1

La prise en charge psychologique doit être précoce et obligatoire par une équipe pluridisciplinaire. D'après le modèle de Kübler-Ross la personne récemment amputée passe par 5 phases obligatoires de durée plus ou moins longues qui aboutissent ou non jusqu'à la phase d'acceptation.

Cette évolution psychologique nécessite une prise en charge par un psychothérapeute et si besoin un psychiatre en collaboration avec l'équipe soignante (médecins, infirmier(e)s, kinés).

L'intervention à ce stade d'une personne déjà amputée s'avère particulièrement bénéfique et irremplaçable. Cette forme de solidarité et de complicité est presque toujours appréciée par les personnes récemment amputées qui se posent beaucoup de questions et sont souvent anxieux par rapport à l'avenir.

L'amputation confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, et aux conséquences qui en découlent c'est à dire une incapacité qui n'est plus récupérable, mais seulement compensable.

La réaction à la perte d'une partie de soi se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement ; la diminution d'une partie du potentiel d'activité physique est ressentie, dans un premier temps, du fait de son irréversibilité, comme une atteinte généralisée. La phrase fréquemment utilisée à la suite d'une amputation est la suivante : « *je ne suis plus rien* ».

Faute de ne pouvoir conserver la totalité de son corps, le sujet s'estime anéanti. Un travail de deuil sera donc nécessaire afin de reconnaître progressivement que, même privé d'une partie de son corps, le sujet reste une totalité vivante.

On peut se demander pourquoi la perte d'une partie de soi produit cet effet d'extrême dépression, ce sentiment d'effondrement.

Ceci proviendrait du fait que le sujet dépossédé d'une partie de son corps ne se reconnaît plus, l'altération de son image corporelle gagne son être psychique.

Annexe 2

Il y a schématiquement cinq étapes entre l'annonce ou la découverte de l'amputation et son acceptation :

1 Le déni

« Non, ce n'est pas à moi que cela arrive ! ». « C'est un mauvais rêve, je vais bientôt me réveiller ! ».

Le patient venant d'être amputé ne peut accepter la réalité, mais cette étape est généralement de courte durée.

2 L'agressivité et la révolte

« Pourquoi moi ? », « C'est la faute de... ».

Après la dénégation de l'amputation, la révolte contre la réalité de ce nouvel état physique est fréquente. Elle peut être plus ou moins intense, et même être pénible à vivre, tant par le sujet amputé que par son entourage. Un sentiment de culpabilité y est parfois associé : *« Mais de quoi suis-je donc coupable pour qu'une chose pareille m'arrive ? » « Qu'aurai-je dû faire, ou ne pas faire, pour que cela n'arrive pas ? ».*

La révolte porte bien entendu sur l'injustice que représente l'amputation, mais tous les domaines de pensées ou d'activités peuvent en être affectés, et la moindre contrariété, même n'ayant aucun rapport avec la santé, peut entraîner des réactions inhabituelles. Cette phase, aussi pénible soit-elle, est néanmoins une progression psychologique normale traduisant la disparition d'un processus de sidération ou d'indifférence au profit d'un processus actif d'agressivité qui pourra ensuite être canalisé et transformé en processus constructif jusqu'à l'acceptation active.

3 Le marchandage

« D'accord puisque je n'ai pas le choix ; mais il m'est impossible d'accepter tout ce que l'on me dit être nécessaire. Je ferai uniquement ce que j'estime indispensable ».

A ce stade, la personne amputée entreprend d'appréhender sa nouvelle situation, mais ne va accepter qu'une partie de la réalité, et bien souvent uniquement celle qu'il pense lui permettre de vivre « presque comme avant ». Comme l'agressivité qui l'a précédée, cette phase est normale et logique dans la dynamique des événements subis. Le marchandage est devenu possible par suite de l'atténuation d'une agressivité finalement ressentie comme inutile, mais la motivation reste d'être gêné le moins possible et d'accepter uniquement ce qui paraît devoir être indispensable pour vivre « comme avant ».

A ce stade, il est fréquent que la personne amputée refuse de mettre en pratique les conseils de l'équipe soignante ou de l'entourage, ou refuse une partie du traitement, sous prétexte d'incertitude par rapport à la façon de réagir face à l'amputation.

Cette attitude rigoriste peut traduire la persistance du sentiment de révolte du stade précédent, être le témoin d'une charge émotionnelle encore trop pénible, ou être simplement la manifestation de l'anxiété face à l'inconnu. Il est cependant normal et bon qu'elle soit exprimée car cela permet alors de progresser, ce qui ne serait pas le cas sans cela, avec risque de rester à l'étape du marchandage.

4 La dépression

« Faut pas rêver, je ne serai plus jamais comme avant, mais pourrai-je vivre autrement ? ».

Cette étape est appelée dépression dans le modèle de Kübler-Ross, mais elle n'est pas une dépression au sens psychiatrique du terme où il y a perte des intérêts,

absence de plaisir, absence de projet, trouble de l'appétit, trouble du sommeil, perte de l'estime de soi, sensation de « voie sans issue », idées suicidaires, etc ..

C'est plutôt une amertume (c'est-à-dire un ressenti mêlé de tristesse causé par le constat de la perte définitive de quelque chose) à laquelle est associée une interrogation quant à la façon dont l'amputation peut être intégrée dans la vie de tous les jours.

L'idée d'un retour à une vie sans amputation est progressivement abandonnée, l'image de soi « non amputée » est restaurée, et l'interrogation quant à la possibilité de construire une image de soi « amputée » évolue progressivement.

Après quelque temps de recul, ceci est assez souvent exprimé par « *J'avais le sentiment de tomber de plus en plus bas, mais à moment donné, j'ai recommencé à regarder vers le haut* ».

Il s'agit donc d'une phase de « dé-pression » au sens de « diminution de la pression psychologique », avec réflexion sur soi et espoir de parvenir à intégrer l'amputation dans la vie de tous les jours.

A cette phase, l'information sur l'amputation, l'appareillage, etc. est bien perçue car les mécanismes de défense initiaux d'agressivité ont été progressivement remplacés par un contexte psychologique supportable autorisant des mécanismes de pensée constructifs. Le sujet amputé est souvent silencieux, attentif, voire méditatif, parfois aussi dubitatif, mais la charge émotionnelle qui est moins forte, permet l'écoute et la compréhension de nouveaux principes de vie.

L'information permet par ailleurs au sujet amputé d'exprimer son vécu subjectif, ce qui est particulièrement important pour pouvoir faire le deuil de ce que l'on était « avant » et envisager de s'accepter tel que l'on est « maintenant ».

Celui-ci, qui n'est maintenant plus gêné par son vécu émotionnel pour acquérir des notions théoriques, se heurte cependant à des difficultés d'application pratique de ces notions dans la vie quotidienne, et il lui est encore difficile d'élaborer des principes de vie qui lui soient propres.

5 L'acceptation

« Je fais ce qu'il faut pour dominer la situation et pour préserver mon capital santé ».

« L'amputation est un handicap, mais je ne suis pas un handicapé ».

Le travail d'acceptation de l'amputation est une démarche sans laquelle il n'est pas possible d'accéder à l'autonomie permettant d'intégrer l'amputation dans la vie quotidienne, sans ruminations ni regrets majeurs, de n'y penser que le temps nécessaire au traitement, et d'envisager l'avenir avec confiance.

Ce processus d'acceptation active passe par la disparition complète du sentiment d'infériorité et de dépendance, par la conviction de la possibilité d'un nouveau mode de vie, par l'élaboration d'une nouvelle image de soi amputée, par la constatation de la capacité à se prendre en charge.

Cette acceptation active est aussi appelée « Savoir être ».

Le plaisir de vivre est alors à nouveau présent, dans un contexte psychologique associant autonomie, responsabilité, dynamisme et activité créatrice.

Il faut cependant souligner que l'acceptation active n'est pas une étape définitivement acquise, et que son maintien nécessite parfois des efforts importants pour la personne amputée et son entourage, notamment lors des inévitables aléas de la vie, professionnels, familiaux, ou autres...

Ainsi, comme nous venons de le voir, l'amputation est souvent suivie d'une phase de dénégation, qui est en quelque sorte un état de sidération avec un souhait utopique « que le temps s'arrête et que la vie d'avant reprenne son cours ».

Il y a ensuite un processus normal d'agressivité qui se manifeste d'abord par un état de révolte, puis de marchandage, et les mécanismes de défense initiaux d'agressivité

sont ensuite progressivement remplacés par un contexte psychologique supportable autorisant des mécanismes de pensée constructifs.

La sidération initiale est donc habituellement suivie de processus actifs (agressivité décroissante puis acceptation progressive).

Il peut cependant en être différemment, en effet, le passage d'une étape à l'autre se fait plus ou moins rapidement selon les individus, et assez souvent il y a fluctuation entre deux stades consécutifs avant de passer au stade suivant.

On peut parfois observer, consécutivement à la sidération initiale, la mise en place d'un processus passif avec un sentiment d'amputation physique et psychologique qui est accepté avec fatalité, ou aussi aigreur mais sans processus agressif ni même actif. Cette évolution vers la résignation ne peut donc pas être considérée comme une forme d'acceptation étant donné cette absence de processus actifs.

Elle n'est donc pas souhaitable car elle entretient le sentiment d'infériorité et de dépendance.

Dans certains cas, la résignation peut être entretenue par une recherche inconsciente de bénéfices secondaires de l'amputation : par l'expression d'un statut d'amputé, d'handicapé, le patient espère que son entourage familial ou médical lui portera plus d'attention, s'occupera mieux de lui, mais le comportement, qui associe alors passivité, dépendance et régression, ne permet pas une vie heureuse.

Annexe 3

Membre fantôme et douleurs fantômes

L'une des conséquences les plus caractéristiques de l'amputation sur le plan physique est l'apparition du phénomène d'*hallucino*se, plus communément appelé membre fantôme.

Celle-ci quasi constante dans les suites précoces de l'amputation, correspond à la persistance ou à la réapparition de la perception de la partie du corps amputée, c'est à dire que la personne amputée va ressentir le membre que pourtant elle ne voit plus et sait absent.

Ainsi, plusieurs témoignages relatent l'étonnement de ceux qui se sentent en possession d'un corps intact alors que le corps physique qu'ils aperçoivent est déchiqueté, amputé, etc. : « *je sentais fort bien mon corps et il était entier. J'en suis certain. Je me sentais complet...* » Il faut cependant noter que bien que pratiquement tous les amputés relatent des sensations fantômes de toutes sortes, celles-ci sont rares chez l'enfant de moins de 4 ans.

L'existence d'un membre fantôme est décrite dans la littérature médicale pour la première fois de manière détaillée au XVIème siècle par Ambroise Paré. Elle est ensuite bien connue des chirurgiens, néanmoins, l'étude scientifique de ce phénomène commence réellement avec l'analyse de Gueniot (1861) et sera reprise de manière approfondie par Weir-Mitchell (1874) qui étudia les blessés de la guerre de Sécession, et c'est ce chirurgien américain qui proposa l'expression même de « membre fantôme ».

Ce phénomène de membre fantôme est bien illustré par un témoignage rapporté par J. Lhermitte (1939) : « *l'image de ma jambe est si nette et si permanente que, en vérité j'ai mon pied. Je vous le dis, je l'ai encore. Il y a des moments où je suis prêt à le gratter, surtout mon petit orteil.* ».

Quant à la position du fantôme, celle-ci est, initialement du moins, identique à celle qu'occupait le membre juste avant l'interruption des influx, à condition que le malade ait été, à cet instant, conscient. Sa taille normale au début, peut rester inchangée ou se modifier.

En effet, le fantôme subit souvent des transformations généralement dans les 6 à 12 mois suivant l'amputation. On peut par exemple observer un nombre important de fantômes qui deviennent totalement statiques. On note également que certaines parties du fantôme disparaissent avec le temps tandis que d'autres persistent.

Annexe 4

L'avenir des prothèses

Nous savons désormais ce que sont les prothèses, leur histoire de hier à aujourd'hui et les rôles qu'elles jouent au sein de l'humanité du point de vue médical, professionnel (ou service), esthétique et sportive: ce sont les pièces de rechange du mécanisme complexe du corps humain; elles ne cessent d'évoluer et d'être améliorées, les appareillages sont de plus en plus humanisant et de plus en plus liés à l'organisme.

