

- Université Grenoble Alpes -

Mémoire

DIU Européen De Rééducation et d'Appareillage de la Main

2021 - 2023

LE PATIENT FACE A SA NOUVELLE MAIN

Quels moyens pour clore une prise en charge en cas de séquelles non acceptées par le patient ?

Membres du jury :

Dr Lionel ATHLAN

Dr Alexandra FORLI

Mr Denis GERLAC

Mme Fiona GIGON

Lucie RODRIGUEZ

Masseur - kinésithérapeute

53 av de Belgique

52170 RACHECOURT SUR MARNE

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Docteur Alexandra FORLI et Monsieur Denis GERLAC pour l'organisation du DIU

Les membres du jury

Les intervenants pédagogiques et les responsables de stages

Merci à mes deux hommes et au 3^{ième} en cours...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
1. Cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin.....	6
1.1 Diagnostic médical	6
1.1.1 Consentement éclairé.....	6
1.1.2 Situation d'urgence.....	7
1.2 Bilan Diagnostic Kinésithérapie.....	10
1.2.1 Diagnostic Kinésithérapie (DK).....	11
1.2.2 Objectifs kinésithérapie	12
1.2.3 Relation patient – MK	13
1.3 Projet patient.....	14
1.3.1 Démarche centrée	14
1.3.2 La guérison	15
2. L'interaction du patient avec le chirurgien/médecin.....	15
2.1 Annoncer une mauvaise nouvelle.....	15
2.1.1 Généralités	16
2.1.2 Séquelles de la main	17
2.2 Relation chirurgien – soigné.....	18
2.2.1 Relation contractuelle bienfaisante.....	18
2.2.2 Concept médecine soignante	19
2.2.3 Réactions médecin - patient.....	19
3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main ».....	21
3.1 L'intégrité de la main.....	21
3.1.1 Processus vers l'acceptation de la « nouvelle main ».....	22
3.1.2 Deuil pathologique traumatique	24
3.2 Retentissement neuro – psychologique du traumatisé de la main	24
3.2.1 Image de soi.....	26
3.2.2 Schéma corporel	28
3.3 Education thérapeutique (ET)	31
3.3.1 Généralités	31
3.3.2 ET et kinésithérapie	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE.....	33
TABLE DES ILLUSTRATIONS	35
ANNEXES	36

INTRODUCTION

À l'heure où la société de consommation s'étend au monde médical, les patients deviennent des clients, des consommateurs de soin. Le médecin se transforme, alors, en prestataire de services, à la limite du libre-service. Un résultat optimal et efficient est attendu par le patient, dans une réalité de temps tambour battant. Cette attente de résultats soumet, d'autant plus, une pression aux soignants, pression accentuée par la création de la « démocratie sanitaire ».

Cette dernière, est une très belle avancée apparue en 1988/1989 suite aux problèmes de santé publique émergés en 1980 (sang contaminé, VIH). Elle a pris toute sa forme en 2002 avec Bernard Kouchner dans le cadre de projet de Loi sur les Droits des malades. Le patient reprend sa place en tant qu'« Homme », en intégrant les droits fondamentaux de l'individu, la reconnaissance et le respect de la dignité à laquelle tout homme a droit¹, dans le domaine de la santé. L'Académie Nationale de Médecine considère donc l'Humanisme médical comme « une pratique de la médecine et des soins, absolument respectueuse à tous égards de la personne humaine, dans toutes ses dimensions physiques et métaphysiques ».

Ce droit légitime du patient rend une relation soignant-soigné plus équilibrée mais plus méfiante et dans la retenue du point des vue des soignants. Le patient a acquis des droits. Il en devient exigeant jusqu'en oublier les devoirs fondamentaux des soignants.

Le médecin, paradoxalement à ce que pensent certains patients, est soumis à une obligation de moyens et non de résultats envers ses patients. Il ne peut pas promettre une guérison. Il s'engage à tout mettre en œuvre pour prodiguer des soins consciencieux, attentifs et adaptés à la situation du malade (Code de la Santé Publique, CSP, Article R4127-32). Il fait tout son possible pour soigner conformément aux règles de l'art médical. Il ne peut pas être tenu comme responsable lors d'un traitement inefficace ou insuffisant, excepté lors d'erreur médicale.

Au détour d'un stage réalisé pour le diplôme inter universitaire (DIU) rééducation et appareillage de la main (dont clôture ce mémoire), une patiente, victime d'un important accident de la route, a été amputée du deuxième et troisième doigt. En discutant de son histoire et de sa convalescence, j'ai été surprise par son discours : « ce n'est pas ma main, c'est une chose que je n'ose pas encore regarder ». Pourtant, cette « chose » était fonctionnelle du point

¹ Déclaration des droits de l'Homme 1948

de vue du thérapeute. La patiente avait acquis une nouvelle prise mais non esthétique et non intégrée dans son « nouveau moi ». Telle une élève modèle, elle exécutait consciencieusement les exercices du masseur – kinésithérapeute (MK) et assidument ceux d’auto-rééducation.

Le MK, en fin de séance, lui a suggéré qu’après ses congés, le rythme de la prise en charge passerait à trois fois au lieu de cinq. Son visage s’est fermé en acquiesçant ce discours du soignant. Sa réaction m’a interpellée : elle n’était pas prête à entendre ces paroles, qui plus est, dans un open-space.

Une problématique m’a alors effleurée l’esprit :

Avec tout son humanisme médical, quels moyens le soignant peut mettre en œuvre pour faire entendre un pronostic non envisagé par le patient ?

Ce mémoire tend à trouver des pistes de réponses par recherches bibliographiques. Le terme « piste » est le terme approprié suite aux recueils d’informations.

En première partie, il a été une évidence de définir les cadres législatifs de nos professions de santé. Ces cadres sont les fondations de la relation soignant-soigné en résonance avec la Déclaration des Droits de l’Homme, base de notre évolution sociétale.

Il est important de rappeler les obligations des soignants face à une nouvelle prise en charge, et ce qu’impliquent la chirurgie d’urgence et la masso – kinésithérapie, en particulier.

Deuxièmement, au détour de prospections, la philosophie et la psychanalyse ont décrit le plus ce duo médecin – malade. Il semble que peu de recherches en médecine s’interrogent à propos de la guérison spécifiquement. Les attitudes de ces deux protagonistes, par ricochet, se veulent, par la législation, bienfaitantes. Lors d’une annonce d’une mauvaise nouvelle, nous décrirons leurs « stratégies » comportementales. En appui du Livre Blanc sous la direction de TRABELSI Adil² et des écrits de la sociologue BERCOT Régine³, la relation chirurgien de la main – traumatisé de la main sera déduite sommairement.

Pour amorcer un protocole ou fiche de synthèse comme solution à notre problématique, des écrits sur le syndrome d’exclusion segmentaire de la main, et sur les douleurs fantômes après amputation de la main m’ont amenée à explorer une prise en charge telle qu’elle serait si j’officialisais en tant qu’acteur de santé. Le cheminement vers l’acceptation de sa nouvelle main sera abordé, en troisième partie, par des réponses médicales et thérapeutiques possibles.

² A. TRABELSI, M. MERLE et G. RAIMBEAU, *État des lieux des urgences de la main en France.*, 2018, [En ligne]. <<https://soo.com.fr/download/media/e29/868/livre-blanc-2018.pdf>>. .

³ R. BERCOT, « Penser l’expérience du soin et de la maladie », *La place de la relation dans l’exercice du métier de chirurgien*, 2015, [En ligne]. <<https://shs.hal.science/halshs-01440875/document>>. .

1. Cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

1.1 Diagnostic médical

Le diagnostic en médecine⁴ identifie, définit une maladie pour en assurer une prise en charge appropriée. Le préfixe « dia », trouvant son origine dans le grec ancien « à travers », indique une séparation. Diagnostiquer une maladie est essentiellement la distinguer, l'identifier en s'appuyant sur la science médicale, anatomique, physiopathologique entre autres. Les symptômes et les signes cliniques sont discernés et hiérarchisés. La maladie peut être ainsi reconnue d'une autre.

Élément essentiel de la décision médicale, le diagnostic relève de la responsabilité du médecin. Il détermine le traitement. L'article 33 du Code de Déontologie⁵ prévoit que « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu de concours appropriés. »

La mise en œuvre du diagnostic tient compte de l'évolution de la société. Le malade et son entourage demandent à être considérés comme partenaires.

1.1.1 Consentement éclairé

L'information du malade est une obligation. Elle fait partie intégrante du soin. Celle-ci doit être nuancée en fonction des circonstances. Elle doit amener un consentement libre et éclairé. Elle porte sur le traumatisme et les possibilités thérapeutiques avec leurs bénéfices et leurs risques. Elle est devenue une nécessité légale technique et déontologique. L'arrêt Mercier du 20 mai 1936 établit une nature contractuelle entre le médecin et le patient : « (...) il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, (...), du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, (...), mais consciencieux, attentifs et, réserve faite à des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; (...) ». . Le médecin a une obligation de moyens, à différencier d'une obligation de résultats.

La notion de consentement suit par l'arrêt Teyssier du 28 janvier 1942. « Le médecin est tenu, sauf en cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer un soin ».

⁴ P. GODEAU et D. COUTURIER, « Le diagnostic en médecine : histoire, mise en œuvre présente, perspectives », 06, Académie Nationale de Médecine, juin 2006, [En ligne]. <<https://www.academie-medecine.fr/06-12-le-diagnostic-en-medecine-histoire-mise-en-uvre-presente-perspectives/>>. (Consulté le 19 avril 2023).

⁵ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680536/1995-09-08

1. Les cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

Outre, l'obligation légale et déontologique, l'information des patients revêt une dimension éthique. Les patients sont acteurs de leur prise en charge grâce à l'information délivrée par le médecin. Cette nécessité d'information est d'ailleurs reprise dans la version actuelle du serment d'Hippocrate : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences »

Que deviennent ces deux obligations en situations d'urgence, situations que reflètent, pour notre cas, les urgences SOS Mains ?

1.1.2 Situation d'urgence

En situation d'urgence ou de réanimation, l'évaluation des critères de gravité et la restauration de l'homéostasie prennent le pas sur toute autre considération. Une décision interventionnelle s'impose avant tout diagnostic précis dès lors que la compétence est reconnue. Le médecin a une obligation légale d'intervenir sous peine d'être poursuivi pénalement pour non-assistance d'une personne en danger. Selon l'article 9 du code de Déontologie⁶ « Tout médecin qui se trouve en présence d'un blessé ou, informé qu'un blessé ou un malade est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Il n'existe pas de définition claire de l'urgence légalement. Elle est appréciée par le professionnel de santé. Il est admis que les situations d'urgence sont les situations où les fonctions vitales de la personne sont en danger immédiat. En de pareilles circonstances, le patient ait présumé consentir aux soins. Un individu ayant toutes ses capacités, choisit l'intervention médicale, en dépit des risques liées à cette dernière, pour tenter de sauver sa vie. Le chirurgien peut être, alors, conduit à des gestes immédiats dont le résultat est incertain. Le texte de loi reste vague et semble exempter les professionnels de santé d'une information détaillée en chirurgie d'urgence (CSP, Article 1111-4)⁷. L'absence de diagnostic précis, basé en première instance sur la symptomatologie, peut entraîner des conflits avec l'entourage. La jurisprudence en devient complexe tant l'information, en milieu d'urgence, est plus fragile.

Les traumatismes de la main sont souvent négligés par les urgences. Ils ne menacent pas forcément le pronostic vital. Ils sont pour la plupart des urgences « fonctionnelles ». L'exploration de la plaie n'est pas systématique. Une plaie doit être considérée comme une urgence, jusqu'à preuve du contraire. Toute plaie sera considérée comme une lésion des pédicules et des tendons jusqu'à preuve du contraire.

⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680507

⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056

1. Les cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

Les services d'urgence de la main sont regroupés au sein de la Fédération Européenne des Services d'Urgence de la Main « FESUM ». Ils tendent à croître pour couvrir au mieux le territoire national et DROM-COM⁸. La carte ci-dessous (image 2) représente la répartition des centres FESUM qui couvrent de façon homogène le territoire.

Le maître mot de ces centres est de prodiguer des soins primaires les plus adaptés par des professionnels spécialisés et reconnus comme tels. Une meilleure qualité de prise en charge en urgence signifie prévenir au mieux les séquelles des blessés de la main. La reconnaissance de « chirurgien de la main » et de « centre FESUM » sont un long combat actuel pour relever du domaine de la Santé Publique.

L'information des patients en urgence est fragile en raison du service en lui-même tumultueux et de la situation du patient soumis au stress, à la douleur et à la fatigue... Ce dernier est moins compliant dans l'intégration de la conduite à tenir post – opératoire. Une étude réalisée au SOS Main de Rouen, dans le cadre d'une thèse pour un doctorat en médecine, dont les résultats peuvent être discutés⁹, rapporte qu'un tiers des patients n'ont pas été revus par un médecin après l'intervention et leur sortie d'hospitalisation. Plus de la moitié se trompait dans les traitements prescrits après leur intervention. Un quart ignorait le suivi paramédical post – opératoire (soin infirmiers, immobilisation, rééducation...). Ce défaut d'assimilation peut entraîner des conséquences sur le pronostic fonctionnel de la main traumatisée.

8 Anciennement DOM-TOM

9 O. DHELLEMMES, *Information des patients dans le cadre de l'urgence chirurgicale : exemple du centre SOS main de Rouen*, Roubaix, UFR Santé de Rouen Normandie, 18 mars 1994, [En ligne].
<File:///C:/Users/Jacky/Downloads/Dhellemmes_Octaves.pdf> . .

1. Les cadres règlementaires du soigné dans le parcours de soin

Cependant, cette étude témoigne d'une satisfaction du patient lors de sa prise en charge au SOS main. Les questionnaires fournis (annexe 1) au patient et aux chirurgiens peuvent être une amorce pour améliorer l'accès à l'information dans les services d'urgence - main.



Image 2 : Répartition géographique de la population et des centres FESUM, extrait du Livre Blanc, TRABELSIL Adil et

1.2 Bilan Diagnostique Kinésithérapie

Du décret n° 85-918 du 26 août 1985, dans son article 6, qui stipule seulement : « Pour la mise en œuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques suivantes » au décret du 8 Octobre 1996¹⁰ relatif aux actes et à la profession de masseur kinésithérapeute introduisant la notion de diagnostic kinésithérapique, la fonction de kinésithérapeute évolue d'une simple posture d'exécutant à une fonction thérapeutique impliquant une responsabilité sur le choix de ses actes. De ce fait, l'article R4321-2 modifié par le décret n° 2009-955 du 27 juin 2009 accorde une autonomie « qualitative » réelle au kinésithérapeute : « Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ». Néanmoins, cette autonomie se veut restreinte : « À tout moment, au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement ». Le législateur maintient donc un certain contrôle du prescripteur médical.

¹⁰ A. JUPPE, J. BARROT et H. GAYMARD, « Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute », s.d., [En ligne]. <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorff/id/JORFTEXT000000195448>>. (Consulté le 19 avril 2023).

1. Les cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

1.2.1 Diagnostic Kinésithérapie (DK)

Le diagnostic kinésithérapie permet de choisir les actes et techniques les plus appropriées. Le masseur – kinésithérapeute doit assumer son plan de traitement. Il est compétent, expert dans son domaine. Il évalue le patient en 3 axes (dans notre cas, le DK porte sur la main lésée)¹¹ :

- ☞ Ses incapacités (partie fonctionnelle) sont retranscrites par le bilan fonctionnel de la main. Ce dernier évalue des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle. Il doit être le plus précis possible et chiffré. C'est lui met en évidence les résultats du traitement (méthode Kapandji, bilan 400 points, entre autres, annexe 2)
- ☞ Ses déficiences analysent les déformations et les degrés de liberté articulaire objectivés par le bilan articulaire. La force musculaire, en particulier celle de préhension, est mesurée en général par le dynamomètre de Jamar.

Le bilan de sensibilité objective la repousse nerveuse lors d'atteinte d'un nerf sensitif. Le bilan de la douleur détermine la zone, l'étendue, le type et l'intensité. Les bilans trophiques mesurent l'œdème, la température de la peau.

- ☞ Son handicap avec répercussion sociale peut être révélé par des questionnaires ou auto questionnaires évaluant la qualité de vie : le DASH (Disabilities of Arm Shoulder and Hand : annexe 3)

Le DK n'est pas statique. Il donne lieu à des ré évaluations et réinterprétations tout le long du traitement. Les bilans doivent être précis, faciles à réaliser (à reproduire et comparer), compréhensibles. Le DK prouve et valorise la prise en charge thérapeutique. Il met en évidence un état précis de la main avant tout début de prise en charge rééducative. La conclusion des bilans constate les pertes et les dommages mais aussi les possibilités de stratégies avec ajustement des traitements.

« Le problème de mouvement » présenté par le patient est alors caractérisé. Ce dernier en est informé.

Le diagnostic kiné est un outil de référence sur lequel nous, thérapeutes, nous appuyons pour échanger avec le patient autour du plan de soins et lui apporter une source de motivation

¹¹ C. LE LARDIC, « REEDUCATION DE LA MAIN EN PRATIQUE COURANTE », décembre 2006, [En ligne]. <<https://www.reseamain.fr/wp-content/uploads/2019/03/poly-r%C3%A9seau-main.pdf>>. (Consulté le 20 avril 2023).

1. Les cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

en lui montrant ses progrès. Il énonce « la problématique gestuelle ». Il permet également de communiquer par une fiche synthèse avec les autres praticiens pour un bon suivi patient.

1.2.2 Objectifs kinésithérapie

Les choix thérapeutiques, qui en découlent, donnent une orientation et une chronologie dans le traitement. Ils prennent en compte le diagnostic médical et l'état psychologique du patient. Ils restent au libre choix du praticien. L'objectif thérapeutique est alors défini. Il doit être en adéquation avec la volonté du patient.

Le MK est également soumis au consentement libre et éclairé du patient. La prudence est alors de mise surtout lorsqu'une fonction déficitaire doit être recouvrée.

Le malade reste libre de droit de refuser ou non les soins. Des spécificités peuvent être observées telle que la crainte, l'anxiété à contrario des préférences suite au traumatisme initial et/ou inhérentes à la personnalité du patient. Elles particularisent chaque « individu » rendant chaque prise en charge originale. Un même problème de mouvement n'affecte pas, ne pénalise pas de la même façon le patient selon ses besoins, son mode de vie. Nous parlons de concordance, de complémentarité ou de contradictions pour obtenir au mieux un projet thérapeutique proche du projet patient.

1. Les cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

La rééducation de la main est une spécialité à part entière. Elle fait appel à des méthodes manuelles entre autres. Elle suit des règles précises dans le but d'une récupération fonctionnelle de la main la plus complète possible. Elle doit rester indolore. Si une douleur est présente, le thérapeute doit la considérer et la respecter. Lorsqu'elle est prise en compte, le patient a le sentiment d'être écouté et compris.

Les objectifs de la rééducation visent à améliorer la cicatrisation avec une immobilisation la plus courte possible, compte tenu de l'importance des lésions et des impératifs chirurgicaux, favoriser la résorption de l'œdème, stimuler la sensibilité, entretenir la souplesse.

1.2.3 Relation patient – MK

La masso - kinésithérapie se pratique essentiellement à deux. Le MK entre dans l'intimité physique du patient par le « toucher » et le psychique par le dialogue. Il devient le confident du corps dénudé, du corps souffrant dans un climat de sincérité et d'humilité.

Les attitudes et gestes du MK ne doivent pas être perçus comme une agression. Ce dernier doit rester vigilant pour contrôler l'échange. Celui – ci ne doit pas être mal interprété. Le kinésithérapeute doit rester prudent et se protéger.

La prise en charge rééducative peut se décomposer schématiquement en trois grandes phases.

☞ La phase du contact avec le blessé est la phase initiale délicate. Le blessé est tenu de mobiliser sa main alors qu'il a évité soigneusement jusque-là. En post opératoire, une mobilisation précoce est effectuée avec protection des structures opérées sous couvert d'une orthèse. Le risque d'adhérences tendineuses est ainsi limité. Le kinésithérapeute est en situation privilégiée du fait de la durée des séances et de leur répétitivité : ce qui n'a pas été compris pendant une séance peut être réabordé un ou deux jours plus tard. Ce contact intime développe une relation de confiance propice à la transmission d'information. Un patient qui n'intègre pas les suites de son intervention peut manquer de compliance dans les soins par défaut d'informations. Cette situation conduit à une augmentation du risque de complication : infection sans antibiotique, raideur articulaire par manque d'auto rééducation.

☞ Suit la phase de récupération fonctionnelle à proprement parler. Elle varie en temps en fonction du sujet et de la lésion. Le MK réalise un programme personnalisé avec des exercices d'entretien articulaire, de récupération et d'amélioration de la force musculaire et de prévention contre les enraidissements des déformations non fixées, par exemple. Elle aboutit à la reprise du travail généralement.

1. Les cadres réglementaires du soigné dans le parcours de soin

- ☞ La phase des difficultés est celle où les progrès ne sont plus observés. Un bilan complet est adressé au chirurgien pour juger du devenir du patient.

1.3 Projet patient

1.3.1 Démarche centrée

D'après la définition de la Haute Autorité de la Santé (HAS), la démarche centrée sur le patient évoque une relation de partenariat entre le patient, ses proches et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir ensemble à un consensus d'une option de soins. Elle considère une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du malade acquise au fur et à mesure de la vie.

Il est d'autant plus important de réduire au mieux l'écart entre ce que le patient peut faire et ce qu'il veut. Le professionnel doit gérer cette divergence et proposer un compromis enrichi des points de vue et impératifs de chaque partie pour que le patient soit un allié du processus de soins. La décision médicale se partage entre les faits objectifs, l'expérience du médecin et les souhaits du patient. Le soignant doit apprendre à se dégager des preuves scientifiques « *Vous devez savoir que...* », afin de s'adapter à chaque situation propre au patient. Le projet s'affine lors d'un entretien individuel (CSP, art. L. 1111-4, al. 3). Il doit envisager l'avenir avec des objectifs à courts, moyens et longs termes. Ce délai de réalisation d'objectif se veut être le fruit de l'expérience professionnelle.

Le professionnel se doit une information loyale et claire sur l'état de santé et les soins proposés au malade. Il est de mise de rester prudent dans sa transmission en informant sur les moyens mis en œuvre pour améliorer et vivre avec. S'il existe bien l'obligation d'informer, cette dernière se transforme bien trop souvent en obligation de convaincre sur la nécessité de l'acte.

Une des premières responsabilités du soignant est de faire usage de ses connaissances et de ses compétences à la vue du bien de l'autre et avec son accord. Un défaut d'information ou une mauvaise compréhension peut conduire à une décision erronée. Un patient mal informé est plus volontiers insatisfait du résultat d'un traitement chirurgical.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

1.3.2 La guérison

Le médecin considère la guérison comme une valeur biologique. Il peut la définir comme l'éradication de la lésion ou la correction du trouble fonctionnel. A contrario, le patient la caractérise comme valeur existentielle, avec l'idée de réversibilité et d'un retour *ad integrum* de l'état antérieur. La guérison est « ce que le malade attend du médecin » (Georges Canguilhem).

Ce décalage est source de malentendus. Un sujet peut s'estimer ne pas être totalement guéri au contraire de l'équipe médicale.

Dans ce contexte, la guérison se caractérise comme la reconquête d'un nouvel équilibre dynamique. Elle passe par la mise en place de nouvelles normes. Elle tend à surmonter la limitation de capacité à laquelle la perte de l'état antérieur contraint la personne. La vie psychologique du traumatisme ne finit pas forcément avec la récupération musculaire, articulaire des fonctions ou parties anatomiques perdues. L'épreuve de guérison intègre un certain renoncement de la part du blessé.

Être guéri signifie la fin de la relation médecin - malade. L'ombre des séquelles, d'un non-retour à son corps antérieur, sont des ombres à la perspective de guérison. Nous aussi, soignants, devons intégrer nos limites entre le renoncement du « je tout-puissant » « je soignant » et nos réelles potentialités.

2. L'interaction du patient avec le chirurgien/médecin

Le malade est devenu acteur de santé d'après l'article L.1111-4 du code de la santé publique. « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». De malade passif, il devient un patient actif partenaire de soins. Il se constitue comme acteur ressource visant à améliorer le système de santé. La compréhension de son trouble peut le rassurer et lui permettre de reprendre confiance. Son implication dans la rééducation en est favorisée.

2.1 Annoncer une mauvaise nouvelle

Dans les hôpitaux, le malade est guidé, dirigé. Il vit une situation inhabituelle. Le blessé de la main n'a pas choisi ni sa blessure ni la gravité de ses lésions, ni le moment, ni les gens qui vont le soigner. Il accepte les informations telles qu'elles lui sont présentées. Il se situe dans une situation d'infériorité par sa position allongée ou assise. Le professionnel debout à ses côtés doit adapter ses propos, son attitude pour atténuer sa position de supériorité. L'un est vêtu de sa blouse blanche par sa fonction, l'autre en pyjama ou dénudé, signe de sa vulnérabilité. Cette

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

asymétrie touche le savoir, au savoir-faire jusqu'au pouvoir. L'un dispose d'un savoir, pour agir sur les causes et les effets du traumatisme, que l'autre n'a pas.

Le patient est blessé. Il ne sait pas encore qu'il va devoir faire « avec », avec les pansements, l'immobilisation, une opération, voire une nouvelle main qui n'a pas choisie. L'information est une obligation, certes difficile, face à une situation de gravité telle une incapacité, un désavantage qui conduira à un certain handicap. La prise de décision du malade se trouve peu aisée. Le choc du traumatisme initial avec présence ou non de douleur le perturbent. Il modifie de façon brutale la chair jusqu'à l'arrachement, la fragmentation.

Le patient a-t-il tous les éléments pour apprécier son état de santé ? Il est nécessaire de pourvoir à l'information et de l'actualiser.

2.1.1 Généralités

En grec, le mot « trauma » signifie blessure de l'esprit, du corps et de l'âme. Le vécu de détresse et d'impuissance caractérise la situation traumatique.

Annoncer une mauvaise nouvelle telle une diminution de prise en charge voire un arrêt de traitement n'est ni facile pour le soignant ni pour le soigné. Cette annonce va changer radicalement le cours de sa vie, sa perception de l'avenir. Elle concerne tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. La nouvelle ne concerne pas uniquement le diagnostic mais les conséquences possibles du traumatisme initial. Elle peut être considérée comme une condamnation à mal vivre. Elle reste subjective, intimement liée à l'histoire du patient. Elle met un terme à l'incertitude, coupe court aux suppositions et interprétations erronées. Elle confirme les séquelles.

Le médecin annonce la réalité médicale selon son savoir scientifique. Il établit le pronostic. Le dictionnaire Robert le définit comme « le jugement que porte le médecin, après le diagnostic, sur la durée, le déroulement et l'issue d'une maladie. » Ce discours est impossible à entendre par le patient, impossible à l'intégrer, à le faire entrer dans son existence. Cette annonce se veut être paradoxale entre le médecin conscient qui doit dire ce qui ne peut être entendu et le malade écouter ce qui ne peut être compris. Le patient hésite un désir de savoir et un refus de connaître la vérité sur son état pour garder « espoir ».

Face à cette situation, nous pouvons nous demander « qu'est-ce que les patients entendent et qu'est-ce qu'ils comprennent du langage médical ? ». Les conceptions erronées peuvent être source d'échec du traitement mis en place auprès du patient. Des malentendus se mettent en place. A la question demandée au soigné « Avez-vous compris ? » et à laquelle ce dernier répond le plus souvent « oui ». Que sait – il en réalité ? Le médecin croit qu'il pense la

2. *L'interaction du patient avec le chirurgien/médecin*

même chose que lui et inversement. Pour éviter ce quiproquo, il faudrait demander « Pour vous, qu'est-ce que cela veut dire ? »

L'anxiété occupe une place importante sur la compréhension et la rétention de l'information. Si un élément stresse le patient, celui-ci se focalise sur cet élément et non sur les éléments fournis par le soignant sur le traitement en cours. De même, lorsqu'une émotion disparaît comme l'angoisse de l'état initial, le patient peut ne plus se rappeler les explications fournies au moment où il avait cette angoisse.

2.1.2 Séquelles de la main

Il est important de préciser la nature des séquelles, leur association, leur impact dans la fonction globale du membre supérieur dominant ou non. Leur retentissement fonctionnel doit être décrit de la façon la plus complète possible (écriture, prises, force de préhension, gestes de la vie courante) pour évaluer le déficit fonctionnel résultant. Il s'évalue tardivement dans la prise en charge allant de douze à dix-huit mois voire plus en raison de l'évolution cicatricielle. Pierre RAZEMON a développé une fiche qui regroupe tous les éléments pour apprécier la Capacité Restante de la main (Annexe 4). Il prend en compte les douleurs, les troubles trophiques, la mobilité avec son intégrité segmentaire et la préhension. Cette méthode se veut être simple à mettre en place sans nécessité de matériel spécifique.

Sur le plan médico-légal, les séquelles sont estimées « in abstracto ». L'appréciation des séquelles des traumatismes de la main nécessite la collaboration du patient. Elle n'est pas toujours obtenue dans le cadre de la réparation du dommage corporel. Il faut être essentiellement descriptif dans l'évaluation des séquelles et non se limiter à fixer une IPP. C'est à l'expert d'apprécier le retentissement professionnel en matière de dommage corporel avec pour conséquence ou non l'adaptation d'un poste particulier jusqu'à reconversion. Il peut, également, émettre des réserves sur une évolution possible après consolidation.

Concernant l'enfant, l'évaluation des séquelles doit tenir compte de la croissance. Elle peut entraîner des remaniements osseux importants ou complètement se corriger dans les premières années de la vie. Ces possibilités d'amélioration doivent être précisées lors d'une évaluation. Un nouvel examen se justifie plusieurs années après pour apprécier cette évolution à moyen ou long terme

2.2 Relation chirurgien – soigné

2.2.1 Relation contractuelle bienfaisante

Le médecin est censé partager son savoir avec le malade en lui donnant des Informations précises sur son état. La forme « paternaliste » du discours du médecin-malade (le médecin décide pour le malade) tend à disparaître depuis la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il s'agit de mieux respecter l'autonomie du patient, sa capacité à décider pour et par lui-même. Le patient a le droit, conformément à la doctrine des droits de l'Homme qui s'applique au droit médical, de se prononcer sur les soins qu'il reçoit. L'autonomie est le fondement des devoirs éthiques et la raison première du respect dû aux personnes. Il est intégré désormais dans le contexte médical. Le malade exprime son autorité sur sa propre personne, à commencer par son corps. Rien n'est décidé sans son accord. Le temps où le malade s'en remettait totalement à la science et à la conscience de son médecin est révolu. La référence au « principe d'autonomie » et l'exercice du « consentement éclairé » du patient conçoit à ce dernier une part d'initiative. L'asymétrie de la relation médecin-patient avec absence de réciprocité est réduite. L'un donne, l'autre est toujours en position de recevoir. Le devoir d'informer réduit la disproportion des savoirs par la recherche de la participation du malade à la décision le concernant.

Ce dialogue repose sur la capacité des professionnels à entendre ce que dit le patient mais également à intégrer sa position concernant sa maladie. Le professionnel, fort de sa formation initiale, doit apprendre à prendre en compte les conséquences psychiques que peut avoir la relation médecin-malade, relation intersubjective. Dans le soin, le devenir du patient est étroitement lié à la capacité qu'a le professionnel de garder une attention critique vis-à-vis de sa relation avec le malade. Vulnérables l'un à l'autre, l'un par l'autre, spécifie le fondement intersubjectif de la relation de soin comme relation éthique. Les protagonistes ont un effet mutuel l'un sur l'autre, « soi affecté par l'autre que soi ». Prendre en compte la vulnérabilité de l'autre devient une vertu relationnelle et non une relation à partir de puissance et de comparaison. Cette reconnaissance est une connaissance de soi à sa juste mesure. Elle est un juste milieu entre deux extrêmes empêchant l'action : l'impuissance équivaut à l'inaction et la toute-puissance. La reconnaissance de la « non toute puissance » favorise l'action ajustée à autrui.

Le médecin est confronté entre ses obligations légales et déontologiques et le souci éthique de l'autre. Le soignant peut agir « en son âme et conscience » et faire le mal en pensant faire le bien. Il peut être influencé par des projections inconscientes. D'un point de vue éthique, il ne

2. L'interaction du patient avec le chirurgien/médecin

s'agit pas de se substituer à l'autre dans l'intention de lui venir à l'aide mais d'écouter cet autre de ce qu'il pense de sa situation.

« Son rôle va bien au-delà d'une simple obligation d'informer. Il doit constamment jongler entre le "dit" et le "non-dit", respecter les mécanismes de défense du malade, tout en ayant le souci de ne pas laisser le patient dans un état d'"ignorance régressive". »¹²

2.2.2 Concept médecine soignante

La relation de soin passe donc par une dimension contractuelle. La relation de soin ne se réduit plus à « d'un côté celui qui sait faire, de l'autre celui qui souffre ». Il faudra, avec le temps, préciser les conditions de ce contrat moral. Le malade et le médecin sont devenus des partenaires, chacun à sa place et avec sa responsabilité.

L'essentiel de ce que signifie la maladie pour un patient échappe à la médecine. Cette dernière se préoccupe du geste curatif. L'éthique, elle, est soucieuse de protocoles normatifs. Le médecin retiendrait de la maladie ce qui est susceptible d'être soigné. Le malade, quant à lui, découvre sa vulnérabilité, sa fragilité. Il devient erroné de considérer le raisonnement médical comme seul résultat de protocoles techniques médicales.

Dans le modèle de médecine soignante portée par Alain Froment¹³, le respect de la parole du patient est primordial avec leurs souffrances et leurs attentes.

Il s'agit de développer dans les structures une éthique de l'écoute et une véritable pluridisciplinarité dès l'annonce du diagnostic. Par exemple, le rôle du psychologue clinicien prend une place importante dans la relation intersubjective médecin-malade. Il doit être intégré dans l'équipe médicale et ne pas être à part, ne serait-ce que d'un point de vue de localisation dans la structure.

2.2.3 Réactions médecin - patient

Qui n'a jamais été frustré lors d'une prise en charge avec le sentiment de patiner ?

La consultation est dans ce sens considérée comme une épreuve pour les deux protagonistes que sont le médecin et le malade. C'est un moment où il faut déterminer l'état des choses. Il faut apprivoiser le patient. Laisser un temps d'écoute, d'expression aux émotions du patient, être prêt en tant que soignant à prendre le temps pour annoncer une autre éventualité de

¹² M. MARZANO, *Je consens, donc je suis--: éthique de l'autonomie*, Paris, Presses universitaires de France, p 96, 2006.

¹³ A. FROMENT, *Médecine scientifique, médecine soignante*, Paris, Éd. des Archives contemporaines, 2001 (Une pensée d'avance).

2. L'interaction du patient avec le chirurgien/médecin

traitement. L'heure de l'annonce n'est pas forcément la même pour le soignant-soigné. Un travail d'écoute et de confiance est un travail très fastidieux.

Les soignants, inconsciemment, peuvent adopter des attitudes de fuite. Ils ont tendance à banaliser le problème, à minimiser voire à éviter le sujet. Ils peuvent s'agacer eux-mêmes face à un déni du patient projetant ainsi leur propre angoisse. Parfois, notre réponse à de l'agressivité est l'agressivité. Lors de notre cheminement professionnel, nous sommes confrontés aux pertes réelles et/ou symboliques des patients. En les aidant à surmonter ce deuil, nous, aussi, nous devons renoncer à la position du soignant tout-puissant tout en avançant professionnellement. Dans ce contexte, le plus vulnérable a pouvoir sur le plus autonome, pouvoir de le convoquer à la responsabilité.

L'incapacité de soigner est le non-dit qui hante tout acte médical. Les séries d'exams et la multitude d'acte peuvent alors en découler et de ce fait tomber dans l'acharnement thérapeutique. Cet acharnement peut être le témoin de débordement de certaines situations. Les soignants, conscients de ne pas pouvoir « réparer », sont pris d'une forme de culpabilité ou de narcissisme. Quand la prise en charge ne progresse plus, on est pris d'un sentiment d'échec voire que le patient n'y met pas du sien.

Lors de séquelles, le patient peut se tourner vers un deuxième avis chirurgical. Il manifeste un état de dépendance face aux soins prodigués. Il envisage les soins comme la seule issue possible de guérison, d'un retour antérieur. Mais il n'est pas soumis à l'urgence. L'acte chirurgical demandé ne vise pas seulement à supprimer ou corriger une disgrâce, mais aussi et surtout à libérer le client d'un mal être. Le chirurgien en est conscient : le bénéfice réel est subjectif. En raison de l'implication « psychologique » de la demande, le diagnostic est délicat. La vigilance reste de mise. La décision peut être prise après l'avis d'au moins un autre praticien n'ayant avec le premier aucun lien hiérarchique et une concertation collégiale avec l'équipe de soins. Les réactions du patient après l'opération sont difficiles à prévoir. Certains patients sont très heureux d'une intervention, décevante du point de vue du chirurgien. Paradoxalement, d'autres sont insatisfaits d'un geste technique honoré. L'évaluation est liée au bien être attendu de l'intervention

Le malade doit être préparé psychologiquement. Il est important de lui expliquer ce qui va se passer avec les risques et résultats que l'on peut attendre. De façon concomitante, ses aspirations sont recueillies. Ce temps d'information désamorce le mécontentement et les déceptions du malade après l'intervention. Il doit admettre la réalité de l'incertitude post – opératoire. Les recours en justice sont alors anticipés

2. L'interaction du patient avec le chirurgien/médecin

Quelles sont les conditions permettant à un professionnel de santé de revendiquer une non prise en charge ?

L'acte de soin n'est légitime que s'il répond à une finalité thérapeutique pour l'utilisateur du système de santé. Ce principe est clairement exprimé par l'alinéa 1 de l'article 16-3 du Code civil lorsqu'il énonce qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ». Il est sans oublier l'article R.4127-47 du CSP (article 47 du Code de Déontologie) « or le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. » C'est la clause de conscience. Il n'est pas tenu d'expliquer les raisons de ce refus.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

3.1 L'intégrité de la main

L'intégrité de la main, organe essentiel du toucher, entre autres, est une condition sine qua non d'une utilisation optimale au quotidien. Par son anatomie complexe, intriquée et ses fonctions spécifiques (préhension, communication), nos mains sont particulièrement exposées tant en milieu professionnel que lors du temps libre et des activités domestiques. Ces expositions sont reprises par la fiche de prévention en image 3.

L'altération de leurs capacités, de façon soudaine et brutale, entraîne nécessairement un retentissement sur le quotidien avec un handicap plus ou moins important en fonction de la lésion et du patient. Une cicatrice ou sa mutilation peut engendrer des répercussions sociales tant sur le plan de la vie professionnelle que privée.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »



Image 3 : les accidents de la main tirée du site de l'institut européen de la main <https://www.sosmain.eu/index.php?id=prevention-des-accidents-de-la-main>

3.1.1 Processus vers l'acceptation de la « nouvelle main »

Il s'agit des étapes qui amènent le patient à l'acceptation de la perte physique de sa santé antérieure, de son corps d'avant. Nous en nommons cinq essentielles qui, de l'annonce, à la découverte de la perte, amènent ou non à l'acceptation. Un patient est déterminé par un état dominant mais jamais par un seul état précis. Ces états dépendent de la personnalité des patients mais aussi par l'attitude du soignant.

- ☞ Le choc est le sentiment vécu par le patient à l'annonce du diagnostic. Cette émotion peut passer par le déni. Le sujet reconnaît d'une certaine manière la réalité du déficit. Il est réactionnel au traumatisme et s'accompagne de réponses émotionnelles d'anxiété ou d'agressivité pour se défendre. Son intensité dépend de l'histoire qu'a le patient avec la maladie, sa conception. Le soigné peut banaliser son état et le rejette inconsciemment. Le soignant doit être à son écoute, l'aider à se retrouver dans sa nouvelle situation.
- ☞ La révolte est une phase nécessaire. Le patient agressif, voire revendicateur, intègre ce qu'il lui est arrivé et de ce fait la perte de son ancien corps. Il est dans la réalité.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

- ☞ Le marchandage est la manière dont veut s'en sortir le patient à meilleur compte. Ce dernier n'accepte qu'une partie de la réalité. Il met à mal le discours des différents soignants. Il pointe les désaccords. L'équipe soignante se doit être unie.
- ☞ La dépression est la phase où le patient se rend compte qu'un retour en arrière est impossible. Le soignant doit alors aider le blessé à se projeter dans l'avenir et à développer les compétences acquises lors de la convalescence.
- ☞ L'acceptation est le stade du patient collaborant, coopérant. Il vit avec la réalité et non malgré. Cet état n'est jamais acquis. Il peut être remis en question à certains détours de la progression de la convalescence.

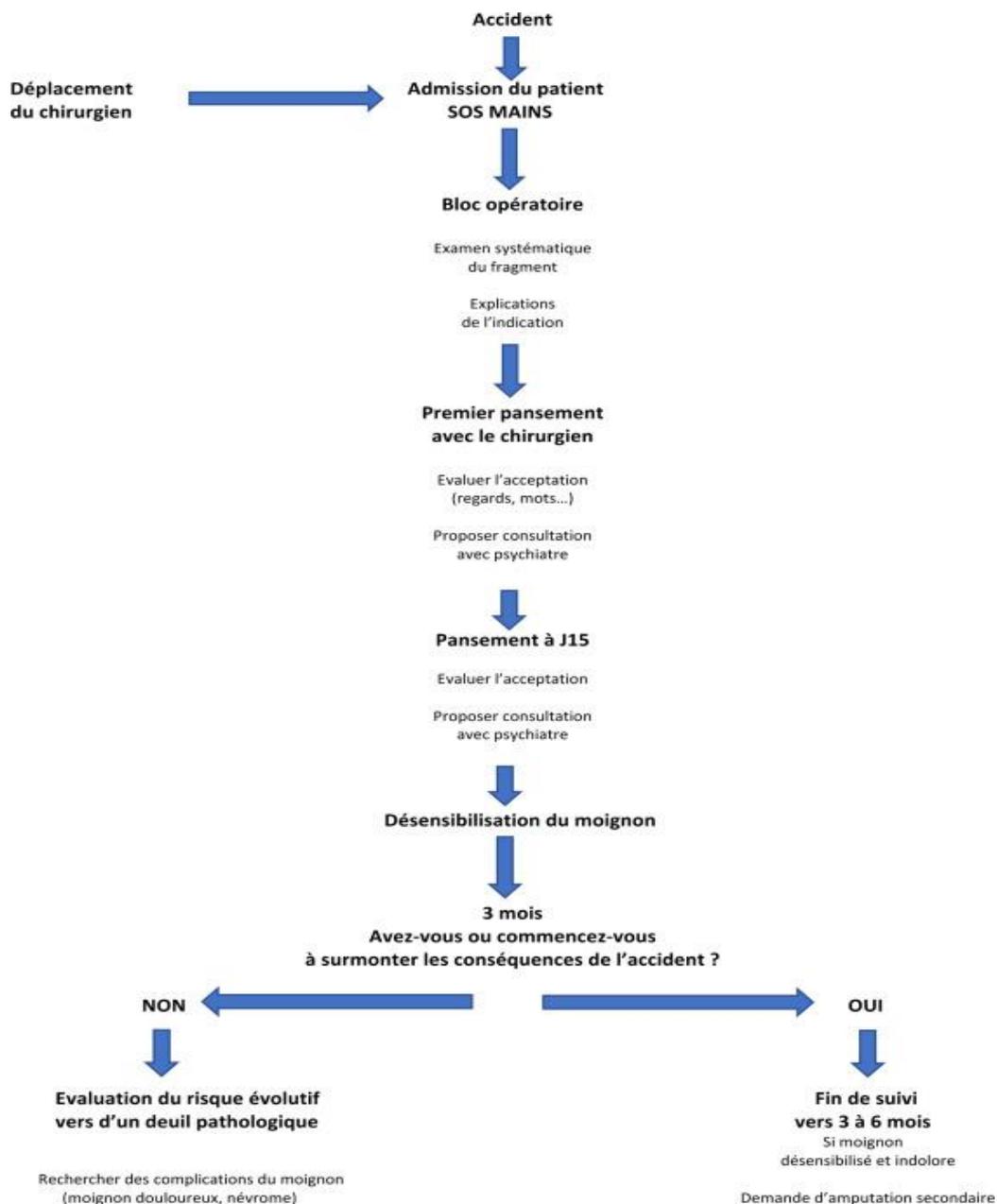


Image 4 schéma de prise en charge du patient tirée de POMARES, G. et al., « Les victimes d'une amputation traumatique du membre supérieur : le processus vers l'acceptation », Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, vol. 106, n° 7, novembre 2020, pp. 878-883.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

3.1.2 Deuil pathologique traumatique

La personne ne lutte plus pour l'acceptation de son nouveau corps, elle ne se projette plus. Elle se résigne, ne garde pas d'espoir. Cependant, face au soignant, la personne reste coopérante jusqu'en s'en remettre totalement. Elle devient passive de son traitement, extérieure.

Une étude clinique¹⁴ montre qu'après une amputation traumatique survenant au membre supérieur, moins de la moitié des patients peuvent être considérés comme complètement guéris de cet événement traumatique. Le niveau d'amputation n'est pas en lui-même un facteur négatif favorisant la non acceptation mais la capacité du patient à accepter cette nouvelle situation. L'absence de tentative de replantation comme les amputations isolées du pouce ou multi digitales sont des facteurs de survenue de deuil pathologique et voire de stress post-traumatique. Le pouce, seul doigt opposable, est le plus important des doigts. Il va demander des efforts de reconstruction ou de remplacement. De tels gestes sont cependant évités dans le cadre de la pathologie du travail et chez l'enfant. Ils conduisent le plus souvent à des échecs. Ils sont discutés en fonction du terrain psychologique du patient et chez les travailleurs manuels.

L'atteinte des doigts ulnaire, auriculaire et annulaire dévolus aux verrouillages de prises, entraîne des séquelles fonctionnelles graves chez le travailleur manuel.

L'écrasement de la main en totalité ou partiellement peut entraîner une exclusion de la main. Ces traumatismes lourds vont modifier la qualité de vie du blessé. Un membre absent ne se guérit pas. Il ne repousse pas non plus. L'incapacité n'est plus récupérable seulement compensable. Néanmoins, les médecins ont recours aux prothèses pour compenser cette perte de membre. Le thérapeute devra être très vigilant lors de cette prise en charge.

3.2 Retentissement neuro – psychologique du traumatisé de la main

J.-H Levame¹⁵ explique que la main objet est commune à tous les individus. La main image est, quant à elle, propre à chacun en fonction de son éducation sensitivomotrice. Il en décrit cinq unités images, cinq si nous considérons le cinquième comme une progression du quatrième :

- ☞ La main à deux doigts, main primaire, une pince première étape au-dessus du règne animal, seule différence, l'opposition du pouce ; nous avons affaire à des hommes aux possibilités manuelles et intellectuelles limitées.
- ☞ La main à trois doigts, permet l'écriture, la prise fine, c'est le début de la dissociation doigts.

¹⁴ G. POMARES *et al.*, « Impact psychologique des amputations traumatiques du membre supérieur », *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, vol. 106, n° 2, avril 2020, pp. 146-150.

¹⁵ J.-H. LEVAME, *Rééducation des traumatisés de la main*, Paris, Maloine, 1987.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

- ☞ La main à quatre doigts, c'est le cas de l'homme capable d'utiliser tous ses doigts de façon différente.
- ☞ La main à cinq doigts permet tous les travaux de fonction, toutes les sensations, le raisonnement
- ☞ Pour en arriver à la main à six doigts du virtuose, pianiste, violoniste...

La boucle sensation-perception-représentation est à l'origine de nos connaissances sur le monde environnant. Cette boucle est reprise ci-dessous en image 5. Son ancrage est anatomique dans la sensation avec les différents récepteurs sensoriels tactiles, visuels, olfactifs, auditifs et gustatifs. Les cellules nerveuses permettent la transmission jusqu'aux noyaux centraux d'intégration. La boucle se déploie jusqu'au psychisme.

Il est important de prendre en considération l'aspect psychologique de la traumatologie de la main. Par sa fonction « récepteur », cette dernière établit le contact du cerveau avec le monde extérieur.

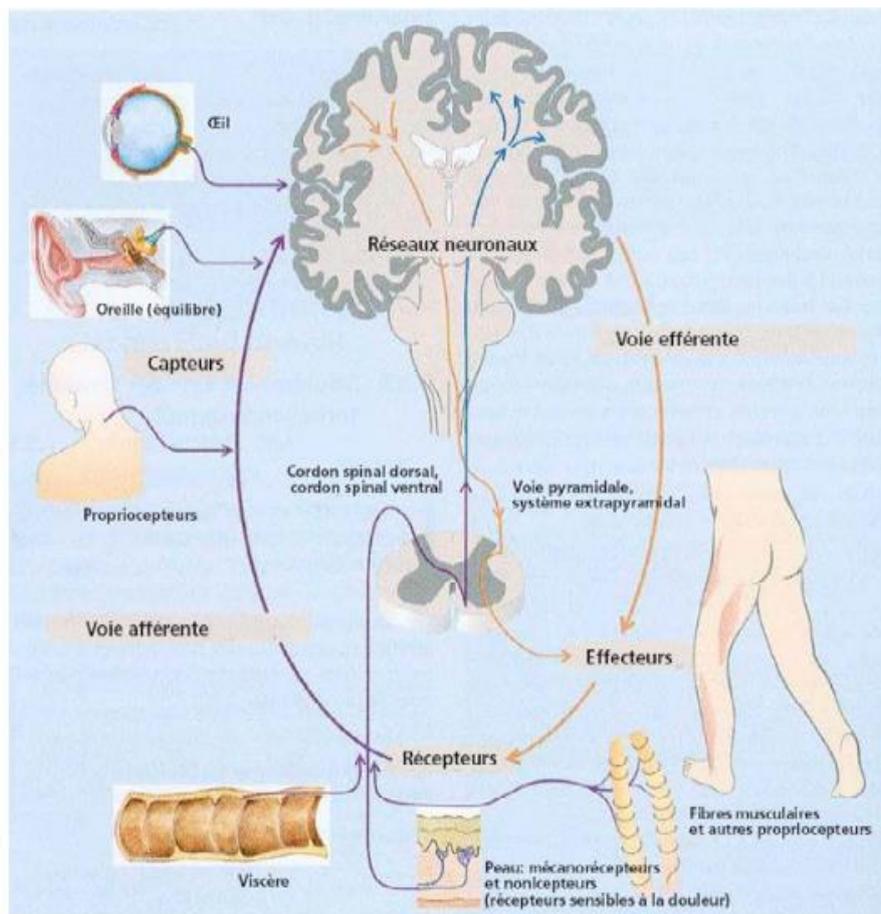


Image 5 : Source ¹, L'illustration ci-dessus montre les structures anatomiques du système sensori-moteur et ses différents liens : les capteurs (yeux, oreille interne, rachis cervical comme siège principal des propriocepteurs, peau, muscles, organes internes), les voies afférentes (sensorielles), ligaments, capsules articulaires et tendons.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

Lors d'un traumatisme du membre supérieur, les informations sensorielles afférentes et les ordres moteurs efférents sont perturbés. Ceci conduit à un remodelage de la représentation corticale du membre supérieur ce qui conduit fréquemment à une sensation d'étrangeté du membre, de non appartenance du membre au schéma. Cette désorganisation post-traumatique est réversible. En rééducation, nous pouvons exploiter la plasticité cérébrale pour améliorer et régulariser ces modifications du SNC.

Le schéma corporel et l'image corporelle sont très souvent confondus. Tous deux peuvent être altérés indépendamment l'un de l'autre. Le premier est un processus combinant conscience pré et inconscience. Le deuxième résulte d'un processus seulement inconscient.

3.2.1 Image de soi

La notion d'image corporelle appartient au champ de la psychanalyse. Selon Paul Schilder^{16 17}, l'image corporelle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. » Elle englobe les perceptions présentes et passées.

Tout problème de santé peut perturber le concept de soi et, par là même, l'image corporelle. Il incombe aux professionnels de santé d'accompagner au mieux les personnes atteintes dans leur image corporelle. Ces derniers doivent amener le patient à prendre conscience de son trouble de perception du segment atteint dès le début de sa prise en charge rééducative.

Reconnaître ce trouble est très important. La méconnaissance du handicap peut se diviser en deux sous-parties selon Oppenheim-Gluckmann¹⁸:

« Le trouble de la conscience de soi » : le patient peut avoir des difficultés à se reconnaître. Si la personne n'a pas totalement la reconnaissance de soi, elle ne va pas s'attribuer non plus la perception du trouble qui l'affecte.

« L'atteinte de la sensation d'identité et d'existence » est en partie causée par les troubles cognitifs acquis après l'accident traumatique. Ceux – ci sont un frein à la réactualisation de l'image du corps. Cette atteinte de ce sentiment identitaire fait naître une angoisse. Le patient lutte contre cette angoisse en affichant une « méconnaissance de façade » du handicap, le temps que coïncident les représentations de l'avant et de l'après traumatisme dans son psychisme.

¹⁶ P. SCHILDER, F. GANTHERET et P. TRUFFERT, *L'Image du corps: étude des forces constructives de la psyché*, Paris, Gallimard, 1980 (Tel 53).

¹⁷ M. JEANNEROD, « De l'image du corps à l'image de soi: », *Revue de neuropsychologie*, n° 3, septembre 2010, pp. 185-194.

¹⁸ H. OPPENHEIM-GLUCKMAN, *La pensée naufragée: Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés*, Paris, Economica, 2006.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

La lésion, de ce fait sa rééducation, occupe l'esprit du malade. Elle impacte son mode de vie privée, professionnelle, son emploi du temps. Cependant, la situation est plus posée qu'aux urgences. Le médecin a déjà accompli un travail d'informations. Le patient est alors curieux, intrigué du rôle de cette rééducation. La fréquence des séances pousse à la communication. Un climat de confiance s'installe entre le thérapeute et le soigné. La personne dans sa globalité est considérée (prendre soin du corps tout en se préoccupant du vécu de la personne). Le patient est amené à porter des mots sur ses sensations corporelles du moment, dans l'ensemble du corps. Comment est sa représentation du corps et sa place dans l'histoire actuelle (« l'important pour moi c'est d'être en vie avec même ma main en moins, car j'aurais pu y rester »).

Il est nécessaire d'informer, de justifier son traitement, ses choix de pratique notamment lors de techniques corporelles :

☞ Toucher présence/toucher relationnel

Le soignant va toucher les différentes parties du corps avec ses mains en prenant bien soin de les laisser quelques minutes sur chaque partie du corps, se calquant sur la respiration de l'autre, dans le respect de l'intimité et du confort.

Le but est d'aider la personne à prendre conscience que son corps est un tout.

☞ Perception du membre lésé

Il peut être demandé au patient de décrire ses membres (poids, taille) les yeux fermés. Ce dernier peut comparer les deux membres inférieurs avant de s'intéresser directement aux membres supérieurs. L'objectif est d'amener l'attention du patient aux perceptions ressenties de ses différents membres. La perception de son membre lésé les yeux fermés n'est pas la même que les yeux ouverts. Il est au thérapeute d'expliquer le décalage entre ce que le cerveau perçoit du membre et comment il ressent réellement le membre.

☞ Autres médiations

Les autres médiations corporelles telles que la relaxation, la sophrologie, l'expression corporelle, les outils d'art thérapie (dessin, ...), visent également une meilleure intégration des aspects physiques et psychiques.

Le corps n'est pas seulement physique et fonctionnel. Il est aussi lieu d'affects, d'émotions, de représentation et outil de relation. Afin d'aider la personne à s'adapter au changement dans l'image de son corps, un objectif de soin est établi pour lui permettre d'exercer une certaine autonomie, d'acquérir de nouvelles compétences.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

Cette gestion nécessite du temps avec des soins plus ou moins longs. Elle mobilise les ressources de la personne. Le thérapeute doit donner au malade les connaissances et les capacités de s'investir.

3.2.2 Schéma corporel

Le schéma corporel est la carte virtuelle du corps représenté dans le cerveau.

Chaque partie du corps a une zone distincte du cerveau consacrée au mouvement et sensation de cette partie du corps. Nous avons de réelles mains et une représentation virtuelle de ces dernières dans le cerveau. La partie du cerveau représente la taille, la forme, la position des mains dans l'espace.

Un bon mouvement exige un bon schéma corporel. Meilleur et plus détaillé sera le schéma, meilleur et plus précis sera le mouvement.

L'homonculus de Penfield, dont l'image 6 en est sa représentation, décrit notre corps virtuel, notre schéma corporel dans le cerveau. Les parties du corps qui demandent les plus grandes exigences de mouvement sont en proportion les plus grands schémas. Les mains sont capables de mouvements d'une extrême finesse et très différenciées. Le cerveau dispose donc d'une vaste zone pour la ressentir et la commander.

Représentation corticale motrice (homonculus moteur) d'après W. Penfield et T. Rasmussen¹⁹.

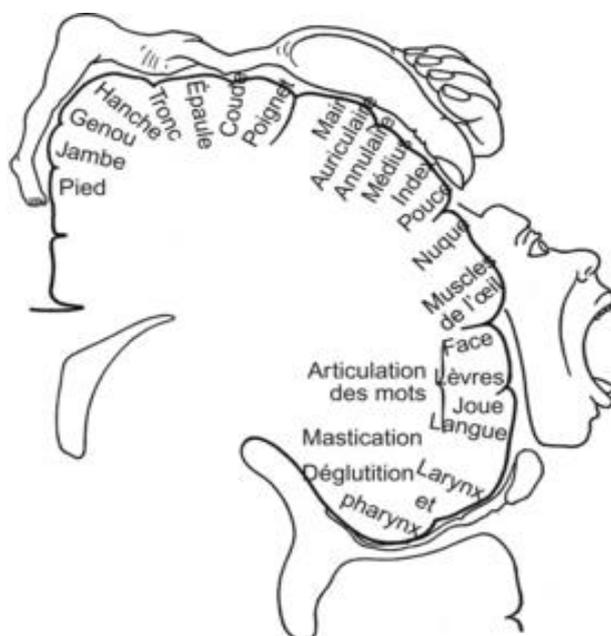


Image 6 : tirée de The W. PENFIELD et T. RASMUSSEN, *The cerebral cortex of man : a clinical study of localization of function*, New-York, Macmillan, 1950.

¹⁹ W. PENFIELD et T. RASMUSSEN, *The cerebral cortex of man : a clinical study of localization of function*, New-York, Macmillan, 1950.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

En revanche, si le schéma est brouillé, le guidage des différents mouvements sera incertain. Le schéma corporel est construit par et pour le mouvement. L'absence de mouvement inverse le schéma corporel. Si nous ne pouvons pas bouger d'une certaine façon pendant un certain temps, nous perdons la capacité de sentir et de contrôler ce mouvement avec précision. La conception de Penfield est aujourd'hui nuancée. La représentation de l'homonculus n'est pas figée. Il existe de grandes sous régions anatomiques avec des chevauchements de zones et des interconnexions.

La plasticité cérébrale reste alors très dynamique²⁰ même à l'âge adulte, en perpétuels remaniements. Plus le cerveau est stimulé par des informations afférentes ou des efférentes, plus de nouveaux circuits vont s'opérer contrant ainsi les défauts de connexions s'il y a lieu. Lors d'amputation de main, le patient n'a plus d'afférences ni d'efférences provenant ou à destination des mains. Un remodelage cortical s'effectue au profit des zones adjacentes de la face, de l'avant – bras et du bras. Il va dans le sens de la péjoration. Cette péjoration se veut réversible lors de réalisation d'allogreffe. L'amélioration se déroule de façon progressive. La représentation corticale des mains retrouve sa localisation initiale. L'image 7 retrace de façon

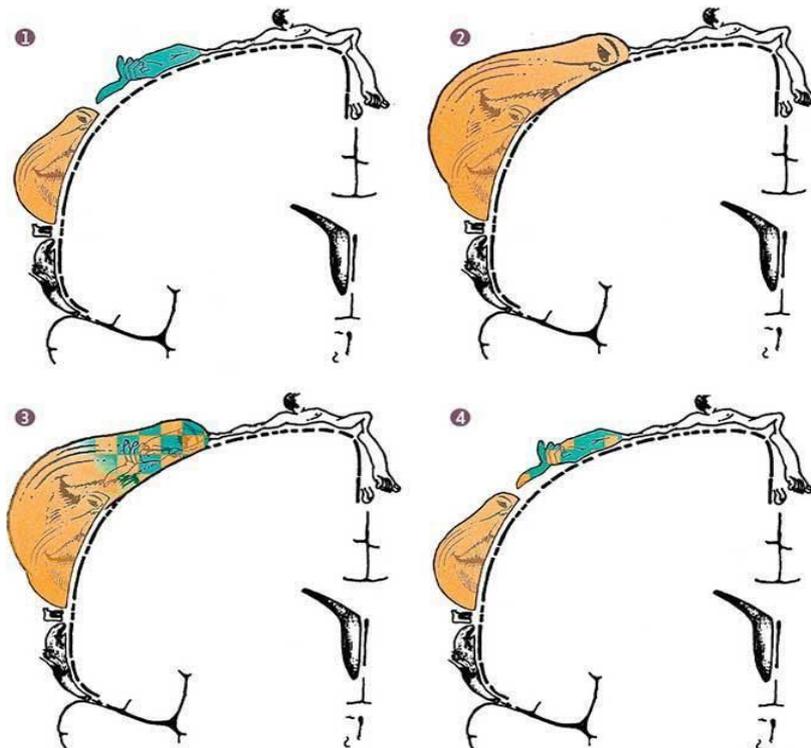


Image 7 : tirée de « Au lieu de plasticité cérébrale, il faudrait parler d'équilibre dynamique : ».

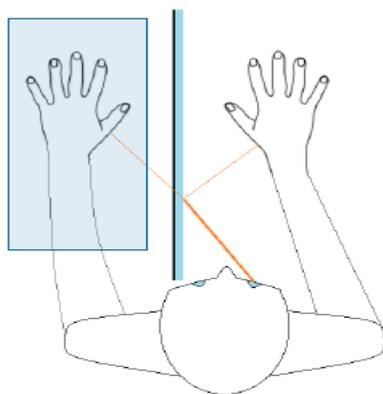
schématique ce remodelage cortical.

²⁰ A. FARNE et M.-N. CORDONNIER, « Au lieu de plasticité cérébrale, il faudrait parler d'équilibre dynamique: », *Pour la Science*, n° 2, juin 2021, pp. 40-45.

3. Cheminement vers l'acceptation de sa « nouvelle main »

La rééducation sensitive est primordiale avec une notion de précocité dans la prise en charge (techniques décrites succinctement)

- ☞ Les techniques de désensibilisation permettent d'agir sur les troubles du traitement des informations sensibles en ré étalonnant les sensations et les représentations cérébrales déformées : exercices bimanuels avec comparaison droite-gauche, recours à d'autres canaux sensoriels (vision, audition, odorat) ou verbalisation des différentes étapes de préhension et de reconnaissance d'un objet.
- ☞ Les techniques de réafférentation peuvent commencer une fois le réétalonnage effectué. Pour se faire, une motivation complète du patient est nécessaire. Le patient doit comprendre pourquoi il fait les choses. Il doit être actif dans sa rééducation. Un travail d'automatisation du geste, par la répétition des prises intégrant le segment exclu, est mis en place. La thérapie miroir peut être réalisée également, seule ou incluse dans un Protocole d'Imagerie Motrice. Le principe est de voir la main saine et son reflet dans un miroir tout en ayant la main lésée cachée derrière un miroir. C'est une technique de leurre sensoriel, avec une illusion miroir de mouvement de la main lésée par le cerveau. Elle utilise la capacité plastique du cerveau. La mise en place d'une prothèse provisoire, le plus précocement possible après l'amputation, permet au cerveau d'avoir l'illusion que les deux membres sont présents. La modification de la somatotopie corticale responsable de la douleur peut être ainsi évitée. Chez le patient amputé, l'absence de retour d'information proprioceptive et visuelles cohérentes avec une intention de mobiliser le membre amputé serait à l'origine de douleurs et sensation de membres fantôme. L'utilisation du miroir réconcilie le feedback visuel avec la commande motrice. Le cerveau est informé que son membre manquant bouge correctement.



Plusieurs niveaux, à expliquer au patient:

1. l'observation : passive
2. l'imagination : simulation, sans intention de « faire » le geste
3. l'ébauche motrice : le patient ébauche le geste, sans effort
4. L'effort moteur : le patient tente de reproduire le geste avec le membre déficitaire



Image 8 : Les grandes étapes de la thérapie miroir, tirée de <https://therapiemiroir.com/tm3-les-etapes-de-la-tm/>

3.3 Education thérapeutique (ET)

3.3.1 Généralités

En France, l'ET est juridiquement établi depuis 2009 dans le CSP (art. L.1161-1 à L.1161-4). « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». Elle a, essentiellement, deux finalités

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins et de sécurité.
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge. Elle a été créée, principalement, pour les personnes atteintes de maladie chronique tel le diabète, pathologie cardiaque. Elle le rend acteur de son trouble en le rendant plus autonome afin d'améliorer sa qualité de vie. Cependant, le champ d'application de l'ET s'élargie aux affections de courte durée et développe le concept « patient – partenaire ». L'éducation conduit la personne à grandir et à se dépasser par l'apprentissage et l'apprivoisement de nouvelles aptitudes.

Il est nécessaire pour le thérapeute de faire le point sur ce que sait le patient, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer. Pour autant, le malade ne substitue pas au professionnel de santé. Ce dernier doit accompagner. Informer et conseiller ne suffisent pas à rendre le patient compétent. L'objectif de l'éducation thérapeutique n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils donnés. Il doit faire son propre choix, en toute connaissance de cause, et en étant accompagné.

3.3.2 ET et kinésithérapie

L'auto -rééducation en kinésithérapie fait partie de cette ET en formant le patient dans l'acquisition de compétences d'auto - exercices. Elle prend toute son importance dans la rééducation de la main. Elle continue la progression hors des murs et vise à prévenir les complications évitables. Elle prolonge la rééducation classique par des mouvements et des postures enseignés aux patients. Ces mouvements sont périodiquement vérifiés par le kinésithérapeute, le but étant l'autonomie rééducative du patient

Elle est adaptée en fonction des restrictions fonctionnelles, imposées par les consignes postopératoires, et en fonction de la personnalité du patient. Elle se veut évolutive en fonction de la période de convalescence.

Le parcours du patient ne peut être maîtrisé dans sa totalité. Les projets de soin sont pensés et réajustés en fonction du patient et de son évolution

CONCLUSION

Les patients appellent de plus en plus à être reconnus et entendus comme « personne » à part entière, dans sa singularité. Il est important que le médecin définisse sa position entre le devoir de rigueur scientifique et le respect de l'autonomie du malade. C'est à ce moment que se rencontrent les deux visages décrits par le philosophe Emmanuel Levinas : le visage de celui qui appelle à l'aide, et celui qui se met à son service. C'est le dénuement de l'autre qui convoque. Son visage nous fait prendre conscience de notre responsabilité sur autrui.

Le fruit de ce contrat moral librement consenti renforce le lien social grâce à un humanisme. Il rend toute sa signification à la rencontre entre la confiance du malade et la conscience du médecin.

Il est étrange face à cette demande d'empathie du soignant, d'écoute, le patient ait cette volonté de vouloir « guérir » par un coup de baguette magique. Cet empressement est renforcé par notre société où tout doit aller vite, une société de l'immédiateté. L'Académie nationale de médecine a également constaté que le principe de précaution et la judiciarisation influencent négativement la relation médecin-malade.

Il est nécessaire de laisser du temps au temps.

A la problématique énoncée en introduction, une prise en charge claire et reproductible n'est pas envisageable tant par la singularité des patients, des soignants que par la multiplicité des traumatismes et des histoires vécues de chacun des protagonistes. Malgré l'existence de techniques, de protocole pour amener à l'acceptation de son nouveau soi, la réaction du patient demeure toujours incertaine tant la complexité de l'humain est indescriptible scientifiquement. Des pistes de recommandations sont décrites par l'Académie nationale de médecine telle une refondation de l'humanisme médical, privilégiant la démarche humaniste du soin par rapport à l'acte technique. La promotion de l'éducation thérapeutique est une solution qui porte ses fruits. Elle est en développement. Les acteurs de santé doivent s'y former pour connaître et répondre au mieux aux attentes de patients. Il est dans l'intérêt commun de rétablir une confiance réciproque non empreinte à des craintes de judiciarisation et de reconnaître, de nouveau, la compétence et les droits de chacun dans la relation soignant-soigné.

BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE

Articles de lois :

JUPPE, A., BARROT, J. et GAYMARD, H., « Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute », s.d., [En ligne]. <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000195448>>. (Consulté le 19 avril 2023).

Articles de revues

BERCOT, R., « Penser l'expérience du soin et de la maladie », *La place de la relation dans l'exercice du métier de chirurgien*, 2015, [En ligne]. <<https://shs.hal.science/halshs-01440875/document>>.

DELAQUAIZE, F., « Rééducation de la main et du poignet », *Réorganisation corticale post-traumatique et plasticité cérébrale : rééducation par les techniques d'imagerie motrice*, s.d., [En ligne]. <<https://clemedicine.com/19-reorganisation-corticale-post-traumatique-et-plasticite-cerebrale-reeducation-par-les-techniques-dimagerie-motrice/>>.

FARNE, A. et CORDONNIER, M.-N., « Au lieu de plasticité cérébrale, il faudrait parler d'équilibre dynamique : », *Pour la Science*, n° 2, juin 2021, pp. 40-45.

JEANNEROD, M., « De l'image du corps à l'image de soi : », *Revue de neuropsychologie*, n° 3, septembre 2010, pp. 185-194.

MATTEI, J.F., « L'autonomie du patient, un article de la revue Soins », s.d., [En ligne]. <<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/lautonomie-du-patient,-un-article-de-la-revue-soins>>.

POMARES, G. *et al.*, « Les victimes d'une amputation traumatique du membre supérieur : le processus vers l'acceptation », *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, vol. 106, n° 7, novembre 2020, pp. 878-883.

POMARES, G. *et al.*, « Impact psychologique des amputations traumatiques du membre supérieur », *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, vol. 106, n° 2, avril 2020, pp. 146-150.

RAZEMONT, J.-P., « Revue française Dommage corporel », *Evaluation de la valeur fonctionnelle de la main*, s.d., pp. 391-406.

SCHNYDER, J.M., « La première pierre de l'art médical », s.d., [En ligne]. <<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-415/la-premiere-pierre-de-l-art-medical>>.

Documents médicaux

GODEAU, P. et COUTURIER, D., « Le diagnostic en médecine : histoire, mise en œuvre présente, perspectives », 06, Académie Nationale de Médecine, juin 2006, [En ligne]. <<https://www.academie-medecine.fr/06-12-le-diagnostic-en-medecine-histoire-mise-en-uvre>>.

presente-perspectives/>. (Consulté le 19 avril 2023).

LE LARDIC, C., « REEDUCATION DE LA MAIN EN PRATIQUE COURANTE », décembre 2006, [En ligne]. <<https://www.reseaumain.fr/wp-content/uploads/2019/03/poly-r%C3%A9seau-main.pdf>>. (Consulté le 20 avril 2023).

Ouvrages médicaux

CANGUILHEM, G., *Ecrits sur la médecine*, 2002.

LAUBE, W. et ANDERS, C., *Sensomotorisches System physiologisches Detailwissen für Physiotherapeuten; 28 Tabellen*, Stuttgart, Thieme, 2009.

LEVAME, J.-H., *Rééducation des traumatisés de la main*, Paris, Maloine, 1987.

PENFIELD, W. et RASMUSSEN, T., *The cerebral cortex of man: a clinical study of localization of function*, New-York, Macmillan, 1950.

ROUVIERE, H., DELMAS, André. et DELMAS, V., *Anatomie humaine: descriptive, topographique et fonctionnelle*, Paris, Masson, 2011.

TRABELSI, A., MERLE, M. et RAIMBEAU, G., *État des lieux des urgences de la main en France.*, 2018, [En ligne]. <<https://soo.com.fr/download/media/e29/868/livre-blanc-2018.pdf>>.

Ouvrages Phylosophico-Médical

FAGOT-LARGEAULT, A. *et al.* (éds.), *Philosophie et médecine: en hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2008 (L'histoire des sciences - textes et études).

FROMENT, A., *Médecine scientifique, médecine soignante*, Paris, Éd. des Archives contemporaines, 2001 (Une pensée d'avance).

MARZANO, M., *Je consens, donc je suis--: éthique de l'autonomie*, Paris, Presses universitaires de France, p96 2006.

OPPENHEIM-GLUCKMAN, H., *La pensée naufragée : Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés*, Paris, Economica, 2006.

SCHILDER, P., GANTHERET, F. et TRUFFERT, P., *L'Image du corps : étude des forces constructives de la psyché*, Paris, Gallimard, 1980 (Tel 53).

Thèses

DHELLEMES, O., *Information des patients dans le cadre de l'urgence chirurgicale : exemple du centre SOS main de Rouen*, Roubaix, UFR Santé de Rouen Normandie, 18 mars 1994, [En ligne]. <[File:///C:/Users/Jacky/Downloads/Dhellemmes_Octaves.pdf](file:///C:/Users/Jacky/Downloads/Dhellemmes_Octaves.pdf)>. .

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Image 1: Fiche d'examen initial, d'une plaie de la main, tirée des annexes du Livre Blanc, TRABELSIL Adil et al,2018.....	8
Image 2 : Répartition géographique de la population et des centres FESUM, extrait du Livre Blanc, TRABELSIL Adil et al,2018.....	10
Image 3 : les accidents de la main tirée du site de l'institut européen de la main.....	22
Image 4 schéma de prise en charge du patient tirée de POMARES, G. et al., « Les victimes d'une amputation traumatique du membre supérieur : le processus vers l'acceptation », Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, vol. 106, n° 7, novembre 2020, pp. 878-883.	23
Image 5 : Source , L'illustration ci-dessus montre les structures anatomiques du système sensori-moteur et ses différents liens : les capteurs (yeux, oreille interne, rachis cervical comme siège principal des propriocepteurs, peau, muscles, organes internes), les voies afférentes (sensorielles), ligaments, capsules articulaires et tendons.	25
Image 6 : tirée de The W. PENFIELD et T. RASMUSSEN, <i>The cerebral cortex of man: a clinical study of localization of function</i> , New-York, Macmillan, 1950.....	28
Image 7 : tirée de « Au lieu de plasticité cérébrale, il faudrait parler d'équilibre dynamique : ».	29
Image 8 : Les grandes étapes de la thérapie miroir, tirée de https://therapiemiroir.com/tm3-les-etapes-de-la-tm/	30

ANNEXES

ANNEXE 1



CHU
ROUEN NORMANDIE

Questionnaire patient

Étiquette

Vous êtes

- Droitier ou droitière
- Gaucher ou gauchère

Parmi les catégories socio-professionnelles de l'INSEE, laquelle vous correspond ?

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Agriculteur<input type="checkbox"/> Artisan<input type="checkbox"/> Commerçant<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise (moins de dix salariés)<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise (plus de dix salariés)<input type="checkbox"/> Cadre<input type="checkbox"/> Profession intellectuelle supérieure	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Profession intermédiaire (enseignant, soignant, secrétaire, administratif, technicien...)<input type="checkbox"/> Employé<input type="checkbox"/> Ouvrier<input type="checkbox"/> Retraité<input type="checkbox"/> Sans emploi<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
---	---

Qui vous a orienté(e) vers le CHU de Rouen ?

- Médecin
- Premiers secours (SAMU ou pompiers)
- Infirmier(ère)
- Autre professionnel de santé
- Entourage
- Internet
- Personne ne m'a orienté(e)

Pensez-vous avoir été pris(e) en charge dans un centre spécialisé en chirurgie de la main (SOS mains) ?

- Oui
- Non

Pour quelle raison êtes-vous venu(e) au CHU de Rouen ? (une seule réponse)

- Parce que c'est l'hôpital le plus proche
- Parce que c'est un hôpital connu
- Pour la réputation du service de chirurgie de la main
- Parce qu'on m'y a amené(e)
- Parce qu'on me l'a conseillé

Avez-vous reçu des explications avant l'intervention concernant votre traumatisme et votre opération ?

- Oui
- Non

Avez-vous vu un chirurgien après l'intervention ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous le nom du chirurgien qui vous a opéré(e) ?

- Oui (précisez) :
- Non

Savez-vous quel(s) élément(s) de votre main étai(en)t atteint(s) ? (une ou plusieurs réponses)

- Os
- Articulation ou ligament
- Muscle
- Tendon ou gaine de tendon
- Artère
- Nerf
- Aucun
- Je ne sais pas
- On ne m'a pas expliqué



S'agit-il d'une infection de la main ?

- Oui
- Non

Vous a-t-on expliqué quelles complications pouvaient survenir dans les suites de votre intervention ?

- Oui
- Non

Selon vous, quelle(s) complication(s) pourrai(en)t survenir ? (une ou plusieurs réponses)

- Douleur de longue durée (plus de trois mois)
- Mauvaise cicatrisation
- Infection
- Nécrose (mort) de tout ou d'une partie d'un doigt ou de la main
- Échec du traitement chirurgical

Parmi les professionnels suivants, le(s)quel(s) devez-vous voir prochainement pour votre main ? (une ou plusieurs réponses)

- Infirmier(ère) à domicile
- Kinésithérapeute
- Orthésiste

Avez-vous la date de votre prochain rendez-vous postopératoire ?

- Oui
- Pas encore
- Je n'aurai pas de rendez-vous postopératoire

Parmi les médicaments suivants, savez-vous lesquels on vous a prescrits pour votre main ? (une ou plusieurs réponses)

- Antalgiques, contre la douleur
- Anti-inflammatoires, contre l'inflammation
- Antibiotiques, contre les bactéries
- Antiagrégants, pour fluidifier le sang

Vous a-t-on expliqué que vous deviez garder la main surélevée ?

- Oui
- Non

Vous a-t-on expliqué qu'il fallait arrêter le tabac ?

- Oui
- Non
- Je ne fume pas

Avez-vous eu le sentiment d'avoir pu poser toutes vos questions ?

- Oui
- Non

Sur une échelle de 0 à 10, pensez-vous avoir été bien informé(e) sur vos lésions, votre intervention et les suites opératoires ?

(0 : pas du tout ; 10 : parfaitement)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sur une échelle de 0 à 10, pensez-vous avoir été bien soigné(e) ?

(0 : pas du tout ; 10 : parfaitement)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Avez-vous des remarques sur l'information que vous avez reçue depuis votre arrivée aux urgences ? (facultatif)

.....

.....

Questionnaire interne

Quel(s) tissu(s) de la main du patient étai(en)t atteint(s) ?

- Os
- Articulation ou ligament
- Muscle
- Tendon ou gaine de tendon
- Artère
- Nerf
- Aucun

Le patient a-t-il une infection de la main (phlegmon, ténosynovite, arthrite ou ostéite septique...) ?

- Oui
- Non

Parmi les professionnels suivants, le(s)quel(s) devra voir le patient après sa sortie ?

- Infirmier(ère) à domicile
- Kinésithérapeute
- Orthésiste

Parmi les médicaments suivants, lesquels avez-vous prescrits sur les ordonnances de sortie ?

- Antalgiques
- Anti-inflammatoires
- Antibiotiques
- Antiagrégants

ANNEXE 2

Evaluation de l'opposition et de la contre opposition selon KAPANDJI

Cette évaluation chiffre l'opposition du pouce avec les autres doigts sur une échelle de 0 à 10.

Il faut amener activement la pulpe du pouce en regard de différents points. Le score est ainsi déterminé.

0 pas d'opposition,

1 la pulpe du pouce est présente face à l'IPP de l'index

2 IPD index

3 pulpe de l'index

4 pulpe du médus

5 pulpe de l'annulaire

6 pulpe de l'auriculaire

7 pli de l'IPD de l'auriculaire

La contre opposition est évaluée main à plat sur la table, la main opposée sur son chant ulnaire, près de l'extrémité du pouce à examiner. On demande un décollement actif de ce dernier du plan de la table. Le score de contre opposition est mesuré en regard de points sur la main opposée, la métacarpo-phalangienne de l'auriculaire 1 (c'est le point de départ, il n'y a pas de 0), de l'annulaire 2, du majeur 3, de l'index 4. Le dernier stade est rarement atteint car

BILAN 400 POINTS

Le bilan 400 points est un bilan d'évaluation fonctionnelle de la main validé et développé en ergothérapie à Nancy par Colette GABLE et son équipe. Il pointe les secteurs déficitaires. Il évalue quatre niveaux (motricité, force, prise mono manuelle, coordination bi manuelle), chacun noté sur 100. Nous observons une soixantaine de gestes qui renseignent sur les qualités de préhension et les ressources d'adaptation.

Un résultat final est obtenu en additionnant les scores des quatre épreuves avec un pourcentage de la capacité de la main lésée par rapport à la main saine.

DASH

Nom :

1/2

Prénom :

date :

		aucune difficulté	difficulté légère	difficulté moyenne	difficulté importante	impossible
1	Dévisser un couvercle serré ou neuf					
2	Écrire					
3	Tourner une clé dans une serrure					
4	Préparer un repas					
5	Ouvrir un portail ou une lourde porte en la poussant					
6	Placer un objet sur une étagère au-dessus de votre tête					
7	Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)					
8	Jardiner, s'occuper des plantes (fleurs et arbustes)					
9	Faire un lit					
10	Porter des sacs de provisions ou une mallette					
11	Porter un objet lourd (supérieur à 5 Kg)					
12	Changer une ampoule en hauteur					
13	se laver ou se sécher les cheveux					
14	Se laver le dos					
15	Enfiler un pull-over					
16	Couper la nourriture avec un couteau					
17	Activités de loisir sans gros effort (jouer aux cartes, tricoter, etc.)					
18	Activités de loisir nécessitant une certaine force au niveau de l'épaule du bras ou de la main avec des chocs, (bricolage, tennis, golf, etc..)					
19	Activités de loisir nécessitant toute la liberté de mouvement (Badminton, lancer de balle, Pêche, Frisbee, etc.)					
20	Déplacements (transports).					
21	Vie sexuelle					

DASH

2/2

22	Pendant les 7 derniers jours, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main a-t-elle gêné dans vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? (entourez une seule réponse)				
	Pas du tout	légèrement	moyennement	beaucoup	extrêmement
23	Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles du fait (en raison, par) de problèmes à votre épaule, votre bras, ou votre main? (Entourez une seule réponse)				
	pas du tout limité	légèrement limité	moyennement limité	beaucoup limité	extrêmement limité
Veuillez évaluer la sévérité des symptômes suivants durant les 7 derniers jours. (Entourez une réponse sur chacune des lignes)					
24	Douleur de l'épaule, du bras ou de la main				
	aucune	légère	moyenne	importante	extrême
25	Douleur de l'épaule, du bras ou de la main en pratiquant une activité particulière Précisez cette activité :				
	aucune	légère	moyenne	importante	extrême
26	Picotements ou fourmillements douloureux				
	aucune	légère	moyenne	importante	extrême
27	Faiblesse du bras, de l'épaule ou de la main				
	aucune	légère	moyenne	importante	extrême
28	Raideur du bras, de l'épaule ou de la main				
	aucune	légère	moyenne	importante	extrême
29	Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)				
	Pas du tout	légèrement	moyennement	beaucoup	insomnie complète
30	"Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause du problème de mon épaule, de mon bras, ou de ma main"				
	Pas d'accord du tout	Pas d'accord	ni d'accord, ni pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord