



**HAL**  
open science

## L'utilisation de la prothèse des personnes amputées du membre inférieur lors du retour à domicile

Estelle Harinck

► **To cite this version:**

Estelle Harinck. L'utilisation de la prothèse des personnes amputées du membre inférieur lors du retour à domicile. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269160

**HAL Id: dumas-02269160**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269160>**

Submitted on 22 Aug 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



**Formation d'Ergothérapie d'Aix-Marseille**  
**Ecole des sciences de la réadaptation**



Estelle HARINCK

UE 6.5, S6 :

**Mémoire d'initiation à la recherche**

Le 16 mai 2019

**L'utilisation de la prothèse des personnes amputées  
du membre inférieur lors du retour à domicile**

Sous la direction de Sophie ALBUQUERQUE, et  
d'Alix COSTET

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements :

*Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont été présentes lors de la réalisation de ce mémoire, qui m'ont aidé et soutenu.*

*Tout d'abord, un grand merci à Sophie ALBUQUERQUE, ma directrice de mémoire, qui a été présente du début à la fin, qui a pris le temps de me conseiller et de me guider.*

*Un grand merci également à Alix COSTET, ma référente professionnelle, pour le temps qu'elle m'a consacré et ses conseils apportés.*

*Je tiens à remercier tous les ergothérapeutes et les personnes amputées qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires.*

*Je remercie les ergothérapeutes de l'Hôpital Européen pour leur motivation et leurs conseils.*

*Je tiens également à remercier mes amies et mes camarades de classe, notamment ceux de mon groupe de travail, pour leurs conseils et leur soutien.*

*Merci aux formateurs de l'école d'ergothérapie de Marseille pour leur accompagnement durant ces trois belles années.*

*Je remercie mes parents et ma sœur pour leurs encouragements lors de mes études et pour la relecture de ce mémoire.*

*Pour finir, je tiens à remercier Clément d'avoir toujours été présent pour moi et pour le soutien qu'il m'a apporté.*

## Sommaire :

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
1.1 Contexte.....	1
1.2 Thème .....	2
1.3 Enjeux.....	6
1.4 Questionnement .....	7
1.5 Revue de littérature .....	7
1.5.1 Les causes d’amputation et leur impact dans la prise en soin.....	8
1.5.2 Les douleurs liées au membre fantôme.....	9
1.5.3 L’apport de la prothèse pour la personne amputée .....	10
1.5.4 Les difficultés liées à la prothèse.....	11
1.5.5 L’ergothérapeute dans la mise en place de la prothèse.....	12
1.6 Enquête exploratoire.....	15
1.7 Synthèse des résultats.....	17
1.8 Confrontation de la littérature aux résultats issus de l’enquête exploratoire.....	20
1.9 Cadre de référence.....	21
1.9.1 Concept de la qualité de vie .....	21
1.9.2 Concept de la transférabilité et du retour à domicile .....	25
1.10 La question et l’objet de recherche .....	28
<b>2. Matériel et méthode .....</b>	<b>29</b>
2.1 Choix de la méthode de recherche .....	29
2.2 La population choisie avec critères d’inclusion et d’exclusion .....	29
2.3 Les sites d’exploration.....	30
2.4 L’outil de recueil de données .....	31
2.5 L’anticipation des biais et les stratégies pour les anticiper ou les atténuer .....	31
2.6 La construction de l’outil de recherche .....	32
2.7 Test de faisabilité et validité du dispositif .....	32

2.8	Le déroulement de l'enquête.....	33
2.9	Le choix des outils de traitement et d'analyse des données .....	33
<b>3.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>35</b>
3.1	Les données descriptives .....	35
3.2	Les données statistiques.....	40
<b>4.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>42</b>
4.1	Interprétation des résultats .....	42
4.2	Eléments de réponses à l'objet de recherche .....	44
4.3	Critiques du dispositif de recherche .....	45
4.4	Transférabilité pour la pratique professionnelle .....	46
4.5	Perspectives de recherche .....	47
<b>5.</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>48</b>
<b>6.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>52</b>
	<b>Résumé et mots clefs .....</b>	<b>72</b>
	<b>Abstracts and keys word.....</b>	<b>72</b>

## **1. Introduction**

### **1.1 Contexte**

Lors de mon stage en première année d'ergothérapie, je me suis rendue dans une clinique où la majorité des patients étaient amputés du membre inférieur.

En discutant avec les personnes, je me suis rendue compte qu'accepter le fait de perdre une partie de son corps pouvait être très complexe pour certains et moins pour d'autres. L'image que les personnes ont d'elles est alors impactée. Le regard de la société va aussi être difficile à accepter. La durée du deuil du membre manquant dépend des personnes.

Des douleurs au niveau du membre fantôme peuvent également apparaître. Ces dernières varient selon les personnes.

De plus, j'ai pu observer que la prise en charge des personnes amputées était pluridisciplinaire. Effectivement, il est important que la personne soit suivie par plusieurs professionnels (médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, ...). Ces disciplines sont différentes et complémentaires. Elles permettent aux personnes d'avancer correctement sur tous les plans durant la prise en soin. Il est aussi nécessaire que les professionnels communiquent entre eux pour suivre l'évolution de leur patient sur le plan physique et psychique.

Il existe diverses causes d'amputation : congénital, traumatique, vasculaire, tumorale et maladie de Buerger. Selon le contexte, le diagnostic de l'amputation ne peut pas toujours être annoncé à l'avance et notamment lors d'accident de la voie publique où la personne est généralement amputée en urgence. Le choc au réveil de l'opération est d'autant plus important si la personne n'a pu s'y préparer psychologiquement. Je me demande alors si cela peut avoir un impact sur la prise en charge et sur la mise en place future de la prothèse.

Je me suis aussi rendue compte lors de mon stage, que la mise en place de la prothèse et son apprentissage n'était pas aussi « simple » que ce que l'on apprend en théorie. Cette mise en place se fait de plus en plus au cas par cas. Certaines personnes doivent attendre que leur moignon soit cicatrisé avant de chausser une prothèse, et d'autres la mette avant même la fin de la cicatrisation. On enseigne alors, en équipe, l'hygiène du moignon et l'entretien de la prothèse, le chaussage de celle-ci, la mise en charge sur la prothèse, et la marche avec les différentes aides techniques, l'équilibre en statique puis en dynamique, pour finir par réaliser

des actes de la vie quotidienne avec. Le travail des activités de la vie quotidienne se réalise également sans la prothèse. Le retour à domicile se prépare aussi.

En réalité, il y a les émotions, les ressentis, l'état psychologique, et les douleurs de la personne qui rentrent en jeu lors de cette étape de la prise en charge. Au sein de la structure, pour certains patients la prothèse représentait « l'espoir d'une nouvelle jambe ». Néanmoins, un jour dans le gymnase, une femme était en train de marcher entre deux barres. Un miroir était présent en face d'elle mais elle ne s'était jamais regardée. Cette fois-ci, elle a levé la tête et s'est écroulée à la vision d'elle-même. Après discussion, elle explique qu'elle se voit avec une « jambe de fer » et que cela est insupportable.

J'ai donc constaté que l'acceptation de l'amputation et de la prothèse n'est pas un événement facile, sans heurts ou sans difficultés, et cela peut affecter la reconstruction de certaines personnes.

## 1.2 Thème

Suite à mes observations en stage et mes réflexions, j'ai choisi le thème suivant :

**L'accompagnement de l'ergothérapeute dans la mise en place de la prothèse et l'impact de celle-ci dans la reconstruction des personnes amputées du membre inférieur.**

Certains termes sont à définir.

L'ergothérapie (*occupational therapy*) est une discipline paramédicale. Elle accompagne les personnes, souffrant de tous types de handicap (physique, moteur, mental, psychique), pour les rendre le plus autonome et indépendant possible. Son objectif est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » [1]. L'ergothérapeute ne regarde pas uniquement les facteurs physiques, il s'oriente également vers les facteurs environnementaux et psychosociaux. Il agit sur la rééducation, la réadaptation mais aussi sur la réinsertion. Il aide les personnes à retrouver un rôle social. [1]

L'ergothérapeute est apte à travailler avec les personnes amputées. Il les rencontre le plus souvent dans les SSR<sup>1</sup>. Les personnes y restent le temps de leur prise en charge et rentrent chez elle. C'est sur ce public que la recherche va s'effectuer.

Les personnes amputées du membre inférieur sont le public choisi.

Tout d'abord, l'amputation correspond à l'ablation d'une partie du corps. Elle est due à la suite d'une opération médicale nécessaire après un traumatisme (accident de la voie publique), ou encore dû à des complications telles que le diabète.

Une personne amputée a donc un membre manquant. La majorité subisse une amputation du membre inférieur (95%) [2]. Il existe différents niveaux d'amputation possible : désarticulé de hanche (au niveau de l'articulation de la hanche), fémoral (au fémur), tibial (au tibia). [3] (*Cf annexe 1*)

L'amputation provoque chez la personne un énorme choc psychologique. D'une part, par la modification de l'image du corps, et d'autre part, par les incapacités qui en découlent. [4] Cela entraîne une perte d'envie de réaliser certaines activités, de pratiquer des loisirs, de retrouver des amis. L'anxiété de ne pas être comme la société le veut génère ce type de réaction (Fishman). Le regard des autres est aussi un frein pour certaines personnes à la réalisation de leurs activités, ainsi que l'image qu'elles ont d'elles même.

L'amputation est un choc violent, qui atteint l'ensemble de l'identité de la personne : physique, moral et social. [5] Pour donner suite à cela, les personnes mettent du temps à se reconstruire psychologiquement. Pour y arriver, les personnes passent par les cinq étapes du deuil, selon le modèle de Kübler-Ross. Ces étapes sont les suivantes : le déni, l'agressivité et la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Dans le déni, la personne n'arrive pas à réaliser son amputation. Elle prend ensuite conscience de ce qui lui arrive, et se révolte face à cette situation. Dans la phase de marchandage, la révolte, toujours présente, est tout de même amoindri. Mais il demeure la possibilité de refus de rééducation ou de suivi de conseils de la part du personnel soignant. Avec le temps, la personne prend conscience qu'elle ne vivra plus comme avant, et commence à se questionner à « comment vivre autrement ? ». C'est la phase de dépression. Celle-ci n'est pas associée à la dépression psychiatrique, mais plutôt à une baisse de moral de la personne en prenant conscience de sa vie avec un membre manquant. La prise de conscience de son nouveau corps débute. L'agressivité n'étant presque

---

<sup>1</sup> Soins de Suite et de Réadaptation



plus présente, il devient possible de l'informer sur l'amputation, lui donner des conseils, ainsi que sur l'appareillage. L'acceptation de son amputation et de sa nouvelle vie est désormais possible. La personne ne ressent plus le sentiment d'infériorité permanent. Mais ce travail d'acceptation est un travail quotidien et qui va durer tout au long de la vie, selon les situations rencontrées. [4]

La majorité des personnes amputées choisissent de porter une prothèse afin de pallier les situations de handicap qu'elles rencontrent au quotidien. Elle peut aussi aider la personne dans sa reconstruction.

Une prothèse permet de remplacer le membre manquant. Chaque prothèse est unique car elle est faite sur mesure, en fonction de la personne, de son niveau d'amputation, du type de moignon et de son projet de vie. En effet, la prothèse ne sera pas forcément la même si la personne est âgée, jeune, ou sportive. [6]

Selon le niveau d'amputation, la prothèse est constituée de différents éléments (*Cf annexe 2*) :

- Constitution d'une prothèse pour une amputation tibiale [7], [8] :
  - Le manchon : il se place sur le moignon et dans l'emboiture. Il amortit les pressions et les douleurs et assure un meilleur confort. Il permet de donner au moignon une forme extérieure compatible avec l'emboiture, même si celui-ci est dysmorphique. Il peut être en silicone, en gel de copolymère ou bien en polyuréthane.
  - L'emboiture : c'est une structure rigide. Elle permet l'activation de la marche grâce au poids (lors de la phase d'appui) et aux mouvements du moignon. Elle est généralement constituée en thermoplastique pour une emboiture provisoire, et en carbone ou fibre de verre avec de la résine polyester pour une définitive.
  - Le tube : Il relie l'emboiture au pied. Il amortit les chocs lors de la marche.
  - La cheville : Elle n'est pas présente dans toutes les prothèses tibiales. Elle facilite le déroulé du pas surtout sur des terrains inclinés.
  - Le pied : il n'est pas le même selon le niveau d'activité de la personne. Si cette dernière ne sort pas beaucoup de chez elle, le pied préconisé assurera principalement la stabilité. Il sera donc léger et fonctionnel. Si, au contraire, la personne marche régulièrement et réalise de nombreuses activités, elle aura un pied à restitution d'énergie. Celui-ci permettra de diminuer la fatigabilité et améliore la marche.
  - Un recouvrement esthétique peut être réalisé.

- Constitution d'une prothèse pour une amputation fémorale [9] :

La prothèse fémorale comporte les mêmes éléments que la prothèse tibiale, mais a en plus l'articulation du genou. Les personnes utilisent généralement un « parachute » qui facilite la mise en place du moignon dans l'emboiture et enlève l'air présent dans l'emboiture afin que celle-ci adhère correctement au moignon. Certaines emboitures sont équipées d'un anneau d'étanchéité et d'un système d'éjection d'air automatique, ainsi les personnes n'ont pas besoin d'utiliser le parachute. La mise en place est beaucoup plus simple.

- Constitution d'une prothèse pour une amputation désarticulé de hanche [10] :

La prothèse a les mêmes éléments que la prothèse tibiale mais possède en plus l'articulation de hanche et l'articulation de genou. L'emboiture est placée au niveau du moignon mais doit également venir renfermer le tronc inférieur. Pour que celle-ci tienne, des sangles et des bandes de velcro sont présentes. Pour les personnes dont l'ischion est encore présent, il faut être vigilant à ce que l'emboiture se place de façon correcte.

La prothèse doit être en harmonie avec le corps de la personne, on parle « d'alignement de la prothèse ». Un alignement correct permet une meilleure stabilité, plus de confort, et un meilleur contrôle. [3]

Il existe différentes étapes dans la mise en place de la prothèse qu'il est important de connaître car la prise en charge en ergothérapie et avec les autres professionnels va en dépendre. [6]

La prothèse ne se mets pas en place directement après l'amputation. Il faut d'abord que le moignon cicatrise. Le volume du moignon évolue en parallèle de l'activité physique. Généralement il diminue avec la marche. Dans un premier temps, la personne porte une prothèse provisoire. Le moulage est réalisé avec du plâtre et l'emboiture est faite avec du thermo formable. Cette dernière protège le moignon, et épouse ses formes. Cette prothèse est donc adaptée au moignon de la personne. Elle évoluera lors de la rééducation et même après la sortie du centre. La personne suit donc des séances de rééducation et de réadaptation pour intégrer la prothèse dans les activités de la vie quotidienne. Des conseils d'hygiène pour le moignon sont donnés. Pour la prothèse, il s'agit de conseil sur le chaussage, et sur la gestion des bonnets et des gaines. Lorsque le moignon a atteint un volume stable, la prothèse définitive peut être mise en place. Celle-ci est faite par un prothésiste. Il est possible de faire

des réajustements si le moignon a encore évolué. La première année, les personnes amputées ont 2 prothèses. Si nécessaire, le système de santé permet aux personnes de renouveler leur prothèse tous les 5 ans. [6]

### 1.3 Enjeux

Tout d'abord, il y a un enjeu au niveau de la santé publique. Effectivement, le nombre de personnes amputées est relativement important. Il n'y a pas de données très récentes, mais d'après l'INSEE, en 2004, nous étions 62 324 000 habitants en France, et il y avait 40 000 personnes amputées [11]. Chaque année, on compte 5 000 personnes amputées supplémentaires [11]. Il a été relevé que les causes d'amputation sont essentiellement dues à des pathologies vasculaires. Il serait intéressant que les personnes ayant des troubles vasculaires soient mieux suivies en amont afin d'éviter les complications et donc l'amputation.

Des enjeux professionnels sont également présents. Dans la société actuelle, l'image du corps devient de plus en plus importante. Les publicités, la mode, le regard des autres, nous ramènent sans cesse à l'image du corps et à l'apparence. Une grande majorité de la population y prête donc attention, et encore plus les personnes amputées dont leur image corporelle a été modifiée de la « normale ». De plus, en discutant avec une personne amputée du membre inférieur, celle-ci a évoqué les difficultés à retrouver un emploi. D'après son expérience, cela est dû au fait que les personnes ne sont pas habituées à côtoyer des amputés et ne font pas d'efforts pour les inclure et adapter les postes de travail.

Enfin, il existe des enjeux socio-économiques qui rentrent en compte. Les personnes amputées vivent de l'AAH (Allocations pour les Adultes Handicapés) si elles remplissent les conditions suivantes « La personne doit être atteinte d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ; ou compris entre 50 et 79 % et avoir une restriction substantielle d'accès à l'emploi du fait de son handicap » [4]. Une personne qui a un travail, a une vie sociale plus importante. Il est possible qu'elle se sente mieux dans sa peau, ce qui diminuera les dépressions, et les maladies psychosomatiques. De plus, pour certaines personnes, le travail représente un investissement important dans leur vie, et cela fait partie de leur projet de soin et leur projet de vie.

De nombreux enjeux sont présents, et il est donc important que les personnes amputées puissent avoir un accompagnement adapté lors de la mise en place de la prothèse afin qu'elles

se reconstruisent du mieux possible. Cela leur facilitera la vie au quotidien, leur permettra d'avoir une meilleure vie sociale et de trouver un emploi plus facilement.

#### 1.4 Questionnement

A la suite de ces recherches, des questions apparaissent :

- La prothèse est-elle investie de la même façon par les personnes amputées ?
- La cause d'amputation peut-elle jouer dans l'acceptation de la prothèse ?
- Existe-t-il des difficultés liées au port de la prothèse ?
- Les douleurs du membre fantôme ont-t-elles un impact dans la mise en place de la prothèse ?
- Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place d'une prothèse ?
- La prothèse aide-t-elle vraiment les personnes amputées à se reconstruire ?
- La prothèse peut-elle permettre aux personnes amputées de retrouver une place dans la vie sociale ?

#### 1.5 Revue de littérature

Afin d'éclairer ces différentes questions, il est nécessaire de faire un état des lieux des savoirs existants, d'études qui ont été menées, de témoignages de personnes, et des pratiques des professionnels. Des moteurs de recherche vont pouvoir aider à la réalisation de la recherche documentaire (*Cf annexe 3*) :

- PubMed : c'est une base de données concernant les recherches médicales. Elle est pertinente en vue du sujet. Effectivement, l'amputation relève premièrement du domaine médical car il s'agit d'une opération. Les répercussions de celle-ci vont peut-être apparaître.
- EM Premium : il s'agit d'une base de données relevant du domaine de la santé publique. L'amputation et ses répercussions deviennent de plus en plus fréquentes dans la société, et est donc un enjeu de santé publique (comme vu précédemment).
- CAIRN : elle relève des sciences humaines et sociales. La personne amputée a un nouveau corps, une nouvelle image d'elle-même. Il est intéressant de savoir comment elle se comporte, les stratégies adoptées pour se reconstruire, la place qu'elle prend au sein de la société, dans un groupe de personnes, dans un environnement.

À la suite des recherches, des articles ont été sélectionnés, organisés par thématiques, et se mettent en tension. Cela renforce l'utilité sociale et professionnelle de la thématique. (Cf annexe 4)

### 1.5.1 Les causes d'amputation et leur impact dans la prise en soin

Les causes d'amputation sont nombreuses : traumatique, vasculaire, complications du diabète, ... Parfois, le diagnostic d'amputation peut être préparé et annoncé en amont comme pour les complications du diabète par exemple. Le diagnostic d'amputation est lourd. Cette annonce doit donc être correctement préparée en amont par le soignant. Il est important qu'il explique les conséquences de cette amputation, mais aussi tous les soins que la personne va avoir après et quelles sont les possibilités qui s'offrent à elle. Un psychologue et un psychiatre sont à disposition de la personne après cette annonce pour l'accompagner correctement mais aussi son entourage. Cependant, l'annonce du diagnostic d'amputation n'est pas toujours possible en amont, et notamment dans les cas traumatiques. Au réveil de l'opération, le choc peut être brutal. La personne peut faire une dépression, être dans le déni, déclencher une hémiparésie, ... Il est donc important de la part de l'équipe soignante, d'accompagner en douceur la personne, de ne pas faire une annonce trop difficile, et de vérifier la compréhension ou non de la personne. La famille doit également être suivie. [12] Anne, amputée du pied à la suite d'un accident, a témoigné de son parcours. Elle explique que les premières semaines ont été très dures autant au niveau physique que psychique. Les premiers temps, il n'a pas été possible pour elle de montrer sa jambe. Elle a reçu un accompagnement d'une psychologue, et un soutien de tous les membres de l'équipe, mais également des autres patients. Elle dit que le fait d'échanger, d'observer les progrès des autres avec leur prothèse, permet une certaine reconstruction, donne de l'énergie et de la force. Lors de sa sortie, elle a intégré l'ADEPA<sup>2</sup>, et a ainsi pu continuer à être accompagnée. [13]

Il est donc important, peu importe la cause d'amputation, que la personne ait une annonce de l'amputation correcte que ce soit en amont ou en aval de l'opération. L'accompagnement de l'équipe soignante est important. Pour aider au mieux ces personnes victimes d'amputation, il est nécessaire que la douleur soit prise en charge, et veiller à une bonne cicatrisation du moignon. Ces deux conditions réunies, ainsi qu'un bon état psychologique de la personne, sont nécessaires pour qu'elle puisse bénéficier d'un soutien technique : la prothèse. [14]

---

<sup>2</sup> Association de Défense et d'Etudes des Personnes Amputées

Toutefois, la prothèse peut être défavorable dans certains cas : amputations bilatérales, un âge élevé de la personne amputée, et la présence de maladies cardiaques. [15]

### 1.5.2 Les douleurs liées au membre fantôme

Après l'amputation, des douleurs peuvent apparaître. Certaines sont liées au moignon. Effectivement, la personne peut ressentir des picotements, et/ou des démangeaisons. [5]. Il existe aussi les douleurs du membre fantôme. Ces douleurs touchent neuf personnes amputées sur dix, et durent plus ou moins longtemps. Cette douleur est due à une croyance erronée de la présence du membre amputé (S. Weir-Mitchell, 1874). Nous parlons de « douleur du membre fantôme » car dans la moitié des cas, ce membre est douloureux. [16] Les sensations sont diverses et varient d'une personne à l'autre : crampes, sensations électriques, brûlures, serremments. [17] Ces douleurs proviennent du décalage entre l'image du corps (c'est-à-dire la représentation mentale que l'on a de soi) et le schéma corporel (c'est la connaissance implicite que l'on a de son propre corps dans l'espace) qu'a causé l'amputation. Une modification de ces deux modules débute alors, mais celle de l'image du corps s'effectue plus rapidement que le schéma corporel ; c'est ce décalage qui est à l'origine du membre fantôme. [16]

Pour pallier cela, il existe des traitements pharmacologiques, et des traitements non pharmacologiques. Cependant, leur efficacité varie selon les personnes. Concernant les traitements non pharmacologiques, la thérapie miroir et la réalité virtuelle sont deux méthodes qui peuvent être utilisées.

La thérapie miroir est une méthode inventée par Ramachandran et Hirstein en 1998. Elle est constituée d'une boîte et d'un miroir fixé sur la boîte. La personne place ces deux membres parallèles, le membre amputé dans la boîte et le membre sain à l'extérieur. Ce dernier est reflété dans le miroir. Il faut enlever les bijoux afin que les deux membres soient « identiques ». La personne regarde dans le miroir, réalise des mouvements et a donc l'illusion d'avoir ces deux membres intacts. Cette illusion provient du cortex somatosensoriel primaire qui se réorganise (Foell et al, 2014). Cela diminue les douleurs du membre fantôme. Les neurones miroirs sont activés, et ils ont un effet sur le membre fantôme. On le perçoit notamment quand la personne a la sensation qu'on lui touche son membre amputé, alors que l'on touche le reflet du miroir de son membre intact (Weeks et al, 2010). [5], [16]

La réalité virtuelle est une technique plus récente. Certains chercheurs travaillent encore sur son efficacité pour les personnes amputées souffrant du membre fantôme (Murray CD et al, 2005). Lors de cette thérapie, la personne doit porter des lunettes virtuelles qui représentent le monde extérieur ainsi que le membre amputé, mais il apparaît intact à travers les lunettes. Cependant, il n'apparaît pas comme identique à son membre, et cela peut être un biais à cette méthode. Elle est donc à améliorer. Certains chercheurs travaillent dessus (Klein, 2013). Plusieurs exercices peuvent être réalisés comme suivre un stimulus en couleurs, se diriger vers une cible, ... La personne a donc une liberté de mouvements plus importantes que dans la thérapie miroir. Les douleurs du membre fantôme diminuent grâce à une liaison entre l'image corporelle réelle et le membre que la personne perçoit à travers les lunettes. [5], [16]

En plus de ces thérapies, il est indispensable que la personne bénéficie d'un accompagnement psychologique. [17]

### 1.5.3 L'apport de la prothèse pour la personne amputée

A la suite d'une amputation, l'identité globale de l'individu est touchée : physique, morale et sociale. La personne n'a plus la même image d'elle. L'amputation entraîne donc une image corporelle négative et un déséquilibre psychique. Elle nécessite des ajustements physiques, sociaux et émotionnels qui varient d'un individu à l'autre. [18]

Il existe la prothèse externe, qui permet de rétablir l'équilibre psychique, physique et identitaire. Celle-ci est un substitut à la fois physique, fonctionnel et symbolique. Son objectif premier est de retrouver la fonctionnalité que la personne a perdue. Elle facilite les déplacements, les actions à réaliser, et donc une indépendance dans la vie quotidienne. [19]

La prothèse engendre des douleurs au niveau du moignon, mais elle a l'avantage de s'adapter à chacun. Effectivement, les prothèses sont faites sur-mesure, mais également en prenant compte la personnalité de la personne, ses habitudes de vie, son habitat, si elle bénéficie de l'aide de son entourage, et de ses projets. Il existe donc une multitude de prothèses et aucune n'est identique car toutes les personnes sont différentes. [19]

La prothèse permet également aux personnes d'oublier le membre absent. On le remarque au sein de leur discours : au début elles la nomment « ce truc », puis lorsqu'elle est acceptée, elles l'appellent « ma jambe », « mon pied ». Elle devient un outil de reconstruction. Les personnes arrivent à faire en partie le deuil de leur membre, à se réconcilier avec leur corps, et

avec leur image. Cependant, malgré le fait que leur image soit réparée, elles préfèrent rendre la prothèse invisible. Ce phénomène est lié au regard des autres et du corps « normé » que souhaite la société. En portant la prothèse mais de façon qu'elle ne se voit pas, le « handicap » de la personne devient invisible. Il est alors plus facile pour elles de réintégrer la société. [19]

Des prothèses peuvent être esthétiques. Cela peut améliorer chez certaines personnes l'image de leur corps. Il est dit que plus on a une image négative de soi et moins on sera satisfait de notre vie. Donc en agissant sur l'aspect de la prothèse, les personnes pourront avoir une bonne image d'elles, et par conséquent être plus heureuses dans leur quotidien. [18]

Une étude a été réalisée afin d'observer les attentes des hommes et des femmes envers la prothèse. Les hommes préfèrent l'aspect fonctionnel de la prothèse afin de poursuivre leurs activités et continuer à répondre aux besoins de la famille, alors que chez les femmes, c'est l'aspect esthétique qui domine et notamment pour continuer à porter des vêtements féminins (jupe, talons). Elles ne négligent tout de même pas l'aspect fonctionnel de la prothèse. [18]

Pour finir, certaines personnes disent que la prothèse leur a permis d'aller au bout d'elles même, d'accomplir des exploits qu'ils n'auraient peut-être pas fait s'ils n'avaient pas subi l'amputation. Cela s'apparente à une revanche sur leur parcours de vie. [19]

#### 1.5.4 Les difficultés liées à la prothèse

Comme dit précédemment, l'amputation a des conséquences sur l'ensemble de l'individu, au niveau physique, moral et social. Il existe la prothèse externe qui devient un substitut au membre manquant. Seulement, l'utilisation de la prothèse n'est pas aussi simple qu'elle en a l'air.

Tout d'abord, il faut savoir que même si la prothèse s'intègre facilement au moignon, la personne elle ne l'adopte pas aussi facilement. En effet, la prothèse n'est pas une partie organique du corps, elle n'est pas vivante, c'est une pièce externe que l'on a rattachée au corps. La personne arrive-t-elle à se sentir « entière » lorsqu'elle porte la prothèse ? Peut-elle réinvestir son corps en sachant qu'une partie d'elle n'est qu'artificielle ? Cela n'est pas un travail facile. Il est important que la personne soit soutenue par son entourage et par le personnel du centre. [19]



Ensuite, la prothèse ne peut pas être indiquée à tout le monde. Des situations annoncent un mauvais pronostic quant à son utilisation, notamment pour les amputations bilatérales, un âge élevé de la personne, ou encore la présence de maladies cardiaques. Effectivement, les maladies cardiaques seraient une cause élevée de décès chez les personnes amputées du membre inférieur. Il faut donc réaliser une évaluation cardiaque avant de prescrire une prothèse car il existe un risque lors de l'utilisation de la prothèse. [15]

Pour finir, des personnes ont témoigné concernant les difficultés qu'elles rencontraient lors du retour à domicile. Effectivement, le passage du centre, où tout est adapté, à leur domicile est un choc, et cela est trop pour elles. Du jour au lendemain, elles sont confrontées à monter les escaliers, faire le ménage, transporter des objets, se laver, s'habiller, ... Ce retour à domicile est angoissant car il est brutal. Elles arrivent dans un environnement beaucoup moins sécurisé que celui du centre où elles étaient. [19]. De ce fait, la prothèse est souvent abandonnée au retour à domicile. McWhinnie et al ont montré un taux d'abandon de 69%, avec une diminution de l'utilisation quotidienne de la prothèse de 85% à 31%. Les causes d'abandon de la prothèse sont : la peur de tomber, le poids important de la prothèse, la difficulté à s'habiller, la fatigue, les douleurs du membre fantôme. Certaines personnes préfèrent utiliser un fauteuil roulant car elles seraient ainsi plus indépendantes, et se sentiraient plus en sécurité. [15]

#### 1.5.5 L'ergothérapeute dans la mise en place de la prothèse

L'ergothérapeute intervient tout le long de la prise en soin de la personne amputée : de son entrée à sa sortie. Quatre temps sont présents [20] :

- La prévention : cette période suit l'opération. Le thérapeute installe correctement le patient dans son lit et au fauteuil afin d'éviter un flessum de hanche ou de genou selon le niveau d'amputation. Il surveille également l'état cutané du moignon et informe l'équipe médicale en cas de doute.
- Favoriser l'autonomie : l'ergothérapeute se rend dans la chambre du patient afin de lui apprendre les transferts (lit/fauteuil), de travailler l'autonomie à la toilette et à l'habillage. Il met en place, s'il y en a le besoin, des aides techniques. Afin que la personne puisse réaliser des déplacements courts, l'ergothérapeute lui propose un déambulateur ou des cannes anglaises selon ses capacités.
- La rééducation : lorsque le volume du moignon est devenu à peu près stable, et qu'il a bien cicatrisé, il est possible de mettre en place la prothèse. Cela se fait avec un

orthoprothésiste. L'ergothérapeute intervient sur l'hygiène du moignon et de la prothèse. Il met en place des ETP<sup>3</sup>, fait des rappels à chaque séance, et surveille l'état du moignon. La prothèse peut venir blesser ou irriter le moignon, il est donc nécessaire d'être vigilant. Le travail avec la prothèse peut commencer. Au début, il s'agit d'apprendre à mettre et à enlever la prothèse. Puis un travail d'équilibre statique se met en place. Les ergothérapeutes utilisent notamment la Wii qui est un bon moyen de le faire travailler de façon ludique.

- La réadaptation : La personne a acquis l'équilibre statique, et passe donc à l'équilibre dynamique. L'ergothérapeute la met en situation écologique (qui se rapproche de la réalité) afin de l'habituer au retour à domicile. Un travail de la marche sur différents terrains est également réalisé, ainsi que l'apprentissage du relevé du sol avec et sans prothèse. L'ergothérapeute conseille le patient sur le choix d'un fauteuil roulant pour le retour à domicile. Celui-ci doit obligatoirement contenir un repose moignon, et des roulettes anti-bascule. Il se rend à domicile afin de réaliser des adaptations, si cela est nécessaire.

L'objectif de toutes ses étapes est que le patient retrouve son autonomie et son indépendance dans son quotidien. L'ergothérapeute doit être au plus près du patient en tenant compte de son environnement (humain et matériel), ainsi que ses envies, et de son état psychologique. Pour l'accompagner au mieux, il faut qu'il soit à son écoute, et respecte son rythme d'acceptation de l'amputation. [20]

Avant de mettre en place la prothèse, le thérapeute doit informer le patient sur les possibilités, les avantages et les inconvénients de la prothèse. Afin de rendre la prise en soin plus signifiante pour la personne, l'ergothérapeute propose des activités signifiantes appréciées par cette dernière. Des groupes de paroles entre patients peuvent être mis en place, certains viennent à peine d'être amputés, et d'autres retournent bientôt à domicile. Cela leur permet de partager leurs expériences et de rassurer les « nouveaux ». [20]

Pour finir, le travail d'équipe et les échanges sont primordiaux afin d'accompagner au mieux la personne amputée. [20]

---

<sup>3</sup> Education Thérapeutique du Patient

Synthèse de la revue de littérature :

Les recherches montrent qu'il existe plusieurs causes d'amputation. Peu importe la cause, l'annonce de l'amputation est une étape importante, qui se réalise en douceur et qui nécessite l'accompagnement d'un psychologue et de l'équipe soignante. Des associations existent afin de poursuivre cet accompagnement lors de la sortie. A la suite de l'amputation, des douleurs apparaissent. Certaines sont dues au moignon, et d'autres sont les douleurs du membre fantôme. Ces dernières proviennent du décalage de modification entre l'image du corps et le schéma corporel. Pour y remédier, il existe des traitements médicamenteux et des traitements non médicamenteux telles que la thérapie miroir et la réalité virtuelle. En parallèle, l'amputation entraîne une image de soi négative et un déséquilibre psychique. La prothèse permet de rétablir cela. C'est un substitut physique, fonctionnel et symbolique. Elle facilite les déplacements, aide à réaliser des actions, et favorise l'indépendance au quotidien. Pour certaines personnes, elle devient un outil de reconstruction. Mais son utilisation n'est pas toujours aisée. Elle peut générer de l'anxiété, notamment lors du retour à domicile, où les personnes rencontrent des difficultés. Cela amène à l'abandon de la prothèse. L'ergothérapeute est là pour accompagner les personnes tout au long de leur prise en soin. Il est à leur écoute. Il les aide à être autonome et indépendant sans et avec la prothèse. Afin de rendre la prise en soin plus significative, il utilise des activités dans un environnement écologique. Il prend en compte l'environnement humain et matériel de la personne, et se rend à domicile si cela est nécessaire pour des aménagements.

A la suite de cette revue de littérature, différentes **problématiques pratiques** apparaissent :

- Comment l'ergothérapeute intervient-il dans la mise en place de la prothèse en cas de douleurs du membre fantôme ?
- Existe-t-il des prises en soin différentes selon la cause d'amputation ?
- Existe-t-il des obstacles à l'utilisation de la prothèse ?
- Existe-t-il un suivi lorsque la personne amputée sort de l'établissement ?
- La prothèse permet-elle une meilleure insertion dans la société ?

## 1.6 Enquête exploratoire

Une enquête exploratoire est réalisée. Elle va permettre de confronter les résultats trouvés sur le terrain, aux résultats de la revue de littérature. Elle permet aussi la distanciation à l'égard de certaines certitudes trouvées dans la littérature.

- Objectifs :

- Connaitre le rôle et la place des ergothérapeutes auprès des personnes amputées du membre inférieur.
- Savoir l'accompagnement des ergothérapeutes dans la mise en place de la prothèse.
- Apprendre ce qu'ils pensent de l'utilisation de la prothèse lors du retour à domicile.

- Population ciblée :

Les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé avec des adultes amputés du membre inférieur sont la population ciblée. Le choix des adultes et non des enfants est dû au fait que le nombre d'adultes amputés est plus important que celui des enfants. Effectivement, chez les hommes, 2% sont amputés entre la naissance et 16 ans, et chez les femmes 3% [2]. Cela représente donc une minorité.

Il est précisé qu'il s'agit d'une enquête sur les personnes amputées du membre inférieur et non du membre supérieur.

- Site d'exploration :

L'enquête se réalise auprès d'ergothérapeutes travaillant en SSR<sup>4</sup> et non en lieux de vie. En ciblant les SSR, il est possible d'interroger sur la préparation des personnes amputées pour le retour à domicile. Dans les lieux de vie, les personnes y restent et ne retournent généralement pas à domicile.

- Choix de l'outil de recueil de données :

L'enquête exploratoire est réalisée sous forme de questionnaire. Il a l'avantage de toucher un grand nombre d'ergothérapeutes, même les plus éloignés ; d'être anonyme (ce qui facilite l'expression chez certaines personnes) ; de ne pas introduire de biais liés à la présence de l'enquêteur. La personne y répondant, a la possibilité de réfléchir plus longuement que lors d'un entretien. De plus, les ergothérapeutes ont un délai important pour le remplir, cela permet de le faire à un moment propice.

---

<sup>4</sup> Soins de Suite et de Réadaptation

- L'anticipation de ses biais et les stratégies pour les contrôler ou les atténuer :  
Utiliser un questionnaire a également des inconvénients qui peuvent devenir des biais. Il est nécessaire d'adopter des stratégies afin de les atténuer. Tout d'abord, il faut être vigilant à ne pas induire de réponses dans la question (pour ne pas modifier le point de vue des personnes), ne pas poser deux questions dans une seule, et définir certains termes s'ils sont complexes. Le questionnaire ne doit pas être trop long afin de ne pas ennuyer les personnes qui y répondent, et ne pas comporter trop de questions ouvertes. Les questions doivent rester simples et courtes.
  
- Construction et déroulement de l'outil :  
Le questionnaire est rédigé sur Google Forms. (*Cf annexe 5*). Une introduction est présente afin de présenter le projet, de remercier les personnes participantes, et d'annoncer les modalités ainsi que la confidentialité. Il comporte des questions semi-ouvertes, des questions ouvertes, et des questions fermées. Il est testé auprès de deux ergothérapeutes qui en ont fait un retour. Après modification, le questionnaire est envoyé à environ cent cinquante ergothérapeutes travaillant en SSR. Trois semaines après le lancement, une relance est faite grâce à des connaissances. L'enquête est clôturée trois semaines plus tard.
  
- Choix des outils d'analyse de données :
  - Pour les questions fermées et semi-ouvertes : diagramme circulaire en secteurs afin de visualiser de façon simple les valeurs.
  - Pour les questions ouvertes : par tableau ou sous forme de tirets.

## 1.7 Synthèse des résultats

Six réponses ont été recueillies. A la suite de chaque question, les réponses des ergothérapeutes sont organisées. (Cf annexe 6).

- « *Quelle est la cause majoritaire d'amputation des personnes amputées que vous rencontrez ?* ».
  - ➔ Pour cinq ergothérapeutes, la cause majoritaire d'amputation rencontrée est l'artériopathie.
  - ➔ Pour un ergothérapeute, la cause majoritaire d'amputation rencontrée est dû aux accidents de la voie publique.
  
- « *Selon la cause d'amputation, la prise en charge est -elle la même ?* »
  - ➔ Cinq ergothérapeutes disent que la prise en charge n'est pas la même.
  
- « *Si non, de quelle manière l'adaptez-vous ?* ».
  - ➔ Un ergothérapeute réalise des séances d'ETP<sup>5</sup>.
  - ➔ Deux ergothérapeutes prennent en compte la motivation de la personne. Un des deux tient compte de l'environnement humain, et des pathologies associées ; et l'autre adapte les objectifs.
  - ➔ Un ergothérapeute l'adapte selon l'évolution du moignon.
  - ➔ Un ergothérapeute donne des conseils sur le chaussage et fait de la prévention pour les plaies.
  
- « *Prenez-vous en compte les douleurs du membre fantôme dans la prise en charge ?* ».
  - ➔ Les six ergothérapeutes prennent en compte les douleurs du membre fantôme.
  
- « *D'après vos observations, les douleurs du membre fantôme ont-elles un impact lors du port de la prothèse ?* ».
  - ➔ Quatre ergothérapeutes pensent que ces douleurs ont un impact sur le port de la prothèse.

---

<sup>5</sup> Education Thérapeutique du Patient

- « *Comment accompagnez-vous les personnes ayant des douleurs du membre fantôme dans la mise en place de la prothèse ?* ».

	Thérapie miroir	Travail image du corps/schéma corporel	Verbalisation/écoute
Ergothérapeute 1	X		
Ergothérapeute 2			X
Ergothérapeute 3	X	X	
Ergothérapeute 4	X		
Ergothérapeute 5	X	X	
Ergothérapeute 6			X

- « *Comment accompagnez-vous les personnes n'ayant pas de douleurs du membre fantôme dans la mise en place de la prothèse ?* ».

→ Un ergothérapeute travaille le chaussage.

→ Un ergothérapeute fait de l'éducation thérapeutique pour la mise en place de la prothèse.

→ Deux ergothérapeutes travaillent l'équilibre, les transferts, et la marche.

→ Deux ergothérapeutes adaptent l'environnement de la personne et un des deux travaille également les AVQ<sup>6</sup>.

- « *D'après vos observations et vos échanges avec les patients, quels sont les facteurs qui viennent faire obstacles à l'utilisation de la prothèse ?* ».

→ Quatre ergothérapeutes disent que ce sont les douleurs, la cicatrisation du moignon (et le manque de soins selon un ergothérapeute) et l'œdème qui freinent l'utilisation de la prothèse.

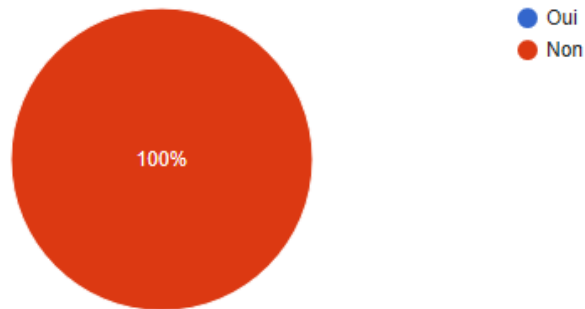
→ Un ergothérapeute évoque la barrière de la langue qui impacte sur la compréhension des consignes et des gestes à suivre. Il parle aussi du manque de motivation de la personne et d'une pathologie associée telle que les problèmes cardiaques.

→ Un ergothérapeute parle de la difficulté d'intégration du membre amputé dans le schéma corporel, ainsi qu'arriver à tenir un équilibre sans prothèse.

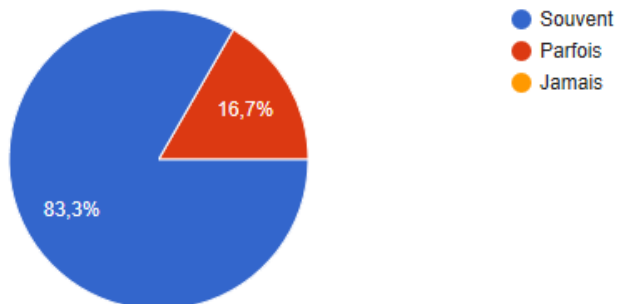
---

<sup>6</sup> Activités de la Vie Quotidienne

- « *Comment pouvez-vous avoir un rôle facilitateur dans l'acceptation de la prothèse ?* ».
  - ➔ Deux ergothérapeutes parlent de l'importance d'être en adéquation avec les objectifs réalisables du patient et de mettre en place des activités significatives.
  - ➔ Pour un ergothérapeute, échanger avec d'autres personnes amputées sur leur vécu peut apporter quelque chose de positif.
  - ➔ Un ergothérapeute explique la nécessité du port de la prothèse afin que la personne puisse garder au maximum son autonomie.
  - ➔ Un ergothérapeute n'a pas d'idée, et un parle du fait que l'acceptation de la prothèse varie selon les personnes et notamment chez le patient âgé.
  
- « *Suivez-vous ces personnes lorsqu'elles sont rentrées à domicile ?* ».
  - ➔ Aucun ergothérapeute ne les suit lors du retour à domicile.



- « *D'après vous, une fois rentrées chez elles, ces personnes utilisent leur prothèse : souvent, parfois, jamais ?* ».
  - ➔ Cinq ergothérapeutes pensent qu'elles l'utilisent souvent.
  - ➔ Un ergothérapeute pense qu'elles l'utilisent parfois.





- Analyse critique :

Les résultats obtenus à la suite de l'enquête exploratoire permettent de confronter la réalité du terrain à la littérature. Les questions ouvertes ont permis aux ergothérapeutes de s'exprimer librement, et ainsi d'enrichir les connaissances. De nombreuses pratiques ont été énoncées lors de certaines questions. Des différences entre les réponses des ergothérapeutes sont intéressantes à relever. La richesse de pratiques apparaît.

Le fait d'utiliser un questionnaire n'a pas permis de pousser la réflexion des ergothérapeutes sur l'application de certaines méthodes (ex : thérapie miroir). Il aurait été intéressant d'interroger davantage sur la procédure du retour à domicile.

Des difficultés ont été rencontrées dans l'obtention de plus de réponses de la part des ergothérapeutes. Cela peut être lié au fait que les centres SSR, composés essentiellement de personnes amputées du membre inférieur, ne sont pas nombreux en France.

## **1.8 Confrontation de la littérature aux résultats issus de l'enquête exploratoire**

Confronter la littérature aux résultats de l'enquête fait émerger des points communs et des points qui diffèrent. Un point de rupture apparaît. C'est à partir de là que la question initiale de recherche aboutit.

Tout d'abord, certains points se corroborent. La cause majoritaire d'amputation reste l'artériopathie. La littérature dit que peu importe la cause d'amputation, l'accompagnement de l'équipe soignante reste la même. Les ergothérapeutes complètent cela, en disant qu'il est tout de même nécessaire d'adapter la prise en soin selon chaque individu et selon la cause d'amputation. Les douleurs du membre fantôme viennent à l'encontre d'une mise en place aisée de la prothèse. Des traitements non pharmacologiques ressortent, notamment la thérapie miroir. Le travail concernant l'équilibre, l'autonomie dans les transferts, les séances d'ETP, l'adaptation de l'environnement, sont des notions communes. Le rôle de la prothèse est important à définir et à expliquer afin que la personne amputée n'élabore pas de fausses croyances. Les douleurs, facteurs obstacles à l'utilisation de la prothèse, apparaissent.

Puis, des différences sont présentes, notamment concernant les difficultés liées à la prothèse. Dans les articles scientifiques, les difficultés à son utilisation proviennent de réparations trop fréquentes, du poids, de la réalisation des activités de la vie quotidienne dans son environnement, et de la fatigue. Tous ces facteurs amènent les personnes à ne plus utiliser leur prothèse à domicile. De plus, ce retour génère de l'angoisse pour la plupart d'entre elles. Les

ergothérapeutes interrogés n'évoquent pas les difficultés liées aux activités de la vie quotidienne. De plus, malgré le fait qu'ils ne suivent pas les personnes à domicile, ils pensent qu'elles utilisent leur prothèse souvent.

A l'issue de cette confrontation, une question - la question initiale de recherche - se pose :

**Est-ce qu'il serait nécessaire que les ergothérapeutes se rendent à domicile afin d'observer la participation des personnes amputées avec la prothèse dans leur environnement ?**

## 1.9 Cadre de référence

Face à cette problématique, deux concepts émergent : la qualité de vie, et la transférabilité lors du retour à domicile. Effectivement, la revue de littérature et l'enquête exploratoire ont fait ressortir l'importance de la qualité de vie lors du retour à domicile et notamment avec la prothèse. Il est également nécessaire que ces personnes arrivent à transférer ce qu'elles ont acquis au centre, à leur domicile. La matrice conceptuelle est présente en annexe (*Cf annexe 7*).

### 1.9.1 Concept de la qualité de vie

#### ➤ **Définition :**

Tout d'abord, l'OMS<sup>7</sup> définit la qualité de vie comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations » [21].

Ce concept est subjectif et multidimensionnel. Effectivement, il dépend de nombreux facteurs tels que le ressenti de la personne, son état psychologique, son état physique, son niveau d'autonomie et d'indépendance, et son environnement (aussi bien matériel qu'humain). Ils sont propres à chaque individu, et sont difficilement observables. La mesure de ce concept n'est donc pas simple. [22]

---

<sup>7</sup> Organisation Mondiale de la Santé

Dans les années quatre-vingt-dix, deux organisations internationales se sont créées concernant la qualité de vie dans le domaine de la santé : l'International Society for Quality of Life Research en 1994, et l'International Society for Quality of Life Studies en 1997. Elles ont pour objectif de promouvoir la recherche sur la qualité de vie. De nombreux chercheurs et praticiens s'y sont intéressés. En France, un plan a également été créé concernant les personnes atteintes de maladies chroniques afin d'améliorer leur qualité de vie, il s'agit du plan 2007-2011. [22]

La qualité de vie peut dépendre du degré de handicap rencontré par une personne selon son environnement physique, humain, et matériel, ainsi qu'au niveau économique. Le lieu de résidence (hôpital, centre de rééducation, à domicile) joue aussi un rôle sur l'état psychologique de la personne et donc sur la satisfaction de sa qualité de vie. [23]

Des études ont montré que la qualité de vie est liée à l'indépendance et à l'autonomie des personnes. Ces deux derniers termes sont différents. On dit qu'une personne est indépendante lorsqu'elle arrive à effectuer, de façon correcte, les gestes de la vie quotidienne seule ou avec une aide matérielle. Elle s'appuie essentiellement sur les capacités fonctionnelles de la personne mais également sur ses capacités neuropsychologiques. L'autonomie consiste à prendre des décisions par soi-même, à être responsable de soi. Elle comprend donc le raisonnement de la personne, et ses capacités cognitives. Lorsqu'une personne est en situation de handicap, son indépendance et/ou son autonomie sont touchées. Effectivement, il est possible qu'elle ne soit plus en mesure de réaliser de façon efficace ses habitudes de vie. Cela peut être dû aux facteurs personnels (organisme, aptitudes) et aux facteurs environnements (matériel et humain). Le PPH<sup>8</sup> montre le lien présent entre les habitudes de vie et ces deux facteurs. [24]

➤ **Evaluations :**

Malgré le fait que la qualité de vie soit subjective, certaines évaluations s'en rapprochent. Etant donné que celle-ci est en lien avec l'indépendance et l'autonomie, il est possible d'utiliser les évaluations correspondantes.

Concernant l'indépendance et l'autonomie, il existe plusieurs grilles d'évaluation.

---

<sup>8</sup> Processus de Production du Handicap

- La MIF<sup>9</sup> est la grille d'évaluation la plus courante. (*Cf annexe 8*). Elle regroupe un grand nombre d'activités de la vie quotidienne (soins personnels, activités domestiques, loisirs, travail, gestion, ...). De plus, sa cotation permet de savoir de façon assez précise le niveau de réalisation d'activités de la personne (totalement dépendant → totalement indépendant ; seule → avec aide technique/avec aide humaine ; pas de réalisation de l'activité → réalisation totale de l'activité). Il existe également l'indice de Barthel, et le GEVA. Ce dernier est un guide d'évaluation permettant d'établir un projet personnalisé selon les besoins de la personne, et en tenant compte des éléments faisant obstacles ou étant facilitateurs de son environnement. [24]. Pour compléter le GEVA, il est possible d'évaluer l'impact de l'environnement sur la participation de la personne en utilisant le MQE<sup>10</sup> (Fougeyrolla). Cette mesure prend en compte les capacités et les limites de l'individu. Différentes activités de la vie quotidienne sont énumérées. Il s'agit de dire si elles facilitent, font obstacles ou n'influencent pas le quotidien. [25]
- Le MOH<sup>11</sup> (Kielhofner) est un modèle permettant d'évaluer l'autonomie. (*Cf annexe 9*). Différents items sont présents : la volition (intérêts, valeurs, motivation), l'habitation (habitudes de vie, rôles), les capacités de rendement (physique et intellectuel), et l'environnement (matériel et humain). L'interaction de cet ensemble permet d'observer les capacités de l'individu concernant ses choix, son organisation, sa gestion dans sa vie quotidienne. [24]
- Le MCRO<sup>12</sup> évalue la qualité de vie de façon subjective grâce à une échelle de satisfaction de réalisation d'activités. (*Cf annexe 10*). La personne cite des activités qui ont une importance pour elle, et dit si elle est satisfaite ou non de sa réalisation. Cette mesure est réalisable plusieurs fois dans la prise en soin afin d'observer une évolution. [25]

Même si la qualité de vie reste subjective, il est possible de s'en rapprocher grâce à ces bilans. Il est donc possible de mesurer, d'une certaine façon, la qualité de vie. Les outils utilisés sont intéressants puisqu'ils permettent également d'évaluer l'indépendance et l'autonomie. Tout est lié. L'importance de prendre en soin une personne dans sa globalité est visible.

---

<sup>9</sup> Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle

<sup>10</sup> Mesure de la Qualité de l'Environnement.

<sup>11</sup> Modèle de l'Occupation Humaine

<sup>12</sup> Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

L'ergothérapeute peut s'appuyer dessus et essayer de trouver des alternatives ou des adaptations possibles afin que la personne retrouve son autonomie et son indépendance, et qu'elle soit ainsi plus satisfaite de sa qualité de vie. [25]

➤ **Qualité de vie et personnes amputées :**

Concernant les personnes amputées, le PQVS<sup>13</sup> est un outil valide et fiable comprenant quatre domaines : vie fonctionnelle, sociale, matérielle et spirituelle (Dazord et al, 1989). Il observe la satisfaction, l'importance et les attentes face aux activités de ces différents domaines.

Il existe aussi le QEP<sup>14</sup> comprenant quatre-vingt-deux items dont la mobilité, l'apparence, la frustration, l'utilité de la prothèse, le bien-être, les réactions et la satisfaction de l'individu. Il comprend des points objectifs et des points subjectifs. Cet outil se mesure par une échelle visuelle analogue de 100mm. La cotation va de 0 à 100. Plus le score est élevé, et plus la personne est satisfaite. Une étude réalisée (Harness et Pinzur, 2001) sur soixante personnes amputées du membre inférieur montre que ce sont la mobilité et les transferts qui ont les cotations les plus basses. Les cotations sur la satisfaction avec la prothèse et le bien-être sont les plus hautes. [26], [27]

Cette population doit tenir compte de certaines obligations : sevrage tabagique, hygiène du moignon, et port d'un bandage les premiers temps. L'ETP<sup>15</sup> est là pour les aider. Les douleurs peuvent être présentes, ainsi que les troubles trophiques. Il est possible que la prothèse se dérègle. Tous ces facteurs peuvent nuire à la qualité de vie de ces personnes. [28]

Une étude a été réalisée auprès de personnes amputées du membre inférieur afin d'évaluer les facteurs qui altèrent ou améliorent la qualité de vie de ces personnes. Voici ce qui en ressort :

- Facteurs qui altèrent la qualité de vie : réduction de la mobilité, l'arrêt de la conduite, avoir une pathologie associée, la réduction de loisirs.
- Facteurs qui améliorent la qualité de vie : la précocité de la prise en soin, un environnement socio-familial présent, l'ancienneté de l'amputation. [29]

Malgré le fait qu'elle soit subjective, certains facteurs ressortent, et sont communs à certaines personnes. [29].

---

<sup>13</sup> Profil de la Qualité de Vie Subjective

<sup>14</sup> Questionnaire d'Evaluation de la Prothèse

<sup>15</sup> Education Thérapeutique du Patient

Il serait intéressant d'interroger des personnes amputées du membre inférieur à domicile afin d'observer leur satisfaction concernant leur qualité de vie.

### 1.9.2 Concept de la transférabilité et du retour à domicile

La revue de littérature a pu montrer que le retour à domicile des personnes amputées du membre inférieur n'est pas toujours simple. C'est pour cette raison qu'il doit être travaillé en amont avec l'ergothérapeute. Cela s'inscrit d'ailleurs dans son référentiel de compétences : Compétence 3 « Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie », et particulièrement la sous-compétence 9 « Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique. » [30]

Lorsque le patient est en rééducation, l'ergothérapeute lui propose divers exercices qui lui permettront d'acquérir un maximum de compétences. Cela lui permettra d'être plus autonome et indépendant dans ses activités quotidiennes. La personne passe alors par un apprentissage pour y parvenir. Il est important que celle-ci soit actrice de sa prise en soin. Pour cela, elle doit essayer de trouver par elle-même des stratégies d'apprentissage et de compensation face aux difficultés qu'elle rencontre. [31]

Afin que la personne reste motivée dans sa prise en soin et qu'elle donne du sens à ce qu'elle fait, il est nécessaire que les activités proposées soient significantes (Kielhofner, 2008). Ces dernières sont généralement des activités présentes dans son quotidien. Si le thérapeute n'a pas tenu compte de la globalité de la personne (environnement, activités), les activités réalisées et répétées en rééducation et en réadaptation ne seront pas retenues, ni réalisées lors du retour à domicile. [31]

Pour que le retour à domicile se fasse avec le moins de difficultés possibles, il est nécessaire de travailler des activités significantes dans un environnement se rapprochant au maximum de celui de la personne. Lorsque cela est acquis, il faut que la personne soit en capacité de transférer ce qu'elle a appris avec l'ergothérapeute au sein de la structure chez elle. La capacité à transférer s'apprend. Ce dernier consiste « à appliquer dans un autre contexte ce qu'il a appris dans un contexte particulier » (Barnett et Ceci, 2002). Il doit se réaliser de façon automatique et adapté à chaque situation (Barnett et Ceci, 2002). Lorsque la personne arrive à transférer dans un environnement avec de nombreuses ressemblances avec l'environnement

« d'entraînement », elle doit continuer à s'exercer afin de transférer également dans des endroits très différents. [31]

Afin que ce transfert puisse s'effectuer, il est nécessaire de l'enseigner à la personne concernée. Il existe cinq pratiques pédagogiques (Roussel, 2008) [31] :

- Fixer des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporel) avec la personne. Elle devient ainsi actrice de sa prise en soin, et peut y donner plus de sens.
- Réaliser des activités de rééducation, en expliquant à la personne dans quel cadre elle sera amenée à reproduire la même chose dans ses activités de la vie quotidienne.
- Mettre en situation la personne dans un environnement écologique, c'est-à-dire qui se rapproche de son environnement réel. Ainsi, elle continuera à apprendre sans s'en rendre compte : c'est l'apprentissage informel.
- Que le transfert des acquis se fasse dans un projet d'apprentissage.
- Les transferts doivent s'inscrire dans le projet de vie ou le projet professionnel de la personne.

Ces cinq pratiques ne peuvent marcher que lorsque la personne est engagée dans sa prise en soin et motivée.

Toglia (1991) montre que les personnes arrivent mieux à réaliser les transferts lorsqu'elles sont dans un environnement qui leur parlent, qui ont un sens pour elles, qui soit familier (notamment leur domicile). Il est d'autant plus intéressant de se rendre à domicile, car les personnes ont généralement des habitudes dont elles ont du mal à se détacher. Les mettre en situation dans cet environnement permet de réaliser les bons gestes et de les automatiser. [31]

Lors de la mise en situation, la personne doit essayer de se corriger par elle-même. Si elle y arrive, cela peut renforcer son estime de soi, son sentiment d'efficacité et ainsi sa motivation à poursuivre la prise en soin. De plus, cela l'amène à réfléchir par elle-même, sans l'aide de l'ergothérapeute qui ne sera plus là lorsqu'elle sera de retour à son domicile. La personne devient ainsi plus autonome et indépendante. [31]

Plusieurs professionnels sont présents lors du retour à domicile de la personne : le médecin, l'infirmier du service hospitalier et l'infirmier libéral, l'ergothérapeute, et l'aide à domicile. Ils vont tenir compte des capacités de la personne, de son environnement, et sont également là pour soutenir la personne et son entourage. [32]

Ce retour à domicile est souvent plus compliqué que ce que les personnes imaginent. Effectivement, elles sont confrontées aux nombreuses difficultés qu'il n'y avait pas lors de leur hospitalisation. Elles prennent encore plus conscience des conséquences de leur amputation sur leur quotidien. D'où l'importance d'orienter la prise en soin sur des objectifs, des compétences à acquérir que la personne aura besoin dans sa vie quotidienne. [31]

Lors de la rééducation et de la réadaptation, l'ergothérapeute apprend donc à la personne amputée, comment réaliser des activités de la vie quotidienne avec et sans la prothèse, le plus souvent possible dans un environnement écologique.

Malgré cela, toutes les situations rencontrées ne peuvent pas être abordées, et certaines sont plus contraignantes que d'autres : les escaliers, les pentes, les trottoirs, ... Les déplacements de personnes amputées sont souvent restreints, et cela peut avoir un impact sur la qualité de vie.

Les mécanismes et articulations de la prothèse sont faits pour marcher sur un sol plat. Trop peu d'entre elles sont faites pour marcher sur des sols contraignants tels que la montée ou la descente. Cependant, la personne doit rentrer chez elle en étant le plus indépendant et autonome possible. Cela peut donc être un frein à l'obtention d'une certaine indépendance. Un projet a émergé afin de faciliter ce retour à domicile. Celui-ci a pour but d'augmenter l'indépendance des personnes grâce à l'amélioration des prothèses. Des chercheurs sont en quête de nouveaux matériaux prothétiques pour permettre de réaliser des fonctions, aujourd'hui difficilement réalisables, ou bien encore de nouveaux assemblages de composants. L'utilisation des nouvelles prothèses est indissociable d'une rééducation adaptée à celle-ci. Le thérapeute doit donc bien connaître le produit et ses spécificités afin d'élaborer une rééducation convenable et adaptée. [33]



### Synthèse des concepts :

L'OMS définit la qualité de vie comme étant la façon pour chaque individu de percevoir la position qu'il a dans la vie, et la satisfaction qu'il en a. Ce concept est donc propre à chacun. De plus, il dépend de nombreux facteurs qui influent dessus : l'état psychologique et physique de la personne, ainsi que son environnement. Il est également prouvé que l'indépendance et l'autonomie sont liées à la qualité de vie. Plus la personne a une indépendance et une autonomie importante, et plus elle sera satisfaite de sa qualité de vie. Différentes échelles existent pour évaluer cela, telle que la MCRO. Deux outils d'évaluation sont spécifiques aux personnes amputées ayant une prothèse : le PQVS et le QEP. Étant donné que la qualité de vie est liée à ces deux facteurs, il est nécessaire que la personne arrive à son domicile en ayant le plus de compétences possibles. Pour cela, l'ergothérapeute mise sa rééducation et sa réadaptation en proposant divers exercices qui lui permettront d'être plus autonome et indépendant. Ces exercices peuvent être réalisés dans un environnement écologique.

### **1.10 La question et l'objet de recherche**

Des concepts et de la réalité du terrain émergent la question de recherche :

**Est-ce que les personnes amputées du membre inférieur utilisent la prothèse dans leur activité de la vie quotidienne, lors du retour à domicile ?**

L'**objet de recherche** est le suivant : Connaître la participation de ces personnes avec la prothèse dans leurs activités de la vie quotidienne après le retour à domicile.

## **2. Matériel et méthode**

Les concepts ont permis de faire émerger une question de recherche. Afin d'y répondre, il est nécessaire d'interroger les personnes concernées, c'est-à-dire les personnes amputées. Un dispositif de recherche est mis en place. Celui-ci va permettre de faire un état des lieux sur le terrain. Les sujets du thème de ce mémoire vont avoir une place centrale dans cette recherche.

Voici la construction détaillée de l'outil de recherche :

### **2.1 Choix de la méthode de recherche**

L'étude descriptive est la méthode de recherche choisie. Etant donnée qu'il n'y a pas encore de savoirs scientifiques qui ont été réalisés en France sur l'utilisation de la prothèse à domicile de ces personnes, cette étude va nous permettre de savoir, auprès de la population concernée, comment cela se passe. Effectivement, les études descriptives permettent de faire un premier état des lieux de la recherche, à construire de nouveaux savoirs selon l'objet de recherche. Le rôle du chercheur va être de décrire le plus fidèlement possible les phénomènes observés, selon certaines variables. [34] Cette étude permet de répondre à plusieurs questions [34] :

- De quoi s'agit-il ? : De l'utilisation de la prothèse dans les activités de la vie quotidienne à domicile.
- Qui est concerné ? : Les personnes amputées du membre inférieur ayant une prothèse.
- Quand le phénomène est-il observable ? : Lorsque les personnes sont retournées à leur domicile.

Pour l'instant, aucune hypothèse n'est formulée. C'est avec les résultats que l'on obtiendra qu'elles vont apparaître.

L'étude est quantitative afin de recueillir un maximum de données. Plus il y aura de réponses, et plus cela sera représentatif de la population.

### **2.2 La population choisie avec critères d'inclusion et d'exclusion**

Les personnes amputées du membre inférieur sont la population choisie. Afin de répondre à l'enquête, il faut respecter des critères d'inclusion et d'exclusion.

- Il faut que celles-ci soient appareillées et retournées à domicile. Effectivement, la recherche se base sur le transfert à domicile des éléments acquis avec et sans la prothèse en centre.
- De plus, il est important que l'amputation ne soit pas de cause agénésique. Les conséquences sur le plan psychologique d'une personne ayant subi l'opération de l'amputation ne seront pas les mêmes que celle née avec un membre en moins. L'adaptation dans le quotidien sera également plus difficile.
- Les personnes interrogées doivent être âgées de dix-huit ans minimum. Ce choix est lié au fait que les personnes adultes amputées sont plus nombreuses que les enfants amputés.

La population décrite est appelée « population parente ». Il est difficilement réalisable d'envoyer l'enquête à toute cette population. C'est pourquoi un échantillonnage est réalisé. L'échantillonnage non-probabiliste est choisi. Celui-ci permet de questionner des participants de manière non aléatoire. Pour cette recherche, l'échantillonnage par boule de neige a été utilisé. Effectivement, le questionnaire a été publié sur trois réseaux sociaux. Un administrateur de l'un d'entre eux m'a donné deux autres réseaux où il était possible que l'enquête soit diffusée. Grâce à ces derniers, des personnes de toute la France ont pu être touchées par cette recherche. L'échantillonnage par réseau a également été utilisé. Effectivement, une personne ressource a pu diffuser l'enquête aux personnes correspondantes au profil. [34]

Plus il y a de réponses, et plus c'est représentatif de la population cible.

### **2.3 Les sites d'exploration**

Afin d'augmenter les chances d'obtenir de nombreux résultats, l'enquête est envoyée sur différents terrains :

- Tout d'abord, des ergothérapeutes travaillant dans des SSR<sup>16</sup> accueillant des personnes amputées ont été contactés. Le but étant qu'ils transmettent par mail le questionnaire à des anciens patients étant retournés à domicile.
- Ensuite, une annonce portant sur le mémoire avec le questionnaire a été publiée sur différentes pages des réseaux sociaux destinées à cette population.
- Pour finir, des associations des personnes amputées ont été contactées.

---

<sup>16</sup> Soins de Suite et de Réadaptation

## 2.4 L'outil de recueil de données

Le questionnaire est utilisé pour recueillir les données auprès de la population cible. Il peut être envoyé facilement et rapidement à un grand nombre de personnes. Il permettra ainsi de répondre à l'hypothèse de départ. Il présente des avantages et des inconvénients :

### Avantages :

- Le questionnaire est anonyme et permet donc à l'enquêté de répondre en toute liberté sans se soucier du jugement.
- Il peut être envoyé à un nombre important de personnes, et même celles qui sont éloignées géographiquement.
- Les participants peuvent choisir un moment propice pour y répondre et prendre le temps de réfléchir aux questions. De plus, l'absence de l'enquêteur est bénéfique pour ne pas influencer ou bloquer une personne dans sa réponse.

### Inconvénients :

- La formulation du questionnaire demande beaucoup de travail. Il faut qu'il soit compréhensible par tous, et que toute la population comprenne la même chose.
- Le fait de ne pas être là lors de la passation du questionnaire ne nous garantit pas que la personne y a répondu seule.

## 2.5 L'anticipation des biais et les stratégies pour les anticiper ou les atténuer

Des biais sont présents dans toutes les recherches. Afin de les éviter et/ou de les atténuer, il est important de les anticiper.

Tout d'abord, des biais méthodologiques sont présents :

- Une question mal formulée peut être mal comprise ou comprise différemment selon les personnes. Afin de l'éviter, il faut tester le questionnaire auprès de plusieurs personnes.
- Un grand nombre de questions ouvertes : les personnes peuvent se lasser et arrêter de remplir le questionnaire car cela demande trop de temps et de réflexion. Sur quatorze questions, il n'y a que deux questions ouvertes. Cela facilite aussi le traitement des données.

Il existe aussi des biais de confirmation d'hypothèses :

- Le risque est d'induire une réponse selon notre point de vue.

Pour finir, il y a le biais de soumission au groupe :

- Les réponses peuvent être influencées par la présence d'autrui. Il est donc préférable que les personnes y répondent seules.

## **2.6 La construction de l'outil de recherche**

Le questionnaire est rédigé sur Google Forms. Au début de celui-ci, un message est présent. Il annonce le thème du mémoire, et l'objectif de la recherche. Il est également précisé les critères d'inclusion. Le respect de l'anonymat y est indiqué. Les remerciements sont présents.

L'enquête est composée essentiellement de questions semi-ouvertes à choix multiples, et de questions fermées. Deux questions ouvertes sont présentes. Une échelle numérique permet de coter la satisfaction des personnes sur leur participation dans leurs activités de la vie quotidienne. Cela permettra d'évaluer leur qualité de vie de façon plus objective. Afin de mieux comprendre chaque question, une matrice de questionnements est rédigée en annexe. (*Cf annexe 11*).

## **2.7 Test de faisabilité et validité du dispositif**

L'enquête est préalablement testée auprès de trois personnes. Cela permet de se rendre compte de la compréhension du questionnaire par chacun, et d'apporter des modifications si nécessaire. Voici les personnes interrogées et les remarques faites :

- Une personne appartenant à la population cible. Celle-ci a dit que la question « Depuis combien de temps le portez-vous ? » n'est pas assez précise. Effectivement, il faut préciser qu'il s'agit de l'appareillage le plus récent car les personnes amputées ont généralement plusieurs prothèses provisoires puis la prothèse définitive. Après discussion, deux questions importantes sont ressorties : « Portez-vous la prothèse autant que vous l'espérez ? » et « Quelles sont les raisons qui vous poussent à ne pas la porter ? ».
- Deux ergothérapeutes, n'appartenant donc pas au public cible. Il a été intéressant de les interroger car ils ont pu apporter un point de vue extérieur et notamment sur la

formulation des phrases. Il en est ressorti que la question « La prothèse a-t-elle renforcé votre investissement dans votre prise en soin et pour le retour à domicile ? » n'était pas correctement placée dans le questionnaire et a donc été déplacée.

A la suite de ces modifications, le questionnaire est envoyé. Il n'est plus modifiable. Effectivement, il est primordial que toutes les personnes de la population cible ait le même questionnaire pour ne pas créer de biais.

## 2.8 Le déroulement de l'enquête

Après avoir rédigé le questionnaire sur Google Forms, celui-ci est testé auprès de trois personnes (une de la population cible et deux ne faisant pas parties du public cible). Des modifications ont été réalisées. L'enquête est envoyée sur différents lieux d'exploration et relancée cinq jours plus tard. La durée d'accessibilité au questionnaire a été de dix jours.

## 2.9 Le choix des outils de traitement et d'analyse des données

Afin de traiter toutes les données recueillies lors du questionnaire, des statistiques descriptives vont être réalisées. Elles vont permettre de montrer des tendances et d'élaborer des suppositions envers l'hypothèse de départ.

Différentes variables existent :

- Les variables qualitatives : Elles s'expriment par énoncé qualitatif.
  - Nominale : Aucune modalité n'est inférieure ou supérieure à l'autre.
  - Ordinale : Il est possible de classer les valeurs par ordre croissant ou décroissant.
- Les variables quantitatives : Elles s'expriment de façon numérique.
  - Discrètes : Les modalités sont limitées, elles ont une valeur finie.
  - Continues : Il existe une infinité de valeurs.

Pour traiter ces dernières, plusieurs possibilités existent :

- Les distributions de fréquence : Elles permettent de montrer la fréquence d'apparition d'une variable. Cela permet de montrer quelle(s) variable(s) ressort(ent) le plus. Par exemple, nous allons pouvoir observer lors de quelles activités la prothèse est la plus souvent chaussée.

- Les mesures de tendance centrale : Il s'agit de la médiane, et de la moyenne. Chacune d'entre elles peuvent être utilisées selon ce que l'on cherche. La moyenne permet de traiter des variables ordinales. Grâce à celle-ci, nous pourrions observer quelle est la satisfaction moyenne de participation à domicile des personnes interrogées. Elle nous donne un ordre de grandeur. Il faut tout de fois faire attention car elle est sensible aux extrêmes. La médiane représente la valeur centrale exacte (50% de part et d'autre). Elle est employée quand les variables ne suivent pas une courbe « normale ».
- Les mesures de dispersion : C'est l'écart-type qui est mesuré. Celui-ci montre la grandeur de variation entre les variables. Plus l'écart-type est élevé, et plus les réponses sont dispersées. Nous pourrions ainsi savoir si les personnes sont plutôt en accord ou pas.
- Les pourcentages : Ils permettent de comparer les différentes données entre elles.

Ces statistiques seront réalisées avec le logiciel Excel, et présentées sous forme de graphiques ou/et tableaux.

### 3. Résultats

Après deux semaines, le questionnaire a été arrêté. Quarante-neuf réponses ont été récoltées. L'organisation des résultats se fait en deux temps. Tout d'abord, les réponses à chaque question sont visibles sous forme de graphiques ou de tirets. Dans un deuxième temps, des liens entre les différentes données sont explicités.

#### 3.1 Les données descriptives

Pour chaque question, des distributions de fréquence ont été réalisées afin d'observer quelles variables ressortent le plus souvent (*Annexe 12*).

**Question 1 :** Vous avez été amputé, pourriez-vous me dire à quel niveau ?

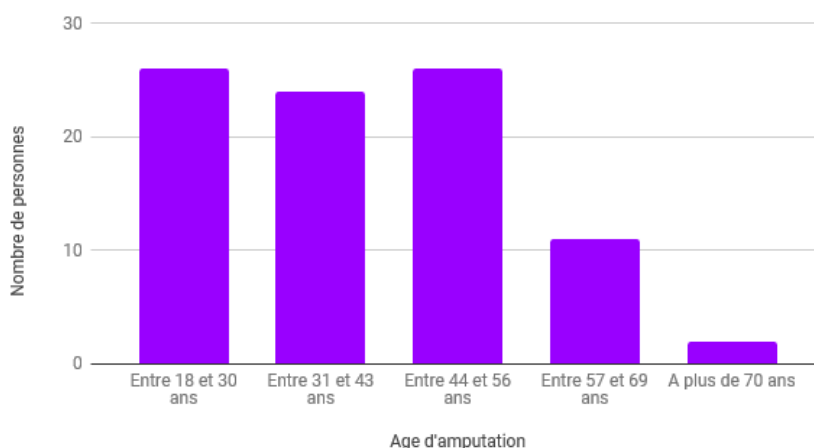
- ➔ 39 personnes ont été amputées au niveau tibial.
- ➔ 46 amputées au niveau fémoral.
- ➔ 4 amputées désarticulé de hanche.

**Question 2 :** Quelle est la cause de votre amputation ?

- ➔ 64 personnes ont été amputées pour cause traumatique.
- ➔ 17 pour cause vasculaire.
- ➔ 8 pour cause tumorale.

**Question 3 :** A quel âge avez-vous été amputé ?

L'âge d'amputation des personnes



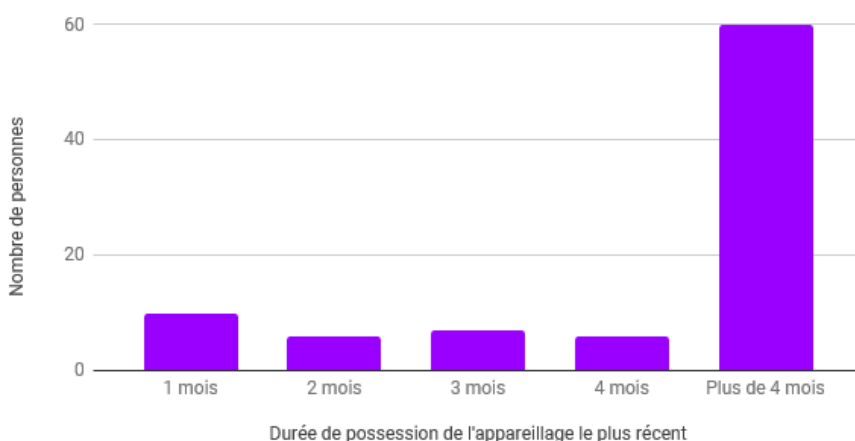


**Question 4 :** De quel appareillage disposez-vous en tant que prothèse ?

- ➔ 76 personnes possèdent une prothèse définitive.
- ➔ 13 personnes ont une prothèse provisoire.

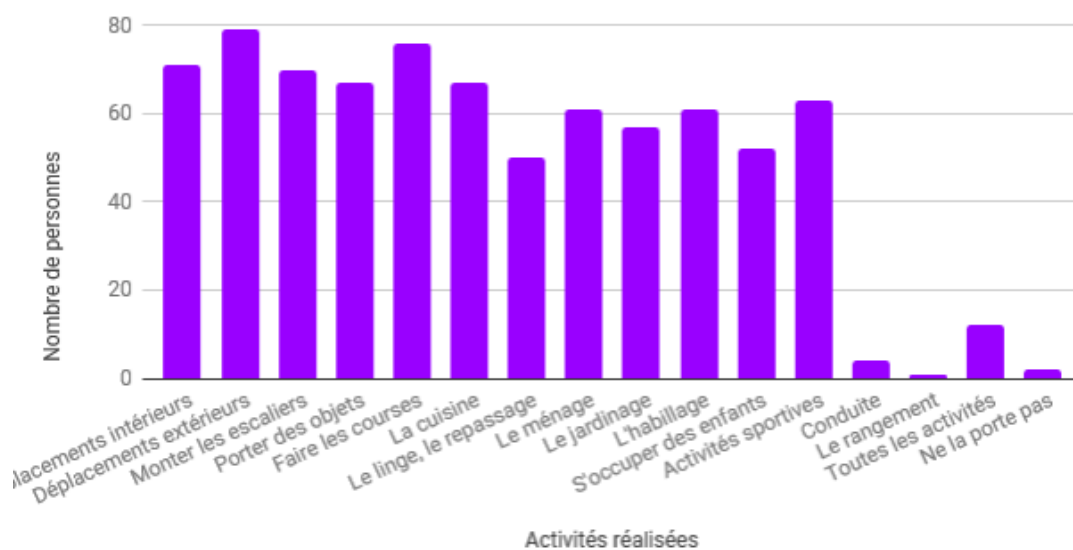
**Question 5 :** Depuis combien de temps portez-vous votre appareillage le plus récent ?

Durée de possession de l'appareillage le plus récent selon les personnes



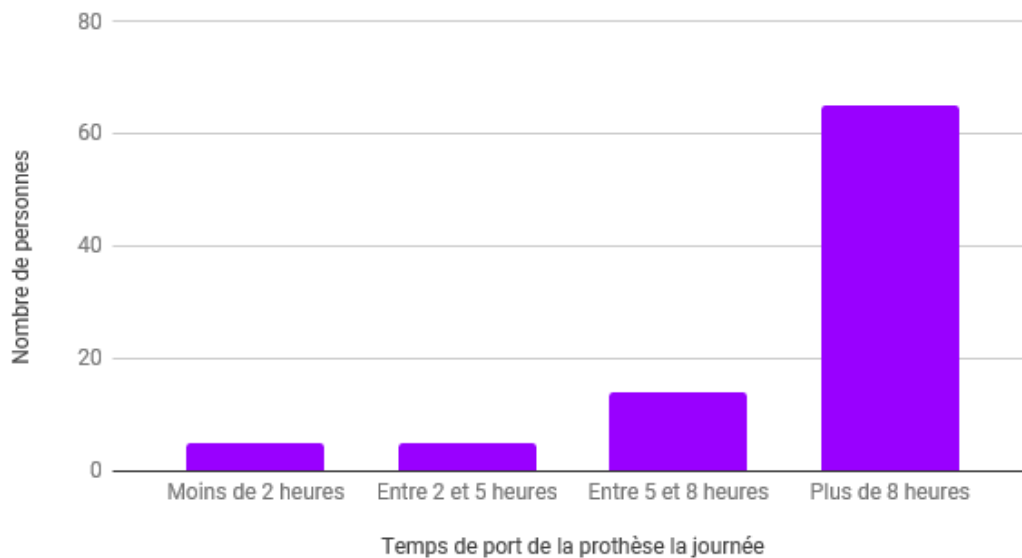
**Question 6 :** Depuis votre retour à domicile, lors de quelles activités chaussez-vous votre prothèse ?

Activités réalisées avec la prothèse selon les personnes



**Question 7 :** A quelle fréquence ?

Temps de port de la prothèse la journée selon les personnes



**Question 8 :** La prothèse a-t-elle renforcé votre investissement dans votre prise en soin et pour le retour à domicile ?

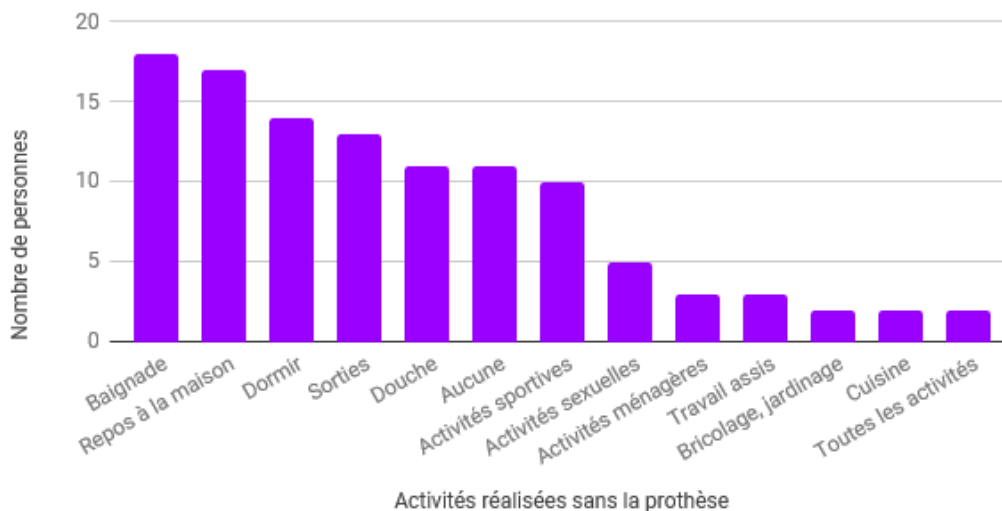
- ➔ Pour 68 personnes, la prothèse a été une source de motivation dans leur prise en soin et pour le retour à domicile.
- ➔ Pour 21 personnes, la prothèse n'a pas renforcé leur investissement.

**Question 9 :** Rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation d'activités avec la prothèse ?

- ➔ 58 personnes rencontrent des difficultés dans leurs activités de la vie quotidienne avec la prothèse.
- ➔ 31 personnes n'ont pas de difficultés.

**Question 10 :** Quelles activités préférez-vous effectuer sans la prothèse ?

### Activités réalisées sans la prothèse selon le nombre de personnes



**Question 11 :** Quelles sont les raisons qui vous poussent à ne pas la porter ?

### Raisons du non port de la prothèse selon les personnes



**Question 12 :** Portez-vous la prothèse autant que ce que vous l'espérez ?

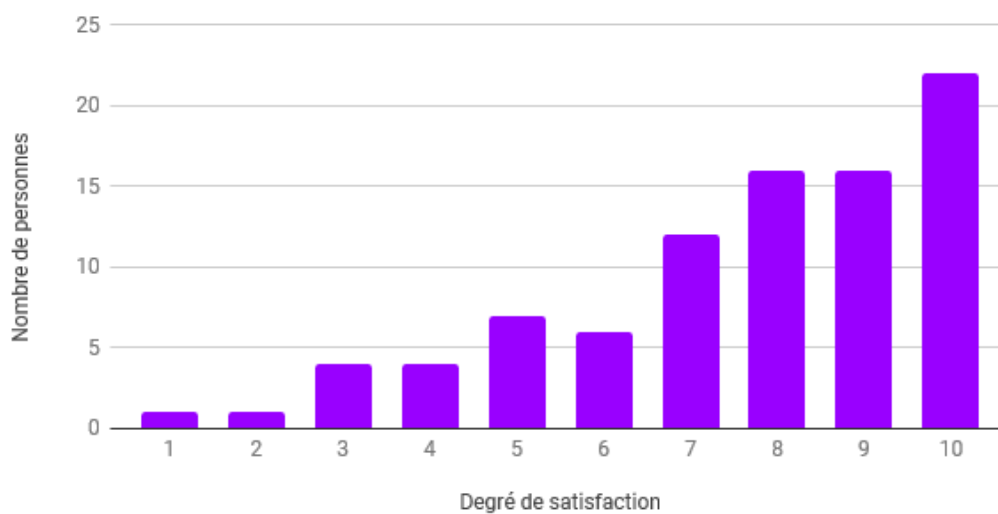
- 62 personnes portent la prothèse autant qu'elles l'espéraient.
- 27 personnes ne la portent pas autant qu'elles l'espéraient.

**Question 13 :** Des aménagements à votre domicile ont-ils été réalisés ?

- Des aménagements du domicile ont été réalisés chez 38 personnes.
- Chez 51 personnes, il n'y a pas eu d'aménagements.

**Question 14 :** Depuis votre retour à domicile, êtes-vous satisfait de votre participation dans les activités de la vie quotidienne ?

Degré de satisfaction par rapport à la participation dans les activités de la vie quotidienne selon les personnes



### 3.2 Les données statistiques

Au vu des résultats obtenues, il est possible d'observer si des liens sont présents entre différentes données. Pour cela, des pourcentages ont été réalisés, ainsi que des calculs de moyenne, de médiane et d'écart-type. Quatre recherches ont été effectuées :

- Entre le niveau d'amputation et la durée de port de la prothèse :

Durée de port de la prothèse	Niveau d'amputation		
	Tibial	Fémoral	Désarticulé de hanche
Moins de 2 heures	2.6%	4.3%	50%
Entre 2 et 5 heures	5.1%	6.5%	0%
Entre 5 et 8 heures	15.4%	17.4%	0%
Plus de 8 heures	76.9%	71.7%	50%
Total	100%	100%	100%

Tableau 1 : Temps de port de la prothèse par jour selon le niveau d'amputation

- Entre l'âge d'amputation et la durée de port de la prothèse :

Durée de port de la prothèse	Age de l'amputation				
	Entre 18 et 30 ans	Entre 31 et 43 ans	Entre 44 et 56 ans	Entre 57 et 69 ans	A plus de 70 ans
Moins de 2 heures	7.7%	4.2%	7.7%	0%	0%
Entre 2 et 5 heures	3.8%	4.2%	3.8%	9.1%	50%
Entre 5 et 8 heures	7.7%	12.5%	23.1%	27.3%	0%
Plus de 8 heures	80.8%	79.2%	65.4%	63.6%	50%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 2 : Temps de port de la prothèse par jour selon l'âge d'amputation

- Entre la satisfaction de participation et si la personne porte la prothèse autant qu'elle l'espérait :

	Satisfaction de participation dans les activités				
	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Personnes qui portent la prothèse autant qu'elles l'espéraient	8.4	9	1.9	1	10
Ne portent pas la prothèse autant qu'elles l'espéraient	5.6	6	2.1	1	10

Tableau 3 : Satisfaction de participation avec la prothèse selon l'espérance du port de celle-ci

- Entre la satisfaction de participation et si la personne rencontre des difficultés au quotidien :

	Satisfaction de participation dans les activités				
	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
Personnes rencontrant des difficultés	7.1	8	2.3	1	10
Personnes ne rencontrant pas de difficultés	8.6	9	1.6	1	10

Tableau 4 : Satisfaction de participation avec la prothèse selon les difficultés rencontrées

## **4. Discussion**

### **4.1 Interprétation des résultats**

Pour rappel, la problématisation pratique est « Est-ce que les personnes amputées du membre inférieur utilisent leur prothèse dans leur activités de la vie quotidienne, lors du retour à domicile ? ».

Nous cherchions à connaître la participation de ces personnes dans leurs activités et dans leur environnement. Pour cela un questionnaire a été envoyé et les résultats obtenus permettent de montrer des tendances.

La majorité des personnes a subi l'amputation par cause traumatique. Elles n'ont donc pas pu se préparer psychologiquement. Comme vu dans la revue de littérature, l'annonce du diagnostic de l'amputation est très importante. Celle-ci n'ayant pas pu être faite en amont, les personnes peuvent déclencher une dépression et nous pouvons penser que la mise en place de la prothèse peut être compliquée. Cependant, la majorité des personnes ont répondu que celle-ci a, au contraire, renforcée leur investissement dans leur prise en soin. Elle représente donc une source de motivation pour la plupart. Un soutien psychologique a peut-être été présent.

La plupart des personnes rencontrent des difficultés dans leurs activités. Mais lorsqu'on les interroge sur durée du port de la prothèse la journée, soixante-cinq d'entre elles la portent plus de huit heures. Elles réalisent de nombreuses activités avec. Celles qui ressortent le plus sont les déplacements intérieurs et extérieurs, ainsi qu'aller faire les courses ou monter les escaliers. Les difficultés rencontrées ne représentent donc pas pour tout le monde un frein à l'utilisation de la prothèse.

Pour environ cinquante personnes, il n'y a pas eu d'aménagements du domicile effectués. Est-ce que cela est dû au fait de ne pas avoir eu la visite d'un ergothérapeute à domicile, de ne pas avoir été suivi par un ergothérapeute dans la structure ou bien au fait que celui-ci ne nécessite pas d'être aménagé ?

La majorité des personnes est satisfaite de sa participation dans leurs activités de la vie quotidienne (au-dessus de 7/10). Mais certaines personnes ne le sont pas. Nous allons chercher à savoir si cette insatisfaction a un rapport avec les difficultés rencontrées ou l'espérance quant au port de la prothèse.

Des liens ont cherché à être fait pour décrire certaines données :

- Le premier lien est entre le niveau d'amputation et la durée de port de la prothèse (*cf tableau 1*). La prothèse pour les amputés fémoraux et la prothèse pour les désarticulés de hanche comportent plus d'articulation que la prothèse pour les amputés tibiaux. Peut-être qu'elles peuvent être à l'origine d'une durée de port de la prothèse moins importante ? Des pourcentages ont été effectués. Ils montrent que :
  - Chez les amputés tibiaux : 15.4% l'utilisent entre 5 et 8 heures, et 76.9% plus de 8 heures.
  - Chez les amputés fémoraux : 17.4% la portent entre 5 et 8 heures et 71.4% plus de 8 heures.
  - Les données obtenues pour les amputés désarticulés de hanche ne sont pas représentatives du fait de nombre trop faible de personnes ayant répondu (quatre personnes). Elles ne sont donc pas exploitables.

Nous observons une tendance sur le fait que les amputés tibiaux la chaussent plus fréquemment que les amputés fémoraux.

- Le deuxième lien est entre l'âge d'amputation et la durée de port de la prothèse (*cf tableau 2*). Nous pouvons nous poser la question suivante : est-ce que les personnes amputées plus jeunes portent la prothèse plus souvent que les personnes amputées plus âgées ? Pour y répondre, des pourcentages ont été réalisés :
  - Amputés entre 18 et 30 ans : 7.7% la portent entre 5 et 8 heures, et 80.8% plus de 8 heures.
  - Amputés entre 31 et 43 ans : 12.5% la portent entre 5 et 8 heures, et 79.2% plus de 8 heures.
  - Amputés entre 44 et 56 ans : 23.1% la portent entre 5 et 8 heures, et 65.4% plus de 8 heures.
  - Les données pour les amputés entre 57 et 69 ans et les amputés à plus de 70 ans ne sont pas exploitables du fait du nombre insuffisant de réponses. Cela ne serait pas représentatif.

Nous constatons une tendance de diminution du temps de port de la prothèse avec l'âge. Effectivement, 80.8% des amputés entre 18 et 30 ans la portent plus de 8 heures par jour, contre 65.4% des amputés entre 44 et 56 ans.



- Le troisième lien qui a cherché à être fait est entre la satisfaction à la participation des personnes et le fait qu'elles utilisent leur prothèse autant qu'elles l'espéraient (*cf. tableau 3*). Des calculs de moyenne, médiane et écart-type ont été réalisés.

La moyenne de satisfaction de participation pour les personnes qui portent la prothèse autant qu'elles l'espéraient est de 8.4. La médiane est de 9, et l'écart-type est de 1.9.

La moyenne de satisfaction de participation pour les personnes qui ne portent pas la prothèse autant qu'elles l'espéraient est de 5.8. La médiane est de 6 et l'écart-type est de 2.1.

Nous constatons donc que les personnes qui portent la prothèse autant qu'elles l'espéraient sont plus satisfaites de leur participation dans leurs activités de la vie quotidienne.

- Le quatrième lien est entre la satisfaction de participation des personnes et si elles rencontrent des difficultés ou non (*cf. tableau 4*). De même que précédemment, les moyennes, médianes et écart-type ont été calculés.

La moyenne de satisfaction à la participation pour les personnes qui rencontrent des difficultés est de 7.1. La médiane est de 8 et l'écart-type est de 2.3.

La moyenne de satisfaction à la participation pour les personnes qui ne rencontrent pas de difficultés est de 8.6. La médiane est de 9 et l'écart-type est de 1.6.

Nous constatons donc que les personnes qui rencontrent des difficultés sont moins satisfaites de leur participation au quotidien.

En lien avec la problématisation pratique, nous observons que la majorité des personnes, ayant répondues au questionnaire, utilise leur prothèse plus de 8 heures par jour et dans de nombreuses activités du quotidien.

## **4.2 Éléments de réponses à l'objet de recherche**

Les résultats obtenus permettent de mettre en lumière des éléments de réponses à l'objet de recherche.

Effectivement, de nombreuses activités sont réalisées avec la prothèse et plus de 8 heures par jour. La majorité des personnes l'utilise pour les déplacements et le port de charge. Les

activités ménagères suscitent également l'utilisation de la prothèse pour certains. Nous observons qu'il est préférable lors de certaines activités de ne pas la porter, tel que le repos à la maison (17 personnes) ou la baignade (18 personnes). Des personnes ont mentionné dormir (14 personnes) et se doucher (11 personnes), mais il est évident qu'un nombre beaucoup plus élevé de personnes ne se lavent pas avec la prothèse et ne dorment pas avec.

Les douleurs et les difficultés rencontrées peuvent être un frein à son chaussage.

Nous observons que la majorité d'entre elles sont satisfaites de leur participation à domicile dans leurs activités de la vie quotidienne.

D'après des résultats obtenus auprès des personnes amputées du membre inférieur, nous pouvons en tirer l'hypothèse qu'elles utilisent régulièrement leur prothèse et sont satisfaites de leur participation dans leurs activités.

### **4.3 Critiques du dispositif de recherche**

Le dispositif de recherche aurait pu être encore amélioré.

Dans un premier temps, nous avons oublié de préciser dans l'intitulé du questionnaire qu'il était réservé aux personnes étant amputées à partir de 18 ans. Une personne est venue en faire la remarque plus tard.

Certaines personnes ne connaissent pas les différents termes d'amputation : traumatique, vasculaire ... Elles ont peut-être répondu au hasard à la question et cela créé un biais.

La question « depuis quand portez-vous votre appareillage le plus récent ? » aurait pu ne pas être posée. Il aurait été plus intéressant d'interroger depuis quand la personne est retournée à son domicile et utilise sa prothèse.

Lorsque nous interrogeons sur les activités réalisées avec la prothèse, certaines personnes n'ont pas pour habitude de les effectuer et ne les ont donc pas cochées. Ceci créer un biais.

Dans la question où les douleurs apparaissent et sont une raison de non-port de la prothèse, nous ne questionnons pas s'il s'agit des douleurs du membre fantôme, des douleurs liées au moignon et à la prothèse, ou d'une autre partie du corps comme la jambe contrôlée chez un vasculaire.

De plus, le questionnaire a été rempli par la majorité des personnes via internet, mais certaines personnes y ont répondu à l'écrit à défaut de posséder un ordinateur. Cela peut représenter un biais dans la recherche.

Par faute de temps, le questionnaire n'est resté disponible que dix jours. Il aurait été intéressant de le laisser plus longtemps accessible, et de relancer encore une fois, afin d'obtenir un plus grand nombre de résultats. D'autres associations auraient pu être contactées, mais également des ergothérapeutes afin d'étendre la recherche à des personnes n'étant pas forcément sur ces réseaux.

Pour finir, la majorité des personnes ayant répondu possède leur prothèse depuis longtemps et ont donc eu le temps de s'y habituer à leur domicile. Cela n'est donc pas très représentatif des personnes qui viennent à peine d'effectuer leur retour à domicile.

#### **4.4 Transférabilité pour la pratique professionnelle**

Certains éléments de la recherche sont transférables dans notre pratique professionnelle.

Tout d'abord l'utilisation des modèles conceptuels tels que le MOH<sup>17</sup> ou la MCRO<sup>18</sup>. Ils permettent d'avoir une idée globale de la personne et de connaître réellement ses attentes de la prise en soin. Celle-ci sera davantage centrée sur la personne.

La pratique de réaliser des activités significatives pour la personne doit être faite systématiquement. Celle-ci adhèrera mieux à la prise en soin et se rassurera en s'entraînant pour le retour à domicile. La réalisation d'activités dans un environnement écologique n'est pas toujours possible selon l'établissement. Les visites à domicile peuvent aussi être difficiles à réaliser. Cependant, il est important qu'au moins une visite soit réalisée en présence de la personne, afin de lui apporter des conseils, des astuces, de la mettre en situation et de préconiser des aménagements si cela est nécessaire.

Travailler et collaborer avec l'ensemble de l'équipe est primordial pour assurer une prise en soin favorable pour chacune des personnes.

Pour finir, vivre avec un membre en moins est souvent psychologiquement très dur pour les personnes. Il est important de prendre du temps avec elles pour parler, les accompagner à faire

---

<sup>17</sup> Modèle de l'Occupation Humaine

<sup>18</sup> Mesure canadienne du rendement occupationnel

leur deuil. Le soutien aux familles est aussi nécessaire dans certains cas. De plus, le souhait d'avoir une prothèse peut venir de la personne mais également de son entourage.

#### **4.5 Perspectives de recherche**

Au vu des résultats obtenus, des perspectives de recherche ont émergé.

La première est l'étape qui suit l'étude descriptive, il s'agit de l'étude analytique. Cette dernière permettra d'élaborer de nouvelles connaissances en lien avec les personnes qui portent leur prothèse et qui en sont satisfaites. Nous allons tenter d'expliquer certaines données collectées en faisant des liens. Des hypothèses vont alors émerger, et seront validées ou infirmées lors de l'obtention des résultats. Pour cette méthode, il sera utilisé un échantillonnage probabiliste. [34]

Nous pouvons également orienter notre recherche sous un autre angle. Il serait intéressant de réaliser des entretiens auprès des personnes amputées du membre inférieur qui rencontrent des difficultés et qui ne sont pas ou moyennement satisfaites de leur qualité de vie. Obtenir des réponses concernant les points suivants serait enrichissant :

- Savoir si elles ont été suivies par un ergothérapeute dans le centre de rééducation.
- Savoir si des activités signifiantes ont été mises en place, ainsi que l'apprentissage dans un environnement écologique.
- Apprendre si une ou des visites à domicile d'un ergothérapeute ont été réalisées.
- Connaître les difficultés qu'elles rencontrent.
- Les interroger sur leurs attentes concernant la participation dans leurs activités de la vie quotidienne.

## 5. **Bibliographie**

- [1] ANFE. Définition. [En ligne]. Mis à jour le 3 juillet 2017. <http://www.anfe.fr/definition>. Consulté le 18/11/18.
- [2] Blog Frank Bruno. Les amputés en chiffre. [En ligne]. Mis à jour le 4 janvier 2011. <http://www.boutdevie.org/blog-frank-bruno/les-amputes-en-chiffres/>. Consulté le 27/01/19.
- [3] Ottobock. Qu'est-ce que la technologie prothétique ? [En ligne]. <https://www.ottobock.fr/protheses/informations-patients/technologie-prothetique/definition-prothese/>. Consulté le 14/04/19.
- [4] ADEPA. Association de Défense et d'Etudes des Personnes Amputées. [En ligne]. <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>. Consulté le 18/11/18.
- [5] Rollot J. Soigner le membre fantôme. Cairn. 2006/1 ; n°1 : 107-110 p. [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2006-1-page-107.htm>. Consulté le 01/11/2018.
- [6] Institut régional de médecine physique et de réadaptation. L'appareillage prothétique. [En ligne]. Le 8 décembre 2008. <http://irr-nancy.fr/spip.php?rubrique298>. Consulté le 25/11/18.
- [7] Proteor. Prothèse de vie quotidienne tibiale. [En ligne]. <http://orthopedie.proteor.fr/produit,1389-amputation,127-prothese-de-vie-quotidienne-tibiale.php>. Consulté le 18/04/19.
- [8] Cofemer – Campus MPR 2013. Appareillage pour amputés tibiaux. [En ligne]. <http://campus-mpr.univ-lyon1.fr/webapp/wiki/wiki.html?id=1605396>. Consulté le 18/04/19.
- [9] ADEPA. Association de Défense et d'Etudes des Personnes Amputées. [En ligne]. <https://www.adepa.fr/protheses/les-emboitures/>. Consulté le 18/04/19.
- [10] Les amputés de guerre. Désarticulation de la hanche et hémipelvectomie. [En ligne]. <https://www.amputesdeguerre.ca/pdf/site-francais/aide-offerte/membres-artificiels-et-appareils/membres-inferieurs/desarticulation-de-la-hanche-et-hemipelvectomie.pdf>. Consulté le 14/04/19.
- [11] Cofemer. Les amputés en chiffre. [En ligne]. [http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/AP2Amp\\_Chiffres.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/AP2Amp_Chiffres.pdf). Consulté le 12/10/18.

[12] Nicolas F, Delahaye A, Lefort H, Patrick Clervoy. L'annonce du diagnostic d'amputation. La revue de l'infirmière. Mars 2010 ; volume 64, n°209. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/960049/resultatrecherche/5>.

Consulté le 18/10/2018.

[13] Anne M. Se reconstruire après une amputation. La revue de l'infirmière. Mars 2015 ; volume 64, n°209. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/960053/resultatrecherche/12>. Consulté le 19/10/2018.

[14] Fontaine P, Baudoux F, Fatoohi B, Antoine P, Chambon J. Vécu des 1ères amputations distales des personnes diabétiques. Diabète. 2014 ; 028. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/882149/resultatrecherche/10>. Consulté le 18/10/2018.

[15] Chamlian T-R. Use of prostheses in lower limb amputee patients due to peripheral arterial disease. Einstein. 2014 ; 12(4) : 440-6. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25628194>. Consulté le 05/10/2018.

[16] Le Chapelain L, Beis J-M, Martinet N, Meridja A, Paysant J, André J-M. Les troubles de représentations du corps après désafférentation. Cairn. 2010/3 ; volume 2 : 212-220 p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-212.htm>. Consulté le 01/11/2018.

[17] Giroux P. Douleurs du membre fantôme. La revue de l'infirmière. Mars 2010 ; volume 64, n°209. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/960051/resultatrecherche/9>. Consulté le 18/10/2018.

[18] Murray C.D, Fox J. Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee. Disability and rehabilitation. 2010 ; 24 :17, 925-931 p. [En ligne]. <https://doi.org/10.1080/09638280210150014>. Consulté le 15/10/2018.

[19] Gourinat V. Déstructuration et restructuration identitaire du corps prothétique. Cairn. 2014/3 ; n°125 : 127-135 p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-societes-2014-3-page-127.htm>. Consulté le 04/11/2018.

[20] Lamperier A. Prise en charge en ergothérapie des patients amputés. Mars 2016. Consulté le 02/11/2018.

[21] Qualité de vie, une évaluation positive. [En ligne]. Mis en ligne en 2007. [http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005\\_qualite-vie.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_qualite-vie.pdf).

Consulté le 28/02/2019.

[22] Le concept de qualité de vie en santé, une définition complexe. EM Premium. SOINS, n°759, octobre 2011. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/666921/index.pdf>. Consulté le 28/02/2019.

[23] Evaluation de la qualité de vie d'une personne handicapée. EM Premium. Volume 35, numéro 3, pages 143-153. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/994287/resultatrecherche/12>. Consulté le 28/02/2019.

[24] Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. EM Premium. [En ligne]. <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1074569/resultatrecherche/53>.

Consulté le 28/02/2019.

[25] Noreau L, Fougere P, St-Michel G. Mesure de la qualité de l'environnement. Version 2.0. Québec ; 2008 : 18 p.

[26] Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-De-Montréal. Qualité de vie des personnes amputées d'un membre inférieur. [En ligne]. <https://www.aqipa.org>. Consulté le 28/02/2019.

[27] Université de Montréal. Evolution de la qualité de vie des personnes amputées d'un membre inférieur suite à une réadaptation fonctionnelle. Juillet 2008. [En ligne]. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/7600/Zidarov\\_Diana\\_2008\\_memoire.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/7600/Zidarov_Diana_2008_memoire.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Consulté le 10/03/2019.

[28] « Le concours médical » Tome 134 [n°5] de mai 2012, page 373 à 375. Comment maintenir la qualité de vie après l'amputation. [En ligne]. [https://www.larenaissancesanitaire.fr/pdf/pub\\_scientifiques/qualite\\_vie\\_amputation.pdf](https://www.larenaissancesanitaire.fr/pdf/pub_scientifiques/qualite_vie_amputation.pdf).

Consulté le 10/03/2019.

[29] Document de médecine légale. La qualité de vie des amputés de membre inférieur. Mis en ligne le 22 octobre 2010. [En ligne]. <https://medecinelegale.wordpress.com/2010/10/22/la-qualite-de-vie-des-amputes-de-membre-inferieur/>. Consulté le 28/02/2019.

[30] Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, ministère de la santé et des sports. Diplôme d'état d'ergothérapie, Référentiel de compétences. [En ligne].

<http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/Référentiel-de-compétences-DEE.pdf>. Consulté le 26/03/2019.

[31] Institut de formation en ergothérapie de Rennes. Ensemble : préparons le retour à domicile. 2014-2015. [En ligne]. [https://ifpek.centredoc.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=1384](https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1384). Consulté le 26/03/2019.

[32] Bernard Ennuyer. Chapitre 6 : Les acteurs clés du maintien à domicile. 2014, p 159-184. [En ligne]. <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/repenser-le-maintien-a-domicile--9782100552726-page-159.htm>. Consulté le 26/03/2019.

[33] L'agence nationale de la recherche. Technologies pour la santé et l'autonomie. Projet APSIC. 2010. [En ligne]. <http://www.agence-nationale-recherche.fr/Projet-ANR-10-TECS-0020>. Consulté le 31/03/2019.

[34] Recherche en soins infirmiers. Méthodologie quantitative et études descriptives simples. SOINS – n°768 – septembre 2012. [En ligne]. <http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2014/07/methodologie-quantitatives-et-études-descriptives-simples-recherche-en-soins-infirmiers.pdf>. Consulté le 27/04/19.



## 6. Annexes

### Annexe 1 : Les différents niveaux d'amputation



Amputation désarticulé de hanche



Amputation fémorale



Amputation tibiale

### Annexe 2 : Les différentes prothèses selon le niveau d'amputation



Prothèse pour amputation désarticulé de hanche



Prothèses pour amputation fémorale



Prothèses pour amputation tibiale

Annexe 3 : Tableau de recherche de la revue de littérature

Bases de données	Mots clefs	Articles sélectionnés par texte	Articles retenus
EM Premium	Diagnostic, amputation	35	1
	Reconstruction, amputation	677	1
	Douleurs membre fantôme	96	1
	Amputation, personnes diabétiques	1523	1
PubMed	Prothesis, amputee, arterial disease	22	1
	Prothesis satisfaction, amputee	18	1
Cairn	Image du corps, amputés	56	2
	Douleurs membre fantôme	93	1

## Annexe 4 : Tableau de synthèse des articles de la revue de littérature

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
La revue de l'infirmière, Mars 2015	L'annonce du diagnostic d'amputation	Etude psychologique et psychiatrique.	Personnes amputées	Approche psychologique	Psychologie, santé.	L'annonce du diagnostic doit être travaillée en amont et être surveillée par la suite. Le travail du deuil commence dès cette annonce, et la projection dans l'avenir aussi.	Les réactions des personnes à la suite de l'annonce du diagnostic ne sont pas abordées.
CHRU de Lille et Université de Lille.	Vécu des premières amputations distales des personnes diabétiques.	Entretien semi directif	11 hommes et 1 femme, âgés de 54 à 83 ans, amputés à cause du diabète de type 2.	Approche par théorisation centrée.	Psychologie, psychologie sociale, sciences médicales	La maladie qui ne se voyait pas devient visible. On observe une modification du comportement. L'amputation peut être facilitée lorsque 5 critères sont présents.	Est-ce que le fait que leur maladie devienne visible a des conséquences dans leur entourage et dans la société ?
La revue de l'infirmière, Mars 2015.	Se reconstruire après une amputation.	Témoignage.	Anne, amputée à la suite d'un accident de voiture.	Approche centrée sur la personne.	Psychologie, psychologie sociale, sociologie.	Les premières semaines après l'amputation sont très douloureuses	La reconstruction est-elle plus difficile lorsqu'il n'y a pas eu

						aussi bien au niveau physique que psychologique. L'équipe médicale et paramédicale ainsi que le vécu des autres patients aident à se reconstruire.	d'annonce assez tôt sur l'amputation ?
Einstein. 2014 ; 12(4) : 440-6.	Use of prostheses in lower limb amputee patients due to peripheral arterial disease	Etude rétrospective et transversale.	Personnes amputées du membre inférieur dû à une cause vasculaire.	Approche transversale.	Santé	L'utilisation de la prothèse est élevée au cours de la rééducation mais abandonnée à domicile.	Pourquoi les personnes abandonnent leur prothèse une fois rentrées à domicile ?
La revue de l'infirmière, Mars 2015	Douleurs du membre fantôme	Recherche basée sur des études comportementales, en électrophysiologie, et imageries fonctionnelles.	Personnes amputées	Approche scientifique sur les douleurs du membre fantôme.	Santé, sciences médicales, psychologie	Il existe plusieurs types de douleurs (mémoire et fantôme). La douleur fantôme provient de la plasticité cérébrale induite après l'amputation. Pour la traiter, il	La mise en place de la prothèse peut-elle permettre de réduire ces douleurs fantômes ?

						existe de nombreuses approches.	
CAIRN, 2010.	Les troubles des représentations du corps après désafférentation	Etude de la classification d'André et Al.	Personnes ayant vécues une désafférentation	Approche scientifique.	Santé, sciences médicales, psychologie	De nombreuses perceptions et illusions sont présentes après désafférentation . Il existe de nombreuses méthodes afin de générer la plasticité cérébrale et d'élaborer une image corporelle et de retrouver une perspective fonctionnelle.	Ces méthodes marchent-elles pour tous les patients atteints de désafférentation ?
CAIRN. 2006/1 ; n°1 : 107-110 p.	Soigner le membre fantôme	Discussion sur les traitements existants	Personnes amputées ayant des douleurs du membres fantômes	Approche scientifique	Santé, sciences médicales	Différentes méthodes existent pour réduire les douleurs du membre fantôme : la boîte au miroir et la réalité virtuelle.	Ces méthodes ont-elles les mêmes effets chez toutes les personnes amputées ?

CAIRN, 2014.	Déstructuration et restructuration identitaire du corps prothétique.	Entretien, observation de terrain effectué au sein d'un centre de réadaptation fonctionnelle en 2010, témoignages.	Personnes amputées appareillées à différents stades de leur apprentissage.	Approche psychologique	Santé, psychologie, psychologie sociale, sociologie.	L'intégration de la prothèse fait partie de la reconstruction. Elle permet à l'individu de retrouver son intégrité fonctionnel et physique. La reconstruction peut être difficile par le regard que porte les autres sur la personne.	Comment doit-on agir face aux regards des autres ? De la société ?
Disability and rehabilitation . 2010	Body image and prothesis satisfaction in the lower limb amputee.	Questionnaire et statistiques descriptives	Personnes amputées du membre inférieur	Approche psychologique	Santé, psychologie	L'image du corps et la satisfaction de la prothèse sont liées. Des différences s'observent entre les sujets masculins et les sujets féminins.	Un lien est-il présent avec la participation à domicile avec la prothèse ?

### Annexe 5 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Numéro	Intitulé de la question	Modalité de réponse	Objectif
1	Quelle est la cause majoritaire d'amputation des personnes amputées que vous rencontrez ?	QCM (Question à Choix Multiples) : Agénésie, Accident de la voie publique, artériopathie, autre : ...	Observer quelle cause d'amputation est la plus rencontrée.
2	Selon la cause d'amputation, la prise en charge est-elle la même ?	Question fermée : oui, non.	Observer si la prise en soin est adaptée à la cause d'amputation.
3	Si non, de quelle manière l'adaptez-vous ?	Question ouverte.	Savoir comment la prise en soin peut être adaptée selon l'amputation.
4	Prenez-vous en compte les douleurs du membre fantôme dans la prise en charge ?	Question fermée : oui, non.	Observer si les douleurs du membre fantôme sont prises en compte.
5	D'après vos observations, les douleurs du membre fantôme ont-elles un impact lors du port de la prothèse ?	Question fermée : oui, non.	Savoir si le port de la prothèse peut être impacté par les douleurs du membre fantôme.
6	Comment accompagnez-vous les personnes ayant des douleurs du membre fantôme dans la mise en place de la prothèse ?	Question ouverte.	Connaitre la prise en soin des douleurs du membre fantôme.
7	Comment accompagnez-vous les personnes n'ayant pas de douleurs du membre fantôme dans la mise en place de la prothèse ?	Question ouverte.	Connaitre l'accompagnement des ergothérapeutes dans la mise en place de la prothèse.
8	D'après vos observations et vos échanges avec les patients, quels sont les facteurs qui viennent faire obstacle à l'utilisation de la prothèse ?	Question ouverte.	Observer face à quelles difficultés peuvent être confrontées ces personnes avec la prothèse.
9	Comment pouvez-vous avoir un rôle facilitateur dans l'acceptation de la prothèse ?	Question ouverte.	Observer quels moyens l'ergothérapeute peut mettre en place afin d'aider la personne à accepter la prothèse.
10	Suivez-vous ces personnes lorsqu'elles sont retournées à domicile ?	Question fermée : oui, non.	Savoir si la prise en soin se poursuit une fois que les personnes sont retournées chez elle.
11	D'après vous, une fois rentrées chez elle, ces personnes utilisent leur prothèse :	QCM : souvent, parfois, jamais.	Connaitre l'avis des ergothérapeutes à ce sujet.

## Annexe 6 : Questionnaire et résultats de l'enquête exploratoire

### 6 réponses



RÉSUMÉ

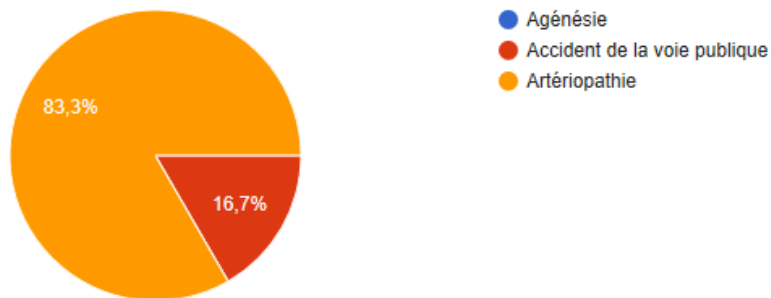
INDIVIDUEL

Réponses acceptées



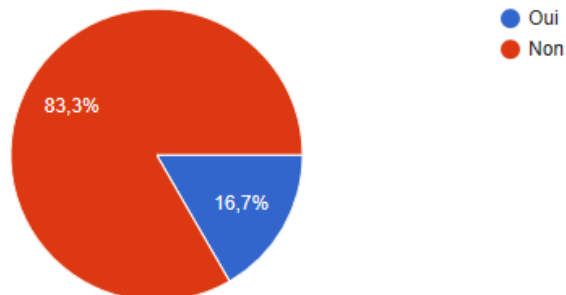
Quelle est la cause majoritaire d'amputation des personnes amputées que vous rencontrez ?

6 réponses



Selon la cause d'amputation, la prise en charge est-elle la même ?

6 réponses



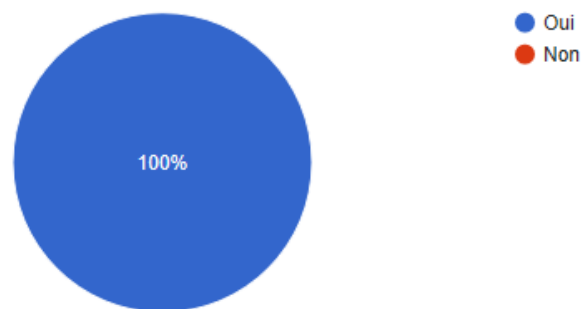
## Si non, de quelle manière l'adaptez-vous ?

5 réponses

Car age du patient.. Etp
en fonction de l'age, des pathologies associées, de l'entourage familial, professionnel, des motivations et ressenti de la personne
Les motivations sont intrinsèques... Nous fixons l'objectif du mr et la prothèse est un moyen de l'atteindre. Les objectifs varient d'une personne à l'autre
Si l'appareillage est possible ou non (suivant l'évolution du moignon)
Nous effectuons des conseils sur le chaussage et la prévention des plaies pour préserver le membre controlatéral

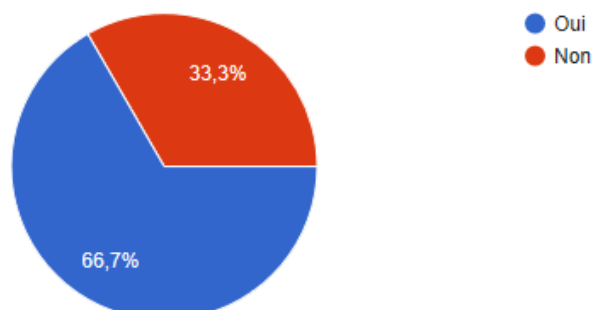
## Prenez-vous en compte les douleurs du membre fantôme dans la prise en charge ?

6 réponses



## D'après vos observations, les douleurs du membre fantôme ont-elles un impact lors du port de la prothèse ?

6 réponses



## Comment accompagnez-vous les personnes ayant des douleurs du membre fantôme dans la mise en place de la prothèse ?

6 réponses

Miroir thérapie

travailler la verbalisation du ressenti

Travail sur l'image du corps. Prise de conscience. Thérapie miroir

thérapie miroir

PEC multi professionnelle : travail en thérapie miroir et réintégration du membre amputé dans le schéma corporel

en ergo, uniquement par l'écoute

## Comment accompagnez-vous les personnes n'ayant pas de douleurs du membre fantôme dans la mise en place de la prothèse ?

6 réponses

Travail du chaussage

éducation à la mise en place si bonne compréhension

Par des séquences souvent très analytique. Travail de verticalisation et du schéma corporel, suivi de transfert sur une jambe. Une fois la prothèse, reprise de la verticalisation, du schéma corporel et des transferts suivi de la marche si possible

pas forcément d'accompagnement, réadaptation (visite à domicile, aide techniques, aménagement poste de conduite automobile...)

travail préparatoire à l'appareillage (équilibre unipodal, transfert sans prothèse..)

travail des AVQ, aménagement de l'environnement si besoin

## D'après vos observations et vos échanges avec les patients, quels sont les facteurs qui viennent faire obstacle à l'utilisation de la prothèse ?

6 réponses

Douleur œdème cicatrisation

les frottements, les douleurs, le fait de ne pas être sociabilisé

La compréhension de la langue et donc des consignes. Des barrières culturelles. Des difficultés physiques : rétractation, faiblesse musculaire, surpoids. Problème cardiaque. Manque de motivation.

douleur, difficulté lors de la mise en place

Le membre amputé dans le schéma corporel. L'équilibre postural assis et debout sans prothèse

le manque de compliance aux soins du moignon (port du manchon)



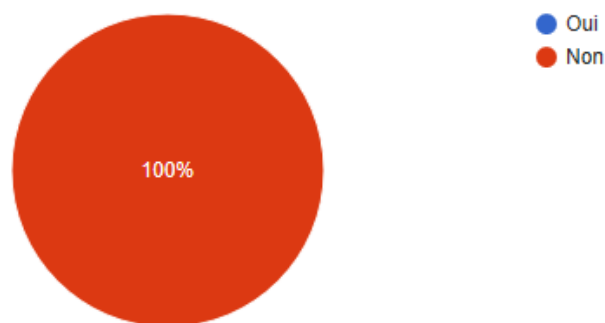
## Comment pouvez-vous avoir un rôle facilitateur dans l'acceptation de la prothèse ?

6 réponses

S approcher du besoin du patient
verbalisation, expliquer la nécessité de garder son autonomie
En mettant en avant les objectifs de la personne et expliquer l'intérêt de la prothèse pour les atteindre. En confrontant plusieurs personnes amputées pour parler de leur vécu
aucune idée
en donnant des objectifs réalisables et des activités significatives
acceptation très variée chez le patient âgé

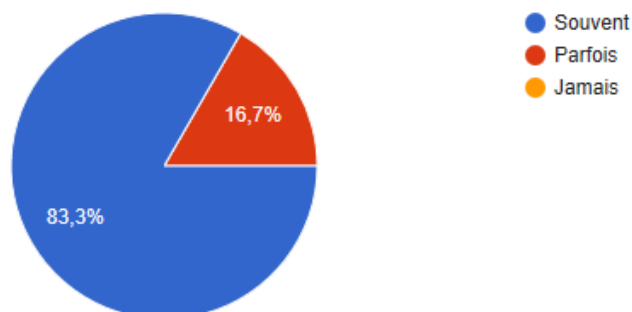
## Suivez-vous ces personnes lorsqu'elles sont retournées à domicile ?

6 réponses



## D'après vous, une fois rentrées chez elle, ces personnes utilisent leur prothèse :

6 réponses



Annexe 7 : Matrice conceptuelle

Concepts	Variables	Indicateurs
Qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indépendance</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Capacités fonctionnelles</li> <li>➤ Capacités neuropsychologiques</li> <li>➤ Responsabilité</li> <li>➤ Prise de décision</li> <li>➤ Capacités cognitives</li> <li>➤ Volition</li> <li>➤ Matériel</li> <li>➤ Humain</li> </ul>
Transférabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adopter une rééducation se rapprochant de la réalité</li> <li>- Capacité de se corriger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Objectifs SMART fixés avec la personne</li> <li>➤ Activités signifiantes</li> <li>➤ Environnement écologique</li> <li>➤ Répétition pour automatiser</li> <li>➤ Renforcement de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité et de la motivation</li> </ul>

## Annexe 8 : La MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle)

Nom :	Étiquettes du patient
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	

**M**esure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)

**Indépendance** : 7 : indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger).

6 : indépendance modifié (appareil, adaptation).

**Dépendance modifiée** : 5 : surveillance. 4 : aide minimale (autonomie = 75 % +).

3 : aide moyenne (autonomie = 25 % +).

**Dépendance complète** : 2 : aide maximale (autonomie = 25 % +).

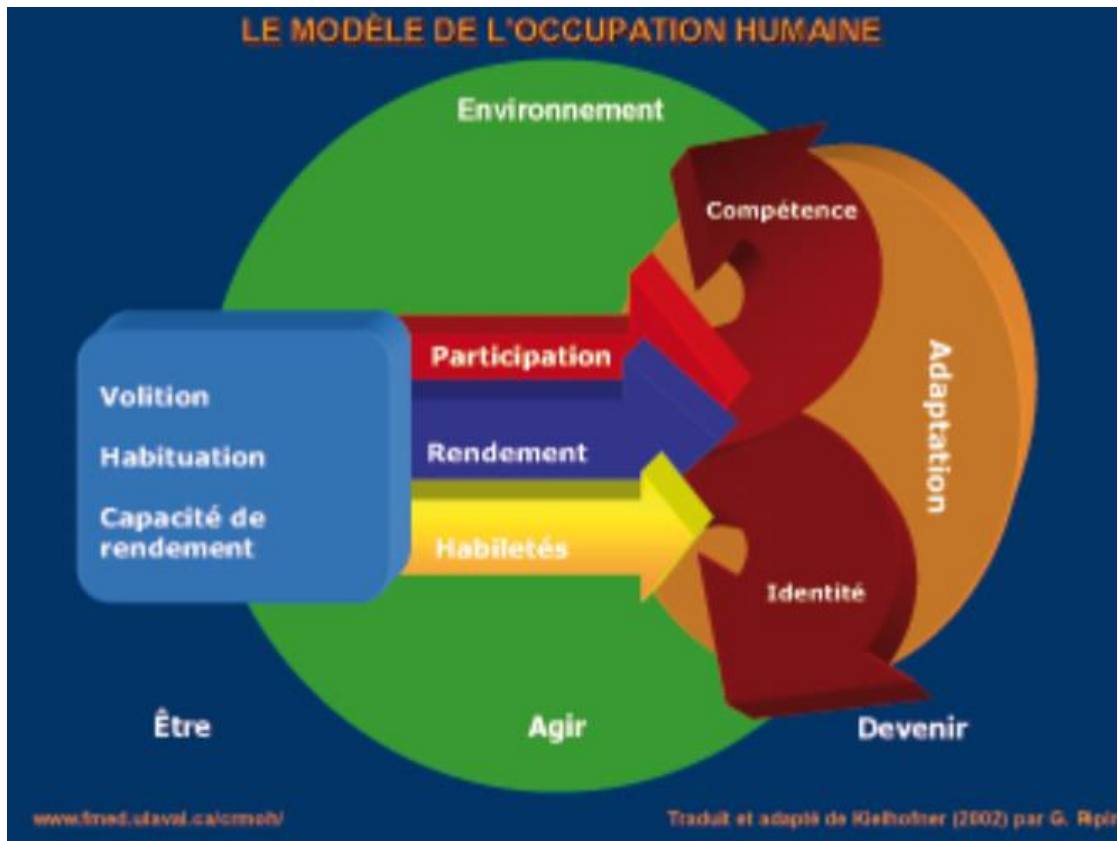
1 : aide totale (autonomie = 0 % +).

	Entrée	Séjour	Sortie	Suivi
<b>Soins personnels</b>				
<b>A</b> Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Soins de l'apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Habillage - partie supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Habillage - partie inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b> Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilité, transferts</b>				
<b>I</b> Lit, chaise, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J</b> w.c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> Baignoire, douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Locomotion</b>				
<b>L</b> Marche*, fauteuil roulant*	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>M</b> Escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Communication</b>				
<b>N</b> Compréhension**	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>O</b> Expression***	V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>Conscience du monde extérieur</b>				
<b>P</b> Interactions sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Q</b> Résolution des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>R</b> Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*M : marche - \*F : fauteuil roulant - \*\*A : auditive - \*\*V : visuelle

\*\*\*V : verbal - \*\*\*N : non verbal

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1.

Annexe 9 : Le MOH

Annexe 10 : La MCRO

<b>MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL (MCRO)</b>		
Nom du client :	évaluateur :	sexe :      age :      date :
<p><b>ETAPE 1 : détermination des problèmes de rendement occupationnel</b></p> <p>Pour déterminer les problèmes de rendement occupationnel, demandez au client d'identifier les activités quotidiennes qu'il <b>veut réaliser</b>, celles qu'il <b>doit réaliser</b> ou qu'il <b>devrait réaliser</b>, mais qu'il n'arrive pas à réaliser ou qu'il ne réalise pas à sa propre satisfaction.</p>	<p><b>ETAPE 2 : évaluation de l'importance</b></p> <p>A l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10 l'importance qu'il accorde à chaque activité.</p>	
<p>ETAPE 1A : Soins personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins personnels</li> <li>• Mobilité fonctionnelle</li> <li>• Vie communautaire</li> </ul>	<p>Importance</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </div>	
<p>ETAPE 1B : productivité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail rémunéré/non</li> <li>• Gestion domestique</li> <li>• Jeu/travail scolaire</li> </ul>	<p>Importance</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </div>	
<p>ETAPE 1C : loisirs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loisirs tranquilles</li> <li>• Loisirs actifs</li> <li>• Socialisation</li> </ul>	<p>Importance</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </div>	
<p><b>ETAPE 3 : Cotation</b></p> <p>Confirmez avec le client les <b>5 problèmes les plus importants</b> et inscrivez-les ci-dessous. A l'aide des fiches de cotation, <b>demandez au client de coter</b> chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction. Calculez ensuite le total des cotes. Les totaux sont calculés en additionnant les cotes de rendement et/ou de satisfaction de tous les problèmes, puis ils sont divisés par le nombre de problèmes.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>PROBLEMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL :</b></p> <p>1-.....</p> <p>2-.....</p> <p>3-.....</p> <p>4-.....</p> <p>5-.....</p>	<p style="text-align: center;"><b>RENDEMENT :</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </div>	<p style="text-align: center;"><b>SATISFACTION :</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </div>
<p style="text-align: center;"><b>COTATION</b></p> <p style="text-align: center;">Total des cotes de rendement ou de satisfaction</p> <p>Cote total = <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> / <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Nombre de problèmes ( 1 à 5)</p>		
<p><b>ETAPE 4 : REEVALUATION</b></p> <p>Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction.</p>		

### Annexe 11 : Matrice de questionnement de la recherche

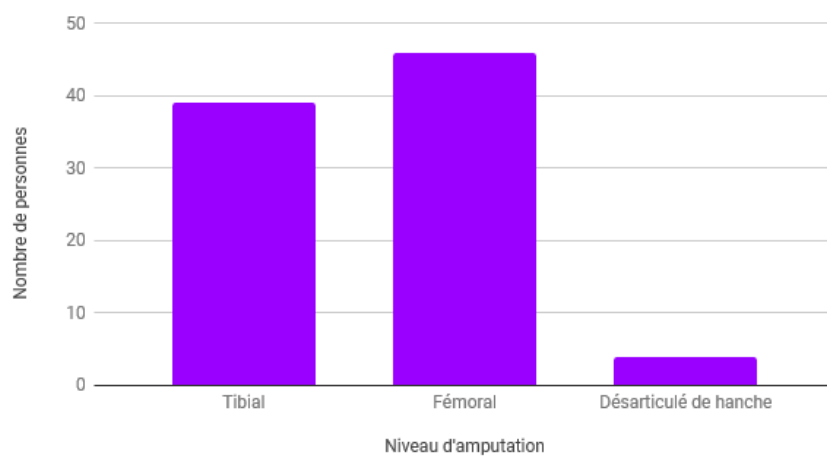
Numéro	Intitulé de la question	Modalité de réponse	Objectif
1	Vous avez été amputé, pourriez-vous me dire à quel niveau ?	QCM (Question à Choix Multiples) : désarticulé de hanche, fémoral, tibial.	Observer quel niveau d'amputation est le plus fréquent. Savoir si le niveau d'amputation joue sur le port de la prothèse.
2	Quel est la cause de votre amputation ?	QCM : traumatique, vasculaire, tumorale.	Observer quelle cause d'amputation est la plus fréquente.
3	A quel âge avez-vous été amputé ?	QCM : entre 18 et 30 ans, entre 31 et 43 ans, entre 44 et 56 ans, entre 57 et 69 ans, plus de 70 ans.	Visualiser dans quelle tranche d'âge l'amputation se fait le plus. Observer si l'âge et la durée du port de la prothèse sont liés.
4	De quel appareillage disposez-vous en tant que prothèse ?	QCM : prothèse provisoire, prothèse définitive.	Savoir quel appareillage possède la personne afin d'observer les répercussions sur le temps du port de la prothèse.
5	Depuis combien de temps portez-vous votre appareillage le plus récent ?	QCM : 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, plus de 4 mois.	Savoir si le temps de possession de l'appareillage impacte sur le port de la prothèse.
6	Depuis votre retour à domicile, lors de quelles activités chaussez-vous votre prothèse ?	QCM : déplacements intérieurs, déplacements extérieurs, les escaliers, porter des objets, faire les courses, cuisine, linge, repassage, ménage, jardinage, habillage, s'occuper des enfants, activités sportives, autres : ...	Savoir lors de quelles activités la prothèse est-elle la plus utilisée. Observer dans quelles activités les personnes amputées sont le plus indépendantes avec la prothèse.
7	A quelle fréquence ?	QCM : plus de 8 heures par jour, entre 5 et 8 heures par jour, entre 2 et 5 heures par jour, moins de 2 heures par jour.	Connaitre la fréquence de port de l'appareillage.

8	La prothèse a-t-elle renforcé votre investissement dans votre prise en soin et pour le retour à domicile ?	Question fermée : oui, non.	Connaitre la motivation de la personne concernant le port de la prothèse.
9	Rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation d'activités ?	Question fermée : oui, non.	Savoir si la prothèse peut poser souci au quotidien.
10	Quelles activités préférez-vous effectuer sans la prothèse ?	Question ouverte.	Se rendre compte des activités qu'il est préférable d'effectuer sans la prothèse, par confort ou par des difficultés qu'elle pourrait poser.
11	Quelles sont les raisons qui vous poussent à ne pas la porter ?	QCM : douleurs, regard des gens, manque d'adaptation/d'accès, difficultés à l'habillage et au chaussage, autres : ...	Apprendre pourquoi la prothèse n'est pas portée et ainsi pouvoir, par la suite, agir si cela est possible.
12	Portez-vous la prothèse autant que vous l'espérez ?	Question fermée : oui, non.	Observer si le transfert des acquis du contre au domicile a pu se faire correctement.
13	Des aménagements à votre domicile ont-ils été réalisés ?	Question fermée : oui, non.	Savoir si la personne a eu des aménagements réalisés chez elle.
14	Depuis votre retour à domicile, êtes-vous satisfait de votre participation dans les activités de la vie quotidienne ?	Echelle numérique de 1 à 10.	Connaitre la satisfaction quant à la qualité de vie avec la prothèse de ces personnes.

## Annexe 12 : Résultats du questionnaire de recherche

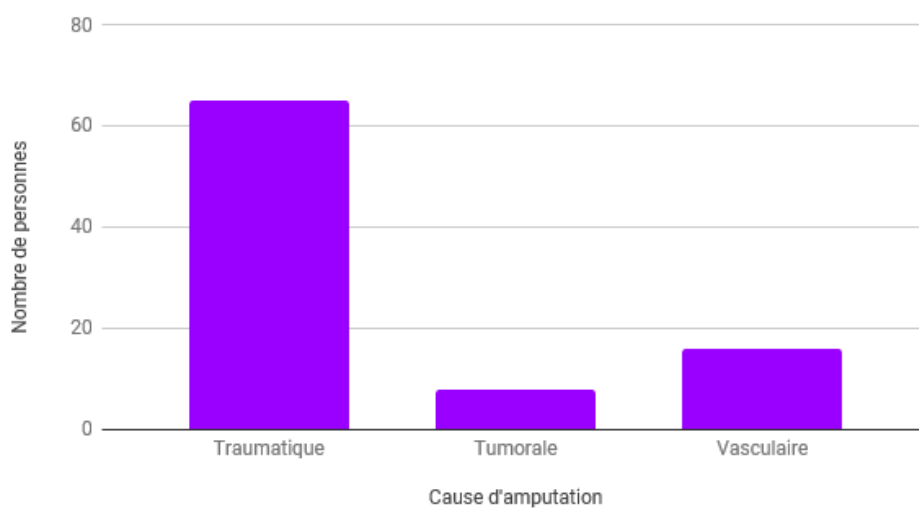
**Question 1 :** Vous avez été amputé, pourriez-vous me dire à quel niveau ?

Niveau d'amputation



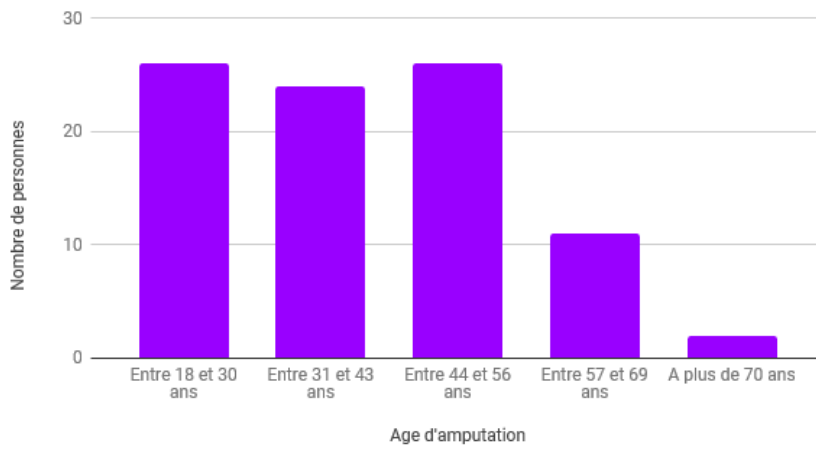
**Question 2 :** Quelle est la cause de votre amputation ?

La cause d'amputation



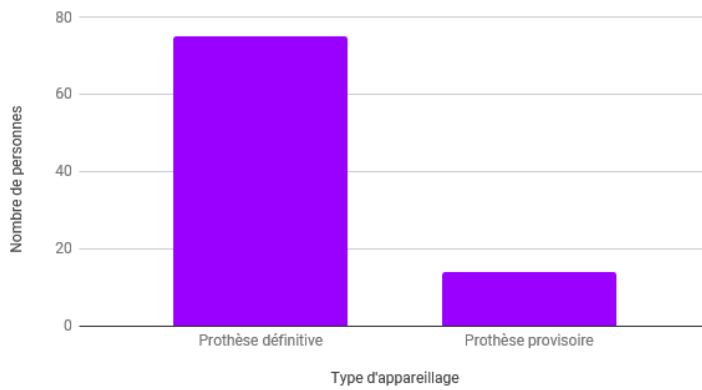
**Question 3 : A quel âge avez-vous été amputé ?**

L'âge d'amputation des personnes



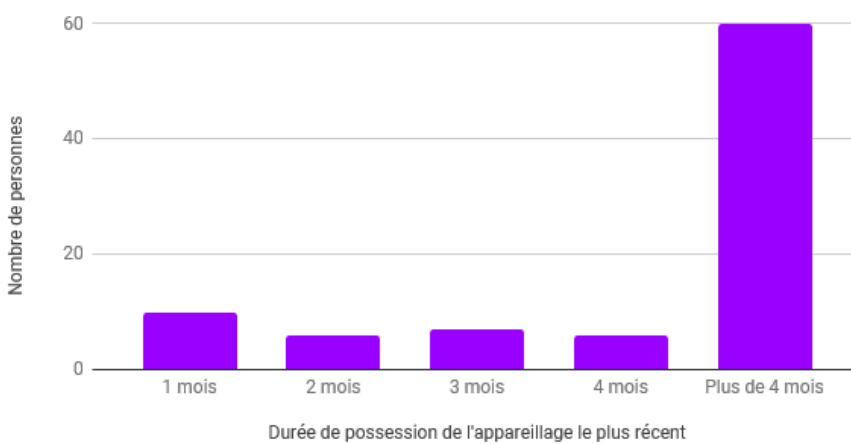
**Question 4 : De quel appareillage disposez-vous en tant que prothèse ?**

Appareillage possédé



**Question 5 : Depuis combien de temps portez-vous votre appareillage le plus récent ?**

Durée de possession de l'appareillage le plus récent selon les personnes



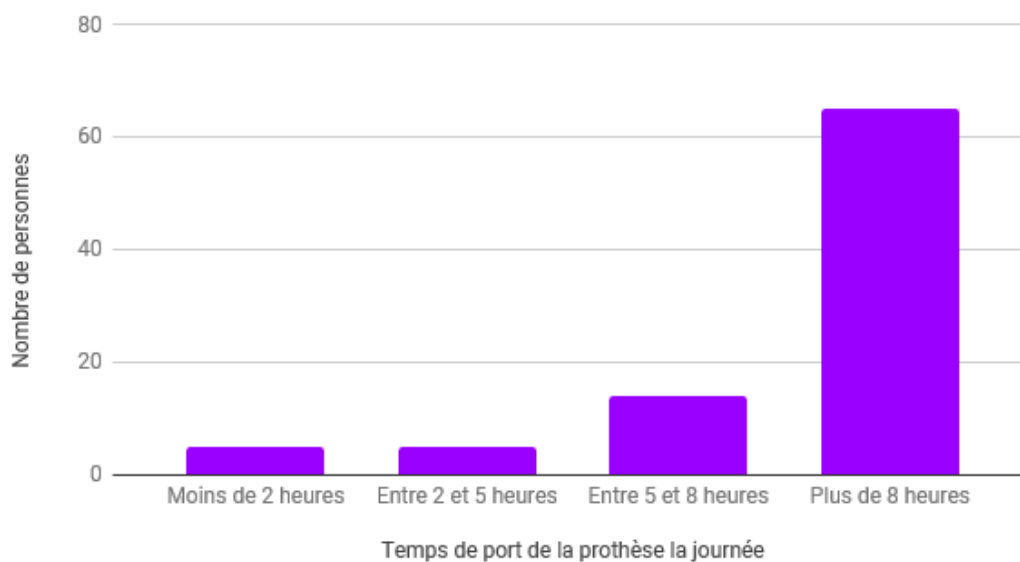


**Question 6 :** Depuis votre retour à domicile, lors de quelles activités chaussez-vous votre prothèse ?



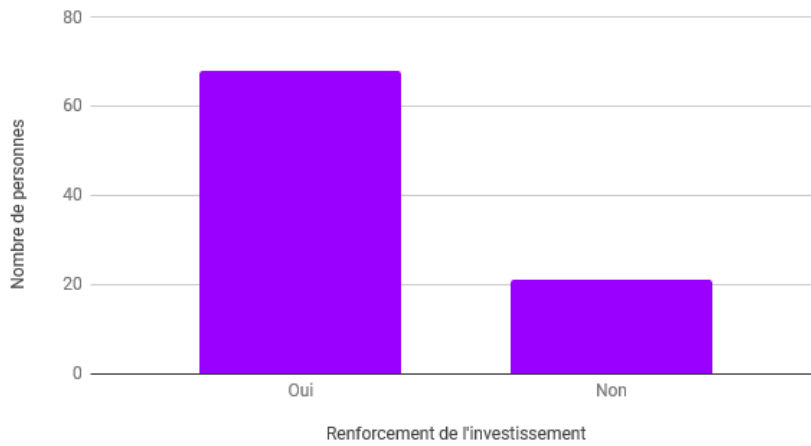
**Question 7 :** A quelle fréquence ?

**Temps de port de la prothèse la journée selon les personnes**



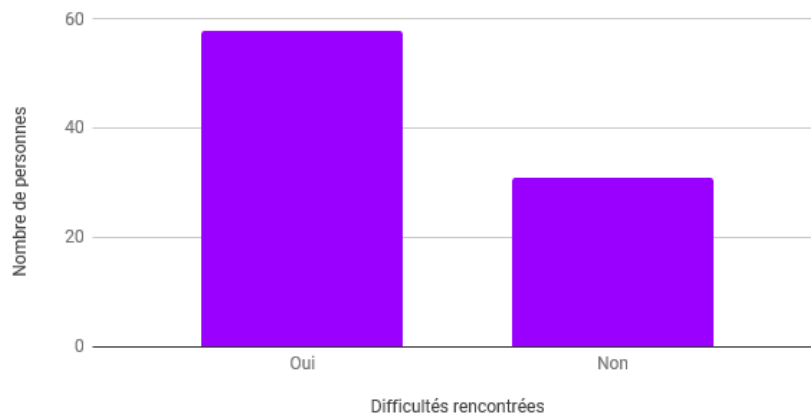
**Question 8 :** La prothèse a-t-elle renforcé votre investissement dans votre prise en soin et pour le retour à domicile ?

Renforcement de l'investissement avec la prothèse



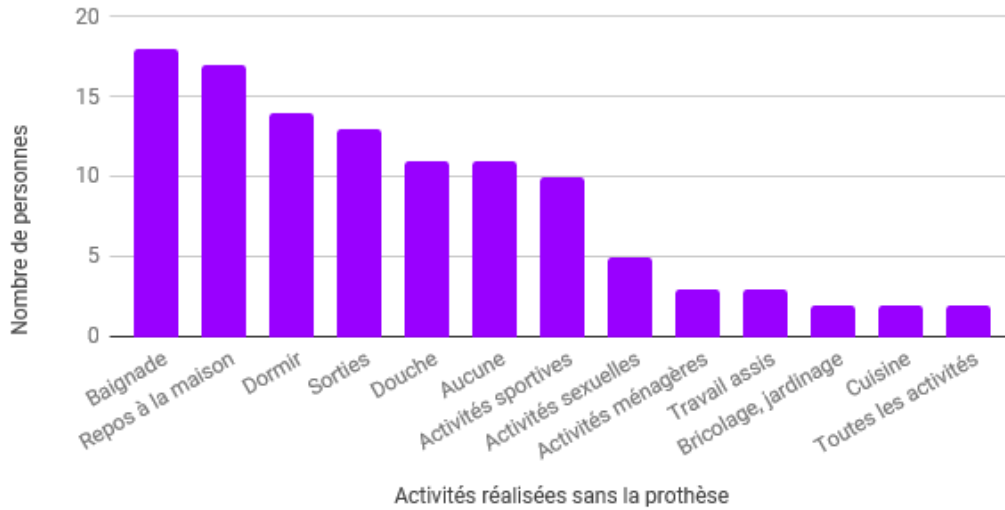
**Question 9 :** Rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation d'activités avec la prothèse ?

Difficultés rencontrées dans la réalisation d'activités avec la prothèse



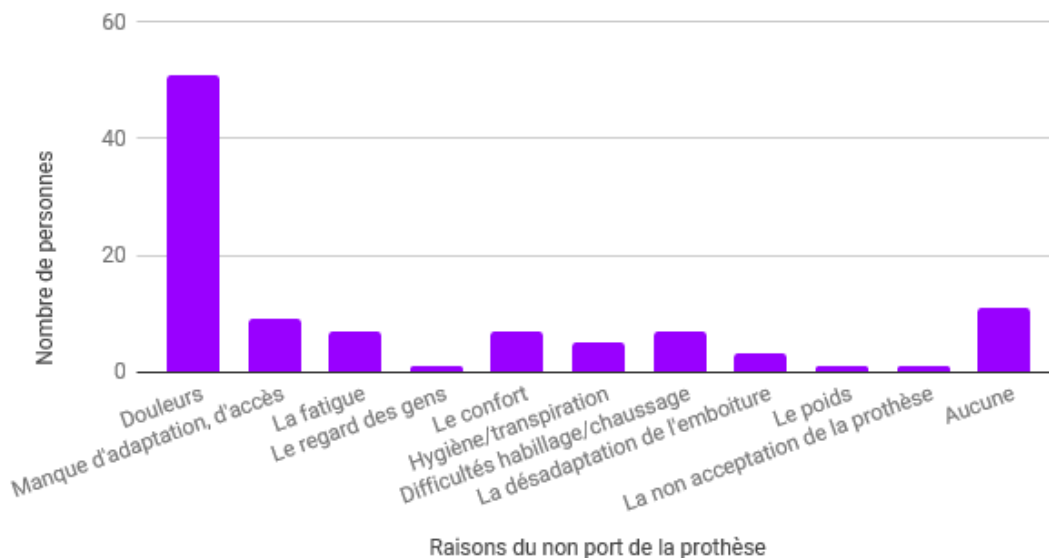
**Question 10 :** Quelles activités préférez-vous effectuer sans la prothèse ?

### Activités réalisées sans la prothèse selon le nombre de personnes



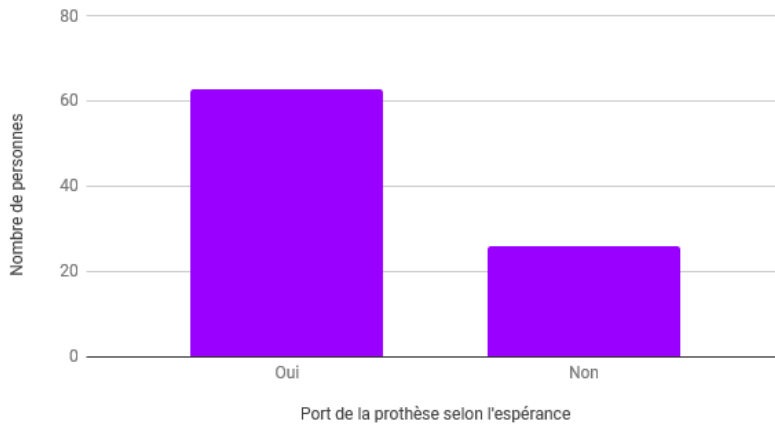
**Question 11 :** Quelles sont les raisons qui vous poussent à ne pas la porter ?

### Raisons du non port de la prothèse selon les personnes



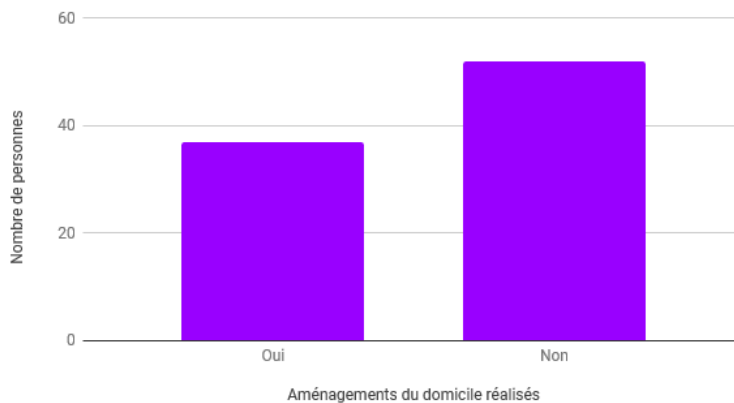
**Question 12 :** Portez-vous la prothèse autant que ce que vous l'espérez ?

Port de la prothèse selon l'espérance de la personne



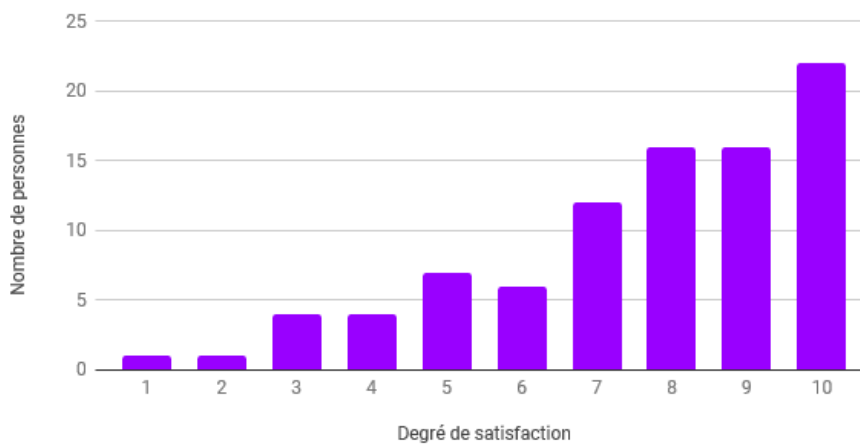
**Question 13 :** Des aménagements à votre domicile ont-ils été réalisés ?

Les aménagements du domicile réalisés



**Question 14 :** Depuis votre retour à domicile, êtes-vous satisfait de votre participation dans les activités de la vie quotidienne ?

Degré de satisfaction par rapport à la participation dans les activités de la vie quotidienne selon les personnes



### **Résumé et mots clefs**

**Résumé** : Chaque année, cinq mille personnes sont victimes d'amputation en France. Les ergothérapeutes sont présents dans la mise en place de la prothèse et dans le réinvestissement des activités de la vie quotidienne. Cependant, ces derniers n'effectuent pas de suivi lorsque les personnes retournent chez elles. La recherche internationale évoque le fait que la prothèse est souvent abandonnée lors du retour à domicile. Cette étude a cherché à décrire comment les personnes amputées du membre inférieur, vivant en France, utilisent leur prothèse dans leurs activités lors du retour à domicile. Une étude descriptive a permis d'apprendre, à l'aide d'un questionnaire, la participation avec la prothèse des personnes amputées du membre inférieur dans leurs activités de la vie quotidienne à domicile. 89 personnes ont participé. 65 personnes sur 89 interrogées utilisent plus de 8 heures par jour leur prothèse. Et selon une échelle de satisfaction concernant la participation, 66 personnes ont répondu une note supérieure ou égale à 7/10. Pour conclure, la majorité des personnes amputées du membre inférieur utilise leur prothèse régulièrement dans leurs activités de la vie quotidienne à domicile.

**Mots-clefs** : Ergothérapie, amputation, membre inférieur, prothèse, activités de la vie quotidienne.

### **Abstracts and keys word**

**Abstracts**: Every year, five thousand persons are amputated in France. Occupational therapists are involved in prosthetic training and reinvesting activities of daily living. However, they do not follow up after the return home. International research mentions the fact that the prosthesis is often abandoned once the individuals get back home. This study sought to describe how lower limb amputees living in France use their prosthesis in their activities at home. A descriptive study, by means of a questionnaire, analysed this participants' involvement bearing there lower limb prosthesis in their activities of daily living at home. 89 people participated. 65 out of 89 respondents use more than 8 hours per day their prosthesis. And according to a satisfaction scale concerning participation, 66 people self-assessed a score greater than or equal to 7/10. To conclude, the majority of lower limb amputees uses the prosthesis regularly in their daily home activities.

**Keys word** : Occupational therapy, amputation, lower limb, prosthesis, activities of daily living.