



HAL
open science

Apport du guide méthodologique d'éducation thérapeutique du patient amputé de membre inférieur : évaluation des pratiques professionnelles

Anna Guesdon

► **To cite this version:**

Anna Guesdon. Apport du guide méthodologique d'éducation thérapeutique du patient amputé de membre inférieur : évaluation des pratiques professionnelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03021087

HAL Id: dumas-03021087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03021087v1>

Submitted on 24 Nov 2020

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



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Apport du guide méthodologie d'éducation
thérapeutique du patient amputé de
membre inférieur : évaluation des pratiques
professionnelles**

GUESDON Anna

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Promotion 2016-2020

Session juin 2020

Remerciements...

A Hélène Bissariex, ma directrice de mémoire, pour son investissement, sa disponibilité et ses conseils précieux qui m'ont permis d'avancer tout au long de ce travail.

A Christelle Hamon pour m'avoir guid  e au début de mes recherches sur le sujet et sur la mise en place de mon mémoire.

A mes parents et    ma s  ur, qui m'ont accompagn  e et encourag  e du début jusqu'à la fin de mes études.

A tous mes amis, pour leurs sourires, leurs énergies et les moments partagés, qui ont rendu ces quatre années formidables.

A Justine Lamer, pour son aide précieuse en informatique et tout le soutien apporté durant cette année.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	1
2.	Cadre conceptuel.....	3
2.1.	Historique, définition et épidémiologie de l'amputation de membre inférieur	3
2.2.	Les conséquences de l'amputation	5
2.3.	Le projet de soins du patient amputé de membre inférieur.....	8
2.4.	L'éducation thérapeutique du patient	9
2.5.	L'ETP dans la prise en charge des patients amputés	13
2.6.	Le guide méthodologique d'ETP pour les patients amputés	14
3.	Problématique et hypothèses de recherche	18
4.	Méthodologie de recherche.....	19
4.1.	Choix de la méthode	19
4.2.	Population cible et échantillon de l'étude.....	19
4.3.	Forme des questionnaires.....	20
4.4.	Fond des questionnaires.....	22
4.5.	La diffusion des questionnaires	24
5.	Résultats.....	26
5.1.	Présentation des résultats des kinésithérapeutes.....	26
5.2.	Présentation des résultats des médecins MPR et cadres de santé.....	32
5.3.	Analyse et synthèse des résultats	38
6.	Discussion.....	43
6.1.	Limites de l'étude	43
6.2.	Discussion des hypothèses en lien avec les résultats	45
6.3.	Le rôle des kinésithérapeutes dans l'ETP pour les patients amputés	51
6.4.	Ouverture sur la formation initiale des kinésithérapeutes à l'ETP	54
7.	Conclusion	58

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Niveau d'amputation de membre inférieur et du pied. ADEPA	4
Figure 2 : Type de service de travail des kinésithérapeutes	26
Figure 3 : Proportion des patients amputés parmi la patientèle en fonction du type de service	26
Figure 4 : Kinésithérapeutes non formés à l'ETP : les raisons	27
Figure 5 : Existence d'un programme d'ETP pour les patients amputés selon le service	27
Figure 6 : Collaboration entre les kinésithérapeutes et les autres professionnels	28
Figure 7 : Lecture du guide par les kinésithérapeutes	29
Figure 8 : Utilisation du guide dans la pratique des kinésithérapeutes	29
Figure 9 : Lecture du guide en fonction de son utilisation dans la pratique	30
Figure 10 : Utilité du kinésithérapeute dans les ateliers qu'ils développent dans les programmes d'ETP pour les patients amputés	31
Figure 11 : Utilisation des supports du guide chez les kinésithérapeutes qui n'ont observé aucun effet du guide sur leur pratique	32
Figure 12 : Utilisation des supports fournis dans le guide par les kinésithérapeutes	32
Figure 13 : Programme d'ETP pour les patients amputés dans les établissements	33
Figure 14 : Patients amputés de membre inférieur concernés par les programmes d'ETP	33
Figure 15 : Mise en place de programme d'ETP non prévue : les raisons	34
Figure 16 : Connaissance et lecture du guide par les médecins MPR et cadres de santé	34
Figure 17 : Participation des professionnels à l'élaboration du guide	35
Figure 18 : Utilisation du guide pour développer son propre programme en fonction de la participation ou non du professionnel à l'élaboration du guide	35
Figure 19 : Ateliers développés dans les différents programmes d'ETP pour les patients amputés	37
Figure 20 : Axes non développés par le guide	37
Figure 21 : Lecture du guide par les professionnels : kinésithérapeutes, médecins MPR et cadres de santé	41

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évaluation de la qualité du contenu, de l'utilité et de la facilité d'utilisation du guide par les kinésithérapeutes	30
Tableau 2 : Évaluation de la qualité du contenu, de l'utilité et de la facilité d'utilisation du guide en fonction de la participation ou non du professionnel à l'élaboration du guide	36
Tableau 3 : Évaluation de la qualité du contenu, de l'utilité et de la facilité d'utilisation du guide par les trois professions.....	42

ABRÉVIATIONS

AFA : Association Française pour l'Appareillage

AMPAN : Association Médicale de Perfectionnement en Appareillage Nationale

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

BACPAR : British Association of Chartered Physiotherapists in Amputee Rehabilitation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

ISPO : International Society for Prosthetics and Orthotics

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé et Territoire

MK : Masseur-kinésithérapeute

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

Pro. : Professionnels

SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

1. Introduction

1.1. Situation d'appel

Mon intérêt pour les patients amputés de membre m'est venu dès mon premier stage en première année de formation en masso-kinésithérapie. J'étais stagiaire dans le service de chirurgie orthopédique du CHU de Brest. A ce moment-là, je n'avais encore jamais rencontré de patient amputé jusqu'à ce que je prenne en charge une patiente de 25 ans amputée au membre inférieur gauche en trans-fémoral. Elle venait d'être victime d'un accident de la voie publique et s'était fait opérer en urgence.

Malgré ce traumatisme important qui avait changé sa vie du jour au lendemain, je l'avais trouvée impressionnante. Elle était restée très forte, affichait un sourire pendant les séances de kinésithérapie et s'exprimait sur ses ambitions et ses objectifs. Très rapidement, elle nous a fait part, à la kinésithérapeute référente et moi-même, de sa volonté de vouloir reprendre l'équitation avec une selle adaptée. Des photos de son cheval étaient affichées dans sa chambre d'hôpital et elle s'était promis qu'elle remonterait dessus avec une prothèse après toute sa rééducation.

Durant toute sa semaine d'hospitalisation, elle avait gardé la tête haute et montrait sa détermination dans ce début de prise en charge rééducative. Après réflexion, je pense savoir pourquoi son histoire m'avait interpellée à cette époque. Je m'étais demandé comment je réagirais s'il m'arrivait la même chose, en étant une jeune adulte en début de vie active. Et plusieurs questions qui restent sans réponses me sont venues à sa sortie d'hôpital : A-t-elle réussi à atteindre son but de reprendre l'équitation ? Quel a été son parcours clinique ? Quels obstacles a-t-elle rencontrés pendant sa rééducation ? Quels ont été les apports de l'équipe pluridisciplinaire et notamment des kinésithérapeutes face à ces obstacles ?

1.2. Questionnement

Cette situation m'a fait réfléchir sur la dimension de la prise en charge rééducative. Au-delà des techniques manuelles et instrumentales que possède notre profession, d'autres outils existent pour répondre aux besoins et aux objectifs des patients. Ainsi, la

notion d'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'introduit pour aider au mieux ces personnes dans la gestion de leur pathologie. Quelques questions se dégagent alors. L'éducation thérapeutique du patient peut-elle être un moyen pour répondre aux obstacles rencontrés par le patient pendant sa rééducation ? Quelle est sa place dans la prise en charge des patients amputés ? Quelle est l'implication des masseurs-kinésithérapeutes (MK) dans les programmes d'ETP ?

2. Cadre conceptuel

2.1. Historique, définition et épidémiologie de l'amputation de membre inférieur

Note : Ce mémoire va traiter uniquement des amputations de membre inférieur.

L'amputation, d'après l'Académie Nationale de Médecine, est « une séparation brutale, accidentelle ou chirurgicale, d'un membre ou de l'extrémité d'un membre, du restant du corps » (1). Pratiquée principalement pour les blessés de guerre ou les maladies contagieuses, elle a débuté il y a plusieurs siècles et s'est progressivement améliorée, notamment au XVIème siècle où elle prend un autre tournant (2). Les découvertes d'Ambroise Paré, père fondateur de la chirurgie moderne, sur la ligature des artères diminuent conséquemment la mortalité des malades. Il introduit également les premières prothèses. Au fil du temps, les différentes techniques chirurgicales se sont succédées et perfectionnées, progressant parallèlement aux avancées de la médecine. Actuellement, l'amputation n'est plus seulement une chirurgie. C'est une prise en charge médicale qui intègre en plus des soins, la rééducation et la réadaptation de la personne amputée avec la collaboration de différents professionnels. Grâce à la technologie des prothèses et à l'obtention d'un « bon » membre résiduel, le patient a des possibilités de développer ses capacités fonctionnelles.

De nos jours, les amputations sont toujours présentes mais pour des raisons différentes (maladies artéritiques, diabète, traumatisme...). Les études épidémiologiques en France sont peu nombreuses et sont souvent anciennes. L'étude de Maitre et coll. estimait dans les années 1990 le nombre de personnes amputées de membre inférieur entre 83 000 et 93 000 (3). Depuis, l'institut de veille sanitaire a publié en 2006 l'étude de Fosse et coll. qui se penche sur l'incidence des amputations de membres inférieurs chez les patients diabétiques en 2003 en France (4). 17 551 actes d'amputation ont été recensés sur plus de 15 000 personnes. Ce chiffre s'explique par les amputations multiples que subissent certaines personnes sur une année. Parmi elles, 52% sont diabétiques. On retrouve une différence significative d'incidence des amputations entre la population diabétique (184/100 000 habitants/an) et la population non diabétique (13/100 000 habitants/an).

Les données sur les amputations peuvent paraître importantes mais néanmoins, il faut préciser qu'il s'agit de toute amputation de membre inférieur confondue. Elle peut concerner autant un orteil qu'une jambe entière. On distingue alors deux catégories d'amputation : les amputations mineures et majeures qui se différencient par la conservation ou non du talon du pied.

Le maintien du genou est un aspect également important de l'amputation car il impacte fortement le résultat de la rééducation et le devenir fonctionnel des patients. Son absence complexifie la prise en charge. Le patient dépense plus d'énergie pendant la déambulation et a un risque de chute plus élevé. En effet, en plus de devoir apprendre à marcher avec un appui par l'intermédiaire d'une prothèse, il doit également savoir contrôler son genou prothétique.

Ainsi, afin d'obtenir la meilleure réadaptation qu'il soit pour le patient, la conservation du genou pendant l'opération est une priorité pour les chirurgiens (5). Néanmoins, le maintien du genou n'est pas toujours possible, quelle que soit l'étiologie de l'amputation.

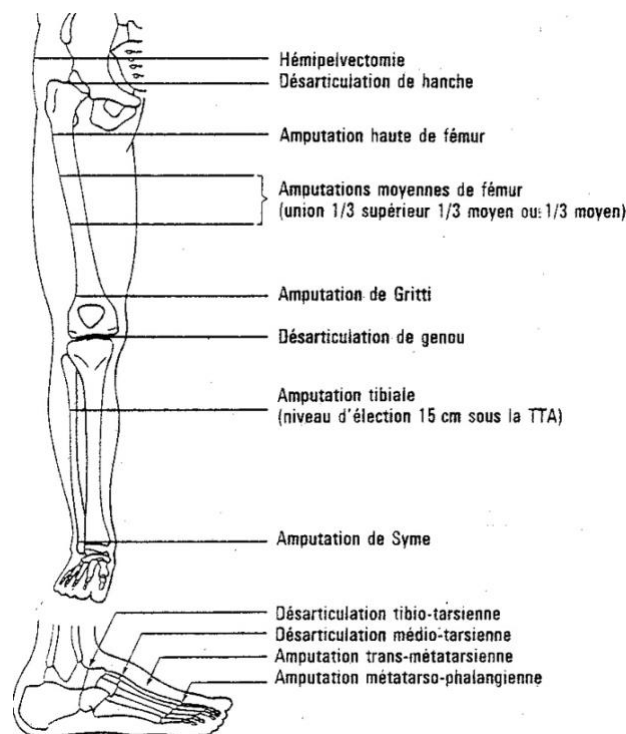


Figure 1 : Niveau d'amputation de membre inférieur et du pied. ADEPA

La première cause d'amputation actuelle est d'origine vasculaire qui représente environ 80 à 90% des amputations (6). De nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires sont retrouvés comme l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le

tabagisme ou encore l'obésité, responsables de l'artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI) et du diabète (7). Vient en seconde place la cause traumatique, bien qu'elle tende à diminuer avec les actions de prévention sur la sécurité routière et les lieux de travail. A un pourcentage moins important, on retrouve les malformations congénitales (agénésie), les tumeurs ou encore d'autres causes rares.

2.2. Les conséquences de l'amputation

L'essentiel de la rééducation des patients amputés se base sur les conséquences qu'elle engendre, tant sur le plan algique, cutané, articulaire, musculaire, fonctionnel, psychologique, social et autre encore. Mais ces répercussions sont propres à chaque patient, et il est difficile de toutes les recenser.

Voici une liste non exhaustive des principales conséquences d'une amputation de membre inférieur.

La douleur de la personne amputée. Elle est retrouvée chez quasiment tous les patients du fait des différents types de douleur existants. En premier lieu, il y a la douleur nociceptive, qui correspond à une atteinte des tissus comme une cicatrice douloureuse. Ensuite, il y a la douleur neuropathique relative à l'atteinte des voies neurologiques. Dans ce type de douleur, on retrouve les douleurs de névromes. Il s'agit des filaments du nerf qui repoussent à l'extrémité du moignon et qui s'enroulent sur eux-mêmes, provoquant parfois des douleurs. Un autre aspect de la douleur neuropathique, et certainement le plus connu chez les patients amputés est lié au membre fantôme ; le fait que le patient ressente toujours la présence de son membre absent en interaction avec le reste du corps (8). Cette sensation fantôme est appelée hallucinose. Mais lorsqu'elle devient douloureuse, on parle alors d'algohallucinose. Pour terminer, le dernier type de douleur qui existe est moins exprimé explicitement par les patients. C'est la douleur psychologique. Chaque patient réagit différemment à l'amputation et les thérapeutes sont présents pour les accompagner dans leurs étapes de deuil (9,10).

Les affections cutanées et trophiques du moignon sont retrouvées chez les patients amputés de membre inférieur et peuvent être de tous types : œdèmes, phlyctènes, mycoses, allergies de contact, sudation, défaut de cicatrisation...(11). Elles

augmentent notamment avec le manchon de compression et le port de la prothèse où le moignon respire moins. C'est pourquoi il est important d'avoir une surveillance cutanée vigilante du moignon et de vérifier le bon état des pansements le temps de la cicatrisation. Cela fait partie du rôle des infirmiers et des kinésithérapeutes mais également du patient.

Les déformations articulaires et attitudes vicieuses (9). Les patients présentent souvent à différents degrés des flessums de genou ou de hanche. Ces attitudes peuvent apparaître pour raisons variées : la position au lit ou au fauteuil, la douleur provoquant un retrait du membre en triple flexion (attitude antalgique), l'absence de l'appui au sol, ou encore l'ischémie chez les patients artéritiques. Le sang circule difficilement dans certaines zones et provoque un flessum par rétraction musculo-tendineuse. Chez les patients amputés fémoraux, un abductum de hanche peut également apparaître en fonction du niveau d'amputation où la balance adducteurs/abducteurs peut être déséquilibrée (car les abducteurs deviennent plus forts que les adducteurs).

Les déficits musculaires. Fraisse et coll. ont mené une revue de littérature démontrant les modifications anatomiques et histologiques des muscles chez les patients amputés tibiaux (12). Plusieurs facteurs sont à l'origine de la fonte musculaire comme dans un premier temps en post-opératoire la douleur, l'alitement ou encore l'inactivité. L'amyotrophie est retrouvée au niveau du membre résiduel mais également sur le membre controlatéral. En effet, les fibres musculaires, principalement les fibres de type I (lentes) sont touchées par une diminution de leur nombre et de leur diamètre. Du côté du membre résiduel, l'acte chirurgical influe sur cette amyotrophie et certains muscles sont plus touchés que d'autres. Ils se retrouvent dépourvus de leurs insertions distales, privés partiellement de leur innervation et démunis d'action motrice sur les articulations. D'autres muscles se voient changer de rôle comme ceux intervenant dans le maintien de la prothèse ou le contrôle du genou par exemple.

Les troubles fonctionnels. L'ablation d'une partie ou de la totalité du membre inférieur n'est pas sans conséquences sur l'autonomie de la personne. Plusieurs déficits sont à récupérer et cela nécessite un apprentissage long et une maîtrise du corps (9). Le début du travail fonctionnel commence avec l'apprentissage d'un bon équilibre assis car la perte de poids, du fait de l'absence d'un membre, provoque un déséquilibre chez la

personne amputée. L'acquisition de cet équilibre permet par la suite de réaliser des changements de position (transferts) et d'avoir également un équilibre debout sur une jambe, indispensable pour être autonome dans la vie quotidienne (habillage, toilettes, cuisine, tâches ménagères...). La perte d'entrée d'informations proprioceptives ainsi que la perturbation du schéma corporel procurent une insécurité à la déambulation avec prothèse dans les premières semaines de rééducation. Or, la marche est très souvent l'objectif principal souhaité par les patients et la capacité à se déplacer avec la prothèse marque une transition considérable dans leur vie (13). Il est donc fondamental de travailler précisément chaque étape de la marche afin d'arriver à une qualité de marche satisfaisante et sécurisée pour le patient. Malgré tout, l'étude de Kaboub et coll. (14) démontre que les chutes chez les patients amputés de membre inférieur sont fréquentes. Plusieurs facteurs pouvant exposer à des chutes sont identifiables comme l'âge, la date de l'amputation, les antécédents de chute, les troubles cognitifs... Des particularités propres à l'amputation jouent aussi un rôle dans les chutes avec la modification du schéma corporel, la diminution de la capacité physique, l'amyotrophie ou encore la difficulté à chausser la prothèse. Pour diminuer le risque de chute, ces facteurs doivent être pris en compte pendant les séances de rééducation. Différents moyens sont à la portée des professionnels : prévention et éducation du patient, mise en situation écologique, réunion interdisciplinaire, instauration d'un cadre sécurisé pour le patient...

Le retentissement psychologique de l'amputation. Les études, comme celle de Darnall et coll. (15), ont montré que les symptômes de dépression étaient très courants chez les personnes amputées du membre inférieur. Selon le contexte de l'amputation, les répercussions peuvent être très variées. Chez certains, on pourra retrouver un soulagement face à une douleur antérieure trop forte, comme chez les patients artéritiques par exemple. Au contraire, chez les traumatiques, l'amputation est soudaine et non voulue. Différents sentiments sont ressentis par le patient comme l'injustice, la colère, la tristesse, la peur, le déni... Le patient doit reprendre conscience de son corps au fur et à mesure pour parvenir à l'accepter. Permettre au patient de s'exprimer sur son ressenti et de se sentir écouté est primordial pour l'aider dans l'étape de son deuil du membre perdu. Des consultations spécialisées peuvent être mises en place avec des psychologues mais d'autres professionnels sont également aptes à entendre le patient. Les kinésithérapeutes passent beaucoup de temps en rééducation avec le patient. Ce moment partagé permet de discuter, de changer les idées du patient, mais aussi de

l'encourager et de valoriser ses progrès au fil des séances. Le partage du plateau technique avec d'autres personnes amputées favorise l'échange entre les patients, la comparaison et la transmission réciproque de la motivation (9).

Le cas particulier de l'amputé vasculaire. L'AOMI et le diabète sont les principales causes des amputations vasculaires. Des complications locales peuvent être rencontrées pendant la rééducation : infection du moignon, ré-intervention chirurgicale pour saignement post-opératoire, flexum ischémique du membre résiduel (destruction des sarcomères non perfusés et augmentation du secteur tendineux responsable de la rétraction) (16). Ceci nécessite alors du côté de l'équipe soignante et rééducative une surveillance accrue des signes vasculaires sans négliger le membre controlatéral qui est également à risque. En effet, le patient diabétique est à haut risque d'amputation secondaire dans les six mois suivant l'amputation initiale d'après l'étude de Izumi et coll. (17). Ainsi, la connaissance des symptômes, la prévention et le respect des principes de rééducation adaptés à l'artériopathie sont indispensables en kinésithérapie pour éviter aux patients de subir de nouvelles amputations (18).

2.3. Le projet de soins du patient amputé de membre inférieur

Lors de la rencontre avec le patient, le kinésithérapeute réalise son diagnostic kinésithérapique et questionne la personne sur son projet de vie afin d'orienter ses actes thérapeutiques. Néanmoins dans le cadre de l'amputation, il semble intéressant de commencer au préalable par discuter de l'acte de l'amputation pour comprendre ce qu'elle signifie pour la personne. La relation entre le corps, l'esprit et le monde extérieur n'est plus la même et provoque un changement majeur dans la vie du patient. Selon l'étiologie, la perte du membre peut être vécue d'une manière totalement différente d'un individu à un autre. La représentation de l'amputation est donc propre à chacun. Afin de proposer une prise en charge la plus adaptée à la singularité de ces personnes, les professionnels doivent voir les patients amputés à travers leur point de vue (19).

Ensuite, plusieurs facteurs doivent être pris en compte lors de l'élaboration du projet de soins pour le patient. Très souvent, le profil du patient est une personne amputée d'origine vasculaire, âgée et ayant une pathologie chronique complexe. La

rééducation et leur handicap leur demandent une dépense en énergie considérable. Le projet de soins est donc conditionné par ces facteurs et les rééducateurs doivent les garder en tête pour adapter leur prise en charge en permanence.

Les objectifs de rééducation doivent intégrer l'étiologie, le niveau d'amputation et les pathologies et comorbidités associés. Ils seront donc différents pour chaque patient. L'objectif final pour certains sera de marcher sans canne alors que pour d'autres ce sera avec deux cannes. L'important est que la rééducation doit donner à chacun la possibilité de développer un projet de vie, et ceci dès le début de l'hospitalisation (9).

Une fois le projet de soins établi, le patient va pouvoir entrer dans une longue période de rééducation en parallèle des soins réalisés sur le membre résiduel. L'appareillage provisoire débute très rapidement bien que la cicatrisation soit encore en cours (20). L'objectif est de pouvoir permettre au patient de reprendre la marche et de limiter les déformations articulaires. Cette première emboiture proposée intègre le pansement ainsi que l'œdème présent et permet une décharge totale des zones fragiles. Puis elle sera modifiée à plusieurs reprises en fonction de l'évolution de l'œdème et de l'atrophie musculaire qui influent sur le volume du moignon (21). Grâce aux différentes techniques de rééducation, ce dernier va progressivement se stabiliser et permettre une première prothèse définitive. Cependant, le membre résiduel continue d'évoluer et le matériel prothétique s'use. Ainsi, des ajustements - voire un renouvellement de la prothèse - seront nécessaires lorsqu'ils sont justifiés (renouvellement possible tous les 3 ans) (20).

Ainsi, le projet de soins peut s'avérer complexe. La personne amputée doit intégrer de nouvelles habitudes dans sa vie de tous les jours. Pour l'aider dans son apprentissage, les professionnels soignants ont recours à l'éducation thérapeutique du patient.

2.4. L'éducation thérapeutique du patient

2.4.1. Définition : Quoi ? Qui ? Pourquoi ? Où ? quand ? Comment ?

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1998) (22), l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir

les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». C'est une démarche personnalisée comprenant « des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient ». Elle s'accompagne d'actes et d'un suivi du patient sur le long terme. D'après la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009 (23), l'ETP se met en pratique après autorisation des Agences Régionales de Santé (ARS) et est proposée aux patients par le médecin prescripteur.

Depuis ces dernières années, elle a connu un développement important et occupe aujourd'hui une place primordiale dans le parcours de soins du patient. Elle tend à maintenir ou améliorer la qualité de vie du patient (24).

En juin 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ont élaboré un guide méthodologique pour la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques (25). Elles y définissent les deux finalités spécifiques de l'ETP dans le but d'améliorer la prise en charge de la maladie et la santé du patient. La première concerne l'acquisition de « *compétences d'autosoins* » par le patient, c'est-à-dire la gestion des symptômes, la prise du traitement médicamenteux, l'auto-surveillance, les modifications des habitudes de vie... Puis la deuxième s'intéresse à l'acquisition de « *compétences d'adaptation* » par le patient à propos de son vécu de la maladie et de ses ressources internes. On retrouve par exemple la confiance en soi, la gestion de ses émotions, son stress, son anxiété, la prise de décisions, la fixation de buts à atteindre...

2.4.2. Étapes d'un programme d'ETP

Afin de mettre en place un programme d'ETP et de le réaliser, il nécessite d'avoir un ou des professionnel(s) de santé ayant une formation d'éducation thérapeutique et figurant dans la liste du Code de la Santé Publique (26). Dans certains programmes, on retrouve une collaboration entre les professionnels de santé et des patients-experts et/ou associations de patients. Ces derniers collaborent avec l'équipe de travail pour la mise en place du projet, organiser son déroulement et même animer des séances (27). D'autres professionnels comme les psychologues, travailleurs sociaux ou

encore les éducateurs en activité physique adaptée peuvent également intervenir en coordination avec les professionnels de santé.

Cette démarche d'ETP s'adresse à toutes les personnes ayant une maladie chronique quels que soient leurs âges, leurs pathologies, leurs stades ou leurs évolutions. Le patient a la liberté d'accepter de participer au programme ou non selon ses envies. En plus des patients, les proches (famille, aidants...) peuvent également être associés et participer aux séances. Toutes les informations sur le contenu de l'ETP (objectifs, bénéfices, contraintes) sont données au patient oralement puis un document de consentement écrit récapitulatif lui est fourni (23).

Le document rédigé par l'HAS et l'INPES en 2007 présente la démarche d'ETP en quatre temps (28).

La première étape consiste à « **élaborer un éducatif du patient** » qui se fonde sur le modèle d'Ivernois et Gagnayre en cinq dimensions (29). Il y définit les grandes questions à poser au patient afin d'apprendre à le connaître et identifier ses besoins et son projet : qu'est-ce qu'il (elle) a ? Qu'est-ce qu'il (elle) fait ? Qu'est-ce qu'il (elle) sait sur sa maladie ? Que croit-il (elle) ? Quel est son projet ? Pour que le patient réponde le plus sincèrement à ces questions, il est important de le prendre en compte dans sa globalité. Une relation de confiance basée sur le dialogue et l'empathie est indispensable à construire.

La deuxième étape s'applique à « **définir un programme individualisé d'ETP** » en formulant avec le patient des objectifs éducatifs à atteindre en fonction de ses problématiques. Pour parvenir à ces objectifs, les compétences d'autosoins et d'adaptation décrites précédemment sont à acquérir.

Puis vient la troisième étape, « **planifier et réaliser des séances d'ETP** » avec différentes méthodes d'apprentissage et de techniques pédagogiques. Les séances peuvent se réaliser en groupe ou en individuel. Les séances de groupes rassemblent des patients avec des objectifs communs. Elles ont l'avantage de permettre aux patients de parler de leurs expériences, confronter leurs points de vue et même de partager une certaine convivialité, à l'inverse des séances individuelles où le patient est seul avec le professionnel encadrant. Elles permettent de développer des problématiques propres au

patient et de se retrouver dans un cadre permettant d'aborder des aspects plus personnels de la vie de la personne.

Enfin, la dernière étape « **évaluer les compétences acquises par le patient** » permet de mettre en valeur les savoirs du patient et d'ajuster au mieux le programme adapté à ses connaissances. On évalue également le déroulement du programme dans une optique de démarche qualité et d'amélioration continue.

2.4.3. La pratique de l'ETP chez les kinésithérapeutes

Après avoir abordé les différentes dimensions de l'éducation thérapeutique, il me semble nécessaire de faire un lien avec les kinésithérapeutes. Quelle place occupe leur profession dans l'ETP ?

Nous avons pu voir qu'il existait de nombreuses recommandations montrant la volonté de vouloir ancrer l'ETP dans les pratiques professionnelles par des textes de loi ou encore des recommandations de l'HAS et de l'INPES. En effet, le décret de compétences des kinésithérapeutes et le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes déclarent que ces derniers possèdent les connaissances nécessaires pour participer à la mise en place et à la pratique d'un programme d'ETP pour les maladies chroniques (30,31). Il intervient régulièrement comme acteur principal dans les pathologies locomotrices, cardio-respiratoires et neurologiques. Actuellement, la prévalence des pathologies chroniques est en nette augmentation (32). Il nécessite de réorganiser la prise en charge du patient en intégrant l'ETP et en travaillant en collaboration avec les autres professionnels intervenant auprès du patient.

De plus, le kinésithérapeute est privilégié par rapport à ses collègues car c'est le professionnel paramédical qui passe le plus de temps avec le patient (33). Une relation de confiance s'installe et repose sur le dialogue et l'empathie. L'opportunité de passer beaucoup de temps avec le patient doit permettre au kinésithérapeute de savoir où il en est dans son processus d'apprentissage. Ce lien avec le patient redéfinit la mission du kinésithérapeute. On sort d'une prise en charge physique pour aller vers une vision plus globale du patient. L'idée est d'aller vers un patient autonome, acteur de sa santé et de ses soins, et ainsi quitter l'image qui le place comme une personne à qui on propose des actes thérapeutiques (34).

2.5. L'ETP dans la prise en charge des patients amputés

Au fil des années, l'éducation thérapeutique s'est intégrée dans la prise en charge du patient et dans la gestion de sa maladie et a prouvé son efficacité. Les programmes d'ETP ont été reconnus par un grade B des recommandations de l'HAS concernant les maladies chroniques. Néanmoins en l'état actuel de la recherche, on ne dispose d'aucunes données sur ce sujet à propos des amputations (35). Une revue de littérature traitant de l'éducation thérapeutique après amputation a été menée par Pantera et coll. en 2014 (35). Parmi les articles recensés, seule une étude américaine de preuve scientifique de niveau 2 a étudié l'efficacité d'un programme d'ETP pour des patients ayant subi une amputation (36). L'objectif était d'analyser l'évolution de différents critères (dépression, humeur, douleur, qualité de vie...) en comparant un premier groupe bénéficiant de l'éducation thérapeutique avec un deuxième groupe bénéficiant d'un groupe de soutien. Bien que certains paramètres comme l'âge de la personne et la date de l'amputation pouvaient influencer certains résultats, l'étude a montré une nette différence entre ces deux groupes. Les résultats étaient meilleurs pour les patients ayant profité de l'ETP. Ces données peuvent être extrapolées et on peut considérer que le niveau de preuve d'efficacité des programmes d'ETP sont équivalents en France (35).

Tout comme pour les études épidémiologiques françaises, il existe peu de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients amputés en France (en comparaison avec les ETP pour les autres maladies chroniques comme le diabète qui sont bien plus nombreuses). Et pourtant, ils ont leur intérêt car ils permettent au patient d'apprendre à gérer leur amputation et les facteurs de risque de complications comme par exemple la perte de poids, la surveillance du diabète ou le sevrage tabagique (37). Les thèmes abordés par les professionnels dans le programme sont choisis en fonction des besoins exprimés par les patients. La revue de littérature de 2014 (35) a recensé plusieurs études sur le thème des besoins d'éducation du patient amputé. Différentes thématiques sont exprimées : la gestion des douleurs (du moignon, membre fantôme, musculo-squelettiques), l'hygiène (moignon et prothèse), l'utilisation de la prothèse et la mise en place du manchon, les conséquences de l'amputation sur le devenir fonctionnel, la vie sociale, professionnelle, de couple... L'étude la plus intéressante à retenir est celle de Klute et coll. de 2009 (38) de niveau de preuve 3 qui établit une liste de besoins pour les patients amputés américains. Malgré tout, une étude française

manque pour identifier ceux des patients français selon notre système de santé et notre culture.

Le travail de Pantera et coll. en 2014 sur l'éducation thérapeutique après amputation marque le début du travail de la SOFMER (Société Française de Médecine et de Réadaptation) à propos de l'élaboration d'un guide méthodologique pour donner les bases à des équipes professionnelles souhaitant construire un programme d'ETP pour leurs patients amputés. Bien que les études de recherches françaises soient quasi inexistantes sur les programmes d'ETP, cette revue de littérature permet de justifier leur intérêt pour les patients amputés.

2.6. Le guide méthodologique d'ETP pour les patients amputés

2.6.1. Présentation du livret

Sorti en octobre 2016, le guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique pour les personnes amputées de membre(s) est le résultat d'un travail de collaboration entre la SOFMER, l'AFA (Association Française pour l'Appareillage), l'AMPAN (Association Médicale de Perfectionnement en Appareillage Nationale) et l'ISPO (International Society for Prosthetics and Orthotics). Différents professionnels ont participé à ce travail comme des médecins de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), orthoprothésistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, ou encore des patients-usagers membres d'associations de patients. Ce livret s'adresse aux professionnels de santé faisant ou souhaitant faire de l'éducation thérapeutique auprès des patients amputés.

L'objectif de ce guide est de fournir des bases théoriques pour élaborer un programme d'éducation thérapeutique pour des patients amputés de membre inférieur ou supérieur. C'est un outil sur lequel les professionnels peuvent s'appuyer pour développer un programme d'ETP adapté selon les besoins des patients pris en charge. Afin de respecter les recommandations de l'HAS, il se base sur le guide de structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient de l'HAS et l'INPES de juin 2007.

Le programme d'ETP décrit dans ce guide concerne des personnes avec une amputation de membre inférieur ou supérieur qui engendre un handicap, quels que soient le niveau, la cause et la date de l'amputation. L'entourage est également intégré dans le programme s'il le souhaite.

Ce livret reprend les recommandations de l'HAS, citées précédemment, et les lois, articles, décrets faisant référence à la réglementation de l'éducation thérapeutique en général. Une revue de littérature et des exemples d'expériences en ETP avec des patients amputés sont également décrits.

2.6.2. Axes développés dans le programme

Ce programme a décidé de développer sept axes principaux.

Le premier axe concerne la **contention du membre résiduel et le chaussage**. L'objectif est d'obtenir une diminution volumétrique du moignon afin de pouvoir mouler une prothèse provisoire. Cela passe par la gestion des volumes avec le port du manchon compressif. La mise en place de la prothèse demande également un apprentissage. Car chaque prothèse est différente selon les patients, leur objectif de vie, l'état de leur amputation, leurs symptômes...

Le deuxième axe s'intéresse aux **douleurs de la personne amputée**. Très fréquentes, elles peuvent être d'origine nociceptives ou neuropathiques. La plus connue d'entre elles est la douleur du membre fantôme, à différencier pourtant de la sensation du membre fantôme. L'intérêt de l'ETP doit permettre aux patients de gérer leurs douleurs.

Vient ensuite la partie **hygiène du moignon et de la prothèse**. Les problèmes dermatologiques sont couramment rencontrés avec l'hypersudation et la macération. Le lavage du moignon et de la prothèse sont donc indispensables et doivent se faire tous les jours.

Le facteur cardio-vasculaire est la cause d'amputation la plus fréquente selon les données épidémiologiques. La prévention se trouve alors au cœur du programme d'ETP

concernant la **gestion des risques cardio-vasculaires** pour éviter des complications et récidives. De plus, il faut apprendre aux patients à protéger leur membre controlatéral sur le long terme.

L'axe suivant s'intéresse au **port sécurisé de la prothèse et la prévention des chutes** chez l'amputé du membre inférieur. Le patient doit connaître sa prothèse et son fonctionnement dans son environnement pour diminuer le risque de chutes.

L'amputation est un acte qui touche l'apparence physique et psychologique du patient. Son vécu est propre au patient et il en résulte une modification du schéma corporel que le patient doit reconstruire. **L'acceptation de ce nouveau corps et du handicap** est une étape à franchir pour le patient et cela avec l'aide de professionnels.

Enfin pour terminer, une partie **activités physiques et loisirs** est développée pour lutter contre le déconditionnement du patient et donc améliorer sa réadaptation à l'effort et sa qualité de vie.

2.6.3. Axes non développés dans le programme

Qu'en est-il des amputés du membre supérieur ? Les axes abordés ci-dessus sont les mêmes mais les spécificités de cette amputation ne sont pas développées du fait de la faible prévalence de cette population. Les informations nécessaires sont délivrées au cours de la rééducation par les différents professionnels intervenant autour du patient.

Il est spécifié dans ce guide que certains axes d'éducation thérapeutique n'ont pas été développés par choix de l'équipe de travail comme les droits du patients, la conduite automobile, la réinsertion socio-professionnelle, vivre à son domicile et les aides humaines. L'ensemble de ces informations sont données au patient lors de la rééducation dans les services de médecine physique et réadaptation.

2.6.4. Description des ateliers

Il est important de souligner le fait que ce programme n'est pas totalement exhaustif. Des choix ont été faits par les équipes de travail et les ateliers sont des outils

qui peuvent servir de guide aux séances d'éducation thérapeutique mises en place dans la pratique. Le professionnel est libre de s'appuyer dessus s'il le souhaite et l'adapter à sa façon et à ses propres patients.

Chaque atelier cible une population avec un objectif général, des objectifs spécifiques et opérationnels. L'organisation des ateliers se base sur une technique d'animation (table ronde, jeu de rôle, exposé, analyse vidéo...) avec différents outils (diaporama, plaquette, quizz, photothèque, jeu de cartes...). Plusieurs professionnels peuvent intervenir sur les ateliers comme les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les orthoprothésistes, les ergothérapeutes, les professeurs en activités physiques adaptées.

Une fiche d'évaluation de chaque module est donnée au patient au début et à la fin de l'atelier ou de la prise en charge sur cette thématique. Elle permet de faire un point sur les compétences acquises du patient sur le sujet. L'éducation d'un proche ou d'un aidant peut se faire lorsque l'évaluation est non satisfaisante à plusieurs reprises.

Des supports type plaquettes ou fiches récapitulatives sont fournies aux patients ou à leur entourage à la fin des ateliers ou au cours de la prise en charge thérapeutique.

3. Problématique et hypothèses de recherche

De nos jours, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) trouve une place importante dans le projet de soins des patients ayant une affection chronique. Des programmes se développent de plus en plus dans les pathologies chroniques, notamment pour la prise en charge des personnes amputées de membre(s). Au fil des recherches bibliographiques et des lectures, il est possible de constater qu'il existe peu de données sur l'éducation thérapeutique des patients amputés et sur l'efficacité de ces programmes. Une seule étude américaine valide le niveau de preuve d'un programme d'ETP chez les amputés en grade B HAS, datant de 2009. Depuis, la SOFMER, l'ISPO, l'AMPAN et l'AFA ont créé un guide méthodologique pour élaborer un programme d'ETP pour les patients amputés, adressé aux professionnels de santé.

Trois ans après la sortie de ce guide, il est intéressant de s'interroger sur la problématique suivante pour ce travail de recherche de fin d'études : **Le guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'ETP pour les personnes amputées a-t-il eu un impact sur les pratiques des kinésithérapeutes dans la prise en charge initiale des patients amputés de membre inférieur ?**

L'objectif de ce travail est de connaître comment est impliqué ce guide dans les pratiques et rechercher l'avis des professionnels sur ce document, en particulier celui des masseurs-kinésithérapeutes. Ceci dans le but de pouvoir éventuellement observer un changement des pratiques et de connaître la place qu'occupe l'ETP dans la prise en charge des patients amputés de membre inférieur. J'émet alors plusieurs hypothèses :

- Hypothèse 1 : L'ETP occupe une place de plus en plus importante dans la pratique des kinésithérapeutes.
- Hypothèse 2 : Les établissements qui n'ont pas encore de programme d'ETP pour les patients amputés prévoient d'en mettre en place.
- Hypothèse 3 : Les kinésithérapeutes s'appuyant sur le guide méthodologique pour leurs ateliers travaillent dans des centres spécialisés dans la prise en charge des patients amputés.
- Hypothèse 4 : Sorti récemment (octobre 2016), le guide n'est pas encore beaucoup mis en pratique.

4. Méthodologie de recherche

4.1. Choix de la méthode

La première étape dans la méthode de recherche est de choisir le moyen d'enquête qui convient le mieux pour répondre aux objectifs de cette étude. Deux possibilités se présentaient : le questionnaire ou l'entretien. En suivant les objectifs de cette étude et pour répondre au mieux aux hypothèses formulées précédemment, le questionnaire a été choisi comme moyen d'enquête. Il est possible de le transmettre de différentes façons comme la voie postale ou par internet par exemple. Pour espérer avoir le plus de réponses possibles, il a été choisi de le diffuser en ligne sur internet car cela présentait plusieurs avantages (39). Le questionnaire permet d'obtenir une collecte de données quantitatives, ce qui facilite l'analyse par la suite et il présente moins de contraintes temporelles que l'entretien. Effectivement, les personnes interrogées peuvent y répondre au moment qui leur convient le mieux et cela demande moins de temps (pas plus de dix minutes en général). De plus en ayant recours à internet, cela permet de cibler un plus grand nombre de personnes dans toute la France et d'espérer obtenir un nombre de réponses plus important. L'enquêteur peut également faire des relances aux personnes concernées par le questionnaire et ce, à moindre coût.

Cependant, la diffusion par internet ne présente pas uniquement des avantages. Certains inconvénients sont notables comme le risque d'abandon du questionnaire en cours de réponse. L'enquêteur n'est pas présent pour stimuler et inciter la personne interrogée à répondre. Il se peut que la personne se retrouve face à une question qui la dérange ou qui ne l'intéresse pas. Elle aura dans ces cas-là tendance à quitter le questionnaire et le laisser partiellement rempli.

4.2. Population cible et échantillon de l'étude

Une fois la méthode de recherche choisie, il convient de définir la population cible que l'on souhaite interroger. Deux questionnaires ont été créés pour deux types de populations. Un questionnaire est à destination des kinésithérapeutes ; le deuxième s'adresse quant à lui aux médecins spécialisés en MPR et des cadres de santé. Pour ajuster au mieux la population choisie, il convient de définir des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion décrivent les caractéristiques que les personnes doivent présenter pour pouvoir participer à l'étude. Ici, les médecins MPR, cadres de

santé et kinésithérapeutes doivent être salariés et travailler dans les services de MPR susceptibles d'accueillir des patients amputés (service MPR amputés, service MPR orthopédique/traumatologique, service MPR polyvalent ou autre). A l'inverse, les critères d'exclusion sont représentés par les caractéristiques qui excluent une personne de l'étude. Dans le cadre de cette étude, il n'y a pas de critères d'exclusion. Cependant au cours des questionnaires, certaines réponses vont orienter les professionnels vers la sortie prématurée du questionnaire. Il s'agit :

- Des kinésithérapeutes non formés à l'ETP.
- Des kinésithérapeutes n'intervenant pas dans le programme d'ETP.
- Des kinésithérapeutes, médecins MPR et cadres de santé travaillant dans des services où il n'existe pas de programme d'ETP pour les patients amputés.
- Des kinésithérapeutes, médecins MPR et cadres de santé ne connaissant pas le guide ou ne l'ayant pas lu.

Bien que la problématique de cette étude soit axée sur la pratique des kinésithérapeutes en ETP chez les amputés, il semble pertinent d'interroger également les médecins MPR et les cadres de santé sur la mise en place de ces programmes dans les services. La plupart du temps, ce sont eux qui sont à la direction de ces programmes et qui ont le plus de moyens pour les mettre en place. De plus, certains médecins et cadres de santé ont participé à l'élaboration du guide méthodologique et leur avis critique sur ce guide est intéressant à avoir pour pouvoir les comparer avec ceux des kinésithérapeutes.

Le site « Trajectoire santé » est une plateforme sur internet qui permet d'orienter les personnes vers des établissements de santé (40). Grâce à ce site, il a été possible de recenser un maximum de centres de rééducation fonctionnelle, d'hôpitaux, cliniques, institutions de santé accueillant des patients amputés du membre inférieur en France et Outre-Mer. Ainsi pour chaque établissement, un médecin MPR ou un cadre de santé ainsi que les kinésithérapeutes du service concerné étaient interrogés avec leurs questionnaires respectifs.

4.3. Forme des questionnaires

Note : La forme est la même pour les deux questionnaires.

L'organisation du questionnaire se présente en plusieurs parties et doit permettre de répondre aux objectifs fixés et vérifier les hypothèses émises au préalable. En premier lieu, il s'introduit par une page de présentation générale du sujet traité afin d'informer les professionnels. L'étudiant se présente brièvement, définit les grandes lignes de son étude et informe la personne interrogée sur la confidentialité des données. En effet, les réponses sont totalement anonymes et seront utilisées uniquement dans le but de répondre à cette étude. Cette partie a toute son importance dans le questionnaire car elle permet d'instaurer une relation de confiance entre la personne interrogée et l'enquêteur. Le questionnaire se termine par une page de remerciements pour avoir consacré du temps à répondre aux questions. Les coordonnées de l'enquêteur sont affichées si les intéressés souhaitent communiquer avec lui.

Entre l'introduction et la conclusion, le questionnaire se découpe en quatre parties de façon à décliner la problématique en différents thèmes. Hervé Fenneteau dans son ouvrage sur le questionnaire (39), conseille d'utiliser une « structure en sablier » c'est-à-dire commencer par du plus général et évoluer vers le plus spécifique. Ainsi, la partie 1 s'intitulant « environnement de travail et pratique de l'ETP » correspond principalement à une collecte d'informations qui ne demande pas beaucoup de réflexion de la part du professionnel interrogé. Ensuite, la partie 2 « connaissance du guide méthodologique d'ETP pour les amputés » et la partie 3 « utilisation et évaluation du guide » sont plus spécifiques et nécessitent plus de concentration pour pouvoir répondre aux questions posées. Pour conclure le questionnaire, une dernière partie est dédiée aux remarques où le professionnel est libre d'ajouter une note sur l'étude.

Le point le plus important dans le questionnaire est de définir le format des questions : ouvertes, fermées et mixtes (39,41). Les questions ouvertes ne proposent aucune liste de réponse et permet à la personne de répondre ce qu'elle souhaite avec ses propres mots. Les questions fermées sont celles où des modalités de réponse sont présentées et la personne doit choisir parmi elles. Entre les deux, on peut retrouver des questions mixtes qui s'apparentent à des questions fermées mais bénéficient d'une modalité « autre » en plus qui permet éventuellement à la personne interrogée de s'exprimer librement.

Pour faciliter l'analyse des données, il est préférable de privilégier les questions fermées. Elles permettent d'obtenir plus de données quantitatives et donc de précisions et augmentent également le nombre de répondants (41). C'est ce qui a été privilégié.

4.4. Fond des questionnaires

4.4.1. Questionnaire des kinésithérapeutes

Bien que la structure des deux questionnaires soit la même, leurs contenus sont quant à eux différents sur certaines questions.

La première partie fait un état des lieux de l'environnement de travail et de la pratique de l'ETP du kinésithérapeute. Elle répond aux hypothèses 1 et 3 sur la place de l'ETP dans les pratiques et la présence de programme d'ETP dans les centres spécialisés dans la prise en charge des patients amputés.

Dans un premier temps, le kinésithérapeute est interrogé sur le service dans lequel il travaille et la proportion de patients amputés qu'il prend en charge dans une année. Ces deux questions permettent de situer le cadre dans lequel travaille le professionnel. Ensuite, on s'intéresse à la place qu'occupe l'ETP dans sa pratique professionnelle : est-il formé ? Existe-t-il un programme d'ETP dans son service ? Depuis combien de temps ? Y participe-t-il ? Collabore-t-il avec d'autres professionnels ? Le questionnaire se termine dans les cas où :

- Le kinésithérapeute n'est pas formé à l'ETP
- Le kinésithérapeute ne participe pas au programme d'ETP en tant qu'intervenant
- Il n'existe pas de programme d'ETP pour les patients amputés dans le service du kinésithérapeute

Vient ensuite la deuxième partie qui s'intéresse à présent au guide méthodologique d'ETP de la SOFMER. Il s'agit dans cette partie de savoir si le kinésithérapeute connaît le guide et comment il en a eu connaissance. Cela nous permet de savoir par quel moyen le guide est découvert par les kinésithérapeutes afin d'avoir une idée sur le mode de diffusion le plus efficace. Dans le cas où le kinésithérapeute ne connaît pas le guide, le questionnaire se termine car il ne pourra pas répondre aux questions suivantes. En revanche, s'il en a la connaissance, le questionnaire se poursuit. Il faut ensuite savoir si le kinésithérapeute a lu le guide, l'a utilisé dans sa pratique et s'il le trouve adapté pour

les soins des patients. S'il n'a pas lu le guide, le questionnaire se termine également. Cette partie va permettre de valider ou non la quatrième hypothèse qui admet que la sortie encore récente du guide ne permet pas d'avoir beaucoup de retours des professionnels sur son contenu.

La troisième partie concerne l'utilisation et l'évaluation du guide. Les trois premières questions évaluent la qualité du contenu, l'utilité du guide dans la pratique et la facilité d'utilisation du guide. Afin de répondre à ces trois questions, l'échelle de Likert est utilisée (42). Elle propose cinq options de réponses en différenciant des opinions d'un extrême à l'autre, en proposant au milieu une réponse neutre. Elle permet ainsi des réponses qualitatives plus précises pour l'analyse.

Les questions suivantes se penchent sur le contenu du guide à propos des ateliers qui y sont développés. Il s'agit ici de connaître quels ateliers sont mis en pratique par les kinésithérapeutes dans les différents centres de France afin de pouvoir les comparer avec ceux proposés dans le guide. Pour finir, les dernières questions interrogent les effets du guide sur la pratique des kinésithérapeutes et l'utilité de ces derniers dans les ateliers d'ETP.

La dernière partie du questionnaire est une question ouverte facultative générale sur le sujet de cette étude. Elle demande à la personne si elle a des remarques particulières à faire sur la pratique de l'ETP pour les patients amputés ou sur le guide méthodologique. Les réponses peuvent aiguiller l'analyse vers des idées auxquelles on n'avait pas pensé de prime abord.

4.4.2. Questionnaire des médecins MPR et cadres de santé

Le questionnaire dédié aux médecins MPR et cadres de santé garde les quatre parties avec les mêmes thèmes.

Ainsi, la première partie « environnement de travail et pratique de l'ETP » questionne sur la profession de la personne interrogée et s'il existe un programme d'ETP pour les patients amputés dans son service. Dans les cas où il n'y en a pas, on demande alors si la création d'un programme est prévue ou non et si non, pour quelle(s) raison(s). Les réponses à ces questions permettront d'avoir une idée sur les projets d'instauration des programmes d'ETP pour les patients amputés en France et de vérifier

l'hypothèse 2. Le questionnaire se termine alors pour les médecins et cadres de santé qui n'ont pas de programme dans leur service.

Suite à cela, vient la deuxième partie sur le guide méthodologique de la SOFMER. Tout comme pour les kinésithérapeutes, il est demandé à la personne interrogée si elle connaît le questionnaire et si elle l'a lu. Si les réponses sont négatives, le questionnaire s'arrête. Pour les autres, il se poursuit avec deux questions portant sur la participation du professionnel à l'élaboration du guide et si ce dernier est utilisé en pratique dans leur propre programme d'ETP. En effet, des médecins MPR et cadres de santé ont fait partie de l'équipe de travail pour créer le guide. Il est donc intéressant de savoir s'ils utilisent leur guide avec leurs patients.

La troisième partie « utilisation et évaluation du guide » reprend les mêmes questions que l'autre questionnaire à savoir l'évaluation de la qualité du contenu, l'utilité du guide dans la pratique et la facilité d'utilisation du guide avec l'échelle de Likert. Puis d'une manière générale, le professionnel est interrogé sur les ateliers proposés par tous les professionnels de santé intervenant dans le programme d'ETP. Les réponses seront comparées par rapport aux ateliers proposés dans le guide. Il est demandé ensuite s'il manque des thèmes qui ne sont pas développés dans le programme de la SOFMER. Les réponses données permettront de voir si les centres mettent en place d'autres ateliers que ceux proposés dans le guide. Enfin pour terminer, une dernière question est posée à propos de la proportion d'ateliers développés depuis la sortie du guide : est-ce qu'il y en a plus ou non ? Et dans ces cas-là, lesquels.

Pour conclure ce questionnaire, la même question ouverte facultative est proposée pour avoir des remarques particulières comme expliqué dans la partie sur le questionnaire des kinésithérapeutes.

4.5. La diffusion des questionnaires

Cette étude s'intéresse à une population plutôt restreinte : les professionnels (kinésithérapeutes, médecins MPR et cadres de santé) travaillant auprès des patients amputés. Ainsi, pour pouvoir toucher le plus de professionnels, il fallait pouvoir transmettre les questionnaires au niveau national sans aucuns frais. C'est donc grâce à la

plateforme en ligne Lime Survey mise à disposition par l'Université Occidentale de Bretagne (UBO) que les questionnaires ont pu être diffusés. Cependant, avant de les activer en ligne, les deux questionnaires ont été présentés à ma directrice de mémoire ainsi qu'à l'une des formatrices de l'IFMK de Brest qui avait suivi le début de cette étude. Le but de tester les questionnaires avant permet de faire ressortir d'éventuelles difficultés lors du remplissage et de suggérer des modifications dans les questions.

Cinquante-cinq établissements de santé de France et d'Outre-Mer ont été recensés grâce au site Trajectoire Santé en obtenant les adresses mails des médecins MPR principalement et quelques adresses de cadres de santé par centre. De ce fait, un premier mail a été envoyé le 9 décembre 2019 à tous ces médecins et cadres avec les liens URL des questionnaires. Il était très important de bien le construire pour attirer leur attention car je ne disposais d'aucune adresse mail des kinésithérapeutes. Il fallait alors que ce soit eux qui transmettent le mail avec les liens des questionnaires à leur équipe de kinésithérapeutes. Le mail se construisait de la sorte :

- Présentation de l'étudiante
- Présentation brève de l'étude
- Population visée : un médecin ou un cadre de santé du service ainsi que l'équipe des kinésithérapeutes
- Liens des questionnaires

Le 15 janvier 2020, un mois et demi après le premier mail, peu de réponses avaient été obtenues surtout du côté du questionnaire des kinésithérapeutes. Une relance a donc été faite auprès des médecins et cadres de santé en appuyant sur le fait de bien vouloir transmettre le mail aux kinésithérapeutes. Afin d'espérer avoir plus de réponses de la part de ces derniers, une dizaine de mail de cadres de rééducation ont été trouvés sur internet, ce qui a permis de rentrer en contact avec eux pour la diffusion du questionnaire des kinésithérapeutes.

Les questionnaires ont été clôturés le 15 février 2020 car il n'y avait plus de nouvelles réponses.

5. Résultats

5.1. Présentation des résultats des kinésithérapeutes

Cinquante-cinq mails avaient été envoyés à 55 établissements et tous les kinésithérapeutes du service concernés pouvaient répondre à ce questionnaire.

Au total, 24 réponses ont été obtenues dont 15 complètes et 9 incomplètes. Seules les réponses complètes sont présentées et analysées. Pour ne pas fausser les résultats, les autres réponses sont exclues de l'étude.

5.1.1. Environnement de travail et pratique de l'ETP

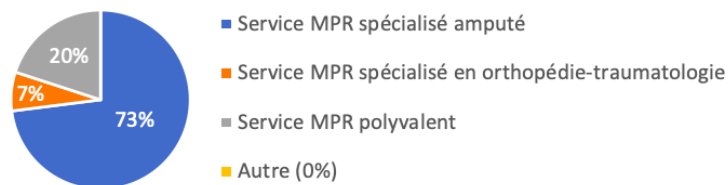


Figure 2 : Type de service de travail des kinésithérapeutes

Sur les **15 réponses** obtenues, la grande majorité des kinésithérapeutes (73%) travaille dans un service MPR spécialisé dans la prise en charge des patients amputés de membre inférieur.

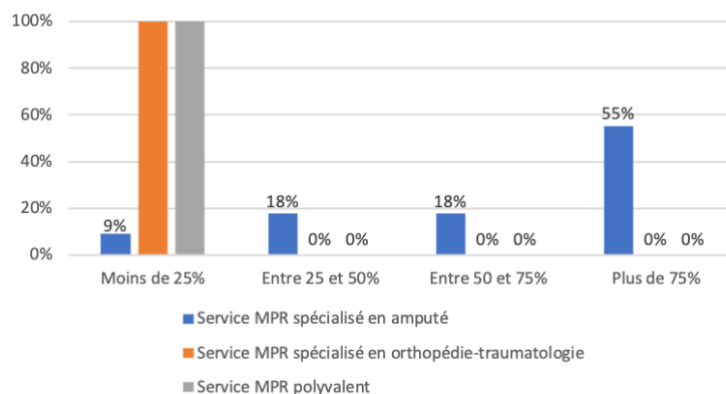


Figure 3 : Proportion des patients amputés parmi la clientèle en fonction du type de service

Dans les services spécialisés dans la prise en charge des patients amputés, les chiffres sont variables. Plus de la moitié des kinésithérapeutes (55%) compte plus de 75% de patients amputés parmi leur clientèle dans une année. A parts égales, 18%

d'entre eux ont entre 25 et 50% ou entre 50 et 75% de patients amputés. Les autres services prennent moins de 25% de patients amputés dans une année.

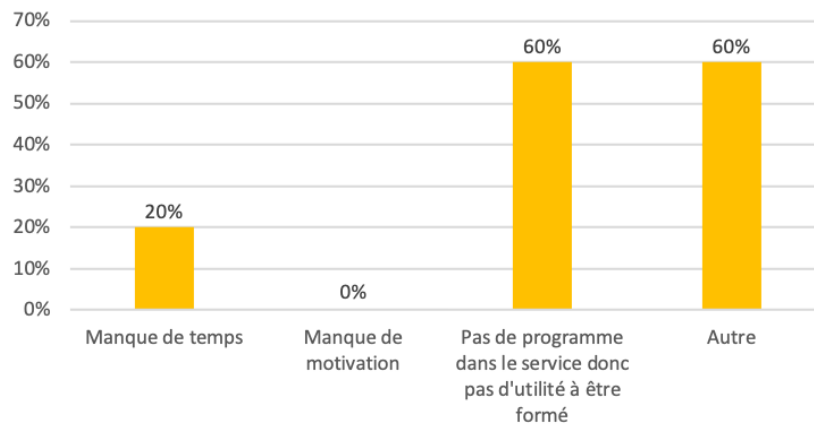


Figure 4 : Kinésithérapeutes non formés à l'ETP : les raisons

67% des kinésithérapeutes ayant répondu à ce questionnaire sont formés en éducation thérapeutique du patient. Parmi les 33% qui ne sont pas formés, différentes raisons ont été exprimées (*figure n°4*) : manque de temps (20%), absence de programme dans le service donc pas d'utilité à se former (60%) ou d'autres raisons (60%) comme le manque d'effectif ou la formation non proposée dans le service.

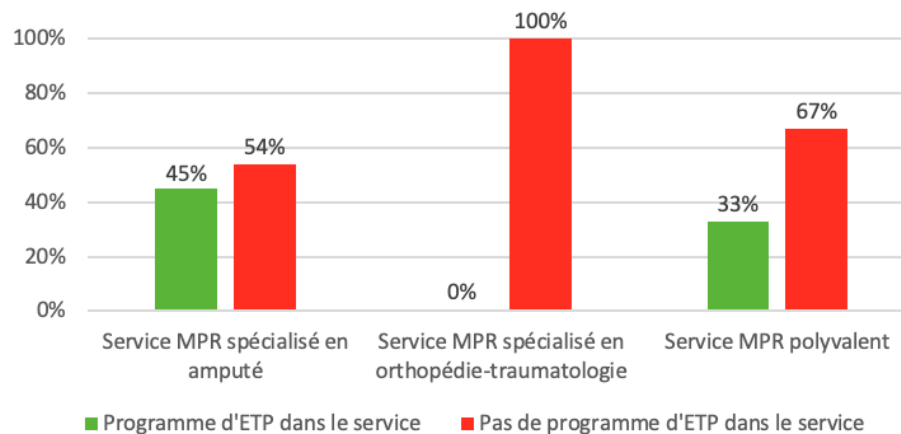


Figure 5 : Existence d'un programme d'ETP pour les patients amputés selon le service

On peut remarquer sur cet histogramme qu'il existe des programmes d'ETP pour les patients amputés dans différents types de services : service MPR spécialisé en amputé (45%) et service MPR polyvalent (33%) (mais qui correspond en réalité à un seul établissement...). Par ailleurs, les kinésithérapeutes travaillant dans les services

MPR spécialisés en orthopédie-traumatologie n'ont pas de programme d'ETP pour les patients amputés.

Dans les services spécialisés en amputation, 55% des kinésithérapeutes déclarent ne pas avoir de programme d'ETP dans leur service. Cependant, il faut noter qu'on peut avoir des kinésithérapeutes d'un même centre à avoir répondu à ce questionnaire, ce qui peut influencer ce résultat.

Le questionnaire s'arrête pour les kinésithérapeutes qui n'ont pas de programme d'ETP dans leur service. Sur les 15 réponses initiales, il ne reste plus que **6 kinésithérapeutes** pouvant répondre à la suite du questionnaire.

Aux vues des réponses disparates, il est possible de dire que les 6 kinésithérapeutes restant dans ce questionnaire, travaillent dans des centres différents.

Concernant la création des programmes d'ETP, 67% des programmes sont arrivés après 2016 alors que 33% d'entre eux existaient avant 2016. Pour rappel, le guide méthodologique est sorti en octobre 2016.

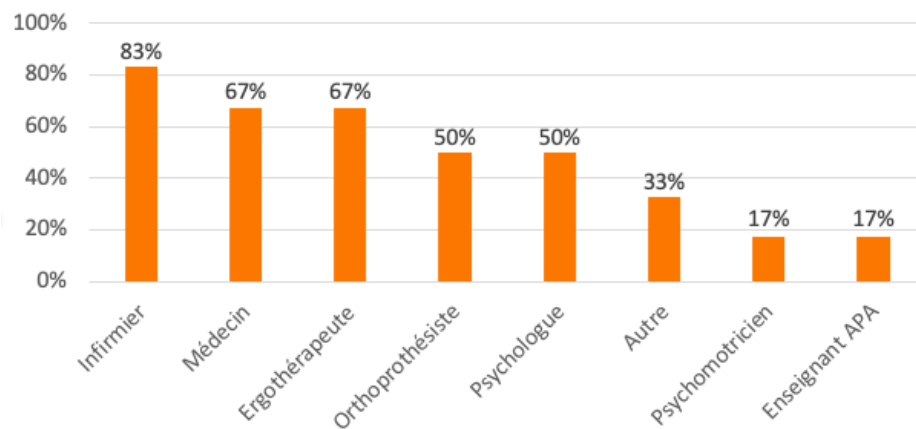


Figure 6 : Collaboration entre les kinésithérapeutes et les autres professionnels

Jusqu'à ce stade du questionnaire, tous les masseurs-kinésithérapeutes (MK) qui répondent à ce questionnaire sont formés en ETP et ont un programme d'ETP dans leur service pour les patients amputés de membre inférieur. Tous participent comme intervenants dans ce programme et collaborent avec les autres professionnels (*figure n°6*). Trois professions principales se dégagent de la liste avec 83% des kinésithérapeutes (5 MK/6) qui collaborent avec les infirmières et 67% (4 MK/6) avec les médecins et les ergothérapeutes. Les autres professions qui suivent sont les

orthoprothésistes et les psychologues avec 50% de collaboration avec les kinésithérapeutes (3 MK/6).

5.1.2. Connaissance du guide méthodologique d’ETP pour les amputés

Tous les kinésithérapeutes interrogés connaissent le guide méthodologique de la SOFMER. Ils en ont eu connaissance par différents moyens : dans leur service (33%), dans une formation (33%) ou par leur propres moyens (33%). Les deux kinésithérapeutes qui ont connu le guide par leurs moyens viennent d’un centre spécialisé en patients amputés.



Figure 7 : Lecture du guide par les kinésithérapeutes

Le guide est conséquent car il comporte 120 pages sans les pièces annexes jointes pour chaque ateliers (435 pages au total avec les annexes). Cependant la majorité des kinésithérapeutes (67%) l’ont lu en entier tandis qu’un seul n’a lu que les parties qui l’intéressaient (17%). Un kinésithérapeute n’avait pas encore lu le guide à ce jour, le questionnaire s’arrête pour lui après cette question.

A présent, il reste **5 kinésithérapeutes** pouvant continuer le questionnaire. Nous parlerons par la suite en nombre de kinésithérapeutes et non plus en pourcentage.



Figure 8 : Utilisation du guide dans la pratique des kinésithérapeutes

Le guide a été utilisé en pratique au moins une fois (ou plus) par 3 kinésithérapeutes.

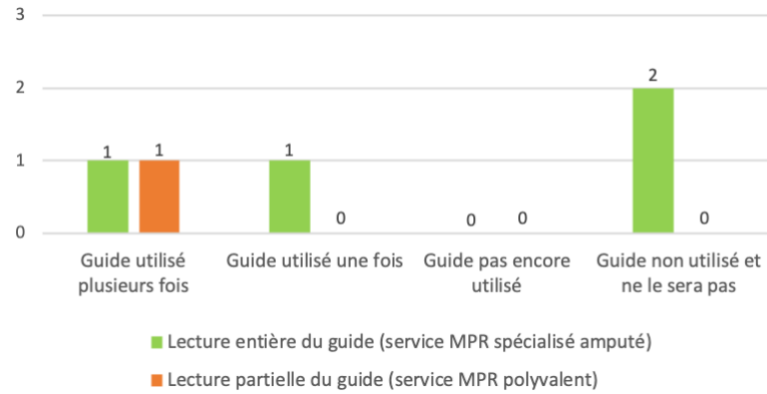


Figure 9 : Lecture du guide en fonction de son utilisation dans la pratique

Un kinésithérapeute a lu partiellement le guide (c'est-à-dire les parties qui l'intéressait) et l'a utilisé plusieurs fois dans sa pratique. Il s'agit du kinésithérapeute qui travaille dans le service MPR polyvalent. Les 4 autres kinésithérapeutes travaillent dans des services de rééducation spécialisés en amputation et ont lu en entier le guide. On peut ainsi remarquer que parmi eux, 2 ont déjà utilisé le guide et 2 ne l'utiliseront pas. Les deux kinésithérapeutes qui ont eu connaissance du guide par leurs propres moyens sont ceux qui ne l'utilisent pas dans leur pratique.

5.1.3. Utilisation et évaluation du guide

Qualité du contenu du guide	Très satisfaisante	
	Plutôt satisfaisante	3 MK
	Ni satisfaisante, ni insatisfaisante	2 MK
	Plutôt insatisfaisante	
	Très insatisfaisante	
Utilité du guide	Très utile	
	Plutôt utile	2 MK
	Ni utile, ni inutile	3 MK
	Plutôt inutile	
	Très inutile	
Facilité d'utilisation du guide	Très facile	
	Plutôt facile	3 MK
	Ni facile, ni difficile	1 MK
	Plutôt difficile	1 MK
	Très difficile	

Tableau 1 : Évaluation de la qualité du contenu, de l'utilité et de la facilité d'utilisation du guide par les kinésithérapeutes

A propos de la qualité du contenu du guide, 3 kinésithérapeutes la trouvent plutôt satisfaisante et 2 la trouvent ni satisfaisante, ni insatisfaisante.

A propos de l'utilité du guide, 3 kinésithérapeutes ne le trouvent ni utile, ni inutile alors que 2 le trouvent utile.

A propos de l'utilisation, 3 kinésithérapeutes le trouvent plutôt facile à utiliser dans la pratique.

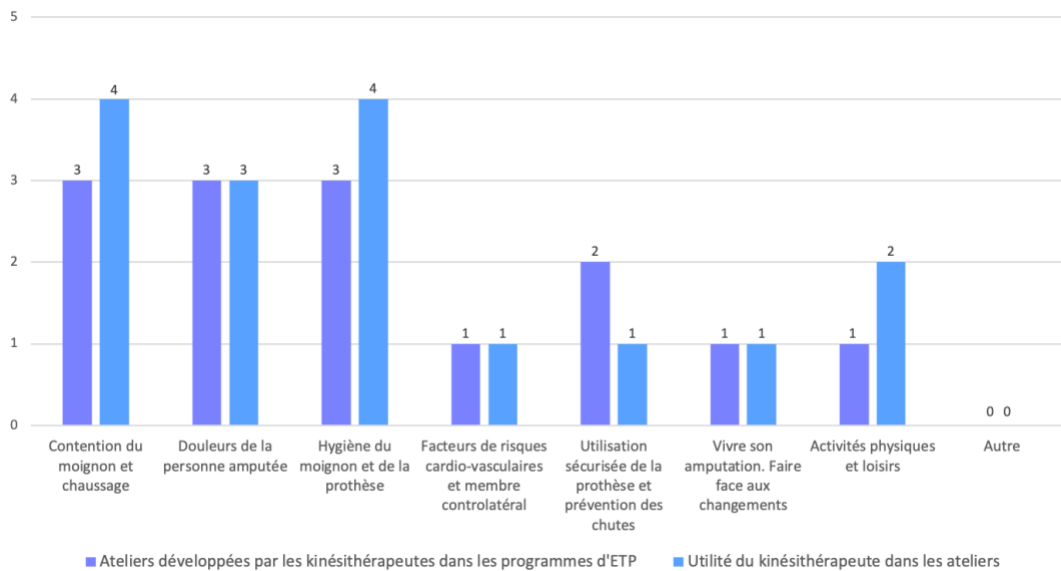


Figure 10 : Utilité du kinésithérapeute dans les ateliers qu'ils développent dans les programmes d'ETP pour les patients amputés

Le guide présente des ateliers sur différents thèmes à proposer aux patients où les kinésithérapeutes ont la possibilité d'en animer plusieurs. D'après les résultats, 3 kinésithérapeutes interviennent dans les ateliers « contention du moignon et chaussage », « douleurs de la personne amputée » et « hygiène du moignon et de la prothèse ». Deux kinésithérapeutes développent également l'atelier « utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes ».

Concernant l'utilité du kinésithérapeute dans les ateliers, on peut remarquer que les 3 mêmes ateliers se démarquent à nouveau (les 3 premiers) suivis de l'atelier « activités physiques et loisirs ».

Aucune remarque n'a été faite par l'ensemble des kinésithérapeutes quant à l'oubli de thématiques non développées dans le programme d'ETP de la SOFMER. D'ailleurs, 4 d'entre eux trouvent que le guide est adapté aux soins des patients.

Concernant les effets du guide sur la pratique de l'ETP des kinésithérapeutes, 4 n'ont pas observé d'effets. Un kinésithérapeute trouve que le guide lui fait gagner du temps dans la préparation des ateliers grâce aux supports qu'il fournit.



Figure 12 : Utilisation des supports fournis dans le guide par les kinésithérapeutes

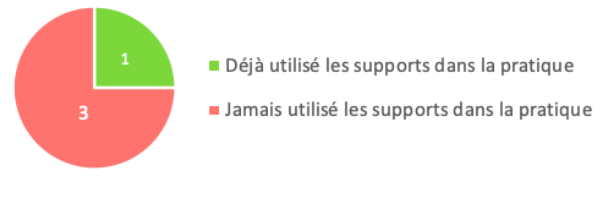


Figure 11 : Utilisation des supports du guide chez les kinésithérapeutes qui n'ont observé aucun effet du guide sur leur pratique

Le guide fournit des supports (diaporamas, plaquettes, cartes de jeu...) pouvant être utilisés directement par les professionnels pendant le déroulement de leurs ateliers. Deux kinésithérapeutes déclarent utiliser régulièrement ces supports dans leur pratique. Le même nombre admet ne jamais les utiliser et un ne les a pas encore utilisés (*figure n°11*). Ainsi au total, 3 kinésithérapeutes n'ont pas utilisé ou pas encore utilisé les supports fournis par le guide. Ce sont ces 3 kinésithérapeutes qui n'ont observé aucun effet du guide sur leur pratique (*figure n°12*).

Quelques remarques intéressantes ont été obtenues à la fin du questionnaire. Un kinésithérapeute informe qu'un programme est en cours de réécriture car le guide n'est pas adapté à la patientèle de l'établissement et trop long par rapport à la durée de séjour. Néanmoins il sert de base pour l'écriture du programme. Un autre kinésithérapeute trouve que le guide est plus orienté pour les patients amputés vasculaires. Pour terminer, plusieurs kinésithérapeutes ont souligné l'importance de l'ETP pour les patients la jugeant utile et nécessaire.

5.2. Présentation des résultats des médecins MPR et cadres de santé

Parmi les 55 établissements sollicités de la France métropolitaine et d'Outre-Mer, 37 réponses au total ont été obtenues avec 31 complètes, 2 incomplètes et 4 vides. Les 31 réponses sont donc analysées en laissant de côté les 6 autres.

5.2.1. Environnement de travail et pratique de l'ETP

Sur les **31 réponses** obtenues initialement, 71% sont des médecins MPR et 29% sont des cadres de santé. Les mails ont majoritairement été envoyés aux médecins MPR car leurs adresses mails étaient plus facilement trouvables sur Internet. Chaque médecin MPR ou cadre de santé correspond à un établissement où sont pris en charge des patients amputés de membre inférieur.

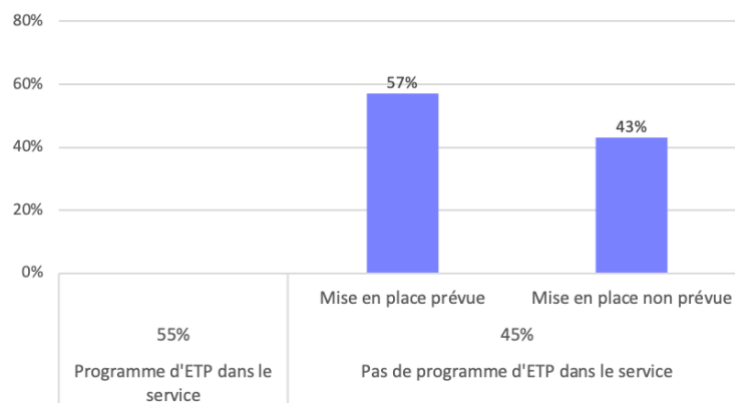


Figure 13 : Programme d'ETP pour les patients amputés dans les établissements

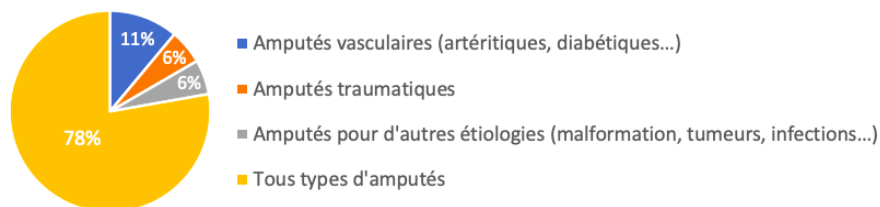


Figure 14 : Patients amputés de membre inférieur concernés par les programmes d'ETP

Ainsi sur les 31 établissements, plus de la moitié (55%) ont des programmes d'ETP dans leur service pour les patients amputés. La majorité des programmes d'ETP (78%) sont adressés à toutes les étiologies d'amputation (vasculaires, traumatiques, malformation, tumeurs, infections et autre).

Certains établissements ne disposent pas de programmes d'ETP (45%) mais 57% d'entre eux ont pour objectif d'en mettre en place.

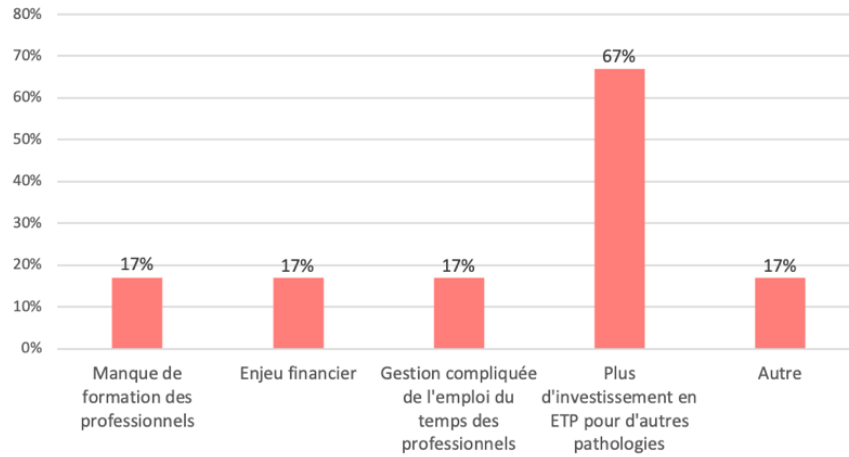


Figure 15 : Mise en place de programme d'ETP non prévue : les raisons

Différentes raisons peuvent expliquer pourquoi des établissements ne prévoient pas la création d'un programme d'ETP pour les patients amputés. La raison principale qui ressort est l'investissement en ETP dans des pathologies différentes de l'amputation (67%). Ensuite, on retrouve le manque de formation des professionnels (17%), le coût financier (17%), la disponibilité des professionnels selon leurs emplois du temps (17%).

Le questionnaire se termine ici pour les médecins et cadres de santé qui n'ont pas de programme d'ETP pour les patients amputés dans leur service.

5.2.2. Connaissance du guide méthodologique d'ETP pour les amputés

Le questionnaire se poursuit donc avec **17 médecins et cadres de santé** ayant un programme d'ETP dans leur service pour leurs patients amputés.

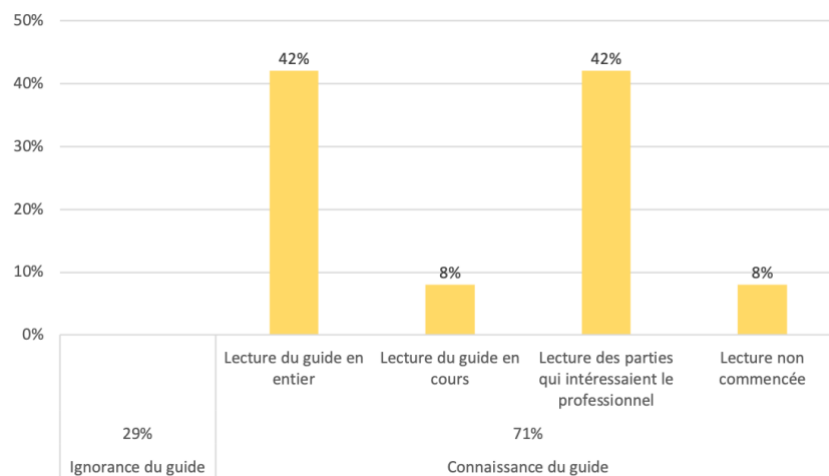


Figure 16 : Connaissance et lecture du guide par les médecins MPR et cadres de santé

71% d'entre eux connaissent le guide méthodologique de la SOFMER alors que 29% ignorent son existence. A parts égales (42%), certains ont lu le guide en entier alors que d'autres ont sélectionné les parties qui les intéressaient. 8% ont sont en cours de lecture et 8% ne l'ont pas encore commencé.

Le questionnaire s'arrête pour les médecins et cadres de santé qui ne connaissent pas le guide ou qui ne l'ont pas lu. Les **11 autres** peuvent continuer le questionnaire.

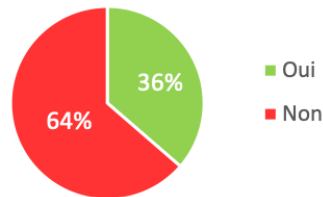


Figure 17 : Participation des professionnels à l'élaboration du guide

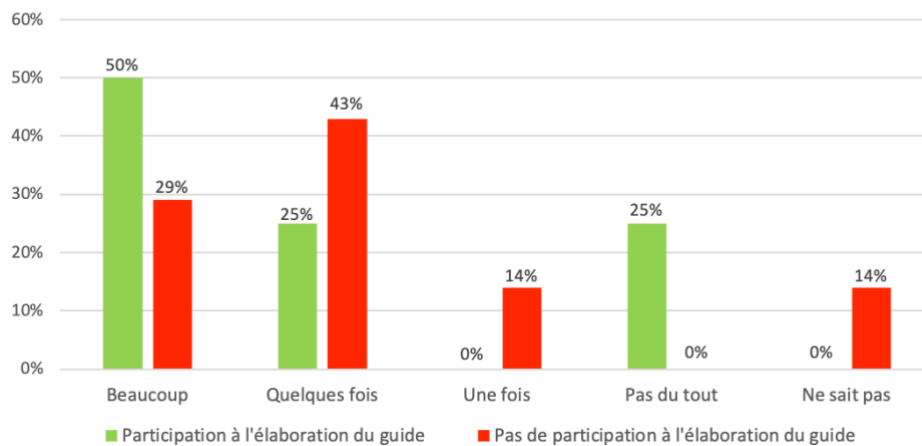


Figure 18 : Utilisation du guide pour développer son propre programme en fonction de la participation ou non du professionnel à l'élaboration du guide

64% des réponses obtenues sont négatives par rapport à la participation du professionnel dans la conception du guide contre 36% de participation (4 professionnels au total : 3 médecins MPR et 1 cadre de santé).

Au sein des professionnels qui ont participé à l'élaboration du guide, 75% d'entre eux l'ont utilisé pour construire leur propre programme d'ETP dans leur service (50% de beaucoup et 25% de quelques fois). Chez ceux qui n'ont pas participé, 86% l'ont utilisé au moins une fois pour développer leur propre programme d'ETP (29% beaucoup, 43% quelques fois et 14% une fois) (figure n°17).

5.2.3. Utilisation et évaluation du guide

	Critères	% (général)	Participation +	Participation -
Qualité du contenu du guide	Très satisfaisante	18%	50% (2 pro)	
	Plutôt satisfaisante	64%	25% (1 pro)	86% (6 pro)
	Ni satisfaisante, ni insatisfaisante			
	Plutôt insatisfaisante	9%		14% (1 pro)
	Très insatisfaisante	9%	25% (1 pro)	
Utilité du guide	Très utile	27%	50% (2 pro)	14% (1 pro)
	Plutôt utile	64%	50% (2 pro)	72% (5 pro)
	Ni utile, ni inutile			
	Plutôt inutile	9%		14% (1 pro)
	Très inutile			
Facilité d'utilisation du guide	Très facile	18%	25% (1 pro)	14% (1 pro)
	Plutôt facile	64%	75% (3 pro)	58% (4 pro)
	Ni facile, ni difficile	9%		14% (1 pro)
	Plutôt difficile	9%		14% (1 pro)
	Très difficile			
			4 professionnels	7 professionnels

Tableau 2 : Évaluation de la qualité du contenu, de l'utilité et de la facilité d'utilisation du guide en fonction de la participation ou non du professionnel à l'élaboration du guide

A propos de l'évaluation générale avec tous les professionnels, le bilan semble **positif**. 64% des sondés jugent la qualité du contenu plutôt satisfaisante et que le guide est plutôt utile et plutôt facile à utiliser dans la pratique.

Les professionnels qui ont participé à l'élaboration du guide sont au nombre de 4. Toutes les évaluations sont plutôt positives : la qualité du contenu est jugée satisfaisante par tous sauf un professionnel, le guide est utile (« plutôt » 2 professionnels et « très » 2 professionnels) et il est plutôt facile à utiliser (« plutôt » 3 professionnels et « très » 1 professionnel).

Du côté des 7 professionnels qui n'ont pas participé à l'élaboration du guide, le bilan est plutôt positif également. 6 d'entre eux évaluent la qualité du contenu du guide comme étant plutôt satisfaisante. 5 considèrent le guide utile (« plutôt » 5 professionnels et « très » 1 professionnel). Et pour terminer, 5 trouvent que le guide est facile à utiliser (« plutôt » 4 professionnels et « très » 1 professionnel).

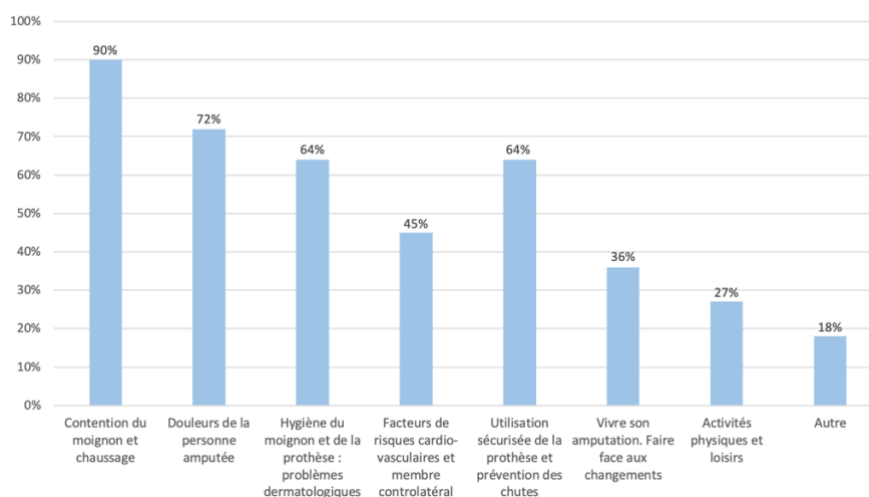


Figure 19 : Ateliers développés dans les différents programmes d'ETP pour les patients amputés

Sont représentés sur ce graphique les ateliers sur différentes thématiques proposés par le guide méthodologique de la SOFMER. On peut remarquer que 4 ateliers sont plus proposés que les autres : « contention du moignon et chaussage » (90%), « douleur de la personne amputée » (72%), « hygiène du moignon et de la prothèse » (64%) et « utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes » (64%).

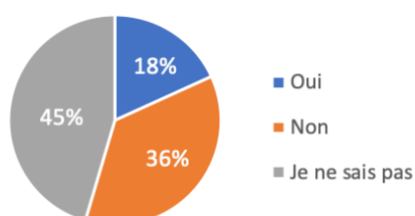


Figure 20 : Axes non développés par le guide

36% des sondés trouvent qu'il ne manque pas d'axes non développés dans le guide et 45% ne savent pas. Les 18% à avoir répondu qu'il manquait certains axes ont donné comme exemple de thèmes : le social et les possibilités de développer des activités dans la vie extérieure.

La grande majorité des professionnels (73%, 8 professionnels) n'ont pas instauré de nouveaux ateliers dans leur programme depuis la sortie du guide en 2016. Cependant, 3 en ont développés des nouveaux comme l'hygiène de la peau et de la

prothèse (3 pro.), la contention du moignon et le chaussage (1 pro.), la douleur de la personne amputée (1 pro.) ou encore les facteurs de risques cardio-vasculaires (1 pro.).

Comme pour le questionnaire précédent, quelques remarques ont été obtenues. Trois professionnels déclarent faire des actions d'ETP dans leur établissement mais leurs programmes ne sont pas déclarés à l'ARS et ne sont donc pas considérés comme tels. Deux autres professionnels disent utiliser le guide pour l'écriture de leur programme.

5.3. Analyse et synthèse des résultats

5.3.1. Synthèse des réponses des kinésithérapeutes

Plusieurs éléments peuvent ressortir des différentes réponses données par les kinésithérapeutes.

Tout d'abord, il faut noter que la majorité des kinésithérapeutes (67%) a fait la formation des 40 heures en éducation thérapeutique du patient. Chez ceux qui ne l'ont pas faite, une raison principale revient le plus souvent pour justifier cette non-formation. Les kinésithérapeutes ne trouvent pas d'utilité à se former car il n'existe pas de programme d'ETP dans les services où ils travaillent.

L'élément important suivant concerne les programmes d'ETP dans les différents services. Premièrement, on peut remarquer que les programmes d'ETP pour les patients amputés n'existent pas uniquement dans les services spécialisés en amputation avec l'exemple d'un service MPR polyvalent. Deuxièmement, dans les services spécialisés en amputation, plus de la moitié des kinésithérapeutes (55%) déclare que leur service ne possède pas de programme d'ETP. Ce résultat peut paraître étonnant pour un service spécialisé mais il faut relativiser ce chiffre car plusieurs kinésithérapeutes d'un même service peuvent avoir répondu à ce questionnaire. Mais d'une manière générale (tous services confondus), seulement 6 kinésithérapeutes sur les 15 répondant ont un programme d'ETP dans leur service.

Concernant le guide méthodologique, les 6 kinésithérapeutes restants répondant au questionnaire ont eu la connaissance du guide par différents moyens : formation,

service et propres moyens. Cependant, tous ne l'utilisent pas dans leur pratique, même s'ils l'ont lu en entier.

A propos des ateliers développés par les kinésithérapeutes dans les programmes et de l'utilité de ces derniers dans les ateliers, on retrouve les 3 mêmes ateliers principaux : « contention du moignon et chaussage », « la douleur de la personne amputée » et « hygiène du moignon et de la prothèse ». Afin de pouvoir comparer les réponses, le guide cite pour chaque atelier les professionnels les plus aptes à diriger les ateliers (sauf l'atelier « utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes » où aucun professionnel n'est cité, un oubli ?). Ainsi d'après le guide, le kinésithérapeute pourrait être concerné pour les ateliers « contention du moignon et chaussage » et « douleurs de la personne amputée ». Ces 2 ateliers ont été cités dans les réponses obtenues. Mais le guide cite en plus un autre atelier pour les kinésithérapeutes : « activités physiques et loisirs » en collaboration avec les enseignants en Activités Physiques Adaptées (APA) ou autre professionnel.

Pour terminer sur l'évaluation globale du guide sur les 3 critères (tableau n°1), il est difficile de pouvoir conclure sur les résultats aux vues du faible nombre de réponse. Les résultats oscillent entre « plutôt positif » et « neutre » pour les 3 critères. Il y a peu de critiques négatives sur le guide : pas de thématiques manquantes et le guide semble être adapté pour les soins des patients. Cependant, la majorité des kinésithérapeutes n'ont pas observé d'effets du guide sur leur pratique et peu utilisent les supports annexes fournis. Et pourtant, l'utilisation des supports permettrait de gagner du temps sur la préparation des ateliers ou encore de donner de nouvelles idées. Mais ont-ils connaissance des supports annexes ? En effet, il existe 2 versions du guide, une avec les annexes et une sans. Pour ma part, j'ai découvert en premier la version du guide sans les annexes.

5.3.2. Synthèse des réponses des médecins MPR et cadres de santé

Le premier élément intéressant à souligner dans ces réponses obtenues est la légère majorité d'établissements ayant des programmes d'ETP (55%, 17/31). Du côté des établissements qui n'ont pas de programmes d'ETP, plus de la moitié ont pour objectif d'en mettre en œuvre. Néanmoins, ces chiffres ne sont pas totalement exacts. Dans les

remarques obtenues à la fin du questionnaire, certains professionnels déclarent faire des « actions d'ETP » dans leurs établissements mais leurs programmes ne sont pas déclarés à l'ARS et ne peuvent être considérés comme tels. Ainsi, ils ont répondu « non » à la question « avez-vous un programme d'ETP pour les patients amputés dans votre service ? ». Alors que d'autres professionnels dans la même situation qu'eux, ont répondu « oui » à cette question et ont pu continuer à répondre à la suite du questionnaire.

Ensuite, il faut souligner le fait que presque 30% des médecins et cadres de santé ne connaissent pas le guide méthodologique, bien qu'ils aient un programme d'ETP pour les patients amputés dans leur service.

Seulement 4 des professionnels qui ont participé à l'élaboration du guide ont répondu à ce questionnaire. Initialement, il y avait 17 médecins MPR à avoir participé à l'élaboration du guide et 5 d'entre eux sont aujourd'hui en retraite. Il en reste encore 12 en activité et seulement 4 ont répondu. Ces 4 professionnels ont utilisé le guide pour construire leur programme dans leur service et il en est de même pour les autres répondants qui n'ont pas participé à la création du guide.

Comme pour le questionnaire des kinésithérapeutes, il est difficile de pouvoir conclure sur l'évaluation générale du guide (*tableau n°2*) sur la qualité du contenu, l'utilité du guide et sa facilité d'utilisation. Mais que ce soit du côté des professionnels qui ont participé à l'élaboration du guide ou du côté des non participants, l'évaluation est « plutôt » positive.

A propos des ateliers développés dans les programmes par les différents professionnels intervenants, 4 ateliers sortent du lot : « contention du moignon et chaussage », « douleurs de la personne amputée », « hygiène du moignon et de la prothèse » et « utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes ». On retrouve les 3 premiers ateliers cités également par les kinésithérapeutes concernant les ateliers qu'ils développent et où ils sont le plus utiles.

5.3.3. Synthèse des résultats croisés des trois professions

Quelques questions étaient communes aux deux questionnaires, ce qui a permis de croiser les données obtenues afin d'analyser les hypothèses posées.

Tout d'abord, concernant la connaissance du guide sur les 23 professionnels répondant à ce stade du questionnaire (17 médecins / cadres de santé et 6 kinésithérapeutes), 78% d'entre eux connaissent le guide. Les 22% restants sont des médecins ou des cadres car les 6 kinésithérapeutes connaissent le guide.



Figure 21 : Lecture du guide par les professionnels : kinésithérapeutes, médecins MPR et cadres de santé

Il s'agit ensuite de savoir si les professionnels ont lu le guide ou non. Il ne reste plus que 18 professionnels (12 médecins / cadres de santé et 6 kinésithérapeutes). La moitié a lu en entier le guide et 33% ont sélectionné certaines parties à lire. 2 professionnels (11%) ne l'ont pas lu et sont éliminés du questionnaire.

La suite concerne le regroupement des questions sur l'évaluation du guide : la qualité du contenu du guide, l'utilité du guide et la facilité d'utilisation.

	Critères	% (général)	
Qualité du contenu du guide	Très satisfaisante	13%	75% satisfaisant
	Plutôt satisfaisante	62%	
	Ni satisfaisante, ni insatisfaisante	13%	13% neutre
	Plutôt insatisfaisante	6%	12% insatisfaisant
	Très insatisfaisante	6%	
Utilité du guide	Très utile	19%	75% utile
	Plutôt utile	56%	
	Ni utile, ni inutile	19%	19% neutre
	Plutôt inutile	6%	6% inutile
	Très inutile		
Facilité d'utilisation du guide	Très facile	13%	75% facile
	Plutôt facile	62%	
	Ni facile, ni difficile	13%	13% neutre
	Plutôt difficile	12%	12% difficile
	Très difficile		

Tableau 3 : Évaluation de la qualité du contenu, de l'utilité et de la facilité d'utilisation du guide par les trois professions

Sur les 16 professionnels (12 médecins / cadres de santé et 6 kinésithérapeutes), la majorité pour les 3 critères a jugé la qualité du contenu « plutôt satisfaisante » (62%), le guide « plutôt utile » (56%) et son utilisation « plutôt facile » (62%). Dans l'ensemble, 75% des professionnels se montrent positifs vis-à-vis du guide.

A propos de l'utilité du guide, on retrouve 19% de « ni utile, ni inutile » et 6% de « plutôt inutile ». Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que le guide ne correspond pas pour tous les types de patients amputés. Dans les remarques reçues, un professionnel trouve que le guide est plus orienté pour les patients amputés d'origine vasculaire alors que leur programme prend en charge plus de patients amputés traumatiques.

Ainsi globalement, l'évaluation du guide est positive. Il est évident que le guide est un bon document de travail pour construire son propre programme d'ETP adapté à son service et à sa patientèle amputée.

6. Discussion

Pour rappel, la problématique de cette étude était : « *Le guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'ETP pour les personnes amputées a-t-il eu un impact sur les pratiques des kinésithérapeutes dans la prise en charge initiale des patients amputés de membre inférieur ?* ». Quatre hypothèses avaient été posées afin de pouvoir répondre à cette problématique. Malheureusement, le faible nombre de réponses obtenues dans les questionnaires ne peut permettre de valider ou invalider les hypothèses. C'est pourquoi nous commencerons d'abord par développer les limites de l'étude puis nous discuterons des hypothèses.

6.1. Limites de l'étude

6.1.1. Faible taux de réponses

Plusieurs raisons peuvent expliquer le faible taux de réponses obtenues dans les questionnaires : la population ciblée restreinte, la construction des questionnaires et leur diffusion.

En effet, la population ciblée par cette étude était restreinte initialement, bien qu'il n'y avait pas de critères d'exclusion. Les médecins MPR, les cadres de santé et les kinésithérapeutes devaient être des salariés travaillant dans des services accueillant des patients amputés de membre inférieur. De plus, parmi cette population, tous ne pratiquent pas l'ETP. Il est donc possible qu'à la lecture de la description de l'étude sur la page d'accueil des questionnaires, certains professionnels, ne pratiquant pas l'ETP, ne se sont pas sentis concernés.

La construction des questionnaires a également influencé le nombre de réponses. Pour le questionnaire dédié aux kinésithérapeutes, il y avait seulement 15 réponses exploitables dès le départ. Un problème se trouvait déjà au niveau de la diffusion. De plus, le questionnaire s'est avéré trop restrictif et éliminait progressivement les sondés en fonction de leurs réponses (ANNEXE 2). De ce fait, il ne restait plus que 5 kinésithérapeutes à avoir pu accéder aux dernières questions.

Concernant le questionnaire des médecins MPR et cadres de santé, le nombre de réponses était plutôt satisfaisant initialement car 31 réponses complètes avaient été obtenues sur les 55 mails envoyés. Mais comme pour l'autre questionnaire, les

professionnels répondants sont sortis du questionnaire au fur et à mesure selon leurs réponses (ANNEXE 4).

Ensuite, la diffusion des questionnaires peut aussi expliquer ces résultats. Ils avaient été envoyés par mails aux médecins MPR et cadres de santé. Le premier questionnaire leur était adressé et ils étaient chargés de transférer le deuxième à leur équipe de kinésithérapeutes. Malgré une relance qui avait été faite, il n'était pas possible de vérifier si les questionnaires étaient bien arrivés à destination des kinésithérapeutes.

Pour terminer, des axes d'amélioration peuvent être proposés. D'une part, recenser auparavant les établissements avec un programme d'ETP pour les patients amputés afin de n'envoyer les questionnaires uniquement qu'à eux. D'autre part, essayer d'obtenir des contacts téléphoniques ou courriels pour atteindre plus spécifiquement les kinésithérapeutes. Ces deux éléments auraient permis dans la construction des questionnaires d'éviter certaines questions qui orientaient les professionnels vers la sortie prématurée des questionnaires.

6.1.2. Construction des questionnaires

Malgré toute la réflexion faite à propos de l'élaboration des questionnaires, il est paru évident qu'ils auraient pu être construits différemment. En effet, lors de l'analyse des résultats, plusieurs critiques sont ressorties.

Dans la construction des questions, la formulation de certaines phrases manque de précision afin d'éviter les biais. Par exemple pour la question « Avez-vous un programme d'ETP pour les patients amputés dans votre service ? », il aurait fallu faire la différence entre les programmes d'ETP déclarés à l'ARS et ceux qui ne le sont pas. Des liens entre les questions auraient également pu être instaurés afin de pouvoir aller plus loin dans l'analyse avec des questions supplémentaires comme savoir par exemple si les kinésithérapeutes non formés à l'ETP comptaient se former plus tard.

Concernant les questions identiques entre les deux questionnaires, il aurait été plus approprié de proposer les mêmes options de réponses. Cela aurait permis de bien pouvoir comparer les résultats.

L'analyse des résultats a permis de se rendre compte que certaines questions présentes dans un questionnaire auraient eu davantage leur place dans l'autre. Quelques questions des kinésithérapeutes auraient été plus utiles en étant dans le questionnaire des médecins et cadres comme par exemple les questions sur le type de service et le pourcentage de patients amputés pris en charge dans une année. En effet, cela aurait été un atout de pouvoir comparer les établissements qui ne souhaitent pas instaurer de programme d'ETP dans leur service en fonction de leurs raisons, de leur type de service et de la proportion de patients amputés qu'ils prennent en charge. Cependant, l'étude s'axait principalement sur la pratique des kinésithérapeutes. Il fallait donc avoir un questionnaire plus complet pour ces derniers.

Pour terminer dans la conception globale des questionnaires, il aurait peut-être plus avantageux de mieux répartir les idées recherchées dans chaque questionnaire :

- Le questionnaire des kinésithérapeutes aurait pu être plus précis sur le rôle du kinésithérapeute en ETP pour les patients amputés et l'évaluation critique du guide.
- Le questionnaire des médecins MPR et cadres de santé aurait pu être plus précis sur l'organisation et la mise en place des programmes dans les services

6.2. Discussion des hypothèses en lien avec les résultats

6.2.1. Hypothèse 1 : L'ETP occupe une place de plus en plus importante dans la pratique des kinésithérapeutes

Parmi les résultats obtenus, **67% des kinésithérapeutes répondants sont formés en ETP** même si tous n'ont pas de programme d'ETP dans leur service. Pour cela, ils doivent suivre une formation de 40 heures minimum, non incluse dans le programme d'études de la formation initiale du kinésithérapeute. C'est donc une initiative que prend le professionnel pour se former, ce qui montre sa motivation et son envie de pratiquer l'ETP.

Les kinésithérapeutes formés et ayant un programme d'ETP dans leur service participent tous comme intervenants dans les ateliers et collaborent avec les autres professions. La collaboration entre les différents professionnels est fondamentale dans la pratique de l'ETP. L'étude de la Tribonnière et Gagnayre choisit le terme de

l'interdisciplinarité qui semblerait être le plus adapté pour la pratique de l'ETP (43). Il s'agit d'une équipe de différents professionnels de santé collaborant ensemble avec des interactions, des dialogues, des échanges de connaissances et d'analyses. Elle apporte de nombreux bénéfices pour les soignants (la construction d'actions éducatives avec un langage commun, le partage de savoirs et compétences, l'esprit d'équipe) ainsi que pour les patients (efficacité et qualité des soins, meilleure prise en compte de la complexité du patient).

Ainsi, les kinésithérapeutes ont toute leur place pour répondre aux besoins des patients en ETP. Par ailleurs, le référentiel de compétence du masseur kinésithérapeute met en avant une compétence relative à la démarche de la promotion de la santé par des actions d'ETP, de prévention et de dépistage. C'est l'une des compétences que doit acquérir le kinésithérapeute au cours de ses études.

6.2.2. Hypothèse 2 : Les établissements qui n'ont pas encore de programme d'ETP pour les patients amputés prévoient d'en mettre en place

Parmi les 14 centres qui n'ont pas de programme, 8 d'entre eux prévoient sa mise en œuvre. Ceux qui n'en prévoient pas l'instauration semblent préférer s'investir en ETP pour d'autres pathologies. Ceci peut nous amener à penser que ce sont des établissements où la population en patients amputés est peu nombreuse, d'où leur engagement dans d'autres pathologies plus courantes.

Quoi qu'il en soit, la majorité des établissements montre des envies d'informer les patients amputés sur leur devenir selon les bonnes recommandations. Cela affirme à nouveau la prise de conscience des professionnels de santé quant à la place de l'ETP dans le parcours de soins des patients amputés (35).

Néanmoins, il existe encore **peu de programmes d'ETP pour les patients amputés en France**, bien que ce chiffre soit en augmentation. L'amputation n'est pas une « maladie » mais elle est en majorité la conséquence d'une maladie chronique comme le diabète ou l'AOMI. Et ce sont ces pathologies-là qui bénéficient plus d'ETP que les amputations car elles sont plus représentées dans la population française. En avril 2012, parmi les programmes d'ETP autorisés par les ARS en France, 30% d'entre eux concernaient le diabète et 15% les maladies cardio-vasculaires (44). Bien que

l'amputation soit une conséquence grave entraînant un lourd handicap, elle reste encore sous-représentée dans les programmes d'ETP. Et pourtant, elle engendre une problématique spécifique de rééducation et nécessite un apprentissage autour des conséquences de l'amputation et de l'appareillage (9).

En 2015, il existait seulement 4 établissements proposant de l'ETP pour les patients amputés avec l'agrément de leur ARS (37), alors qu'aujourd'hui il y en a **au moins 17 qui ont un « programme déclaré » ou qui réalisent des « actions d'ETP »**. Nous savons comment se déroule un programme d'ETP déclaré avec les recommandations données par l'HAS et l'INPES (25). A contrario, nous avons moins d'informations sur l'organisation des « actions d'ETP » et ce en quoi elles consistent. De quelle manière les informations sont-elles données aux patients ? Y a-t-il des créneaux horaires de prévu pour la prise en charge en groupe ou en individuel ? Des supports écrits sont-ils donnés en plus de l'information orale et existe-t-il une évaluation des connaissances ? Après l'amputation, les attentes des patients amputés sont parfois vagues car ils ne savent pas comment va se passer la suite de leur prise en charge et ressentent de l'incertitude sur leur avenir. Pour les aider à surmonter cela, les professionnels de santé doivent intégrer les discussions et à l'information dans leur prise en charge pour identifier les demandes des patients. Dans l'étude de Pedlow, les patients déclarent avoir besoin de plus d'informations sur les soins pré et post-opératoires, les prothèses, la réadaptation ou encore les processus de récupération (45). Et en complément de l'information orale, des supports écrits sont également demandés pour venir consolider leurs connaissances. Le contact avec d'autres patients amputés est également souhaité par les patients pour leur permettre de partager leurs expériences et ressentis (46). Toutes ses attentes soutiennent donc l'importance des programmes d'ETP et le partage de l'information durant la prise en charge des patients.

Cependant, mettre en œuvre un programme est une démarche qui demande du temps car elle peut s'avérer complexe. Il est donc important **d'identifier les facteurs (positifs et négatifs)** qui peuvent interférer dans la création des programmes afin d'essayer de réfléchir à des solutions possibles pour en améliorer la qualité. Il est difficile de trouver des articles dans la littérature analysant les difficultés et les ressources pouvant influencer la conception d'un programme d'éducation thérapeutique concernant n'importe quelle pathologie.

Au niveau des amputations, nous retrouvons la thèse du docteur Anaëlle Billant de 2019 avec son étude qualitative sur les freins et les leviers dans l'implantation d'un programme d'ETP pour les patients amputés de membre inférieur dans un centre de MPR à Saint-Nazaire (47). Plusieurs difficultés ont été identifiées par l'équipe soignante éducative :

- Le sentiment de méconnaissance des soignants qui est vécu négativement : sur l'ETP d'une façon générale (l'animation d'un groupe, la préparation des ateliers, l'évaluation des séances) et sur la prise en charge des patients amputés.
- Le sentiment d'inquiétude des soignants sur la gestion du temps en ETP, les moyens, les financements. On retrouve aussi la crainte de l'échec et le fait de ne pas être à la hauteur face aux patients en ne sachant pas répondre correctement à leurs besoins.
- L'organisation par la difficulté de s'organiser en équipe, de synchroniser les temps de réunion, le manque de coordination, la répartition des rôles ou encore la communication.

Mais des facteurs positifs ont également été relevés et encouragent cette démarche d'éducation. On retrouve une motivation de la part des soignants par leur envie de pratiquer de l'ETP, de travailler en équipe (interdisciplinarité) et de participer à cette expérience positive professionnelle. La satisfaction est également présente avec l'enrichissement personnel et le sentiment d'efficacité auprès des patients.

Le docteur Billant a établi quelques pistes d'amélioration pour surmonter les obstacles rencontrés. Premièrement, il est primordial de prendre en compte les besoins des patients en s'entourant d'anciens patients, des patients experts (48), l'expérience des aidants ou encore les associations de patient comme l'ADEPA. Cette association est présente dans certains établissements de MPR et peuvent conseiller les professionnels. Deuxièmement, l'organisation dans son ensemble : l'organisation des ateliers (planification, fixer les dates, animer des ateliers en binôme...), la coordination (désigner une personne coordinatrice du projet, identifier tous les membres de l'équipe), fixer régulièrement des réunions d'ETP, optimiser les ressources matérielles et humaines. Troisièmement, l'utilisation du guide méthodologique comme moteur de projet pour aider les professionnels à développer et organiser leurs idées en se basant dessus. Et quatrièmement, l'importance de la formation avec des possibilités de formations continues, de synthèses dans l'équipe pour mettre à jour certaines

connaissances. D'une manière générale, l'expérience en ETP s'acquière dans le temps grâce à la pratique où les ateliers sont améliorés progressivement.

6.2.3. Hypothèse 3 : Les kinésithérapeutes s'appuyant sur le guide méthodologique pour leurs ateliers travaillent dans des centres spécialisés dans la prise en charge des patients amputés

Cette hypothèse semble être invalidée car d'une part, nous avons vu que certains kinésithérapeutes travaillant dans des services spécialisés en amputation s'appuient sur ce document alors que d'autres ne l'utilisent pas. D'autre part, nous avons l'exemple d'un kinésithérapeute travaillant dans un service MPR polyvalent qui a utilisé à plusieurs reprises ce guide dans sa pratique. Ainsi, il n'est pas nécessaire de travailler dans un service spécialisé pour connaître le guide et l'utiliser dans sa pratique. Nos résultats sont bien sûr le reflet de situations professionnelles individuelles qui ne peuvent être généralisées en raison du faible nombre de répondants.

Par ailleurs, tous les kinésithérapeutes répondants n'intègrent pas le guide dans leur pratique. Il aurait été intéressant de connaître de quels centres il s'agissait pour pouvoir mieux analyser ces résultats mais l'anonymat des réponses aurait été perdu. En effet, certains kinésithérapeutes spécialisés disposent probablement de suffisamment d'expérience et de connaissance en ETP et en amputation pour diriger eux-mêmes leurs ateliers sans avoir besoin de l'aide apportée par le guide. Les kinésithérapeutes n'ont pas de spécialité reconnue pendant leur cursus d'études mais peuvent suivre une fois diplômés des formations pour obtenir des diplômes universitaires (DU) dans le domaine qui les intéresse. Concernant l'amputation, il existe des DU « appareillage » adressés aux professionnels de la rééducation comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthoprothésistes... Ce diplôme enrichit leurs connaissances théoriques et pratiques sur l'appareillage prothétique des patients amputés et permet probablement une rééducation très efficace. Il est donc possible que ces professionnels « spécialisés » ne ressentent pas le besoin d'utiliser le guide pour construire leurs ateliers d'ETP.

Il est également possible que le guide ne soit pas adapté à la clientèle du service ou qu'il soit trop long à développer par rapport à la durée de séjour des patients dans les établissements. La durée moyenne de séjour en centre de rééducation fonctionnelle en

France est de 141 jours d'après l'étude de Joublin en 2013 (49). Cependant les patients n'ont pas la même durée de séjour dans les centres en fonction de leur état ou encore du type de séjour (internat, externat, hôpital de jour...). Ainsi, selon l'organisation des programmes d'ETP, le guide peut paraître trop long à mettre en place.

Ce référentiel est donc adressé à tous les professionnels de santé souhaitant faire de l'ETP, peu importe que le service soit spécialisé ou non. Aucune étude n'existe sur le fait que les patients amputés devraient être pris en charge dans des établissements spécialisés plutôt qu'ailleurs et qu'ils y bénéficieraient d'une meilleure prise en charge. Ainsi, si les services disposent des ressources pour faire de l'ETP, le guide méthodologique est là pour les aider à construire ou améliorer leurs programmes en les adaptant à leurs caractéristiques.

6.2.4. Hypothèse 4 : Sorti récemment, le guide n'est pas encore beaucoup mis en pratique

En croisant les résultats des deux questionnaires, 78% des professionnels interrogés connaissent le guide et 50% d'entre eux l'ont lu en entier. Le guide s'est fait connaître auprès des professionnels par différents moyens : dans les formations, dans les services ou par les propres moyens des professionnels. La diffusion du guide pendant des formations ou des congrès est un moyen efficace pour le faire connaître à un grand nombre de professionnels. De plus, il est facilement retrouvable et téléchargeable sur les sites internet de la SOFMER, l'ISPO, l'AFA et l'AMPAN.

Cependant, la présence d'un programme d'ETP pour les patients amputés dans les services ne justifie pas forcément la connaissance du guide. En effet, presque 30% des médecins MPR et cadres de santé ignorent son existence.

Chez les médecins MPR et cadres de santé connaissant le guide, il semble être bien mis en pratique, qu'ils aient participé ou non à son élaboration. Chez les kinésithérapeutes, les résultats sont un peu plus mitigés. Certains ne l'utilisent pas dans leur pratique, n'utilisent pas les supports fournis, n'ont pas observé d'effets sur leur pratique mais trouvent tout de même que le guide est adapté pour les soins des patients. Cependant, le nombre de réponse très faible ne peut rendre ces résultats généralisables.

Quant à l'évaluation commune du guide par les trois professions, elle est « plutôt » positive sur la qualité du contenu satisfaisante (75%), le guide utile (75%) et son utilisation facile (75%).

En somme, bien qu'il soit sorti il y a seulement 4 ans, le guide est mis en pratique et les retours sont plutôt positifs. Plusieurs programmes sont arrivés après 2016, ce qui peut laisser supposer que la sortie du guide méthodologique de la SOFMER a été une incitation pour les soignants à entreprendre les démarches d'ETP auprès de leurs patients amputés de membre inférieur. Le docteur Billant le confirme dans sa thèse de doctorat en médecine en 2019 (47). Le guide a été utilisé par les soignants comme référence et a fortement participé à la décision de réaliser un programme d'ETP pour les patients amputés dans le centre MPR de Saint-Nazaire. L'équipe éducative admet que sans l'existence du guide, le projet aurait rencontré plus de difficultés. Ce centre n'est qu'un exemple mais d'autres établissements s'appuient également sur ce document pour l'écriture ou l'amélioration de leur programme, comme il l'a été souligné dans les remarques des questionnaires.

6.3. Le rôle des kinésithérapeutes dans l'ETP pour les patients amputés

D'après les réponses obtenues dans le questionnaire, les kinésithérapeutes animeraient en majorité des ateliers sur les thèmes de la **contention** du moignon, le **chaussage de la prothèse**, les **douleurs** ressenties par les patients amputés et **l'hygiène** du moignon et de la prothèse. Le guide développe un autre thème sur les possibilités d'**activités physiques et loisirs** où les kinésithérapeutes peuvent également intervenir dans l'atelier. Hormis ces ateliers, la littérature décrite ci-dessous donne de l'importance aux kinésithérapeutes dans l'éducation thérapeutique sur d'autres thèmes comme la surveillance des facteurs de risque du diabétique et de l'artéritique.

L'AOMI et le diabète sont les pathologies les plus retrouvées chez la personne amputée et sont souvent liées. Elles représentent un risque important de nouvelle amputation sur le membre résiduel et sur le membre controlatéral qui n'est pas non plus épargné (18,50).

Dans sa pratique de tous les jours, le kinésithérapeute surveille **les facteurs de risques des patients vasculaires** pouvant engendrer une nouvelle amputation :

inspection de l'état cutané des deux membres, évaluation de la sensibilité superficielle chez le diabétique (51), mesure de l'index de pression systolique chez l'artéritique et autres encore... Il est donc en capacité de pouvoir faire de la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires par de l'ETP auprès de ce type de patients. L'étude de Falkel (50) insiste sur le fait que le kinésithérapeute doit avoir un rôle actif dans cette éducation plutôt que de ne s'occuper que de la rééducation classique de la personne amputée.

L'atelier 7 du guide méthodologique de la SOFMER s'intéresse aux activités physiques et aux loisirs possibles pour les patients amputés lors de leur retour à domicile. Un autre axe pourrait être développé par les kinésithérapeutes sur la promotion de l'activité physique adaptée pour les personnes amputées vasculaires pour la préservation de leurs membres inférieurs. Ce sont des patients qui présentent un déficit de collatéralité et le travail musculaire participe au développement de la circulation collatérale. C'est pourquoi il est important de les sensibiliser sur la pratique de l'activité physique régulière (52).

Un autre grand thème de l'éducation thérapeutique du patient amputé est la **prévention des chutes et l'utilisation sécurisée de la prothèse**. Les kinésithérapeutes possèdent toutes les compétences nécessaires pour éduquer le patient. L'absence de mention de la profession pour cet atelier dans le guide méthodologique et dans les réponses du questionnaire des kinésithérapeutes est assez étonnante. En effet, ils sont un des acteurs principaux de la rééducation de la marche avec la prothèse pour la personne amputée. Ils sont donc aptes et légitimes à pouvoir intervenir dans l'animation d'ateliers éducatifs sur ce sujet en collaboration avec l'orthoprothésiste ou l'ergothérapeute par exemple. Kaboub et coll. (14) donnent au kinésithérapeute la responsabilité d'éduquer le patient amputé sur la bonne utilisation de leur prothèse mais également de leur fauteuil roulant pour les transferts et la déambulation. Le patient doit pouvoir identifier les situations à risques, maîtriser le fonctionnement, la mise en place et l'entretien de sa prothèse. Cette prévention passe par de la pratique pendant les séances de kinésithérapie mais également par la théorie lors d'ateliers d'ETP spécifiques (10).

En 2006, la BACPAR (*British Association of Chartered Physiotherapists in Amputee Rehabilitation*) a conçu un guide donnant les **lignes directrices sur la prise en charge des patients amputés de membre inférieur et le rôle qu'occupe le**

kinésithérapeute (53). Ce document a été mis à jour en 2016 en se basant sur les recommandations et les données scientifiques actuelles. Il y définit le rôle qu'occupe le kinésithérapeute dans l'équipe professionnelle, les connaissances qu'il doit posséder, les informations éducatives à fournir aux patients ainsi que la prise en charge rééducative pré et post-opératoire.

Tout d'abord, le kinésithérapeute est intégré dans une équipe pluridisciplinaire avec qui il collabore en permanence pour garantir une rééducation efficace pour le patient. Il intervient dans la prise en charge rééducative de la personne amputée par les exercices et les techniques de kinésithérapie. C'est également un acteur principal dans le choix, l'utilisation et l'évaluation de l'appareillage prothétique et des aides techniques à la marche. En partenariat avec les autres professionnels, le kinésithérapeute contribue à la prise en charge de la cicatrisation des plaies, de la surveillance du membre controlatéral, de la gestion de la douleur et apporte un soutien psychologique au patient.

Le document de la BACPAR mentionne ensuite qu'une partie éducative doit être intégrée au programme de rééducation pour permettre aux patients amputés de tenir un rôle actif dans la gestion actuelle et future de leur santé. Le kinésithérapeute contribue à la délivrance de l'information aux patients. Plusieurs éléments dans le guide viennent confirmer ce qui avait dit précédemment sur son rôle dans l'ETP de la personne amputée. Sur le contenu délivré, plusieurs thèmes peuvent être évoqués par le kinésithérapeute et peuvent être mis en parallèle avec les ateliers développés par le guide de la SOFMER (10) :

- L'appareillage prothétique et son utilisation → atelier « chaussage de la prothèse » et atelier « présentation et entretien technique de la prothèse » du guide de la SOFMER
- Le soin du membre controlatéral et l'éducation aux facteurs de risque chez les patients amputés vasculaires et diabétiques → atelier « facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral »
- Le soin du membre résiduel et les facteurs affectant la cicatrisation des plaies → atelier 3 « hygiène du moignon et problèmes dermatologiques »
- L'utilisation des chaussettes de contention → atelier « contention du moignon »

En plus de cela, comme Ostler et coll. le mentionnent dans leur étude (46), le kinésithérapeute donne la possibilité aux patients de rencontrer d'autres personnes amputées de membre inférieur pour favoriser les échanges d'expériences. Le guide

évoque également l'élaboration de brochures et dépliants à donner aux patients. Pedlow et coll. (45) soutiennent cet intérêt qui sert à compléter les informations données oralement et renforcer les connaissances des patients. Ces deux plus-values viennent renforcer l'efficacité de l'ETP et la satisfaction des patients.

Ainsi, ce guide de la BACPAR permet de définir la place du kinésithérapeute dans la prise en charge du patient amputé de membre inférieur. Un tel document focalisé sur les kinésithérapeutes n'existe pas en France hormis les recommandations de l'HAS sur la pratique de l'ETP. Néanmoins, la présence du guide méthodologique de la SOFMER donne un cadre à la fois général et détaillé, incluant la participation des kinésithérapeutes, et il est une aide précieuse pour certains établissements.

On peut donc concevoir que le kinésithérapeute peut intervenir en éducation thérapeutique sur des nombreux thèmes utiles à développer pour les patients amputés. Mais pour pouvoir y répondre avec succès, il doit disposer de connaissances solides dans le domaine de l'amputation, de l'appareillage prothétique, des maladies chroniques influençant l'état de santé du patient et son évolution et les complications possibles (53). Mais les connaissances ne garantissent pas à elles seules l'efficacité de l'ETP. Les qualités personnelles du kinésithérapeute interviennent et influent sur sa relation au patient. La création d'une relation de confiance, le respect, la bienveillance, le temps passé avec les patients et les encouragements sur leurs progrès favorisent les résultats positifs à l'éducation et la satisfaction des patients. La composante relationnelle occupe une place considérable dans l'apprentissage (54).

6.4. Ouverture sur la formation initiale des kinésithérapeutes à l'ETP

Il a donc été vu dans cette étude que l'ETP ne peut être pratiquée n'importe comment, qu'elle ne s'improvise pas et qu'elle répond à une réglementation structurée : diagnostic éducatif du patient, construction d'un programme personnalisé, planification et réalisation des séances en groupe ou en individuel et évaluation des compétences du patient et du programme. Le tout réalisé par un équipe de plusieurs professionnels de santé formés en ETP.

Néanmoins, en kinésithérapie, ne faisons-nous pas tous les jours une forme d' « ETP » dans l'exercice de notre profession ? Michel Gedda considère en 2008 que la kinésithérapie est disposée à l'éducation thérapeutique et ce dès le début de la rééducation (34). Elle participe indirectement au bilan éducatif du patient par son diagnostic kinésithérapique qui confronte le patient à son projet de vie. Et par le dialogue, le kinésithérapeute découvre les connaissances, les représentations de la pathologie et les attentes du patient.

La guérison du patient n'est pas toujours une finalité. Le kinésithérapeute doit aider le patient à percevoir différemment sa maladie et à visualiser des nouvelles possibilités qui lui sont permises. Ainsi, il l'accompagne dans un nouveau projet de vie conforme à son état de santé, ce qui nécessite l'adhésion de la personne face à ces changements par un processus d'apprentissage. C'est là que la place du kinésithérapeute a son importance. Effectivement, c'est le professionnel paramédical qui possède le plus de temps de partage avec le patient (33). Il entretient avec lui une relation « intime » pendant les séances de rééducation car il est amené à poser ses mains sur lui et créant ainsi un contact physique. Cette relation permet donc au patient de se sentir en confiance et de révéler plus facilement ses ressentis. Par la discussion, le kinésithérapeute amène le patient à se poser des questions et à réfléchir sur sa situation. Il le guide, sans être moralisateur, et l'aide à trouver ses réponses. C'est cette réflexion qui instruit le patient.

Le kinésithérapeute fait donc continuellement de l'éducation du patient au cours des séances de rééducation mais cette « ETP » est sous-jacente, un peu cachée, et dépend directement du savoir-faire du thérapeute et de sa relation qu'il entretient avec le patient. De plus, cela lui permet d'évaluer le patient dans son évolution et dans l'acquisition de ses compétences d'autosoin et d'adaptation. Et d'une certaine façon, il s'évalue également en étant amené à se remettre en question et à ajuster au besoin l' « ETP » qu'il fait auprès du patient (33). Cependant, en plus de cette « ETP » cachée, il n'en reste pas moins de l'importance de la « vraie » ETP, celle qui est formalisée et prescrite qui rajoute les bénéfices des séances animées et préparées par les professionnels en interdisciplinarité : lever certains sujets tabous, libérer la parole, rencontre d'autres patients, délivrance d'une information orale et écrite...

Ce cadre de programme d'ETP structuré peut être retrouvé en très grande majorité dans les établissements hospitaliers mais très peu en ville. L'instauration des

programmes d'ETP dans le secteur libéral s'avère compliqué par l'isolement des professionnels qui rend difficile l'interdisciplinarité et par le manque de formation des professionnels. La création d'un programme d'ETP conforme aux règles fixées par la loi HPST de 2009 et les ARS, demande beaucoup de temps de préparation qui n'est pas rémunéré. Et pourtant, c'est en ville que l'on rencontre le plus souvent les patients avec les maladies chroniques (55). On pourrait imaginer une valorisation des actes de kinésithérapie de ville pour la prévention, l'information et l'éducation. On ne compte pour l'instant que quelques forfaits de la nomenclature générale des actes professionnels (56) qui comprennent une éducation du patient, dans les pathologies respiratoires chroniques. Pourquoi ne pas envisager une nouvelle forme d'« ETP » valorisée et élargie à d'autres pathologies ?

Il est donc maintenant nécessaire d'offrir une vraie place à l'ETP et promouvoir le rôle de chaque professionnel dans ce domaine. Concernant les kinésithérapeutes, il semble pertinent de penser à l'instauration de la formation des 40 heures en ETP dans la formation initiale des étudiants. Cela leur apprendrait à élaborer une démarche d'éducation thérapeutique et les sensibiliser à la promotion de la santé. D'abord sur le plan théorique pour comprendre les grands concepts liés à l'ETP et sa mise en œuvre sur l'aspect éducatif, législatif, organisationnel et interdisciplinaire. Puis sur le plan pratique avec la participation des étudiants à des programmes pendant les stages ou dans les IFMK eux-mêmes en collaboration avec des associations de patients ou des établissements de santé (57). Je pense qu'organiser des rencontres entre les associations de patients et les étudiants serait très formateur. Lorsque les étudiants rencontrent de « vrais » patients, ils se positionnent comme un public écoutant l'histoire de vie d'une personne et sont prêts à pouvoir interagir directement avec eux sur leurs expériences et ce qu'ils ont vécu.

Certains IFMK comme celui de Besançon ont déjà inclus cette formation dans les études depuis quelques années.

Le pôle ETP Bretagne et l'ARS Bretagne soutiennent la demande des instituts pour introduire la formation en ETP de niveau 1 pour les étudiants en soins infirmiers, médecine, pharmacie et kinésithérapie pendant les études. La seule condition étant que les formateurs et intervenants doivent être formés en 40 heures en ETP (58). L'IFMK de Brest a entrepris cette année cette démarche éducative pour mieux l'appréhender

avec la mise en place de 3 jours de formation. Des cours théoriques et des mises en situation pratique ont été répartis sur seulement 21 heures cette année. Plusieurs objectifs étaient fixés : développer les connaissances de l'étudiant en ETP, identifier les moyens pour mener des actions d'ETP et s'initier aux démarches de mise en œuvre d'un programme d'ETP. Cependant, ces 3 jours de formation ne sont pas suffisants pour reconnaître la formation des étudiants en ETP de niveau 1. Mais l'équipe pédagogique prévoit pour les prochaines promotions d'augmenter le temps de formation pour arriver aux 40 heures et bénéficier de l'attestation reconnaissant la formation.

7. Conclusion

De nos jours, l'éducation thérapeutique du patient a montré son intérêt dans le projet de soins des patients souffrant d'une maladie chronique en leur apprenant à gérer au mieux leur vie avec. De nombreux programmes se sont développés, principalement pour des pathologies chroniques courantes comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Néanmoins, certaines affections restent en retrait comme les amputations de membre inférieur qui nécessitent pourtant de l'ETP pour les patients. Le guide méthodologique de la SOFMER, sorti en octobre 2016, permet d'aider les professionnels de santé dans cette démarche.

L'objectif de ce mémoire était donc d'étudier l'impact de ce guide sur les pratiques des kinésithérapeutes dans la prise en charge initiale des patients amputés de membre inférieur. Peu de réponses ont été obtenues de la part des kinésithérapeutes, ce qui ne nous permet pas de pouvoir répondre complètement à la problématique. La pratique de l'ETP se déroule selon des règles spécifiques préconisées par l'HAS et les résultats obtenus montrent actuellement une augmentation du nombre de programme d'ETP pour les patients amputés. Cependant, nous ne pouvons distinguer, parmi nos réponses, les programmes autorisés par les ARS conformes aux recommandations, des actions d'ETP non déclarées faites par les établissements car il existerait, dans la réalité des services, différentes façons de faire de l'ETP.

Le guide méthodologique a été publié encore récemment et semble être diversement utilisé par les kinésithérapeutes bien que les critiques ne soient pas négatives. Cependant, les choses sont en train d'évoluer par l'émergence de nouveaux programmes d'ETP qui devraient voir le jour dans quelques temps. Les établissements considèrent le guide comme un bon document de travail sur lequel ils s'appuient pour construire leur propre programme d'ETP. Mais 30% des médecins MPR et cadres de santé dirigeant un programme d'ETP dans leur service en ignorent l'existence, ce qui peut questionner sur l'efficacité de son mode de diffusion.

Quant aux kinésithérapeutes, il est évident qu'ils ont toute leur place et les compétences nécessaires pour diriger des séances d'ETP lorsqu'ils y sont formés. Leurs connaissances leur permettent d'enseigner différents thèmes autour de l'amputation. Le kinésithérapeute est le professionnel privilégié par les liens qu'il crée avec le patient

grâce au temps passé avec lui pendant les séances de rééducation. Cela fait de lui un acteur principal dans l'équipe interdisciplinaire. Cette relation qu'il entretient avec le patient est un facteur d'efficacité de l'action en ETP et le kinésithérapeute doit saisir l'opportunité d'en faire pour enrichir ses expériences professionnelles et personnelles. Afin de l'encourager à suivre cette démarche éducative, l'idée d'instaurer la formation minimale de 40 heures en ETP dans les études en IFMK est intéressante.

Au-delà des programmes d'ETP, l'éducation du patient semble faire partie de l'exercice du kinésithérapeute dans sa pratique quotidienne auprès des patients ayant des pathologies chroniques. Une nouvelle forme d'ETP, valorisée, ne pourrait-elle pas émerger parmi les actes de kinésithérapie de ville ? Ses caractéristiques restent à définir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=amputation>
2. Sachs M, Bojunga J, Encke A. Historical Evolution of Limb Amputation. *World J Surg.* oct 1999;23(10):1088-93.
3. Maitre, Rouyer, Enjalbert, Pélissier. Approche épidémiologique des amputés du membre inférieur. In: *Amputation du membre inférieur : appareillage et rééducation* P Codine, V Brun, JM André. Masson. 1996. p. 1-7.
4. Fosse S, Jacqueminet S-A, Duplan H, Hartemann-Heurtier A, Van GH, Grimaldi A, et al. Incidence et caractéristiques des amputations de membres inférieurs chez les personnes diabétiques en France métropolitaine, 2003. *Bull Epidémiologique Hebd.* mars 2006;(n°10):3.
5. Wick JY. Understanding Amputation. *Consult Pharm.* déc 2008;23(12):7.
6. Cazabon L, Casillas JM, Ader P, Grumler B, Lothe M, Dulieu V. Appareillage précoce par manchon silicone avec attache terminale après amputation vasculaire sous le genou : évaluation par score de marche du devenir fonctionnel. *Ann Réadapt Médecine Phys.* avr 2005;48(3):118-25.
7. Oliveira Y-S, Iba Ba J, Nsame D, Mba Angoue J-M, Lebane A, Minoee Saberi K, et al. Les causes d'amputations des membres inférieurs en rééducation : impact de l'insuffisance artérielle et du diabète. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt.* déc 2013;33(4):122-6.
8. Roullet S, Nouette-Gaulain K, Brochet B, Sztark F. Douleur du membre fantôme : de la physiopathologie à la prévention. *Ann Fr Anesth Réanimation.* mai 2009;28(5):460-72.
9. Lamandé F, Dupré J-C, Baudin O, Cécile F, Frison V, Mangin C. Rééducation de la personne amputée de membre inférieur. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt.* janv 2011;7(3):1-20.
10. SOFMER, AFA, AMPAN, ISPO. Guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique pour personnes amputées de membre(s). 2016. 120 p.
11. Guillot. Les problèmes cutanés du moignon d'amputation. In: *Amputation du membre inférieur : appareillage et rééducation* P Codine, V Brun, JM André. Masson. 1996. p. 66-71.
12. Fraisse N, Martinet N, Kpadonou T-J, Paysant J, Blum A, André J-M. Les muscles de l'amputé tibial. *Ann Réadapt Médecine Phys.* avr 2008;51(3):218-27.

13. Esquenazi A, DiGiacomo R. Rehabilitation After Amputation. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2001;91(1):10.
14. Kaboub F, Hocini A, Menager D, Lansade C, Blanchon M-A, Gonthier R. Prévention des chutes chez le patient amputé de membre inférieur de plus de 65 ans pris en charge en établissement de soins. *Lett Médecine Phys Réadapt.* 2011;27:203-7.
15. Darnall BD, Ephraim P, Wegener ST, Dillingham T, Pezzin L, Rossbach P, et al. Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: Results of a national survey. *Arch Phys Med Rehabil.* avr 2005;86(4):650-8.
16. Davaine JM, Renard R, Ricco JB. Amputation des membres inférieurs au cours de l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *EMC - Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire* 2019;14(1):1-9 [Article 43-029-M].
17. Izumi Y, Satterfield K, Lee S, Harkless LB. Risk of Reamputation in Diabetic Patients Stratified by Limb and Level of Amputation: A 10-year observation. *Diabetes Care.* 1 mars 2006;29(3):566-70.
18. Arribart K. Principes de kinésithérapie dans le traitement des patients artéritiques amputés de membres inférieurs. *Kinésithérapie Rev.* févr 2019;19(206):19-24.
19. Chini GCO, Boemer MR. Amputation in the perception of those who experience it : a study under the phenomenological view. *Rev Lat-Am Enferm.* mars 2007;7.
20. Lamandé F, Dupré J-C, Dechamps E, Sénégas-Rouvière J, Petit I, Salze O. Appareillage de la personne amputée de membre inférieur. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt.* avr 2019;15(2):1-17 [Article 26-170-B-15].
21. Menager D. Amputations du membre inférieur et appareillage. *EMC - Appar Locomoteur.* janv 2006;1(1):1-15.
22. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998.
23. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84 [Legifrance.pdf](#).
24. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obes.* mars 2009;4(1):39-43.
25. HAS-INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007.
26. Annexe. Professionnels de santé. Code de la Santé Publique [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf

27. Lauriou M, Solcan O, Abarghaz C. Martine Lauriou, Oana Solcan, Chaou Abarghaz. Quels freins et leviers à la collaboration entre les professionnels de santé et patients formés à l'éducation thérapeutique? . Biennale internationale de l'Education, de la Formation et des Pratiques professionnelles: "COOPERER", Jun 2015, Paris, France. hal-01371256. :11.
28. Haute autorité de santé (HAS) Éducation thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser? Juin 2007.
29. Les étapes de la démarche éducative. Rev Mal Respir, 2002, 19, 2S59-2S75 © SPLF, Paris, 2002.
30. 1_Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice.pdf.
31. Note de synthèse du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Masseurs-kinésithérapeutes et éducation thérapeutique. Éducation Thérapeutique. oct 2011;57.
32. Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - rapport 2017. 2017.
33. Bouric G, Beaumont M, Delplanque D. Éducation thérapeutique et kinésithérapie. EMC - Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt. janv 2015;n°11.
34. Gedda M. Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique. Kiné Sci Masson. oct 2008;(492):41-4.
35. Pantera E, Pourtier-Piotte C, Bensoussan L, Coudeyre E. Patient education after amputation: Systematic review and experts' opinions. Ann Phys Rehabil Med. avr 2014;57(3):143-58.
36. Wegener ST, Mackenzie EJ, Ephraim P, Ehde D, Williams R. Self-Management Improves Outcomes in Persons With Limb Loss. Arch Phys Med Rehabil. mars 2009;90(3):373-80.
37. Timsit M, Prévot E. Amputation des membres inférieurs. Intérêts des programmes d'éducation thérapeutique. Kiné Actual. oct 2015;(1419):20-3.
38. Klute GK, Kantor C, Darrouzet C, Wild H, Wilkinson S, Iveljic S, et al. Lower-limb amputee needs assessment using multistakeholder focus- group approach. J Rehabil Res Dev. 2009;46(3):293.
39. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. Dunod, 3e édition. 2015. 128 p.
40. Accueil | ViaTrajectoire | Orientation en SSR, HAD, SLD [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>
41. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect. nov 2012;(2):15-21.

42. Échelle de Likert : définition et utilisation [Internet]. SurveyMonkey. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
43. De la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* juin 2013;5(1):163-76.
44. Alliance maladies rares. Guide pratique de l'Education Thérapeutique du Patient. Ensemble, construisons pour les maladies rares! 2017.
45. Pedlow H, Cormier A, Provost M, Bailey S, Balboul G, Coucill A, et al. Patient perspectives on information needs for amputation secondary to vascular surgery: What, when, why, and how much? *J Vasc Nurs.* sept 2014;32(3):88-98.
46. Ostler C, Ellis-Hill C, Donovan-Hall M. Expectations of rehabilitation following lower limb amputation: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* juill 2014;36(14):1169-75.
47. Anaëlle Billant. Freins et leviers à la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique pour patients amputés appareillés du membre inférieur. Recherche qualitative auprès des professionnels du centre de MPR à Saint-Nazaire [Thèse de Médecine]. Université de Nantes; 2019.
48. Cohen J-D, Tropé Chirol S. Les patients dans les programmes d'ETP. *Rev Rhum Monogr.* juin 2013;80(3):197-201.
49. Joublin C. Cent trente patients amputés de membre(s) inférieur(s) suite à une maladie artérielle : étude comparative des durées de séjour en centre de rééducation fonctionnelle. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt.* mars 2015;35(1):10-4.
50. Falkel JE. Amputation as a Consequence of Diabetes Mellitus. *Phys Ther.* 1 juin 1983;63(6):960-4.
51. Villiot-Danger J-C. Diabète et précautions kinésithérapiques. *Kinésithérapie Rev.* oct 2011;11(118):35-40.
52. Michel Pillu, Lan Despeyroux, Jeanne Meloni, Eric Dechamps, Jean-Claude Dupré, Jean-François Mathieu. Réadaptation des amputés vasculaires. *EMC - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation* 1995:1-0 [Article 26-270-A-10].
53. Smith S, Pursey H, Jones A, Baker H, Springate G, Randell T, Moloney C, Hancock A, Newcombe L, Shaw C, Rose A, Slack H, Norman C. (2016). 'Clinical guidelines for the pre and post-operative physiotherapy management of adults with lower limb amputations'. 2nd Edition. Available at <http://bacpar.csp.org.uk/>.
54. Chetty V, Dunpath T, Meghnath S, Mothalal S, Sewmungal V, Kunene U, et al. Satisfaction and adherence of patients with amputations to physiotherapy service at public hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr Health Sci.* 28 mai 2015;15(2):450.

55. M'Bemba J. Organisation de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en pratique libérale. Partie I. Médecine Mal Métaboliques. mars 2016;10(2):163-4.
56. NGAP. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/finistere/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-et-lpp/nomenclatures-ngap-lpp>
57. Gain H. L'éducation thérapeutique du patient : un enjeu essentiel pour la formation initiale des kinésithérapeutes. Kinésithérapie Rev. janv 2011;11(109-110):38-9.
58. Formation initiale - Pôle régional de ressources en éducation thérapeutique [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://poleetpbretagne.fr/?-Formation-initiale-10->

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire à destination des kinésithérapeutes	I
ANNEXE 2 : Feuille de route du questionnaire des kinésithérapeutes	VI
ANNEXE 3 : Questionnaire à destination des médecins MPR et cadres de santé	VIII
ANNEXE 4 : Feuille de route du questionnaire des médecins MPR et cadres de santé	XII
ANNEXE 5 : Exemple d'un atelier du guide méthodologique de la SOFMER « Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral » (10)	XIII

ANNEXE 1 : Questionnaire à destination des kinésithérapeutes

Bonjour, je m'appelle Anna Guesdon et je suis actuellement étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Brest.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je réalise une enquête portant sur la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge de la personne amputée des membres inférieurs. Pour aider les professionnels de santé dans cette démarche, la SOFMER, l'ISPO, l'AMPAN et l'AFA ont créé en octobre 2016 le « *guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'ETP pour les patients amputés de membre(s)* ». Trois ans après sa sortie, je m'intéresse alors à l'impact de ce guide sur les pratiques professionnelles et à la mise en place de ces programmes dans les services.

Je vous remercie pour le temps que vous prendrez à répondre à ce questionnaire (environ cinq minutes). Les réponses sont totalement anonymes et seront analysées uniquement dans le cadre de ce mémoire.

1^{ère} partie : ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET PRATIQUE DE L'ETP

1. Dans quel service travaillez-vous ?

- Service MPR spécialisé amputé
- Service MPR spécialisé en orthopédie-traumatologie
- Service MPR polyvalent
- Autre :

2. Dans une année, quelle proportion de personnes amputées prenez-vous en charge parmi votre patientèle ?

- Moins de 25%
- Entre 25% et 50%
- Entre 50 et 75%
- Plus de 75%

3. Êtes-vous formé* à l'éducation thérapeutique ? (*formation des 40 heures avec certificat de participation)

- Oui
- Non

4. Pourquoi ne l'êtes-vous pas ?

- Manque de temps
- Manque de motivation
- Il n'y a pas de programme dans le service donc je n'en ai pas l'utilité
- Autre :

5. Y a-t-il un programme d'ETP mis en place dans votre lieu de travail pour les patients amputés ?

- Oui
- Non

6. Depuis combien de temps ?

- Avant 2016
- Après 2016

7. Est-ce que vous y participez comme intervenant ?

- Oui
- Non

8. Pourquoi ?

- Je ne suis pas formé(e)
- Je n'ai pas le temps
- Je n'en ai pas envie
- Autre :

9. Avec quels professionnels travaillez-vous sur les différents ateliers d'ETP ?

- Médecin
- Infirmier
- Ergothérapeute
- Orthoprothésiste
- Psychologue
- Psychomotricien
- Enseignant en Activités Physiques Adaptées
- Aucun
- Autre :

**2^{ème} partie : CONNAISSANCE DU GUIDE MÉTHODOLOGIE D'ETP POUR LES
PATIENTS AMPUTÉS**

10. Avez-vous connaissance du guide méthodologique pour élaborer un programme d'ETP pour les patients amputés publiés par la SOFMER, l'ISPO, l'AMPAN et l'AFA ?

- Oui Non

11. Comment en avez-vous eu connaissance ?

- Dans le service
 Dans une formation
 Par mes propres moyens

12. Est-ce que vous l'avez lu ?

- Oui, en entier
 J'ai commencé à lire une partie
 Seulement les parties qui m'intéressaient
 Non, je n'ai pas encore eu le temps

13. Est-il adapté pour les soins des patients ?

- Oui Non

14. Pourquoi ne l'est-il pas ?

15. L'avez-vous utilisé dans votre pratique ?

- Oui, plusieurs fois
 Oui, une fois
 Non, pas encore
 Non, je ne l'utiliserai pas

3^{ème} partie : UTILISATION ET EVALUATION DU GUIDE

16. Comment évaluez-vous la qualité de son contenu entre 1 et 5 ? 1 = très satisfaisante / 2 = plutôt satisfaisante / 3 = ni satisfaisante, ni insatisfaisante / 4 = plutôt insatisfaisante / 5 = très insatisfaisante

- 1 2 3 4 5

17. Comment évaluez-vous son utilité entre 1 et 5 ? 1 = très utile / 2 = plutôt utile / 3 = ni utile, ni inutile / 4 = plutôt inutile / 5 = très inutile.

- 1 2 3 4 5

18. Comment évaluez-vous sa facilité d'utilisation ? 1 = très facile / 2 = plutôt facile / 3 = ni facile, ni difficile / 4 = plutôt difficile / 5 = très difficile.

- 1 2 3 4 5

19. Voici les ateliers développés dans le guide. Quel(s) atelier(s) développez-vous dans votre programme d'ETP en tant que kinésithérapeute ?

- Contention du moignon et chaussage
- Douleurs de la personne amputée
- Hygiène du moignon et de la prothèse ; problèmes dermatologiques
- Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral
- Présentation et entretien de la prothèse ; utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes chez l'amputé
- Vivre son amputation. Faire face aux changements
- Activités physiques et loisirs
- Autre :

20. Selon votre avis, manque-t-il des axes non développés dans ce programme ?

- Oui Non Je ne sais pas

21. Précisez lesquels

22. Avez-vous observé des effets du guide sur votre pratique de l'ETP ?

- Oui Non Je ne sais pas

23. En quoi ?

- Je sens que je propose des ateliers plus complets
- Je m'investis plus dans les ateliers
- J'ai besoin de moins de temps de préparation des ateliers grâce aux supports fournis par le guide
- Je me sens mieux informé(e) et plus apte à répondre aux questions des patients
- Autre :

24. A propos des plaquettes, diaporamas, supports déjà fait et fournis dans le guide, les utilisez-vous ?

- Tout le temps
- Régulièrement
- De temps en temps
- Pas encore
- Jamais

25. Dans quel(s) atelier(s) le kinésithérapeute vous semble être le plus utile ?

- Contention du moignon et chaussage
- Douleurs de la personne amputée
- Hygiène du moignon et de la prothèse ; problèmes dermatologiques
- Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral
- Présentation et entretien de la prothèse ; utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes chez l'amputé
- Vivre son amputation. Faire face aux changements
- Activités physiques et loisirs

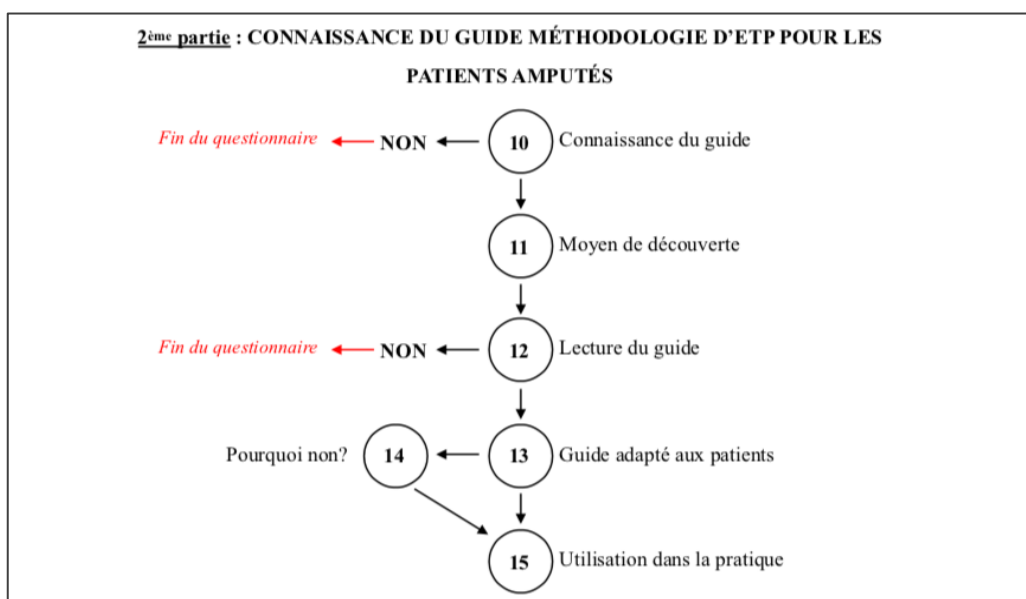
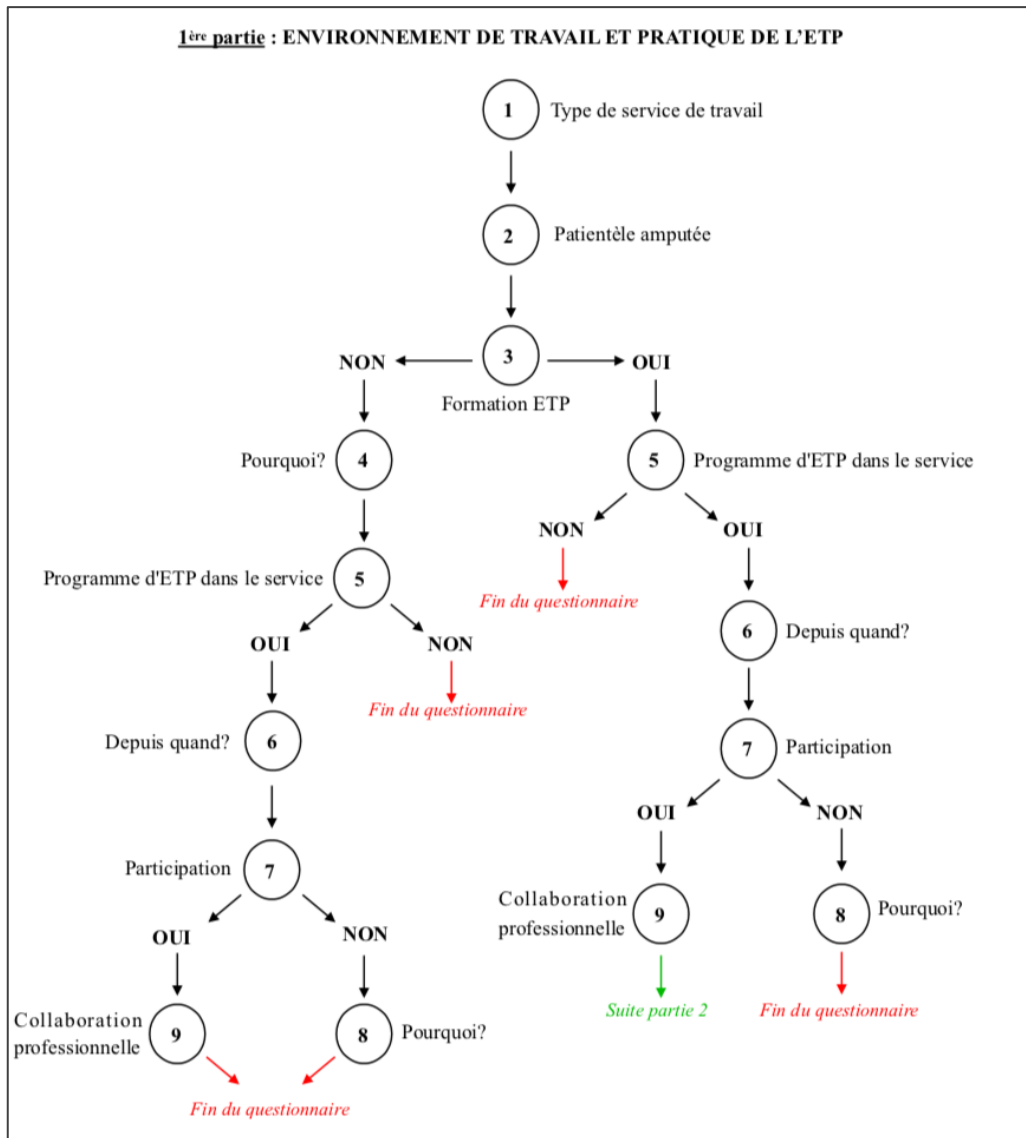
4^{ème} partie : REMARQUES

26. Pour terminer, avez-vous des remarques particulières à faire sur l'ETP pour les patients amputés ou sur ce guide ?

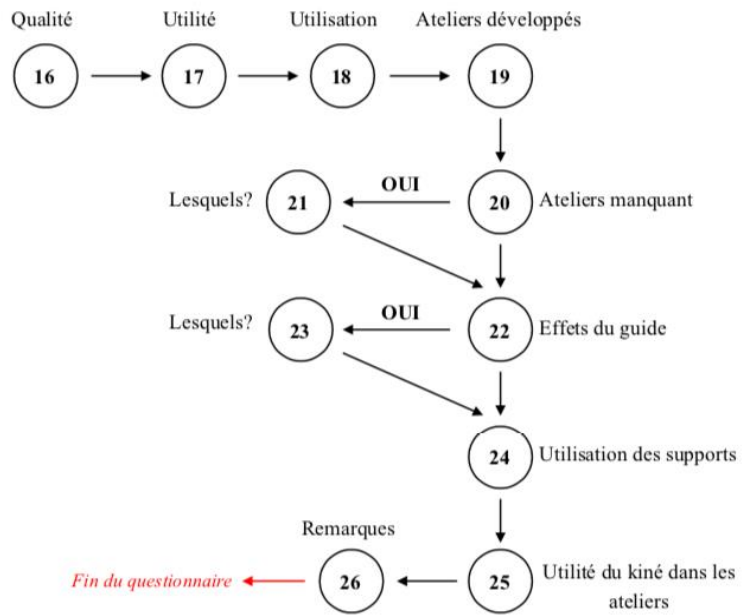
Merci pour vos réponses !

Si vous souhaitez avoir les résultats de cette étude ou d'autres informations complémentaires, n'hésitez pas à me contacter via mon adresse mail : anna.guesdon@yahoo.fr

ANNEXE 2 : Feuille de route du questionnaire des kinésithérapeutes



3^{ème} partie : UTILISATION ET EVALUATION DU GUIDE



ANNEXE 3 : Questionnaire à destination des médecins MPR et cadres de santé

Bonjour, je m'appelle Anna Guesdon et je suis actuellement étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Brest.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je réalise une enquête portant sur la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge de la personne amputée des membres inférieurs. Pour aider les professionnels de santé dans cette démarche, la SOFMER, l'ISPO, l'AMPAN et l'AFA ont créé en octobre 2016 le « *guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme d'ETP pour les patients amputés de membre(s)* ». Trois ans après sa sortie, je m'intéresse alors à l'impact de ce guide sur les pratiques professionnelles et à la mise en place de ces programmes dans les services.

Je vous remercie pour le temps que vous prendrez à répondre à ce questionnaire (environ cinq minutes). Les réponses sont totalement anonymes et seront analysées uniquement dans le cadre de ce mémoire.

1^{ère} partie : ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET PRATIQUE DE L'ETP

1. Êtes-vous ?

- Médecin Cadre de santé

2. Avez-vous un programme d'ETP pour les patients amputés dans votre service ?

- Oui Non

3. La mise en place d'un programme est-elle prévue ?

- Oui Non

4. Pour quelles raisons ?

- Manque de formation des professionnels
 Problème de structure/espace
 Enjeu financier
 Gestion compliquée de l'emploi du temps des professionnels
 Manque de motivation
 Plus d'investissement en ETP pour d'autres pathologies
 Autre :

5. Quels patients amputés sont concernés par le programme ?

- Amputés vasculaires (artéritiques, diabétiques...)
- Amputés traumatiques
- Amputés pour d'autres étiologies (malformations, tumeurs, infections...)
- Tous types d'amputés

2^{ème} partie : CONNAISSANCE DU GUIDE MÉTHODOLOGIE D'ETP POUR LES PATIENTS AMPUTÉS

6. Avez-vous connaissance du guide méthodologique pour élaborer un programme d'ETP pour les patients amputés publiés par la SOFMER, l'ISPO, l'AMPAN et l'AFA ?

- Oui
- Non

7. L'avez-vous lu ?

- Oui, en entier
- J'ai commencé à lire une partie
- Seulement les parties qui m'intéressaient
- Non, je n'ai pas encore eu le temps

8. Avez-vous participé à son élaboration ?

- Oui
- Non

9. A-t-il été utilisé pour développer votre propre programme d'ETP dans le service ?

- Oui, beaucoup
- Oui, quelques fois
- Oui, une fois
- Non, pas du tout
- Je ne sais pas

3^{ème} partie : UTILISATION ET EVALUATION DU GUIDE

10. Comment évaluez-vous la qualité de son contenu entre 1 et 5 ? 1 = très satisfaisante / 2 = plutôt satisfaisante / 3 = ni satisfaisante, ni insatisfaisante / 4 = plutôt insatisfaisante / 5 = très insatisfaisante

- 1 2 3 4 5

11. Comment évaluez-vous son utilité entre 1 et 5 ? 1 = très utile / 2 = plutôt utile / 3 = ni utile, ni inutile / 4 = plutôt inutile / 5 = très inutile.

- 1 2 3 4 5

12. Comment évaluez-vous sa facilité d'utilisation ? 1 = très facile / 2 = plutôt facile / 3 = ni facile, ni difficile / 4 = plutôt difficile / 5 = très difficile.

- 1 2 3 4 5

13. Voici les ateliers développés dans le guide. Quels ateliers sont proposés dans votre programme ?

- Contention du moignon et chaussage
- Douleurs de la personne amputée
- Hygiène du moignon et de la prothèse ; problèmes dermatologiques
- Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral
- Présentation et entretien de la prothèse ; utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes chez l'amputé
- Vivre son amputation. Faire face aux changements
- Activités physiques et loisirs
- Autre :

14. Selon votre avis, manque-t-il des axes non développés dans ce programme ?

- Oui Non Je ne sais pas

15. Précisez lesquels

16. Y a-t-il plus d'ateliers proposés depuis la sortie du guide ?

- Oui Non

17. Lesquels ?

- Contention du moignon et chaussage
- Douleurs de la personne amputée
- Hygiène du moignon et de la prothèse ; problèmes dermatologiques
- Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral
- Présentation et entretien de la prothèse ; utilisation sécurisée de la prothèse et prévention des chutes chez l'amputé
- Vivre son amputation. Faire face aux changements
- Activités physiques et loisirs
- Autre

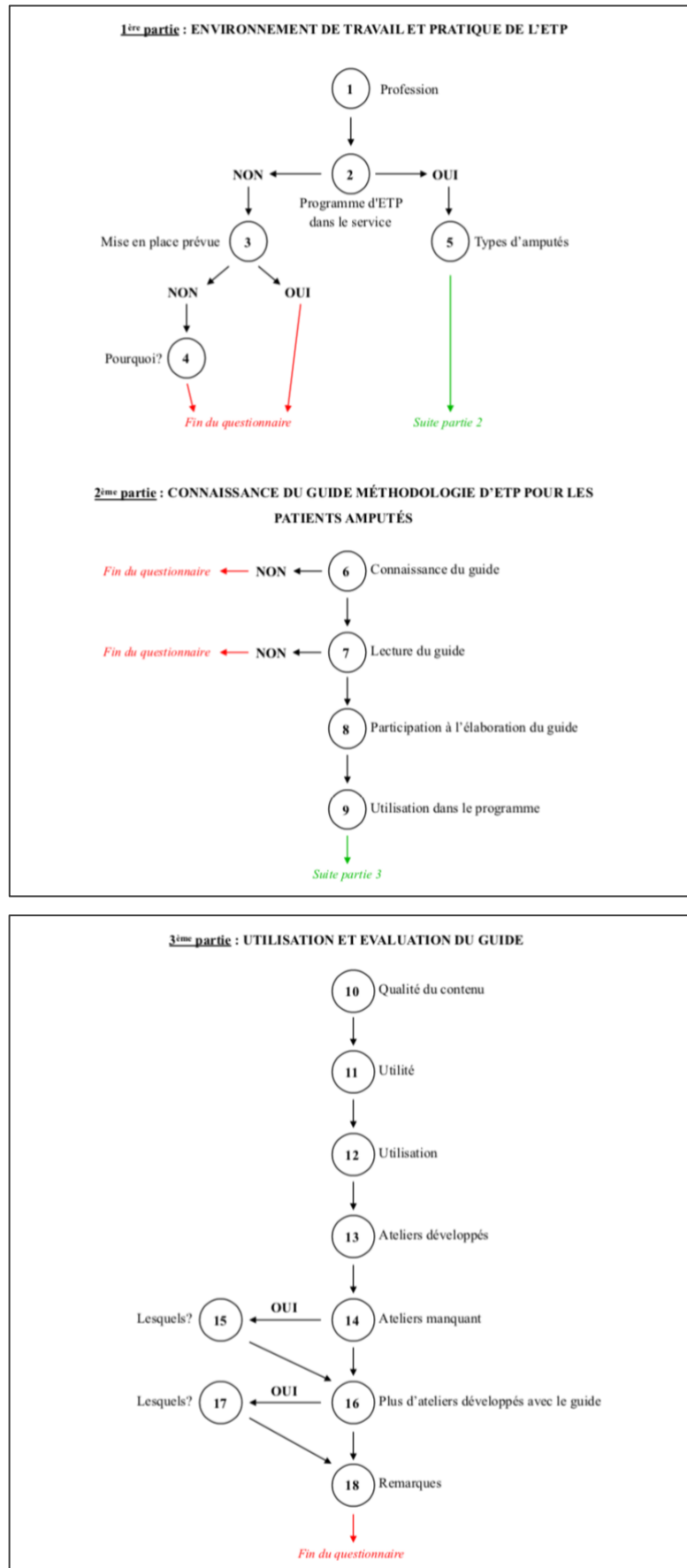
4^{ème} partie : REMARQUES

18. Pour terminer, avez-vous des remarques particulières à faire sur l'ETP pour les patients amputés ou sur ce guide ?

Merci pour vos réponses !

Si vous souhaitez avoir les résultats de cette étude ou d'autres informations complémentaires, n'hésitez pas à me contacter via mon adresse mail : anna.guesdon@yahoo.fr

ANNEXE 4 : Feuille de route du questionnaire des médecins MPR et cadres de santé



ANNEXE 5 : Exemple d'un atelier du guide méthodologique de la SOFMER « Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral » (10)

5. Atelier « Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral »

Population cible

Personnes amputées de membre supérieur et / ou inférieur quels que soient l'ancienneté, le niveau et l'étiologie (congénitale, traumatique, vasculaire, néoplasique, septique...)

Objectif général

Favoriser l'autonomie et améliorer ou maintenir la qualité de vie de la personne amputée

Objectifs spécifiques

- Connaître les facteurs de risques cardio-vasculaires et leur contrôle
- Connaître la surveillance médicale qui leur est conseillée
- Connaître et échanger sur les moyens de protéger le membre controlatéral

Objectifs opérationnels

- Savoir repérer les facteurs de risque qui les concernent et ceux qui sont améliorables (et comment)
- Savoir quelle doit être leur surveillance médicale
- Identifier comment prendre soin de son membre restant
- Repérer les signes d'alerte
- Identifier les stratégies pouvant être mises en place dans sa vie quotidienne visant le maintien d'un bon état de santé et d'un bon état du membre inférieur controlatéral

Objectifs	Connaissances à acquérir	Outils pédagogiques / animation
Savoir repérer les facteurs de risques qui les concernent et ceux qui sont améliorables, savoir quelle doit être la surveillance. « Je prends soin de moi-même »	Identification des facteurs de risques : tabac, dyslipidémie, diabète, sédentarité, HTA.	Paperboard et brainstorming : noter les facteurs de risques énoncés par les patients sur une colonne
	Lutte contre les facteurs de risques : arrêt du tabac, prise des traitements hypolipémiants, anti-diabétiques et anti-hypertenseurs, maintenir une activité physique.	Dans une colonne en face, noter comment lutter contre ces facteurs de risques et donner des précisions sur l'alimentation équilibrée (éventuellement à l'aide de photos), les traitements (avec quelques boîtes de médicaments ou leur ordonnance), l'intérêt de l'activité physique...
	Atteinte des autres artères du corps humain.	Montrer un schéma du réseau artériel humain et les différents sites d'atteinte ou utiliser une silhouette humaine vierge sur laquelle les patients viennent placer eux-mêmes les icônes sur les organes qui leur semblent toucher par la maladie artérielle. En profiter pour donner des infos sur la surveillance médicale nécessaire pour ces artères.
Identifier comment prendre soin du moignon et de son membre restant « Je prends soin de ma jambe »	Surveiller sa jambe restante quotidiennement : aspect cutané, plaies, orteils (mycose, taille des ongles), plante du pied (miroir), espaces interdigitaux.	Paperboard : noter les réponses et développer au fur et à mesure les informations recueillies auprès des patients avec d'éventuelles photos de mycoses, d'intertrigo.
	Prendre soin de son moignon et de sa jambe par l'hygiène quotidienne : lavage quotidien au savon, séchage, soins réguliers des ongles par un pédicure, marche quotidienne.	

Objectifs	Connaissances à acquérir	Outils pédagogiques / animation
Repérer les signes d'alerte	Rougeur, plaie de la jambe, mal perforant plantaire .	Utiliser des photos des différentes lésions possibles et devant amener à consulter en faisant attention à ne pas utiliser de photos trop choquantes.
	Qui doit-on consulter et quand ?	Refaire un point sur les différents professionnels auxquels ils peuvent s'adresser et dans quelle situation.
Identifier les stratégies pouvant être mises en place dans sa vie quotidienne visant le maintien d'un bon état de santé et d'un bon état du membre inférieur controlatéral	A partir de situations concrètes, refaire un point global sur la surveillance des facteurs de risques, du membre controlatéral et des solutions de recours en cas de problème.	Petites histoires écrites laissées aux patients pendant quelques minutes pour qu'ils réfléchissent aux stratégies à mettre en place dans les différentes situations concrètes et échanger ensuite tous ensemble.
	Elaborer son propre plan de soins en fonction des facteurs de risques qu'il aura repéré chez lui	Seul ou avec l'aide d'un soignant, à partir d'une fiche de synthèse, le patient élabore son propre plan de soins en fonction de ses facteurs de risques, note la surveillance médicale qu'il devra envisager ensuite et la surveillance au quotidien.

Evaluation du module « Facteurs de risques cardio-vasculaires et membre controlatéral »

Pour chaque item, répondre à chaque question par « d'accord », « pas d'accord », « je ne sais pas »

1. D'APRÈS VOUS QUELS SONT LES ÉLÉMENTS QUI PEUVENT BOUCHER LES ARTÈRES ?			
	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Tabac			
Diabète			
Cholestérol			
Rien			

2. D'APRÈS VOUS LE FAIT D'AVOIR UN DIABÈTE ÉQUILIBRÉ PERMET DE SE PASSER DES CONTRÔLES HABITUELS COMME L'ÉCHO-DOPPLER ARTÉRIEL DES MEMBRES INFÉRIEURS ?			
	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas

3. D'APRÈS VOUS LA MALADIE ARTÉRIELLE PEUT ATTEINDRE			
	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Le cœur			
Les artères des membres inférieurs			
Les artères à destination du cerveau			
Aucune			

4. QUIZ			
	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Marcher tous les jours est important pour moi			
Je peux continuer de fumer comme avant			
Je dois surveiller mon pied tous les jours			
Je ne vais pas chez le podologue si mon diabète est équilibré			
Surveiller ma tension artérielle est peu important			



NOM : GUESDON
PRENOM : ANNA
TITRE : Apport du guide méthodologique d'éducation thérapeutique du patient amputé de membre inférieur : évaluation des pratiques professionnelles
<p>Introduction : In October 2016, a methodological guide was published to help professional to elaborate a therapeutic patient education (TPE) program for lower limb amputee. The aim of this study is to analyse TPE exercices for amputees and assess the impact of this guide on physiotherapists practices. Methods : Two surveys were created for this study: one for rehabilitation physicians and health executives and the other for physiotherapists. Results : The analysis of the results showed that the number of TPE programs for amputees has increased in recent years. The guide is a good working document and many institutions have used it to create their own program. However, the guide is used diversely in physiotherapist's practices although their criticisms are not negative. Discussion : Physiotherapists have an important role in TPE programs for amputees. But it would seem that there are different ways of doing patient education between the TPE formalized by the recommandations and the "invisible" TPE daily practiced during rehabilitation sessions.</p>
<p>Introduction : En octobre 2016, un guide méthodologique a été publié pour aider les professionnels à développer leur propre programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les personnes amputées de membre inférieur. Le but de cette étude est d'analyser la pratique de l'ETP pour les patients amputés et évaluer l'impact du guide sur la pratique des kinésithérapeutes. Méthode : Deux questionnaires ont été créés pour cette étude : un pour les médecins de Médecine Physique et Réadaptation et les cadres de santé et un autre pour les kinésithérapeutes. Résultats : L'analyse des résultats montre que le nombre de programmes d'ETP pour les patients amputés a augmenté ces dernières années. Le guide est un bon outil de travail et de nombreux établissements l'ont utilisé pour construire leur propre programme. Cependant, le guide est diversement utilisé par les kinésithérapeutes bien que leurs critiques ne soient pas négatives. Discussion : Les kinésithérapeutes ont un rôle important dans les programmes d'ETP pour les patients amputés. Mais il semblerait qu'il existe différentes façons de faire de l'éducation du patient entre l'ETP formalisée par les recommandations et l'ETP « invisible » pratiquée quotidiennement lors des séances de rééducation.</p>
<p><i>Keywords : Therapeutic Patient Education, amputation, lower limb, professional practice, physiotherapy</i></p>
<p><i>Mots-clés : Éducation thérapeutique du patient, amputation, membre inférieur, pratiques professionnelles, kinésithérapie</i></p>
<p>INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE 22 avenue Camille Desmoulins, 29 238 Brest CEDEX 3 TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2020</p>