



**HAL**  
open science

# Mise en situation lors d'activité signifiante en rééducation avec une prothèse myoélectrique : analyse thématique de la limitation des risques d'échec

Arnaud Chanay

## ► To cite this version:

Arnaud Chanay. Mise en situation lors d'activité signifiante en rééducation avec une prothèse myoélectrique : analyse thématique de la limitation des risques d'échec. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03694005

**HAL Id: dumas-03694005**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03694005v1>

Submitted on 13 Jun 2022

**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



Faculté  
de Médecine  
Aix-Marseille Université

Ecoles des sciences de la réadaptation  
Formation d'Ergothérapie

Arnaud CHANAY

UE 6.5 S6

Initiation à la démarche de recherche

**Mise en situation lors d'activité signifiante en rééducation  
avec une prothèse myoélectrique : analyse thématique de  
la limitation des risques d'échec**

Sous la direction de Catheline Blanc, et Bénédicte Guerin

Diplôme d'état d'ergothérapie

## **Remerciement**

Je tiens à remercier Catheline BLANC, ma référente pédagogique, pour son aide précieuse, ses conseils, le temps qu'elle m'a accordé et surtout pour ses encouragements dans les moments difficiles

Je souhaite également remercier Bénédicte GUERIN, ma référente professionnelle, pour son accompagnement, ses conseils, son aide, et son expérience qu'elle a partagée avec moi tout au long de la conception de ce mémoire.

Je tiens à remercier les ergothérapeutes, qui m'ont accordé du temps et des échanges extrêmement intéressants et enrichissants.

Merci à mon groupe mémoire pour le soutien moral, et l'aide qu'ils m'ont apportée dans cette conception du mémoire.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Marseille pour tout leur soutien et pour tout ce qu'ils m'ont appris.

En dernier lieu, je souhaiterais remercier ma famille, mes amis, en particulier Victoria, Anna, Lou, Colline, Sarah, Pauline, et Ségolène, pour leur aide, les nombreuses relectures, et le soutien moral tout simplement.

1	Introduction.....	1
1.1	Contexte et point de rupture .....	1
1.2	Thèmes .....	2
1.3	Résonnance du thème.....	3
1.4	Revue de littérature .....	4
1.4.1	Base de données.....	4
1.4.2	Critère d'inclusion et d'exclusion.....	5
1.4.3	Résultats des bases de données.....	5
1.5	Analyse des recherches .....	7
1.5.1	La prothèse myoélectrique, une aide au rétablissement .....	8
1.5.2	La représentation du moi hybride .....	9
1.5.3	Des pistes pour une non-utilisation de la prothèse myoélectrique .....	10
1.6	Synthèse de la revue de littérature.....	11
1.7	Problématisation.....	11
1.8	Enquête exploratoire .....	12
1.8.1	Objectifs généraux .....	12
1.8.2	Objectif spécifique.....	12
1.8.3	Population cible .....	13
1.8.4	Choix de l'outil de recueil de données .....	13
1.8.5	Résultat de l'enquête exploratoire .....	14
1.9	Cadre conceptuel .....	16
1.9.1	Approche systémique .....	16
1.9.2	Activité signifiante .....	19
1.9.3	L'échec .....	21
1.10	Questionnement théorique.....	23
2	Matériel et méthode .....	25

2.1	Choix de la méthode.....	25
2.2	Population cible.....	25
2.3	Site d'exploration .....	25
2.4	Outil de recueil de données .....	26
2.4.1	Choix de l'outil.....	26
2.4.2	Biais envisager.....	26
2.4.3	Construction de l'outil .....	27
2.5	Déroulement de la recherche .....	28
2.5.1	Test .....	28
2.5.2	Passation des entretiens .....	29
2.6	Choix des outils de traitement des données .....	30
3	Résultats.....	30
3.1	Analyse verticale .....	31
3.1.1	Les interactions.....	31
3.1.2	L'engagement dans le soin .....	32
3.1.3	Activité signifiante et échec de la prothèse myoélectrique .....	33
3.2	Analyse horizontale.....	35
3.2.1	Ergothérapeute 1 .....	35
3.2.2	Ergothérapeute 2.....	36
3.2.3	Ergothérapeute 3.....	38
4	Discussion .....	39
4.1	Éléments de réponse à la question de recherche .....	39
4.2	Interprétation des résultats .....	39
4.3	Critique du dispositif de recherche.....	41
4.4	Conclusion.....	41
	Bibliographie.....	43
	Annexe .....	46

1	Niveau de scientificité des articles de la revue de littérature .....	46
2	Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire .....	48
3	Questionnaire de l'enquête exploratoire .....	49
4	Matrice conceptuelle : .....	56
5	Matrice d'entretiens : .....	57
6	Dérouler de l'entretien .....	59
7	Tableau de résultat .....	60
	Résumé : .....	1

## **1 Introduction**

### **1.1 Contexte et point de rupture**

J'ai réalisé deux stages en SSR lors de mes deux premières années de mon cursus d'ergothérapie. Les structures qui m'ont accueilli sont des centres de soin de suite et de réadaptation (SSR) où le travail rééducatif envers les usager accueillis était très important. Les patients admis au centre étaient principalement des personnes en hospitalisation pour les prises en charges des affections de l'appareil locomoteur, neurologiques et la prise en charge des amputés. Dans ces centres il y avait également la présence d'un hôpital de jour où les personnes venaient effectuer leur rééducation pendant la demi-journée, d'une à cinq fois par semaine.

Lors de mon premier stage en SSR, j'ai pu rencontrer en particulier un patient ayant subi une amputation trans-humérale de son membre dominant, à savoir la droite. Celui-ci avait fini sa thérapie et revenait saluer son thérapeute. J'ai alors pu découvrir son histoire : il avait été hospitalisé en centre pour une rééducation à la suite de son amputation (après un accident de la voie public) et pose d'une prothèse myoélectrique. Il a alors bénéficié d'un long apprentissage pour l'utilisation fonctionnelle de cette dernière. Cette rencontre m'a permis d'observer le patient et l'étonnante facilité et dextérité dont il faisait preuve, par exemple, lorsqu'il serrait la main de son interlocutrice ou lorsqu'il devait ouvrir une porte.

J'ai vécu une nouvelle expérience sur ce sujet lors de mon deuxième stage, qui était également un centre SSR. Le public accueillis s'orientait plus vers la traumatologie que de la neurologie. Cependant, des personnes amputées, et nécessitant une rééducation avec une prothèse myoélectrique était là aussi accueillis ponctuellement. J'ai alors pu avoir accès à de nombreuses vidéos montrant la rééducation de personnes amputées utilisant ce type de prothèse. Mais j'ai également rencontré plusieurs patients amputés qui ne suivait aucun soin en vue d'une prothèse. C'est à partir de mes observations faites lors de ses stages et des quelques recherches que j'ai pu faire que m'est apparue un point de rupture :

---

Pourquoi un grand nombre de personnes amputées d'un membre supérieur n'utilise pas de prothèse myoélectrique malgré tous les bénéfices théoriques qu'elle semble apporter.

---

## 1.2 Thèmes

Après quelques recherches, je me suis rendu compte qu'effectivement il y avait quelques points négatifs dans l'utilisation des prothèses myoélectriques. Je me suis questionné sur la place d'un arbre décisionnel dans ce choix. Ce questionnement m'a permis de mettre en lumière le thème suivant :

---

Dans quelle mesure l'accompagnement en ergothérapie en France peut aider un usager amputé du membre supérieur, dans le choix de port d'une prothèse myoélectrique.

---

Vu mes faibles connaissances dans ce domaine de la rééducation, ma grande curiosité vis-à-vis des nouvelles technologies, et ma vision d'ergothérapeute en formation, j'ai entrepris des recherches sur le sujet.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) « L'ergothérapeute se définit comme un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes »(1).

La prothèse se définit quant à elle, selon le dictionnaire médical de l'académie de médecine, comme « un appareil destiné à compenser morphologiquement et fonctionnellement l'absence totale ou partielle, d'origine congénitale ou acquise, d'un organe ou d'un membre »(2). Et le terme myoélectrique se rapporte aux propriétés électriques des muscles(3).

Enfin le terme amputation se présente comme une séparation brutale, accidentelle ou chirurgicale, d'un membre ou de l'extrémité d'un membre, du restant du corps(2).



Ainsi dans cette étude, plusieurs champs disciplinaires se distinguent. On pense en tout premier lieu à la discipline de la santé qui va permettre une vision médicale, essentielle à cette prise en soin. Ensuite, les champs de la technique et de la mécanique semblent évidents, dans la mesure ou la notion même d'une prothèse myoélectrique fait référence à l'électronique et à la technologie. Enfin, il peut également être intéressant d'avoir une optique psychologique pour analyser l'impact de la perte d'un membre et les conséquences psychologiques d'une hybridation avec la machine.

### **1.3 Résonance du thème**

D'après les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), le nombre de séjours en milieu hospitalier français comportant un acte d'amputation de membre supérieur est de l'ordre de 250 séjours par an, allant de 235 à 288 par an depuis 2008, tous niveaux d'amputations confondus(4). Ainsi selon la haute autorité de santé (HAS) l'appareillage prothétique, a un intérêt de santé publique étant donné qu'il vise à restaurer la fonctionnalité du membre supérieur amputé et contribue à atténuer les répercussions socioprofessionnelles et familiales de la déficience liée à l'absence d'un ou deux membres supérieurs. En effet, la population concernée est souvent jeune et active et l'amputation peut avoir un impact sur l'entourage, par la perte d'autonomie qu'elle entraîne(4).

L'Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputé ADEPA soutient ses informations. Selon eux les amputés du membre supérieur représentent environ 15 % de l'ensemble des amputés. Il estime en France leur nombre entre 8 000 et 15 000. Ce sont des gens jeunes, exerçant une activité professionnelle : deux tiers auraient moins de 40 ans(5). Dans cette population de personnes amputées tout de même 10% sont des personnes amputées bilatérales, c'est-à-dire qui ont subi une amputation au niveau des deux membres supérieurs. Ces chiffres montrent le poids que représente les personnes amputées pour qui l'impact de l'amputation est économique, et socioprofessionnel en plus de la santé(5).

La prise en soin de ces personnes est relativement longue. En effet, selon l'ADEPA après l'amputation il faut en moyenne attendre 30 jours pour la cicatrisation du moignon. Puis, la phase pré prothétique va durer entre 30 et 45 jours avant de commencer la phase de prothésisations provisoire, qui durera entre 45 et 75 jours selon les personnes. Enfin, la phase de prothésisations définitive se déroulera entre 75 et 90 jours(5).

De plus l'approche psychologique du patient amputé de membre supérieur est importante. Ainsi une prise en soin pluridisciplinaire est nécessaire ce qui permettra de mieux cerner la personnalité, les motivations, et l'environnement psychosocial, familial et professionnel, de la personne(5). Cette rééducation longue représente un cout important en temp et en argent a la sécurité sociale et aux établissements de santé, ce qui en fait un enjeu de santé publique.

Enfin, les résultats de la prophétisations ne sont, pour l'instant, pas excellents, dans la mesure ou près d'un quart des amputés de membre supérieur n'utilise pas de prothèse(5). Ainsi il apparait nécessaire de développer cette prise en soin afin d'améliorer l'accès à la prophétisations et l'adhésion à la prothèse.

## **1.4 Revue de littérature**

### **1.4.1 Base de données**

Pour cette revue de littérature, un travail de recherche a été réalisé au moyen de différentes bases de données. En tout, 5 bases ont été sélectionnées pour correspondre au champ disciplinaire spécifique de la recherche. Google scholar et Summon ont été sélectionnées pour une recherche globale et obtenir des informations sur le sujet d'ordre technique et médical. Cairns a été choisie pour le choix de revue plus centré sur la psychologie et les discussions philosophiques. Enfin Pubmed et Science direct ont apporté les éléments liés à la santé et des informations médicales.

Dans ces différentes bases de données, une équation de recherche a été rentrée pour obtenir des résultats les plus complets et les plus proches possibles du sujet qui nous intéresse. Cette équation est la suivante : Amputation SANS diabète ET membre supérieur ET prothèse OU prothèse myoélectrique ET suivi OU comportement de choix. Les résultats obtenus sont résumés dans le tableau 1 suivant les filtres depuis 2008, recherche dans le texte intégral, puis dans le résumé et enfin dans le titre. De ses résultats, 7 articles ont été retenus pour cette revue de littérature

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le Texte	Sélection selon le Résumé	Sélection selon le Titre
7129	Google scholar	10		1
	Cairns	18	3	1
	Pubmed	182	153	13
	Science direct	1459	4	0
	Summon	5460		
	Lecture opportuniste	/	/	0

Tableau 1

#### 1.4.2 Critère d'inclusion et d'exclusion

Dans un souci d'obtenir une revue de littérature centrée sur l'accompagnement des usagers dans le choix du port ou non d'une prothèse myoélectrique pour des personnes amputées du membre supérieur, les textes traitant de malformation congénitale induisant l'absence d'un ou plusieurs membres supérieurs comme l'agénésie, non pas été retenus. En effet, cette recherche s'intéresse au cheminement et au choix que doit faire un usager pour une reconstruction de sa personne suite à une amputation. Ensuite les littératures discutant de la maladie du diabète ont également été évitées. En effet, de manière générale, si cette maladie peut effectivement causer une amputation, cette dernière se situe au niveau des membres inférieurs et non pas au niveau des membres supérieurs, objet de notre recherche.

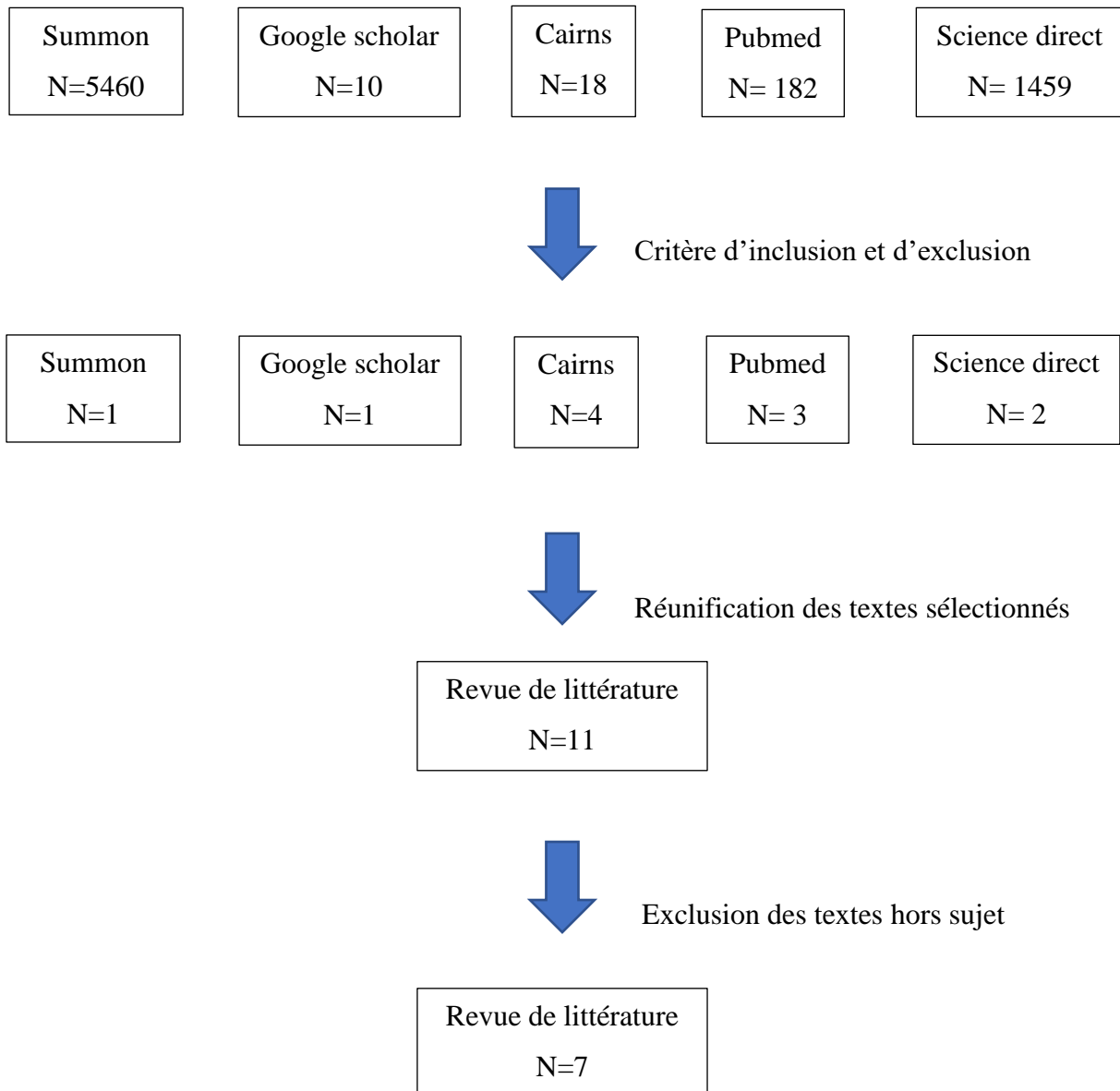
Ainsi, nous incluons dans cette recherche les revues abordant les thématiques du rejet de la prothèse, les répercussions psychologiques d'un tel traumatisme, les rétablissements des personnes avec une prothèse myoélectrique, les études sur le temps de port.

#### 1.4.3 Résultats des bases de données

Dans cette revue de littérature 7129 articles ont été trouvés comme présentés dans le tableau numéro 1. La plupart de ces articles n'a pas été retenue. En effet suivant les critères d'inclusion et d'exclusion abordés plus tôt, seulement une petite dizaine d'articles a été retenue. Ainsi, un

article a été retenu de Summon et de Google Scholar, quatre revues proviennent de la base de données Cairns, trois textes de Pubmed sont sélectionnés et deux de Science direct ont été retenues pour cette revue.

Après ce premier tri, quatre articles ont été abandonnés par ce qu'ils traitaient de sujets bien trop spécifiques sur des techniques de rééducation ou trop dirigés vers un niveau cellulaire (pour apporter des données supplémentaires et intéressantes à notre sujet.



Ces sept textes sélectionnés pour la revue de littérature ont ensuite été inspectés pour vérifier leur caractère scientifique.

Trois de ces articles sont des études quantitatives avec un niveau de scientificité satisfaisant. Cependant quelques biais doivent être pris en compte avant de s'appuyer sur ces résultats. En effet, les études effectuées hors de ses écrits, bien qu'ils apportent des données sur notre sujet, peuvent être questionnées sur la transférabilité des résultats. Ce sont des études faites sur des populations essentiellement américaines et non françaises comme le veut notre thème. De plus, un article en particulier a basé ses recherches sur une petite population se regroupant sur un seul état des Etats Unis. On peut ainsi se demander si ces résultats sont applicables dans un milieu différent.

Ensuite trois des textes sélectionnés sont des livres d'étude publiés et validés. Cependant des biais sont également à prendre en compte dans notre recherche. En effet, un des textes parle de cyborg, et d'humain augmenté dans une même étude traitant des personnes amputées. Ainsi il faudra nuancer nos propos puisque notre population cible a subi une amputation et sont en souffrance, contrairement à l'humain augmenté qui choisit de s'amputer pour pouvoir avoir un bras bionique sans traumatisme ni pathologie. Cependant ces résultats sont tout de même à utiliser du fait de la reconstruction du moi qui intervient dans ces deux cas et qui nous intéresse particulièrement.

Enfin, on retrouve une revue de littérature présentant un bon niveau de scientificité sur lequel on pourra bien s'appuyer dans nos propres recherches. Ainsi les données ressortit de ces analyses pourront être probant. Cependant quelques petites précautions seront à observer. Les données recueilli auront été choisi avec la subjectivité du chercheur malgré les précautions (choix des données de manière à avoir le pour et contre de chaque argument) qui auront été fait. Les données sont donc pas représentatif des ouvrages desquels elles auront été tirées. Le tableau récapitulatif est accessible en annexe 1

## **1.5 Analyse des recherches**

Le but de cette revue de littérature était de questionner la littérature scientifique afin de mieux comprendre les personnes qui ont subi une amputation dans leur choix d'utilisation ou non d'une prothèse myoélectrique. On a également cherché à faire une synthèse des connaissances sur le sujet.

### 1.5.1 La prothèse myoélectrique, une aide au rétablissement

La plasticité cérébrale est au cœur même d'un rétablissement réussi pour les personnes amputées du membre supérieur. (6) En effet selon D. Cerqui et al « la plasticité du cerveau est centrale dans le phénomène des membres fantômes dont l'étude fournit une opportunité de comprendre comment le cerveau construit une image du corps et comment cette image est continuellement réadaptée en fonction des stimuli sensoriels. La nature dynamique de notre image corporelle dépend de la capacité des neurones à se réorganiser : dans le cas d'une amputation, ceux qui recueillent les sensations en provenance de la région amputée se mettent à traiter des messages en provenance d'autres zones. Cependant il arrive que le cerveau, en recevant par exemple un message en provenance d'une zone du visage et acheminé par un de ces neurones reconvertis à un « nouvel usage », le perçoit comme s'il venait toujours du membre amputé. L'utilisation des prothèses dans le cas des membres amputés s'insère donc dans un contexte complexe qui est objet d'études et d'expérimentations, car l'apprentissage et l'intégration de la prothèse au schéma corporel dépendent aussi de la compréhension de ce type de phénomène. »(6)

Dans l'optique de limiter les erreurs de ces neurones reconvertis, Lotze et al soutiennent que l'utilisation fréquente et prolongée de prothèses myoélectriques de manière précoce avec des stimulations continues et un retour visuel, pourrait être bénéfique à la fois pour limiter la réorganisation corticale induit par la plasticité cérébrale, et pour réduire la douleur du membre fantôme(7). Dans cette même idée, Chapelin et al soumettent l'idée que les sensations de membre fantôme peuvent induire une illusion de normalité corporelle. Cette dernière peut ainsi en partie expliquer l'adaptation et la relative facilité d'utilisation de la prothèse par le sujet amputé de même que les effets perceptifs de cet appareillage prothétique(8). C'est finalement l'intérêt de toutes ces techniques que de guider et d'orienter la plasticité cérébrale dans une perspective fonctionnelle.

Ainsi, D. Cerqui et al nous énoncent que les personnes qui subissent une amputation doivent suivre tout un processus d'apprentissage et découvrir leur nouveau potentiel corporel. La prothèse myoélectrique permet donc aux usagers de tenter une reconstruction du « corps d'avant », ou du moins de ses fonctionnalités et de son autonomie. (6)

Pour y parvenir, différents moyens existent et, notamment, le recours à l'observation. En effet selon Bayanie et al cette technique reste un outil puissant pour soutenir les objectifs de la rééducation motrice. Grâce à l'observation suivie de l'exécution, les études montrent de meilleurs résultats de réadaptation ainsi qu'une augmentation associée des régions cérébrales impliquées dans la compréhension de l'action (9)

Ensuite selon l'ANFE « les nouvelles préhensions introduites par ces prothèses permettent une meilleure prise en compte des occupations lors de l'accompagnement en ergothérapie. Toutes les personnes appareillées sont satisfaites de l'utilisation de leur prothèse, bien que le contexte de port varie de façon singulière. En moyenne, une amélioration de la performance occupationnelle est constatée pour 57% des activités considérées significatives et importantes par chacun. Néanmoins, les personnes amputées font face à des contraintes matérielles et doivent potentiellement s'adapter à celles-ci et non l'inverse. La démocratisation de ces appareillages et les améliorations futures dans ce domaine ne feront qu'accroître le niveau de prise en compte des occupations lors de l'accompagnement en ergothérapie. Pour les personnes amputées, ces prothèses ne sont qu'un premier pas vers une meilleure maîtrise de soi et de l'environnement. »(10)

De plus selon Carey et al, la prothèse myoélectrique permet une meilleure intégration sociale que les autres prothèses sur le marché. En effet, cette dernière est plus esthétique vu qu'elle a un design plus ressemblant du niveau anatomique d'un membre supérieur.(11) Cette aspect est partagé par F. Tordo mais il va plus loin dans son analyse. En effet, il élabore l'idée que ce côté esthétique permet une reconstruction de l'identité de l'individu par la personnalisation de sa prothèse myoélectrique (12).

On peut alors se poser la question suivante : si à terme la prothèse myoélectrique est un moyen de rétablissement, comment se reconstruit l'identité psychique de la personne amputée avec cette prothèse ?

### **1.5.2 La représentation du moi hybride**

Selon F. Tordo, en parallèle de la transformation du corps induit par l'amputation et la rééducation d'une prothèse myoélectrique, une métamorphose du Moi s'opère. Ainsi le Moi des personnes amputées se transforme au contact de la matière technologique, pour l'accueillir

et pour former de nouvelles représentations. Dans ce cadre de déformation et de transformation du Moi, ce n'est plus seulement le corps qui change, mais le monde des représentations de soi en relation avec la matière technologique. La technologie renforce donc progressivement l'identité personnelle. C'est-à-dire, que l'hybridation participe à une « redéfinition de l'identité à partir de la modification de sa matière »(12). Selon Bernard Andrieu « Ces techniques invasives provoquent des intrusions de l'enveloppe corporelle et participent aussi à la redéfinition du Moi ». La sensorialité et le sentiment de soi sont confrontés à une double information quand la technique est connectée indirectement au corps, comme dans le cas d'une prothèse mécanique. Andrieu précise ensuite son hypothèse : d'une part, le trouble identitaire est produit par ce double référencement du sujet à la fois identifié à son corps biologique par son schéma corporel habituel et augmenté par la technologie ; d'autre part, une augmentation de ce même trouble peut intervenir lorsque la prothèse n'est pas ressentie par la sensibilité du corps, car alors le sujet ne peut intégrer la fonction de cette technologie à son « schéma corporel » « le trouble identitaire ne disparaît pas avec la connexion directe, car la mémoire corporelle conserve le souvenir du premier corps qui sera toujours comparé [...] avec la nouvelle apparence hybridée. »(12). C'est également ce qu'expliquent Chapelin et al, la reconstruction de sa nouvelle image corporelle se fait via deux sources d'information. Il fait référence d'abord aux informations sensorielles multimodales, puis à l'information reçue par les données mnésiques. C'est-à-dire les éléments antérieurs à la perte de sensibilité du membre induit par l'amputation(8).

Ensuite malgré une reconstruction du Moi possible, la question du Moi en situation de handicap est très présente. C'est cette vision que Cerqui et al défendent. En effet, malgré tous les développements technologiques permettant des fonctionnalités optimales de préhension et de mouvement, les usagers ont des attentes exclusivement centrées sur la dissimulation du handicap, sur le respect de l'apparence dite normale et sur une continuité esthétique entre le corps et la machine.(6)

### **1.5.3 Des pistes pour une non-utilisation de la prothèse myoélectrique**

D'après l'étude réalisée par Raichle et al, près d'un quart des personnes amputées du membre supérieur a rejeté la prothèse myoélectrique. Dans cette même étude, ils présentent que les facteurs qui influent le port d'une prothèse pour les personnes amputées du membre supérieur



sont l'âge, la situation professionnelle, la situation matrimoniale, la localisation de l'amputation et l'étiologie. Ces résultats contrastent avec les facteurs impactant le temps de port des prothèses myoélectriques pour les amputations des membres supérieurs. En effet, ils nous disent que seule la localisation impacte significativement le temps de port de la prothèse myoélectrique. Ils nous montrent alors que, plus l'amputation a eu lieu sur un segment distal du membre supérieur, plus le temps de port sera important. McFarland et al ont complété ces informations en précisant dans leur étude, que les raisons de rejet de la prothèse myoélectrique sont le poids, la température lors du port de la prothèse, la fiabilité, et la dépendance que peut provoquer la prothèse myoélectrique dans le quotidien.

## **1.6 Synthèse de la revue de littérature**

L'objectif de cette revue de littérature était de faire un état des lieux de la littérature sur le sujet des prothèses myoélectriques, afin de déterminer le pour et le contre d'une telle aide technique. Nous avons ainsi vu que l'utilisation de ces prothèses dépend de plusieurs facteurs. Cependant nous n'avons trouvé aucun résultat sur l'intervention en ergothérapie dans le processus décisionnel de l'utilisateur pour la demande de ces prothèses. Ainsi il serait intéressant de faire une recherche plus approfondie sur ce sujet.

On pourra s'interroger, par exemple, sur le rôle de l'ergothérapeute : doit-il seulement apporter son expertise sur l'utilité des aides techniques, communiquer des informations sur les bénéfices-risques des prothèses myoélectriques ou son rôle peut-il aller plus loin ?

## **1.7 Problématisation**

À la suite de la revue de littérature, plusieurs questionnements ont resurgi. Je me suis d'abord demandé quelle était la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du choix entre prothèse myoélectrique et non prothèse. Est-ce qu'il apporte seulement une expertise sur sa vision de l'aide technique en termes de bénéfice / risque, ou son accompagnement peut-il aller plus loin ? Et est-ce que l'ergothérapeute participe au processus décisionnel de l'utilisateur dans le choix de s'engager dans une rééducation avec ou sans la prothèse myoélectrique ?

## **1.8 Enquête exploratoire**

Pour tenter d'apporter des éléments de réflexion, une enquête exploratoire a été mis en œuvre afin de récolter des informations sur ce qui se joue lors de ces rééducations. Une vision de terrain qui permettrait de compléter, de mettre en tension ou d'ajouter un nouveau point de vue à la situation que l'on a développé dans la revue de littérature. Pour ce faire j'ai décidé de récolter les informations de terrain via un questionnaire. L'enquête exploratoire qui sera détailler si dessous aura plusieurs objectif généraux et spécifique.

### **1.8.1 Objectifs généraux**

De manière globale cette enquête exploratoire à deux buts distincts. Tout d'abord cette étude a pour objectif principale de pallier des études insuffisamment ciblées sur notre sujet. En effet, pour le moment, bien que le sujet des amputations du membre supérieur et des prothèse myoélectrique sont des enjeux de santé publique. Trop peu d'étude scientifique ciblée spécifiquement sur le sujet ont été mené. De plus, cela va nous permettre de comprendre d'avantage la pratique en ergothérapie. En effet, dans la revue de littérature trop peu de documentation scientifique c'est intéresser, jusqu'alors, à la pratique ergothérapique dans la prise en soin d'une personne amputé du membre supérieur avec une prothèse myoélectrique.

### **1.8.2 Objectif spécifique**

Cette étude a ainsi trois objectif spécifique principaux afin de répondre au mieux au question développer lors de la problématisation. Le premier but de l'étude est de déterminer la place de l'ergothérapeute dans le processus décisionnel de port d'une prothèse myoélectrique. Le second, sera de comprendre l'accompagnement ergothérapique dans la prise en soin avant la rééducation avec une prothèse myoélectrique. Enfin le dernier objectif spécifiquement centré sur la problématisation théorique est de connaître le point de vue des ergothérapeutes sur l'intérêt de la prothèse myoélectrique.

### **1.8.3 Population cible**

Comme le sous-entend les objectifs spécifiques de cette enquête exploratoire, l'outil, qui va permettre de recueillir les données, s'adresse à une population bien précise. En effet, l'enquête s'adresse aux ergothérapeutes accompagnant des patients amputés du membre supérieur et bénéficiant d'une prothèse myoélectrique.

Des critères d'inclusion et d'exclusion sont alors mis en place. En premier lieu, les critères d'inclusion. Les participants au questionnaire doivent être des ergothérapeutes diplômés d'état travaillant avec des personnes ou ayant travaillé avec des personnes amputées du membre supérieur. Ils doivent également avoir travaillé sur une rééducation avec une prothèse myoélectrique afin de répondre efficacement à l'objet de recherche. De plus, ils doivent travailler, ou ont travaillé dans des centres de soins de suite et de réadaptation. En effet, il n'y aurait pas d'intérêt pour notre enquête si les personnes interrogées ne connaissent pas comment cela se déroule dans la pratique. Ainsi des critères d'exclusion se mettent en place. Sont exclus de l'enquête exploratoire tous les ergothérapeutes travaillant exclusivement en santé mentale, en pédiatrie ou dans des lieux de vie où pareille rééducation ne sera pas possible. De plus tous les professionnels de santé qui ne sont pas ergothérapeute diplômée d'état ne pourront pas prétendre à répondre à l'enquête.

### **1.8.4 Choix de l'outil de recueil de données**

La transmission d'un questionnaire via internet a été effectuée afin de recueillir le plus efficacement possible le vécu des ergothérapeutes. En effet, cet outil de recueil de données va permettre d'interroger un plus grand nombre de participants. Et être le plus représentatif possible. De plus, l'avantage de le faire via l'ordinateur est que le questionnaire peut être rempli à n'importe quel moment et par les participants. Ils peuvent également choisir le temps qu'ils veulent y consacrer. Ils peuvent ainsi prendre leur temps pour bien réfléchir à leurs réponses.

Le questionnaire via internet permet également de respecter un total anonymat des participant. Il se sente ainsi libre d'écrire tout ce qu'ils veulent. On perd ainsi le biais du jugement de valeur, et de l'influence du chercheur qui pourrait interférer lors d'un entretien.

Cependant des biais existe avec cet outil de recueil de donné. En effet, il peut y avoir des suggestions de réponse dans les questions. Ensuite, du fait que l'enquête est effectuée derrière un ordinateur, il est impossible de s'assurer que le questionnaire a été répondu de façon individuelle. Comme évoqué plus tôt le participant possède tout le temp qu'il souhaite, cela semble un avantage, mais cela peut également être une limite. En effet sa réponse risque de ne pas être spontané et il peut connaitre la fin de l'enquête avant l'heure et donc changer ses réponses en fonction de cette fin anticiper. En dernier lieu il peut y avoir plusieurs questions en une ce qui peut troubler le participant et le pousser à ne pas répondre.

Avec ses biais en tête une matrice de questionnement a été conçue en veillant bien à les limiter. Des tests, et plusieurs relectures ont été nécessaire afin d'éliminer les questions qui pourrais suggérer une réponse précise, et les questions ambigu qui pourrait empêcher le participant de répondre. La matrice de questionnement est accessible en annexe 2.

### **1.8.5 Résultat de l'enquête exploratoire**

Lors de l'enquête exploratoire via le questionnaire en ligne accessible en annexe 3, le travail effectué par les ergothérapeutes lors et avant la rééducation avec la prothèse myoélectrique a été recueilli.

Peu de personne ont participé au recueil d'information via le questionnaire en ligne. En effet, seulement 6 personne ont répondu aux questions dont une qui entrain dans les critères d'exclusion. Cette personne ne sera donc pas prise en considération dans l'analyse des données. De plus pendant l'enquête exploratoire, lors de l'envoi des questions envoyer au ergothérapeutes un problème informatique a eu lieu et certaine question ne sont pas apparus. Ainsi les résultats obtenue sont limiter.

Avec ses résultats nous pouvons commencer à entrepercevoir la réalité du terrain. Ils sont également disponibles en annexe.

En les analysant, plusieurs point intéressant ressorte.

- Lors de la prise en soin en amont de la rééducation avec la prothèse myoélectrique, les ergothérapeutes interviennent pour la préparation du moignon, repèrent les zones viables pour la zone des capteurs, effectuent un travail dans les activités de la vie quotidienne, la gestion des douleurs fantômes, et un travail sur l'acceptation de la perte du membre.
- Concernant la place des ergothérapeutes dans le processus décisionnel : ils vont évaluer les besoins du patient afin de s'ajuster et d'ajuster sa prise en soin pour être en accord avec le projet de l'utilisateur. Ils vont aussi permettre de faire des mises en situation fonctionnelle dans des AVQ. Ils vont également collaborer avec le prothésiste et apporter des explications sur les aspects techniques et la façon d'utiliser la prothèse.
- Sur la pertinence de l'accompagnement des ergothérapeutes : ils évaluent les besoins, ils font des mises en situation et ont une activité signifiante, ils collaborent avec l'appareilleur, ils sont indispensables dans les adaptations de la vie quotidiennes, la prothèse devient une aide et non un remplaçant de l'ancien membre, les ergothérapeutes assurent une bonne utilisation de la prothèse.
- Enfin, les causes d'une non-utilisation de prothèse peuvent venir du niveau d'amputation (plus l'amputation est proximale, plus le taux de rejet de la prothèse est élevé), des douleurs, du poids de la prothèse, de l'absence d'essais ou d'un nombre d'essais insuffisants pour être efficaces, et des points d'appuis qui peuvent entraîner des troubles cutanés.

Grâce à ces réponses, des nouvelles questions surviennent et une problématisation pratique se dégage de l'étude :

- Quel est l'impact de la rééducation trophique et sensitive sur l'acceptation de la prothèse myoélectrique ?
- De quelle manière, les mises en situation avec des prothèses/orthèses temporaires peuvent-elles préparer à la vie avec la prothèse myoélectrique ?

- Quel est l'impact de la collaboration entre l'ergothérapeute, et le prothésiste au niveau de l'acceptation de l'amputation et de la nouvelle prothèse myoélectrique ?
- Comment le niveau d'amputation va-t-il influencer dans le choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique ?

A partir de tous ces questionnements, une question initiale de recherche a été dégagée :

---

Comment le travail collaboratif entre l'ergothérapeute, le prothésiste et le patient, lors de la mise en situation d'activité signifiante, permet-il de limiter les causes d'échec de la prothèse myoélectrique ?

---

## **1.9 Cadre conceptuel**

Un cadre conceptuel a été pensé afin d'affiner la question initiale en vue d'élaborer la question de recherche. Celle-ci se compose de trois concepts qui découlent de la question initiale de recherche : l'approche systémique, l'activité signifiante et l'échec.

En effet, le premier concept permettra une analyse plus en profondeur du système complexe entourant la collaboration ergothérapeute/patient/appareilleur qui apparaît indispensable lors de la rééducation d'après l'enquête exploratoire. Le concept de l'activité signifiante aidera à déterminer comment cette activité peut aider les usagers à intégrer et à utiliser la prothèse. Le dernier concept permettra d'appréhender et d'analyser ce qu'est un échec, plus précisément lors d'une thérapie, et si, et comment on peut l'éviter, ou du moins l'atténuer.

### **1.9.1 Approche systémique**

Le concept de l'approche systémique a été choisi afin de s'intéresser à l'organisation des relations et des échanges qui s'articule entre les différents protagonistes du soin, dans notre cas précisément le patient, le prothésiste et l'ergothérapeute. Cela va nous permettre également d'avoir une vision globale et holistique de la relation.

Selon E Morin « Le concept de système est utilisé en sociologie pour insister sur l'unité de la société et l'interdépendance des éléments qui la composent »(13). Il nous dit ainsi que les éléments qui compose un système vont agir en fonction de leur rôle et de leur norme. Ils vont donc chacun influé sur le système dans lequel ils se trouve : ils sont en interaction.

De Rosnay cité par Jean-Pierre Minary complète bien cette idée en rajoutant une nouvelle notion : le but « un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but »(14). On peut alors se demander si dans notre étude, l'utilisateur, le prothésiste, et l'ergothérapeute sont bel et bien pris dans un jeu d'interaction dynamique au sein de leur propre système ? Il serait alors légitime de se demander comment ces relations dynamiques que l'on suppose permettent il d'atteindre un but commun ?

B Walliser résume bien les propos de E Morin et De Rosnay mais il nous dit que pour parler de système il faut l'ancrer dans un environnement bien défini. En effet pour lui un système « c'est :

- Un ensemble en rapport réciproque avec un environnement, ces échanges lui assurant une certaine autonomie.
- Cet ensemble est formé de systèmes en interaction, cette interdépendance lui assurant un certain degré de cohérence.
- Il subit des modifications plus ou moins profondes dans le temps tout en lui laissant une certaine permanence » (14).

Il nous dit également que tout objet constitue un système pourvu qu'on le considère comme tel, ce n'est pas l'objet réel tel qu'il existe, mais la manière de le construire qui a de l'importance(14). Ce point est essentiel à notre sujet pour déterminer pourquoi on s'intéresse particulièrement à ce système et comment il se construit. En effet, nous aurions pu rester sur un système en excluant le prothésiste, mais ce dernier, d'après l'enquête exploratoire, semble être très présent et entre dans les interactions qui se joue lors du soin. L'objet est alors l'ensemble formé par le patient, l'ergothérapeute, et le prothésiste, mais c'est la manière dont on va l'analyser et le construire qui vas être intéressante. On peut dès lors, visualiser comment leur interaction et leur collaboration influe t'elle sur l'adhésion a la prothèse myoélectrique.

De plus, selon Bateson et al « la communication est la matrice dans laquelle sont enchâssées toutes les activités humaines », la communication horizontale (c'est-à-dire que les acteur sont sur un pied d'égalité) est donc primordiale au sein d'un système(15).

Ainsi, ce sont les interactions et la dynamique, via notamment la communication, qui existent dans la relation qui permettent de parler de système. On retrouve ici la notion d'interaction dynamique au sein d'un environnement prédéfini, ce sera une pierre angulaire d'un système.

Jean-Pierre Minary a une vision légèrement différente de ces paires. Bien qu'il reconnaisse l'importance des interactions dans un système, il va plutôt décrire un point qui, selon lui, est primordiale : le globalisme. En effet, selon J-P Minary les préceptes de l'approche systémique sont la pertinence (par rapport au chercheur), le globalisme (par rapport à l'environnement du système), la téléologie (recherche du comportement du système), et l'agrégativité (en vue d'une représentation simplificatrice).

- ⇒ Invite l'homme à cheminer vers une vision globale
- ⇒ L'approche systémique ouvre la pensée vers l'intérieur (vers la profondeur de la spiritualité) et vers l'extérieur (vers celle de l'écosystème et du cosmos). (14)

Le constructivisme, et le globalisme sont d'autres notions très importantes à considérer dans un système. En effet, celui-ci, pour pouvoir prendre en compte tout l'environnement dans lequel il évolue et permettre les interactions inhérentes à son fonctionnement, doit sans cesse se construire et être réfléchi. De fait, on ne saurait comprendre la pathologie si on l'attribuait uniquement à tel ou tel individu, c'est bien plutôt un système de relations perturbées qui permet de l'analyser. (14)

Selon Bateson, il s'agirait pour le thérapeute, « de partir non de la nature psychologique des individus, mais des systèmes dans lesquels ils s'insèrent : interactions, famille, institution, groupe, société, culture » (16)

Ainsi comme le résume très bien Claude Bernard le modèle systémique prend en compte les notions d'interaction, de complexité et de totalité (ou globalisme).

#### Synthèse :

Dans ce concept nous avons pu voir qu'au sein d'un système, les éléments qui le compose (ici l'ergothérapeute et le patient) vont agir en fonction de leur rôle et de leur norme. Ils vont donc chacun influé sur le système dans lequel ils se trouve : on dit qu'ils sont alors en interaction.

Ces interactions s'effectuent via une communication horizontale, dont l'objectif est partagé par tous les acteurs qui forme le système. Dans le sujet qui nous intéresse on peut alors se demander quelle est donc ce but commun, et s'il s'agit d'un but récurrent à tous les système patient/ prothésiste/ ergothérapeute ?



Nous avons également pu comprendre que les interactions qui se jouent dans le système s'encadrent au sein d'un environnement physique prédéfini. Pour notre étude on ne peut savoir quel est cet environnement, on peut donc légitimement se demander : comment est choisi cet environnement ? comment l'environnement va-t-il faciliter les interactions au sein de ce système ? ou, au contraire selon le contexte comment l'environnement peut-il devenir un frein aux interactions ?

### 1.9.2 Activité significative

Selon Bonnie Sherr Klein, le rétablissement par l'engagement dans une occupation significative, c'est l'ergothérapie telle qu'elle devrait être. (17)

Ainsi nous pouvons nous demander ce qu'est une activité significative et comment la définir. Selon Townsend et al, les activités sont significatives si elles ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne.(18) Le sens est donc quelque chose qui est profondément personnel, qui fait intervenir les émotions de la personne concernée. Elle n'est intelligible que pour celui qui la réalise à un moment donné.(19) En effet, le sens que la personne donne à l'activité varie au fil du temps. Cela va dépendre du moment, du contexte général, social, culturel, économique ou de l'expérience de la personne. (18)

De plus « L'occupation significative influence la santé et le bien-être, organise le temps, apporte une structure et une signification à la vie et elle est le matériau de la vie quotidienne par lequel nous faisons l'expérience ou non de l'inclusion sociale et de la justice ». Dunton nous dit également « l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain, et l'occupation a le potentiel d'être thérapeutique ». Donc, par conséquent l'ergothérapeute conçoit l'engagement dans l'occupation et donc la signification dans l'activité comme un besoin fondamental de l'être humain. Il va ainsi se faire un devoir de centrer ses soins sur des activités significatives pour la personne. (18)

L'engagement occupationnel évoqué plus haut est un point essentiel qui est étroitement lié à la notion d'activité significative. En effet, Le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE (CCTE) le définit comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens

positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation »(20). Cet engagement permet alors de ressentir du plaisir de la compétence de la motivation et de l'autonomie, se sont donc tous des buts thérapeutiques dans la prise en soin. Ainsi, si l'on veut pratiquer une prise en soins holistique centrée sur la personne, le sens donné aux activités proposées aux patients, et donc l'engagement de la personne dans ces activités deviennent des conditions de la thérapie.

Comme nous l'avons évoqué, les activités pour qu'elles soient significantes en thérapie doivent être en relation avec les intérêts de l'usager et avoir un but intelligible par lui pour l'intervention dont il est l'objet. Trombly rajoute que les personnes vont délaisser les activités qui ne sont pas significantes et n'auront donc pas d'intérêt pour les thérapies non significantes. Le sens est alors attribué par la culture et par la personne dans un contexte déterminé, il va donc varier d'un individu à l'autre. Ce qui engage un usager ne va pas forcément motiver un autre. (18) En dernier point, selon Meyer, pour que les activités réalisées deviennent significantes, elles doivent soutenir l'insertion dans la société. (19)

Ensuite, la motivation dans le soin et donc par extension la volition est également quelque chose de primordial. En effet, Selon Kielofnerl, la volition dans le sens que l'on donne à nos activités a une part très importante. Selon lui, la volition est une forte incitation qui motive une occupation et donne du sens aux activités que l'on fait. C'est donc « L'ensemble des pensées et des sentiments qu'un individu a de lui-même en tant qu'acteur dans son environnement et qu'il éprouve lorsqu'il anticipe, choisit, expérimente, et interprète ses actions »(19)

Le sentiment d'efficacité rentre également en compte pour déterminer une activité significative. En effet, selon Polatajko, le sentiment d'efficacité permet de distinguer ce qu'un individu peut penser des conséquences d'un comportement de ce qu'il imagine quant à ses capacités à produire ce comportement. Le fait de savoir les conséquences d'une action et ses capacités à réaliser cette action permet de choisir de faire ou pas et donne de la motivation et par extension du sens à ce que l'on fait.

### Synthèse

Dans ce concept nous avons vu que l'activité significative est une des conditions nécessaires à la thérapie.

Cette condition est tout d'abord donnée par l'engagement occupationnel de la personne dans l'activité significative qu'elle a choisie. En effet l'engagement dans les activités significatives permet de ressentir du plaisir, de la compétence, de la motivation et de l'autonomie. Pour revenir à notre sujet on se demande alors comment peut-on laisser le choix de l'activité significative, permettant ainsi l'engagement de la personne dans son soin et être plus thérapeutique, dans un contexte de soin en institution ?

Ensuite, la volition a une grande importance dans le choix de l'activité, pour qu'elle devienne significative pour la personne. Dans notre sujet cela peut permettre une plus grande motivation dans le soin et une plus grande adhésion à la rééducation de la prothèse myoélectrique. On en vient donc à se demander comment promouvoir la volition du patient afin qu'il devienne acteur dans des activités thérapeutiques, réalisables au sein de l'environnement prédéfini du système ?

Enfin, on a pu voir que la performance dans les activités permet au patient d'y introduire du sens, via les capacités propres du patient en relation aux conséquences qui en résultent. On pose ainsi la question, comment favoriser une performance occupationnelle dans une activité significative dans un contexte aussi complexe que ce système patient/ ergothérapeute/ prothésiste ?

### 1.9.3 L'échec

Selon Bourdin D L'échec a une conception subjective : « « pour moi », c'est un échec, d'autres pourraient le vivre autrement »(21).

Cependant l'échec semble mettre un coup d'arrêt à l'élan de vie. Le terme évoque l'idée d'un coup dur, vécu comme un choc, et l'image d'une barrière qui empêche de continuer sa route et

provoque échouage et dévitalisation. Ce résultat négatif d'une entreprise ou d'une tentative se manifeste comme une défaite ; la réussite est donc considérée comme une victoire. C'est une situation d'immobilisation, qui ruine des espoirs antérieurs, dans une représentation de l'existence assimilable à un champ de bataille (21).

Nous pouvons décrypter ce que nous dit D Bourdin comme le fait que lorsqu'un échec survient, souvent la personne va le considérer comme un obstacle de vie et se la représente comme un choc qui va l'empêcher de continuer d'avancer. Ce choc va anéantir l'image que la personne se faisait de l'avenir ce qui est très démoralisant.

De plus, il nous dit que l'échec, qu'il soit important ou mineur, met toujours en crise le rapport du sujet à lui-même, aux autres et au monde. Au mieux il déstabilise, au pire il accable et s'avère destructeur.(21)

La déception imputée à l'échec est d'autant plus grande s'il n'était pas anticipé, et si l'épreuve était affrontée comme un moment difficile. Dans notre sujet, il s'agit effectivement, dans la plupart du temps, d'un moment difficile, puisque la personne subit une amputation involontaire, et une rééducation. D Bourdin précise, qu'un sentiment d'invincibilité persuade la personne que rien ne peut arrêter l'élan de son désir. Dans notre étude ce désir est : retrouver un nouveau membre supérieur mécanique avec les mêmes capacités que celui anatomique. Ce sentiment d'invincibilité bien qu'il ne soit pas dû à un manque de réalisme ou de lucidité, est la cause d'une évidence interne à la personne relevant de son propre idéal. Ce sentiment peut alors rendre d'autant plus choquant l'échec (de la prothèse myoélectrique dans notre étude). C'est en effet le contraste entre l'aspiration psychique, légitime mais peut-être idéalisé, et la dure réalité de ne pouvoir effectuer ses activités aussi bien qu'avant, qui va accroître le choc, la déception, et l'anéantissement résultant de l'échec (21).

Cependant D Bourdin contraste ses propos, l'échec n'est pas le malheur, ni l'entrave que le destin inflige à la personne, même manifesté par une défaillance de son corps propre (comme une amputation). Il est toujours, dans des proportions variables, à la fois externe, objectivable (échouer à un concours, ne pas être pris dans un recrutement, ne plus réussir des tâches que l'on arrivait auparavant ...), et imputable pour une part à soi-même, comme si ne pas réussir ce que l'on a entrepris était une faute. L'échec a donc quelque chose à voir avec la culpabilité. Ainsi,

la confiance dans la réalité sociale est souvent ébranlée, et plus souvent encore l'image de soi est blessée, dévalorisée(21).

L'auteur a complété cette idée en nous disant que l'échec n'est pas uniquement dans le résultat de l'action, mais dans la « faiblesse » de la volonté (21). La personne ne tient pas à ses engagements, ou dans notre sujet à sa thérapie avec la prothèse myoélectrique, ce qui va bien souvent le culpabiliser.

Cependant N Ohana dit que « douter parce qu'on a échoué implique une forme de dynamique, une mise et une remise en question et... comme dans la boîte de Pandore, se trouve bien loin, tout au fond de la boîte, presque caché : l'espoir. »(22). Ainsi il est intéressant de constater que malgré la culpabilité que peuvent ressentir les personnes après un échec, la dynamique qu'il instaure, pourront leur permettre de rebondir et trouver une autre voie qu'il leur convient, et peut-être même d'avantage.

#### Synthèse :

Avec ce concept nous avons vu que l'échec est une notion très choquante pour la personne, d'autant plus lorsqu'il n'est pas anticipé. L'échec est alors une source négative qui peut réduire à néant l'avenir idéalisé que la personne se représentait. Dans notre sujet, on se demande comment est vécu le fait de se rendre compte que la prothèse myoélectrique ne remplacera pas les fonctions de l'ancien membre. Est-il alors perçu comme un échec ?

Ensuite le concept nous apprend que la notion d'échec est liée à la culpabilité. Ainsi en faisant du lien avec l'activité signifiante on peut se demander comment l'activité signifiante peut-elle atténuer cette sensation de culpabilité et donc d'échec de la prothèse myoélectrique ?

Les points clés de ce cadre conceptuel ont été mis dans une matrice conceptuelle accessible en annexe 4.

### 1.10 Questionnement théorique

- Le système dans lequel évolue le patient, l'ergothérapeute et le prothésiste permet-il la mise en place d'une activité signifiante ?
- Comment l'activité signifiante peut-elle développer et entretenir les interactions nécessaires au soin dans le système étudié ?
- En quoi la communication au centre du système va influencer sur la mise en situation d'une activité signifiante au sein de la prise en soin ?
- En quoi la complexité du système permet d'influer sur le sentiment de performance nécessaire à l'activité signifiante ?
- Comment les interactions instaurées par le système peuvent-elles préparer au risque d'échec de la prothèse ?
- Comment les interactions du système peuvent aider la personne à surmonter la culpabilité liée à l'échec de la prothèse dans les activités signifiantes ?
- Comment l'échec de la prothèse peut perturber la vision globale initialement instaurée dans le système ?
- Comment l'activité signifiante permet-elle de limiter l'échec de la prothèse ?

De toutes ses question une question de recherche est alors obtenue :

---

Dans quelle mesure la mise en situation dans une activité signifiante peut-elle participer à limiter les risques d'échec de la prothèse myoélectrique dans un système prothésiste, patient, ergothérapeute

---

L'objet de recherche qui s'en dégage est donc :

---

L'étude de l'utilisation de l'activité signifiante en lien avec les risques d'échec de la prothèse myoélectrique au sein du système prothésiste, patient, ergothérapeute.

---

## **2 Matériel et méthode**

### **2.1 Choix de la méthode**

L'objet de recherche étant défini, une méthode de recherche va être choisie afin d'y répondre au mieux. Notre étude s'intéresse à l'impact de la mise en situation d'activité signifiante pour une personne amputé du membre supérieur sur les risques d'échec de la prothèse myoélectrique. Ainsi il faudrait utiliser une méthode qui va recueillir le ressenti de la personne sur le sujet.

La Méthode clinique qui a pour but de recueillir des savoirs dans une relation avec l'individu devenue objet de recherche, et de recueillir des informations liées à la personne, son histoire de vie et ses ressentis, semble donc tout indiqué pour cette étude.

### **2.2 Population cible**

Pour cette recherche la population que l'on va interroger sera les ergothérapeutes travaillant ou ayant des expériences de travail de rééducation via la prothèse myoélectrique pour une amputation du membre supérieur. Ce public est ciblé de part leur connaissance sur l'activité signifiante et leur étroite collaboration dans cette rééducation avec la personne. En effet, l'intérêt sera de recueillir le réel impact de l'activité signifiante et comprendre si elle permet de limiter les risques d'échec de la prothèse lister lors de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire. De plus, l'ergothérapeute étant proche de la personne, il pourra renseigner sur les échecs éventuels de la prothèse ou si la personne continue de l'utiliser au quotidien.

Ainsi, les personnes retenues doivent être des ergothérapeutes travaillant en centre de soins de suite et de réadaptation et intégrant la prothèse myoélectrique, ainsi que les activités significatives de l'utilisateur dans sa prise en soins. Toutes personnes ne respectant pas ces critères seront exclues de l'étude.

### **2.3 Site d'exploration**

Comme nous l'avons précisé auparavant les personnes interrogées seront des ergothérapeutes travaillant dans des centres de soins de suite et de réadaptation. Ainsi les participants vont être

rechercher dans toutes la France mais les recherche se ciblerons sur les centres de soin de suite et de réadaptation, et si possible se spécialisant dans la rééducation en traumatologie.

## **2.4 Outil de recueil de données**

### **2.4.1 Choix de l'outil**

En fonction de la méthode que l'on a sélectionné, pour rappel, la méthode clinique, un outil de recueil des données doit être choisi. L'objet de recherche s'intéresse à l'intérêt de l'activité signifiante afin de limiter les risques d'échec de la prothèse myoélectrique. Il faut alors un outil qui permette de recueillir les vécus et les ressentit des thérapeutes sur ce sujet bien précis. Une discussion libre et orientée entre l'interviewer et l'interviewer est donc primordiale. L'observation et le questionnaire qui limitent grandement cette discussion sont alors rejeter. Comme le décrit bien l'objet de recherche plusieurs thème seront aborder lors des entretiens. En effet, il faudra que l'outil permette de recueillir des informations sur l'activité signifiante, le système ergo/patient/prothésiste, et leurs impacts sur les risques d'échec de la prothèse myoélectrique. L'entretiens non directif qui laisse l'interviewer s'exprimer sans artifice pour l'orienter vers les sujets qui nous intéresse est alors rejeter également. L'entretiens directif qui, quand a lui, ferme trop la discussion et ne permet pas à l'interviewer l'occasion de beaucoup s'exprimer et surtout limite le plein recueillir des ressentit et avis de la personne. L'entretient semi directif semble alors être le plus performant dans notre étude.

### **2.4.2 Biais envisager**

Comme tout outil de recueil de donné l'entretient semi directif retenue comporte plusieurs biais dont il faudra tenir compte, et dans la mesure du possible les atténué.

Tout d'abord, des biais méthodologiques peuvent être présent. On peut penser notamment a de mauvaise formulation de question qui limiterai l'apport des informations recherché et donc de s'écarté de l'objet de recherche. On peut également faire attention a la présence de question fermé qui pourrait précipiter la fin de l'entretient ou du moins limiter grandement l'expression de la personne interroger. De plus, les personnes interroger peuvent ne pas être représentative



de la population cible ou, ils sont mal choisis par rapport à l'exigence de l'entretien compréhensif de kauffmann qui va être utilisé lors de cette étude(23).

Pour limiter ses biais de méthodologie il faut porter attention aux questions que l'on va poser en évitant celles qui seront trop orienter, ambiguë, ou sensible. Il faut alors poser des questions simples courtes et neutres. Il peut également être intéressant de reformuler les propos apportés par le participant. Le fait de tester et retravailler l'outil de recueil de données, permet ainsi de limiter et voir les biais qui auront été oubliés malgré l'attention portée sur ses points. Il faut également prendre le temps d'analyser la population cible et rechercher les bonnes personnes à interroger puisqu'il s'agit d'une étude qualitative dont peu de personnes seront interrogées(23).

Ensuite, du fait de la nature même de l'entretien semi-directif, des biais affectifs vont être présents. Des déformations du jugement peuvent être causées par les états affectifs dans lesquels se trouve l'enquêteur ou l'enquêté. En effet, les émotions interfèrent avec le jugement moral. Par exemple, être d'humeur positive ou négative lors de l'entretien peut influencer le recueil d'information(23).

Il faut alors prendre conscience de nos états d'âme lors de l'entretiens afin de prendre du recul dessus et rester le plus objectif possible(23).

Il existe également des biais de désirabilité sociale. La valorisation liée au fait d'être un sujet d'intérêt et d'enquête va mettre l'enquêté en confiance et le pousser à se montrer sous son meilleur jour. Ce qui peut biaiser les informations de terrain car la personne va vouloir dire ce qui sera parfait et pas ce qui se passe réellement(23).

Pour limiter ses biais il est intéressant d'interroger plusieurs personnes afin de recueillir des points de vue différents. Cela limitera les chances de n'avoir qu'une vision idéalisée portée par une seule personne(23).

### **2.4.3 Construction de l'outil**

Après avoir envisagé et réfléchi aux biais qui pourraient parasiter l'étude une matrice d'entretiens a été construite. Cette dernière sera adaptée au public que l'on a ciblé avec un vocabulaire facilement compréhensible et professionnel. Elle a été construite dans l'optique de répondre

aux variables et aux critères développés lors de la mise en tension des différents concepts (développés dans l'introduction) en vue de répondre à la question de recherche. Pour ce faire la matrice d'entretien a été construite selon le modèle compréhensif de Kauffmann.

## **2.5 Déroulement de la recherche**

La recherche se déroule en plusieurs étapes. Tout d'abord l'entretien qui a été conçu est testé, afin de s'assurer de son efficacité. Puis les entretiens en eux-mêmes sont effectués, puis ils seront analysés avec un outil de traitement de données spécifique.

### **2.5.1 Test**

Les matrices d'entretiens étant construites (cf annexe 5), une trame d'entretien a été finalisée (cf annexe 6). Ce dernier est alors testé sur un ergothérapeute choisi avec soin, puisque ayant de l'expérience dans le domaine. Ce test a pour but de vérifier si les questions sont bien compréhensibles et si elles permettent de répondre aux objectifs fixés par la matrice conceptuelle et d'entretiens.

Par souci de praticité les entretiens ont été effectués via le téléphone, les ergothérapeutes étant dans des localisations éloignées (Grenoble, Marseille et Nancy). Se procéder peut paraître problématique ou être un frein à l'échange. En effet, le cadre de l'entretien, permettant à la personne de livrer et expliquer ses propos en toute confiance peut être limité par le distanciel. Cependant, le test réalisé a montré que la personne se livrait convenablement, de plus cette distance semble accentuer le processus d'anonymat qui permet à la personne de potentiellement se livrer aussi bien qu'avec un entretien réel. Ceci se base sur le ressenti du chercheur lors de la passation du test, aucune grille de satisfaction n'a été donnée.

L'entretien test a également eu comme avantage de pouvoir tester la posture du chercheur à adopter, pour passer les entretiens. Cette dernière se base sur l'entretien compréhensif de Kauffmann. Ainsi, durant l'entretien le chercheur a pu tester une posture à l'écoute de l'interrogé et être au plus proche de celui-ci afin de mettre la personne à l'aise et d'instaurer

un climat de confiance. Une attitude curieuse a été également appliquée. Tout ceci dans le but de rechercher des informations inattendues qui seront les plus intéressantes à traiter(24).

Enfin l'entretien a permis de tester tout le matériel nécessaire à l'entretien et à l'enregistrement des données

De cette expérience test il en est ressorti que le chercheur devait être davantage dans l'écoute active pour pouvoir mieux rebondir sur les informations apportées par l'interrogé mais également d'être sûr d'avoir bien compris les propos soutenus. De plus, les questions initialement pensées ont été retravaillées afin de mieux coller à l'objet de recherche.

### **2.5.2 Passation des entretiens**

Les tests étant réalisés trois entretiens avec des ergothérapeutes différents ont été planifiés.

Le premier contact a été effectué de différentes façons selon les personnes interrogées. Des mails ont été échangés avec les deux premières personnes afin de planifier un rendez-vous téléphonique entre l'enquêteur et les participants, en accord avec leur emploi du temps respectif. Pour la dernière personne un appel a été effectué afin de fixer une date et un horaire de rendez-vous en direct.

Après avoir planifié ces entretiens il a fallu s'interroger sur les dispositifs concernant la loi Jardé(25). Du fait que l'étude n'entre pas dans le développement de connaissances biologiques et médicales, mais plutôt dans l'analyse de la pratique ergothérapeutique, le comité éthique prévu par la loi Jardé n'est pas nécessaire(25).

Au niveau des entretiens, ils ont tous été introduits en précisant le cadre de l'entretien, afin de mettre le contexte et de poser une certaine distance dans le but de rassurer le participant. À ce moment de l'entretien l'objectif de l'entretien est clairement exposé dans le but d'expliquer de quoi va traiter l'entretien. Ensuite, pour rassurer l'enquêteur, la confidentialité, l'anonymat, et le non-jugement de l'entretien est garanti par un court discours. Il lui est alors dit que la personne interrogée est libre de ne pas répondre à certaines questions ou qu'il peut mettre fin à l'entretien quand bon lui semble, dans un souci de respect de la loi Jardé(25). Enfin avant de

commencer il est demandé au participant s'il est d'accord avec ce qui a été exposé et s'il a des questions. L'intitulé de cette introduction est accessible en annexe 6

L'entretien-en lui-même débute alors au moyen des question inaugurale réfléchi et travailler en amont dans la matrice d'entretien. Selon l'entretien compréhensif de Kauffmann l'enquêteur est en écoute actif durant l'entretien et essaie de se détacher des question prévu, tout en s'y référant comme trame, pour reprendre et développer les propos apportés par les participants (24).

Lors de cette études trois ergothérapeute répondant au critère d'inclusion sont retenues et répondant favorablement à la passation des entretiens sont donc retenues.

## **2.6 Choix des outils de traitement des données**

Les entretiens ont été effectués et enregistrés, après leur approbation, via l'application dictaphone d'un smartphone. Pendant les entretiens la fonctionnalité dictée vocale de Word a également été utilisée pour permettre la retranscription. Cette dernière a ensuite été vérifiée via les enregistrements.

Une analyse thématique des résultats recueillis a été effectuée via des thèmes définis. Ils sont disponibles dans un tableau accessible en annexe 7

## **3 Résultats**

Pour un souci d'anonymat les personnes interrogées seront codées sous la forme E1, E2, E3 qui représenteront les ergothérapeutes 1, 2, et 3

### 3.1 Analyse verticale

Une analyse verticale est d'abord effectuée afin de comparer les points de vue des différents ergothérapeutes interrogés, selon les trois thèmes suivants : les interactions, l'engagement dans le soin, et l'impact de l'activité signifiante sur la prothèse myoélectrique.

#### 3.1.1 Les interactions

Selon E1 et E3 les interactions débutent dès le choix de la prothèse myoélectrique. E2 semble également dire que cette collaboration débute lors du cheminement qui se déroule avec les prothèses mécaniques ou esthétiques. En premier lieu la collaboration vient du patient, s'il y a eu un retour à domicile ou non et de ce fait s'il est donc capable d'énoncer ces besoins. A partir de ce postulat le patient et l'ergothérapeute réfléchissent ensemble pour déterminer le besoin ou non d'une prothèse myoélectrique via des bilans tels que la MHAVIE ou la MCRO. Le prothésiste interviendra dans un deuxième temps. (E1, E2). Une rencontre avec un autre patient ayant déjà effectué la rééducation peut également être proposée afin d'aider la réflexion (E3).

Ainsi l'ergothérapeute a une place centrale dans les interactions. La prise en soin se poursuit ensuite par des réunions, entre l'ergothérapeute, le patient, le prothésiste et éventuellement le médecin. Les acteurs de la rééducation peuvent aussi décider de se réunir sans le patient, dans un premier temps, (E1) afin de discuter du projet et des besoins de la personne.

Ensuite, l'interaction varie d'une pratique à l'autre. En effet elle peut être présente tout le long de la prise en soin (E1, E2), ou seulement lorsqu'elle est nécessaire (E2,E3) : au début de la prise en charge, lors des argumentaires, ou encore lorsque l'on rencontre un problème. Cette collaboration est essentielle pour avoir une prise en soin optimale, où chacun des protagonistes va pouvoir discuter de son ressenti, et apporter ses compétences et/ou son expérience (E3).

Chacun des membres du système va alors jouer un rôle propre. Le prothésiste va jouer un rôle essentiellement technique. Au niveau de la prothèse, il sera le spécialiste pour s'occuper des problèmes que pourrait rencontrer le patient, de la transmission d'informations sur les différentes possibilités, et des adaptations (E1, E2, E3).

L'ergothérapeute aura le rôle central des interactions, il fait le lien entre le prothésiste et le patient. Il aidera également au suivi médical, en surveillant l'évolution du moignon, la

cicatrisation, ou en cherchant les meilleurs endroits avec des contractions musculaires, exploitable par la prothèse (E2).

Le patient, lui communiquera ses besoins, ses gênes, ses ressentis et il sera là pour essayer les prothèses, faire les empreintes, les moulures... (E1, E3)

Ces différentes interactions se font en différents lieux, selon les structures et le contexte. Tout d'abord, elles peuvent s'effectuées au sein du centre de rééducation. Dans ce contexte précis, plusieurs points de vue s'opposent. Premièrement, à l'hôpital la rééducation va se focaliser sur des activités personnelles très basiques : manger, s'habiller... et toutes les autres activités significantes pour la personne ne seront pas faites (E1). Ce que l'on remarque alors, c'est que la collaboration dans le centre, semble moins pertinente que si elle avait été effectuée dans le milieu écologique de la personne (E3). Cependant, l'avantage de les pratiquer en centre, permet un meilleur suivi de la moulure, pour la préparation de l'emboiture, et des tests. Afin de préciser les endroits où se font les contractions (E2). De plus, le fait d'effectuer toutes les interactions au centre, permet de faire des mises en situation (non écologique, mais qui s'en approche, puisqu'à ce moment-là, le centre représente le lieu de vie de la personne) en toute sécurité (E3).

Un autre fonctionnement est également possible. Le patient peut choisir son prothésiste, effectuer les premiers essais et fixer l'emboiture avec la pose des capteurs chez ce prothésiste. Il se dirigera ensuite vers l'ergothérapie afin d'effectuer des exercices d'appropriation (E2, E3).

### **3.1.2 L'engagement dans le soin**

Durant la rééducation, le soin peut s'effectuer de différentes façons. Soit en centrant le soin sur des exercices analytiques, soit en les centrant sur des activités significantes pour la personne (E1, E2). Selon cette étude, la rééducation va être personne dépendante. En fonction des souhaits du patient, le soin peut s'orienter vers de l'analytique ou vers des activités importantes dans son quotidien (E2). Vu que le besoin exprimé est inhérent à la personne, et que l'on suit ça demande, l'engagement de la personne dans l'activité sera présent naturellement (E3).

L'engagement dans le soin peut également s'obtenir en combinant les activités, dites analytiques, et dite significantes. En effet, il est possible dans un premier temps d'orienter le soin vers de l'analytique afin que le patient s'approprie les fonctionnalités de la prothèse myoélectrique. Puis dans un second temps, amener le soin vers l'utilisation de la prothèse

myoélectrique dans des activités plus significantes, pour la personne. Faire de la peinture, de la cuisine, ou du tennis de table par exemple (E2). Il est également possible de faire les deux types d'activités dans un-même temps. En effet il est possible de partager-la semaine ou même la journée afin de prévoir, à la fois, des activités analytiques et significantes. Cela aura pour avantage d'augmenter l'engagement de la personne dans le soin, même lors d'activités analytiques, qui sont moins engageantes (E1).

L'orientation vers le type d'activité va généralement être déterminé par l'ergothérapeute, suivant son expérience et les observations qu'il aura effectuées au contact de la personne. En effet, l'ergothérapeute peut choisir d'orienter dans un premier temps-sur de l'analytique, si les activités significantes de la personne sont en inéquation avec les capacités de maîtrise de la prothèse myoélectrique. A contrario, il pourra orienter la prise en soin vers des activités significantes, si ces dernières ne sont pas trop complexes, et en accord avec les capacités de la personne. Cela montre la nécessité d'effectuer des bilans afin de découvrir et analyser les activités significantes du patient (E2).

Un dernier fonctionnement est possible pour favoriser l'engagement de la personne. Il s'agit de prêter la prothèse myoélectrique au patient pendant une durée d'environ deux semaines. En effet, cette technique permettrait à la personne de s'autonomiser par elle-même-de trouver dans quelles activités la prothèse pourrait l'aider, et afin de lui montrer ces nouvelles capacités ou au contraire ce dont elle n'est pas capable. Ce prêt permet ainsi à la personne de transférer les acquis des séances directement le soir lors de son retour à la maison. De plus, cette étape serait indispensable pour les argumentaires. Ces derniers, peuvent également augmenter l'engagement de la personne puisque ce sont des argumentaires concernant la prise en charge de la prothèse myoélectrique de la personne, pouvant couter jusqu'à 40 000€. (E1, E2)

### **3.1.3 Activité significative et échec de la prothèse myoélectrique**

Lors de cette étude, un consensus apparaît au niveau de l'activité significative, elle a un impact sur l'adhésion de la prothèse myoélectrique par le patient. Dans un premier temps, les personnes ne vont utiliser leur prothèse que lors d'activités où cette dernière est utile, donc bien souvent dans des activités significantes. Ensuite, pour pouvoir connaître quelles sont les activités où la prothèse myoélectrique est utile ou indispensable au patient, il faut que celle-ci soit essayée

durant différentes activités signifiantes. On comprend ainsi, que la personne va pouvoir éliminer son utilisation lors d'activités où il n'en n'aura pas besoin. La personne va ainsi mieux intégrer l'utilité de la prothèse et donc mieux y adhérer.

Cela permet également d'affiner les recherches afin de déterminer quelle est la main qui lui convient le mieux dans son quotidien, lors de sa sortie du centre (E1, E3). Ainsi, on peut dire que « l'impact il est énorme puisque en fait c'est la finalité de faire ce qu'il (le patient) attend, ce qu'il a envie de faire » le patient sera donc bien plus impliqué et motivé. Ce qui lui permettra d'adhérer d'autant plus à la prothèse myoélectrique. L'activité signifiante permettra une autonomisation totale de la personne (E3, E2).

De plus, l'activité signifiante va également avoir un impact sur l'acceptation de la perte du membre. Cela permet de faire son deuil et d'accepter le membre mécanisé plus facilement (E2).

Cependant l'activité signifiante peut également avoir un effet inverse. En effet, si elle est amenée trop tôt dans la rééducation, l'activité signifiante peut provoquer de la déception qui peut mener à l'échec de la prothèse. Bien souvent les activités signifiantes sont des activités complexes, qui elles demandent un séquençage de contraction des muscles résiduels très compliqué à tenir. Il faut alors se reposer sur les compétences de l'ergothérapeute et sur son expérience afin de pouvoir juger quand amener cette activité signifiante (E2). De plus selon le contexte institutionnel, l'activité signifiante ne sera pas identique à celle présente dans l'environnement du patient. Les activités quotidiennes ne seront pas effectuées de la même façon. Ils se rendent compte qu'ils n'ont finalement pas besoin de la prothèse pour ~~faire~~ effectuer leurs activités, alors qu'elle était nécessaire au centre. Ce décalage peut pousser certaines personnes à abandonner la prothèse (E3).

Les raisons de l'échec de la prothèse myoélectrique sont alors multiples. D'abord, elles sont liées aux caractéristiques propres de la prothèse myoélectrique. Elles peuvent être très lourdes et provoquer un inconfort, entraîner une transpiration excessive et donc un glissement de la prothèse., Elles peuvent également amener des douleurs et des rougeurs (E1, E2, E3). Le niveau d'amputation va aussi jouer un rôle important. Plus l'amputation est proximale, plus la prothèse sera lourde. L'apprentissage des séquences de contraction musculaire sera d'autant plus compliqué, qu'il y aura plusieurs articulations à contrôler. Tout cela combiné, on peut comprendre que le port permanent de la prothèse peut devenir pénible pour la personne concernée (E3).



Ainsi, l'un des ergothérapeutes interrogés, propose peut-être de porter la prothèse que par intermittence. Deux visions se confrontent. La première serait de faire des pauses dans le port de la prothèse, pour une durée pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, puis de revenir à son utilisation. La seconde serait de ne l'utiliser que pendant les activités importantes où la prothèse myoélectrique est nécessaire et indispensable (E1, E2).

Une dernière explication peut être amenée pour expliquer l'échec de la prothèse myoélectrique : l'esthétique. La prothèse en elle-même est inesthétique, et pousserait la personne à ne pas l'utiliser pour éviter le regard de l'autre sur son membre mécanique. A l'inverse, certaines personnes ont fait le souhait de cette prothèse pour des raisons. La ressemblance avec une main biologique à cinq doigts, en est une raison, cependant elle ne remplit pas la même fonction que la main disparue. Ainsi, cette déception liée à l'esthétique ou au manque de fonction de la main prothétique, peut provoquer l'abandon de la prothèse myoélectrique.

## **3.2 Analyse horizontale**

Une analyse horizontale est ensuite réalisée afin de comprendre le point de vue de chacun et de les analyser séparément.

### **3.2.1 Ergothérapeute 1**

Pour cette ergothérapeute les interactions entre le prothésiste, le patient et l'ergothérapeute débute par un bilan. Soit un MCRO soit la MHAVIE afin de comprendre ce que la personne est capable d'effectuer sans la prothèse puis dans la suite de la rééducation ce qu'elle arrive à faire avec, dans ses occupations du quotidien. Ensuite, la rééducation se poursuit par des réunions entre le médecin, l'ergothérapeute et le prothésiste, qui est suivi d'une seconde, mais cette fois-ci avec la présence de la personne afin de discuter des possibilités et du projet de la personne concernée.

Ensuite, lors de la rééducation les interactions entre le prothésiste, le patient, et l'ergothérapeute se poursuivent tout du long, afin de surveiller les rougeurs, de prévenir les problèmes liés à la prothèse, d'effectuer toutes les mesures et les exercices d'apprentissage.

Cependant, le participant va émettre des points de vigilance, puisque à l'hôpital les activités proposées ne sont que des activités personnelles basique (soin personnelle seulement) qui ne

permettent pas forcément ce qui est signifiant. L'ergothérapeute souligne le fait qu'il faudrait effectuer des essais à domicile afin de se rendre compte des véritables besoins de la personne et dans quelles activités. Suivant les besoins rapportés par la personne, après les essais à domicile, une discussion avec tous les participants, s'effectue afin d'estimer la nécessité ou non de la prothèse myoélectrique.

De plus ces mises en situation dans le milieu écologique de la personne augmenteraient son engagement. Pour le renforcer davantage, l'ergothérapeute sépare en deux temps la rééducation. La première partie des séances sont consacrées à l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse myoélectrique via des exercices analytiques. La seconde moitié est dédiée à l'activité signifiante.

Cet engagement dans l'activité signifiante va entraîner des répercussions sur la prothèse myoélectrique. En effet, les personnes vont l'utiliser seulement dans des activités où elle aura une réelle utilité. Donc le fait d'introduire une activité qui a du sens pour le patient, va lui permettre aussi de prendre conscience de l'utilité ou non de la prothèse pour lui. De plus il est intéressant de varier les activités et d'en essayer un maximum, car les compétences ne peuvent pas toujours être transférées d'une activité à l'autre.

Cependant, il peut arriver que des personnes abandonnent la prothèse myoélectrique et ce pour plusieurs raisons. La raison principale sera le poids de la prothèse. Mais ces abandons ne sont pas forcément définitifs. En effet, il n'est pas rare que des personnes laissent leur prothèse, trop lourde, et trop encombrante de côté, pendant un certain temps. Ils reviennent par la suite à son utilisation afin de reprendre des activités délaissées.

### **3.2.2 Ergothérapeute 2**

Selon la personne interrogée, l'ergothérapeute a une place centrale dans les interactions, il fait le lien entre le patient et le prothésiste. Il va d'ailleurs initier le premier contact avec l'orthoprothésiste. Cependant, la prothèse myoélectrique est un projet en discussion, qui vient dans un second temps ou en complément des prothèses esthétiques. Ainsi, l'appareilleur est déjà bien engagé en ce qui concerne les interactions au niveau des emboîtures ou cicatrisations, avant de commencer la prothèse myoélectrique. Les interactions qui animent les trois

protagonistes s'effectuent tout au long de la prise en soin même si la présence des trois protagonistes n'est pas permanente.

Dans ces interactions l'ergothérapeute va apporter ses connaissances médicales pour surveiller le moignon, la cicatrisation, et la rééducation. L'appareilleur va, quant à lui, jouer un rôle technique pour expliquer les fonctionnalités de la prothèse et l'adapter au patient et à ses besoins. Le patient va s'impliquer, de son côté, dans le soin afin d'apprendre correctement à utiliser la prothèse myoélectrique.

Lors de la rééducation plusieurs modes de fonctionnement existent, même si la finalité est la même entre les deux modes : la maîtrise de la prothèse par le patient. Toute la rééducation peut s'effectuer en centre afin d'effectuer des tests et des mises en situation, afin d'affiner les zones de contraction ainsi que de déterminer la prothèse qui correspond aux attentes de la personne. L'ergothérapeute nous cite un deuxième mode de fonctionnement : le patient peut soit aller chez l'appareilleur faire les essais, soit les effectuer chez lui, afin de trouver celle qui lui correspondra le mieux. Il ira dans un second temps voir l'ergothérapeute afin de travailler sur l'appropriation.

Ainsi de manière générale, c'est le patient avec son contexte et ses attentes qui va influencer sur l'orientation de la rééducation. Après des bilans évaluant ses difficultés dans ses activités de la vie quotidienne, il est possible d'orienter dans un premier temps vers de l'analytique ou directement l'amener vers une l'activité signifiante. Cette activité signifiante peut avoir un impact important sur l'adhésion à la prothèse. En effet le but ultime de la prothèse est d'effectuer toutes ces activités de manière autonome. Ainsi, les intégrer pour montrer leur faisabilité est une grosse source de motivation. De plus, le sens qu'on amène dans les activités, peut aider au processus d'acceptation de la perte du membre et de l'implantation par une main robotique. Cependant il faut y faire attention, puisqu'amener une activité signifiante trop complexe, trop tôt dans la prise en soin peut décourager la personne.

Il sera également conseillé d'apprendre à laisser la prothèse pour certaines activités où elle ne serait pas nécessaire. En effet, du fait de la lourdeur de la prothèse, la prothèse peut devenir encombrante dans le temps. De plus il est rapporté que l'esthétique de la prothèse peut être un frein à cette dernière et devenir une des causes de l'abandon de la prothèse.

### 3.2.3 Ergothérapeute 3

Pour la dernière personne interrogées les échanges avec le prothésiste se font surtout en amont de la rééducation. Lors du choix et de la confection de la prothèse myoélectrique, le prothésiste est très présent et peut s'effectuer seul avec le patient. Ensuite, lors de la rééducation seulement quelques réunions entre l'ergothérapeute, le prothésiste et le patient ont lieu afin de suivre l'évolution ainsi que les gênes et les problèmes qui surviennent. La rencontre avec d'autres patients ayant déjà effectués ce genre de prise en soin peuvent s'ajouter au système afin d'aider la personne à choisir s'il veut effectuer cette prise en soin.

Le patient mettra plus en avant ses gênes que ses besoins. Cependant, la personne avait déjà une prothèse. Le prothésiste va plutôt proposer des adaptations possibles, pour améliorer le confort de la personne. Et l'ergothérapeute s'occupe de la rééducation. Des petites mises en situation à trois, où le patient montre dans quelles situations il est gêné sont à envisager pendant la rééducation. Cette collaboration à trois permet à chacun d'y apporter ses ressentis, son expérience (ou son vécu pour le patient), ainsi que ses compétences. Celle-ci s'effectue essentiellement au centre, même si le fait de l'effectuer au sein d'un environnement écologique serait plus pertinent. Mais du fait des contraintes de l'institution ou du contexte, ce n'est souvent pas le cas.

L'orientation de la rééducation s'effectue en partenariat avec le patient. Cela a pour but de favoriser son engagement et sa motivation dans la rééducation. En effet la personne sera d'autant plus impliquée si les demandes dont il fait part sont respectées et suivies. Concrètement, la personne apporte beaucoup de demandes, surtout de l'ordre des activités quotidiennes, les respecter, augmentera son autonomie et son engagement puisque la demande sera inhérente à lui.

L'intégration d'activités signifiantes dans le soin permet d'augmenter la motivation de la personne. En effet, ses activités lui permettront de voir la transférabilité dans son quotidien et donc d'acquérir de l'autonomie. Cela permettra ainsi de limiter les échecs de la prothèse myoélectrique. Cependant ce sont des activités qui ne sont pas écologiques. Le décalage que pourra ressentir la personne entre les exercices ou la dextérité est facilité, et son quotidien plus compliqué, pourra mener à l'échec de la prothèse.

Les raisons des échecs de cette dernière sont souvent le poids, elles sont inconfortables et demandent beaucoup d'énergie. De plus, le décalage entre l'idéal que la personne s'était construit (la prothèse est magique) et la réalité contraignante et pas forcément utile pour tout dans toutes les activités, peut amener la personne à l'abandon de la prothèse.

## **4 Discussion**

Ces résultats vont à présent être discutés et interprétés afin de répondre à la question de recherche : Dans quelle mesure la mise en situation dans une activité signifiante peut-elle participer à limiter les risques d'échec de la prothèse myoélectrique dans un système prothésiste, patient, ergothérapeute.

### **4.1 Eléments de réponse à la question de recherche**

Comme on l'a dit dans les résultats, la mise en situation dans des activités signifiantes est fortement liée à la limitation des risques d'échec de la prothèse myoélectrique.

La mise en situation dans des activités signifiantes a tout d'abord un rôle de choix. Elle va permettre à la personne d'essayer sa prothèse myoélectrique dans des activités signifiantes variées. Ces essais vont avoir du sens pour le patient et lui permettront de préciser ses besoins et de déterminer dans quelles activités sa prothèse sera indispensable et dans lesquelles elle deviendra inutile. Ce processus est nécessaire afin de trouver la prothèse qui correspondra le mieux à la personne. Cela a pour conséquence de limiter certains risques d'échec de la prothèse myoélectrique. L'activité signifiante est également liée à la limitation des risques d'échec puisque celle-ci va engager la personne dans le soin et donc dans l'utilisation de la prothèse. L'activité signifiante joue aussi un rôle dans l'acceptation de la perte du membre, en effet la personne va faire son deuil plus facilement et acceptera mieux l'hybridation avec la machine.

Ce risque est également limité grâce aux interactions qui ont lieu tout au long de la rééducation. Le fait de discuter des besoins, des gênes et des demandes de la personne et d'essayer de les satisfaire, permet un engagement dans le soin plus profond de la part du patient, et également de limiter les risques d'échec.

### **4.2 Interprétation des résultats**

Tout au long cette étude nous avons vu que la prothèse myoélectrique est une technique qui a un taux d'échec d'environ 25%. Nous avons également vu que selon la littérature, les plus grandes causes d'échec sont la localisation de l'amputation, la fiabilité de la prothèse et le poids.

Ces faits sont soutenus par la recherche effectuée, puisqu'elle met en avant le poids comme principal facteur influençant le rejet de la prothèse. Les résultats obtenus soutiennent également que le temps de port est un deuxième facteur important puisque la prothèse n'est pas indispensable dans toutes les activités. De même les résultats montrent que la déception liée au décalage entre l'idéalisation et la réalité de la prothèse myoélectrique aggrave les risques d'abandon de cette dernière. Ce fait, bien qu'absent de la revue de littérature, retrouve une origine au sein même du concept d'échec. En effet, le concept développe l'idée que l'échec n'est qu'une histoire de déception, de remord, et de perception.

Cependant, l'étude nous montre que la mise en situation dans des activités significatives limite les risques d'échec de la prothèse myoélectrique. En effet, le concept nous apprend que l'engagement de la personne dans la rééducation est une condition de la thérapie, puisqu'elle permet de ressentir du plaisir, de la compétence, de la motivation et de l'autonomie. Ce qui va grandement limiter le risque d'abandon de la prothèse. Une notion de performance existe également, cela permet au patient d'y introduire du sens, via ses capacités propres, en relation aux conséquences qui en résultent : il arrive à effectuer son occupation. Ces points sont très bien soutenus par la pratique. Les ergothérapeutes vont tous favoriser l'engagement de la personne en lui laissant la possibilité d'essayer et de choisir des activités significatives. Cela se retrouve également dans la littérature scientifique. Cette dernière soutient que les nouvelles préhensions introduites par ces prothèses, permettent une meilleure prise en compte des occupations. En moyenne, une amélioration de la performance occupationnelle est constatée pour 57% des activités considérées significatives et importantes par chacun.

L'activité significative a également un autre avantage, qui permet d'adhérer à la prothèse myoélectrique. En effet selon les résultats obtenus, ces activités permettent d'accélérer le processus de deuil et l'acceptation de l'hybridation avec la machine. Selon la revue de littérature, le monde des représentations de soi en relation avec la matière technologique change dans ce processus. La technologie va renforcer progressivement l'identité personnelle. C'est-à-dire que l'hybridation participe à une « redéfinition de l'identité à partir de la modification de sa matière » (12) et cela s'opère plus facilement si la personne peut faire l'expérience de ce nouveau membre dans des activités significatives.

### **4.3 Critique du dispositif de recherche**

Lors de cette étude quelques biais sont ressortis malgré l'attention effectuée par le chercheur. En effet, du fait de son manque d'expérience le chercheur a fait quelque oubli et maladresse.

Dans un premier temps, au niveau de l'outil de recueil de données, malgré le test effectué et la relecture qui en a découlée, lors de la passation d'un entretien, une question n'a pas été bien comprise. Il a fallu relancer l'interlocuteur plusieurs fois pour tenter de se rapprocher de la réponse souhaitée. Ceci est un manque à la méthodologie de l'entretien compréhensif de Kauffmann. De plus, quelques maladresses ont été ressenties par le chercheur lors des entretiens, il n'est pas forcément allé au bout des concepts apportés par les personnes interrogées.

Ensuite, avant les entretiens, un manque de recherches approfondies pour la personne à interroger est certain. En effet, une des personnes interrogées n'a effectué qu'un seul accompagnement avec une personne appareillée d'une prothèse myoélectrique. Ainsi ce résultat manque de recul et d'expérience et ne représente peut-être pas ce que cette personne aurait fait avec d'autres patients.

Le fait, de n'avoir interrogé que 3 personnes pour cette étude n'a pas permis d'arriver à saturation des résultats. Ainsi, cette étude ne permet pas d'explorer tout le phénomène recherché. Cependant une idée globale émerge de cette étude et permet de croiser quelques résultats sur ce phénomène.

### **4.4 Conclusion**

Cette étude révèle ainsi plusieurs points importants. Tout d'abord elle nous montre l'importance de l'accompagnement en ergothérapie pour ce type de prise en soin. En effet, nous avons vu que l'activité signifiante a un réel pouvoir d'influence sur l'adhésion de la personne avec la prothèse myoélectrique. Or l'ergothérapeute, étant un spécialiste des occupations, est tout indiqué pour cette prise en soin. De plus, grâce à son expérience, il va pouvoir juger du moment le plus opportun pour l'activité signifiante, il faut faire attention à ne pas l'introduire trop tôt. Si cela devait se produire, il y aura un risque que la personne n'y arrive pas, que cela la démotive et qu'elle finisse par abandonner la prothèse.

En pratique, lorsque ces informations sont à l'esprit, l'ergothérapeute peut séparer sa rééducation en deux étapes distinctes. Dans un premier temps effectuer des exercices analytiques, afin d'aider la personne à apprendre les codes de contraction pour se servir de la prothèse. Puis dans un second temps, l'ergothérapeute intégrera les activités significatives de la personne dans la rééducation. Pour se faire, il existe différents moyens, il faut d'abord évaluer la personne dans ses activités significatives via la MHAVIE ou la MCRO par exemple. Puis ce qui revient le plus souvent c'est la collaboration avec des interactions formelles et informelles avec le patient et les autres acteurs de la prise en soin. Dans notre sujet il s'agira surtout du prothésiste. Cela permettra de recueillir les besoins, les gênes et les souhaits de la personne.

Cette recommandation semble basique. Cependant, ce sont des étapes nécessaires qu'il ne faut pas négliger, sinon il existe un risque non négligeable de l'abandon de la prothèse myoélectrique. La simplicité de ces recommandations permet ainsi un transfert dans d'autres pratiques et surtout avec d'autres populations telles que les personnes amputées des membres inférieurs.

Dans cette étude nous avons pu ainsi voir le lien qui existe entre l'activité significative et les risques d'abandon de la prothèse myoélectrique. Cependant nous avons que très peu d'informations sur le processus décisionnel pour choisir la prothèse myoélectrique plutôt que la mécanique ou celle esthétique. Cette recherche serait intéressante pour apporter des éléments de réponse au dilemme en jeu : l'importance de l'esthétique et par extension, du regard de l'autre, contre la nécessité de la fonction dans le quotidien de la personne.



## Bibliographie

1. La profession – ANFE [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
2. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=proth%C3%A8se>
3. Myoélectrique : définition de « myoélectrique » [Internet]. La langue française. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/myoelectrique>
4. HAS. COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ [Internet]. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6193\\_MYOBOCK\\_19\\_janvier\\_2021\\_\(6193\)\\_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6193_MYOBOCK_19_janvier_2021_(6193)_avis.pdf)
5. Membre supérieur [Internet]. ADEPA. 2011 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/membre-superieur/>
6. Cerqui D, Maestrutti M. Chapitre 8. Les apprentissages du corps « augmenté » par la technologie : le cas du cyborg [Internet]. L'apprentissage des techniques corporelles. Presses Universitaires de France; 2015 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-apprentissage-des-techniques-corporelles--9782130618942-page-127.htm>
7. Lotze M, Grodd W, Birbaumer N, Erb M, Huse E, Flor H. Does use of a myoelectric prosthesis prevent cortical reorganization and phantom limb pain? [Internet]. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.europeana.eu/fr/item/362/item\\_L45IZ4GNLGCXDUZ6DGPQR3ZIUC2PNINX](https://www.europeana.eu/fr/item/362/item_L45IZ4GNLGCXDUZ6DGPQR3ZIUC2PNINX)
8. Chapelain LL, Beis JM, Martinet N, Viehl-Ben Meridja A, Paysant J, André JM. Les troubles des représentations du corps après désafférentation. *Rev Neuropsychol.* 2010;Volume 2(3):212-20.
9. Bayani KY, Lawson RR, Levinson L, Mitchell S, Atawala N, Otwell M, et al. Implicit development of gaze strategies support motor improvements during action encoding training of prosthesis use. *Neuropsychologia.* avr 2019;127:75-83.

10. L'influence de l'appareillage myoélectrique de nouvelle génération sur l'accompagnement en ergothérapie des personnes adultes amputées unilatéralement d'avant-bras de manière traumatique – ANFE [Internet]. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://anfe.fr/linfluence-de-lappareillage-myoelectrique-de-nouvelle-generation-sur-laccompagnement-en-ergotherapie-des-personnes-adultes-amputees-unilateralement-davant-bras-de-maniere-traumatique/>
11. Carey SL, Lura DJ, Highsmith MJ, CP, FAAOP. Differences in myoelectric and body-powered upper-limb prostheses: Systematic literature review. *J Rehabil Res Dev*. 2015;52(3):247-62.
12. Tordo F. Chapitre 3. Les fonctions du Moi-cyborg. *Psychismes*. 2019;45-136.
13. Morin E. Introduction à la pensée complexe [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.amazon.fr/Introduction-pens%C3%A9e-complexe-Edgar-Morin/dp/2757842005/ref=sr\\_1\\_1?crd=34B6WA9J18BGL&keywords=introduction+a+la+pens%C3%A9e+complexe&qid=1651853383&s=books&prefix=introduction+a+la+pen%2Cstripbooks%2C114&sr=1-1](https://www.amazon.fr/Introduction-pens%C3%A9e-complexe-Edgar-Morin/dp/2757842005/ref=sr_1_1?crd=34B6WA9J18BGL&keywords=introduction+a+la+pens%C3%A9e+complexe&qid=1651853383&s=books&prefix=introduction+a+la+pen%2Cstripbooks%2C114&sr=1-1)
14. Minary JP. *MODELES SYSTEMIQUES ET PSYCHOLOGIE: Approche systémique et idéologique dans l'Analyse Transactionnelle et dans le courant de Palo-Alto*. Liège: MARDAGA PIERRE; 1995.
15. Bateson G, Birdwhistell R, Goffman E, Hall ET, Jackson DD, Scheflen AE, et al. *La Nouvelle communication*. 1re édition. Paris: Seuil; 1984. 380 p.
16. Picard D, Marc E. Chapitre premier. Gregory Bateson : de l'anthropologie à la systémique. *Que Sais-Je*. 8 oct 2020;3:7-23.
17. Klein B, Blackbridge P. *Out of the Blue: 1 Woman's Story of Stroke, Love, and Survival*. Reprint édition. Berkeley, Calif.: Wildcat Canyon Pr; 2000.
18. Townsend EA, Polatajko HJ, Cantin N. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation: Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*. \$ {number}nd édition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. 494 p.
19. Meyer S. *De l'activité à la participation*. 1er édition. Paris: DE BOECK SUP; 2013. 288 p.
20. Meyer S, Bertrand R, Tétreault S, Kühne N. *Exploration des différentes composantes de l'engagement occupationnel* [Internet]. HETSL. Webpublisher; 2022 [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/exploration-des-differentes-composantes-de-lengagement-occupationnel/>

21. Bourdin D. Aux prises avec l'échec, quel travail psychique ? *Carnet PSY*. 15 nov 2021;247(8):22-5.
22. Ohana NK. L'échec, un symptôme ? *Carnet PSY*. 15 nov 2021;247(8):20-1.
23. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. fiche n°62 CEDIP. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: [http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf)
24. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif [Internet]. Armand Colin; 2016 [cité 13 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-entretien-comprehensif--9782200613976.html>
25. Levy C, Rybak A, Cohen R, Jung C. La loi Jardé, un nouvel encadrement législatif pour une simplification de la recherche clinique ? *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2017;24(6):571-7.

## Annexe

## 1 Niveau de scientificité des articles de la revue de littérature

Source	Niveau de scientificité	Thème	Population	Méthode	Approche théorique	Dimension non abordée
Les fonctions du moi cyborg	++	Analyse psychologique du moi de personne « cyborg »	/	Livre	Moi, construction de la personnalité avec le non moi machine	Le deuil du membre amputé
Differences in myoelectric and body-powered upper-limb prostheses:	+++	Identifier les différences entre les prothèses myoélectrique et mécanique	/	Revue de littérature	Qualité de vie, performance	/
Implicit development of gaze strategies support motor improvements during action encoding training of prosthesis use	++	L'importance de la stratégie du regard dans l'apprentissage de l'utilisation d'une prothèse myoélectrique	Deux cohortes de 20 personnes	Etude quantitative randomisée avec deux cohortes	La plasticité cérébrale	Quelle alternative pour ceux qui ont des problèmes d'attention ou de vue
Les apprentissages du corps augmenté par la technologie : le cas du cyborg	+	Intégrer la technologie dans les techniques du corps	/	Livre	Acceptation individuelle et sociale de ces technologies	Le terme de cyborg est-il adapté pour des personnes avec prothèse myoélectrique
Les troubles des	++	la reconstruction	/	Article de revue	Théorie psychique ;	Quelles sont les

représentations du corps après désafférentation		de son image corporelle pour maintenir une cohérence interne			théorie du complément perceptif ; théorie neuroplasticité cérébrale ; membre fantôme	répercutions si le membre fantôme se trouve être douloureux, est-ce toujours un levier pour faciliter l'utilisation des prothèses
Prosthesis use in persons with lower- and upper-limb amputation	+/-	Identifier les facteurs cliniques et démographiques liés à l'utilisation de prothèses chez les personnes amputées du membre supérieur et inférieur et l'effet de la douleur des membres fantômes lors de leurs utilisations	859 personnes amputées du membre supérieur ou inférieur	Etude quantitative randomisée et analyse descriptive	Douleurs du membre fantôme ; et la qualité de vie	Ces résultats sont-ils représentatifs puisque les personnes prises pour l'étude sont choisies de manière randomisée mais dans des localisations spécifiques et non étendues
Does use of a myoelectric prosthesis prevent cortical reorganization and phantom limb pain?	-	Identifier le rôle de la prothèse myoélectrique dans la gestion des sensations du membre fantôme	/	Article de revue	Membre fantôme ; plasticité cérébrale ; homonculus	Le rejet des prothèses myoélectrique : la thérapie miroir

## 2 Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Variable	Intitulé de la question	Modalité de réponse	Objectif
	Etes-vous un ergothérapeute diplômé(e) d'état ?	Question fermée Oui/non Non → fin	Vérifier que la personne qui répond appartient au public visé
POPULATION	Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé avec des usagers amputés du membre supérieur ?	Question fermée Oui/non Non → fin	Vérifier que la personne qui répond appartient au public visé
	Ces usagers ont-ils suivi une rééducation pour une prothèse myoélectrique ?	Question fermée Oui/non Non → fin	Vérifier que la personne qui répond appartient au public visé
Accompagnement précoce	Intervenez-vous en ergothérapie avant la rééducation fonctionnelle de la prothèse myoélectrique de vos usagers ?	Question fermée Oui/non	Observer si l'ergothérapeute intervient avant la rééducation
	Si oui quelle est la nature des différentes interventions effectuées avec vos usagers ? Si non pourquoi ?	Question ouverte	Connaître les différents types d'intervention réalisés par les ergothérapeutes
	Combien de temps après l'amputation prenez-vous en soin vos usagers ?	Question ouverte	Observer la précocité de l'intervention
Place dans le choix	Pensez-vous que l'ergothérapeute a une place dans le processus décisionnel de l'utilisation de la prothèse myoélectrique ?	Question fermée Oui/non	Observer le sentiment des <u>ergothérapeutes</u> sur ce sujet
	Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?	Question ouverte	
	Accompagnez-vous vos usagers dans leur choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique dans leurs occupations/activités ?	Question fermée Oui/non	Savoir si les <u>ergothérapeutes</u> accompagnent les usagers dans ce choix
	Si oui comment effectuez-vous cet accompagnement/ qu'en ce que vous faites concrètement ? Si non pourquoi ?	Question ouverte	Identifier les différents types d'accompagnement
	A partir de quand, la proposition d'une rééducation avec la prothèse myoélectrique est avancée au patient ?	Question ouverte	
	Qui effectue cette proposition ?	Question ouverte	
Intérêt sur la performance occupationnelle	<u>Selon Polatajko et Toveasson, 2013</u> La performance occupationnelle « évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'abonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction » Selon cette définition Trouvez-vous que la prothèse myoélectrique permet une amélioration de la performance occupationnelle d'un grand nombre de vos usagers dans leur occupation ?	Question fermée Oui/non	Connaître l'importance de cette aide technique dans les performances <u>occupationnelles</u> des usagers
	Selon vous quel sont les causes de la non-utilisation de la prothèse myoélectrique de vos usagers ?	Question ouverte	Connaître les causes de l' <u>échec</u> de l'utilisation de la prothèse myoélectrique
	Pensez-vous qu'un accompagnement en ergothérapie dans le processus décisionnel de l'utilisation de la prothèse myoélectrique est pertinent ? Si oui Pourquoi ? Si non pourquoi ?	Question fermée Oui/non  Question ouverte	Observer les sentiments <u>des</u> ergothérapeutes sur ce <u>sujet</u>
	Pensez-vous que cet accompagnement peut limiter les abandons de la prothèse myoélectrique de vos usagers ? Si oui Pourquoi ? Si non pourquoi ?	Question fermée Oui/non  Question ouverte	Observer les sentiments <u>des</u> ergothérapeutes sur ce <u>sujet</u>

### 3 Questionnaire de l'enquête exploratoire

Rubrique 1 sur 21

## La rééducation ergothérapique des personnes amputées du membre supérieur avec une prothèse myoélectrique

Je suis Arnaud Chanay un étudiant en ergothérapie en troisième année, et dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la démarche de recherche, je me suis penché sur la place de l'ergothérapeute dans la rééducation avec une prothèse myoélectrique.

Ce questionnaire a pour but de faire l'état des lieux des pratiques ergothérapiques en rééducation des personnes amputées du membre supérieur avec une prothèse myoélectrique.

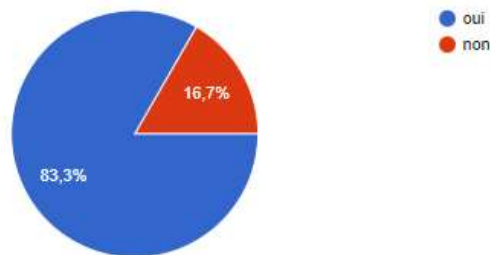
Ce questionnaire est anonyme et donc les résultats recueillis sont strictement confidentiels.

#### Ergothérapeute ?

êtes vous ergothérapeute diplômé d'état

 Copier

6 réponses

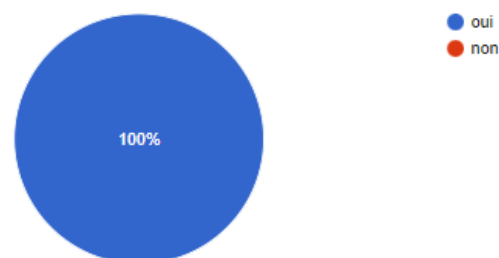


#### Ergothérapeute ?

Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé avec des usagers amputés du membre supérieur ?

 Copier

5 réponses

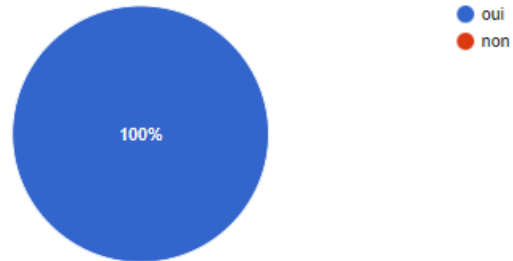


## Ergothérapeute ?

Ces usagers ont-ils suivi une rééducation pour une prothèse myoélectrique ?

 Copier

5 réponses

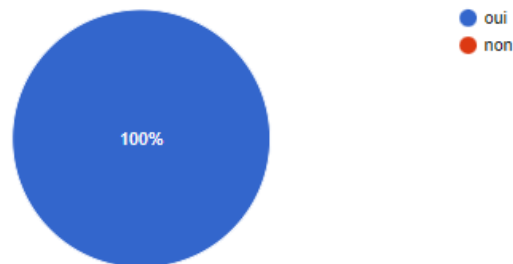


## Intervention précoce en ergothérapie

Intervenez-vous en ergothérapie auprès de vos usagers, avant la rééducation pour la prothèse myoélectrique ?

 Copier

5 réponses



## Intervention précoce en ergothérapie

Si oui quelle est la nature des différentes interventions effectuées avec vos usagers ?

4 réponses

réadaptation autonomie sans prothèse douleur membre fantôme choix de prothese et explication

préparation du moignon, prévention et prise en charge des douleurs fantômes et troubles sensitifs, appareillage temporaire, appareillage mécanique, apprentissage de l'utilisation de son moignon nu dans les avj, travail acceptation de son amputation.

reeducation trophique/ sensitive/ prise en charge de la douleur thérapie miroir

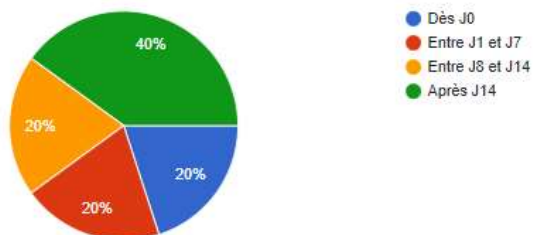
mise en place compressif sur le moignon, travail des isolations des contractions groupes musculaires, identification zones où seront placer les capteurs



Combien de temps après l'amputation prenez-vous en soin vos usagers ?

 Copier

5 réponses



### Intervention précoce en ergothérapie

Si non, pourquoi ?

0 réponse

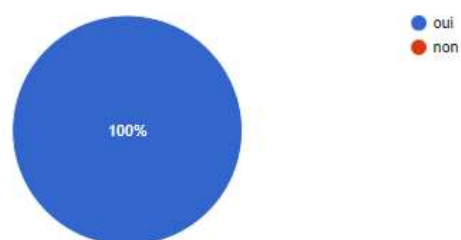
Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

### La place de l'ergothérapeute dans le choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique

Pensez-vous que l'ergothérapeute a une place dans le processus décisionnel de l'utilisation de la prothèse myoélectrique ?

 Copier

5 réponses



### Pensez-vous que l'ergothérapeute a une place dans le processus décisionnel de l'utilisation de la prothèse myoélectrique ?

Si oui pourquoi ?

5 réponses

déterminer les attentes et les besoins du patient

Parce qu'il connaît les besoins des patients et les types de prothèses existants sur le marché, il peut faire le lien directement avec le patient et ajuster son projet.

d'abord je dirai qu'il a une place dans le choix de la prothèse car il en existe différentes, avec diverses fonctions et que l'on peut guider la personne sur son choix, puis une fois choisie, la mise en situation fonctionnelle pour l'appropriation de la prothèse s'avère à mon avis indispensable. Avec le recul que l'on a, la mise en situation au travers d'AVQ en ergo et à la maison s'avère la + appropriée

choix par rapport aux besoins/ mise en situation/ lien avec professionnels extérieurs à la structure

collaboration avec patient et prothésiste sur les différentes prothèses possibles en fonction de l'amputation. Choix suivant les préférences nécessaires aux AVQ et loisirs du patient

Pensez-vous que l'ergothérapeute a une place dans le processus décisionnel de l'utilisation de la prothèse myoélectrique ?

si non pourquoi ?

0 réponse

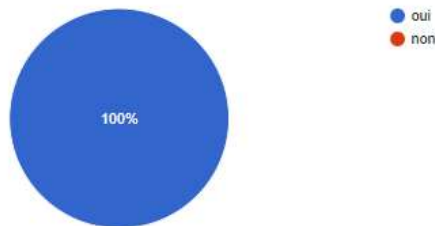
Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

La place de l'ergothérapeute dans le choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique

Accompagnez-vous vos usagers dans leurs choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique dans leurs occupations/activités ?

 Copier

5 réponses



Accompagnez-vous vos usagers dans leurs choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique dans leurs occupations/activités ?

Si oui comment effectuez-vous cet accompagnement/ que faites vous concrètement ?

5 réponses

tester les prothèses évaluer les capacités des prothèses

Explication des différents matériels existants, bilan type MCRO pour évaluer ses objectifs réels du patient et ses attentes, débiter par un appareillage en thermo pour un 1er essai d'appareillage temporaire si c'est possible.

nous le faisons en collaboration avec l'appareilleur, nous présentons les diverses prothèses (surtout 2) et nous faisons si possible l'essai des 2  
la période d'essai étant souvent limitée en terme de durée, nous proposons un accompagnement en séance de rééducation et des mises en situation en salle et à la maison. Le + souvent les 2 sont bénéfiques, le patient ayant besoin de s'approprier aussi la prthèse dans son propre milieu de vie

mise en situation au centre

suivant les AVQ et loisirs  
déterminer les prises nécessaires

Accompagnez-vous vos usagers dans leurs choix d'utilisation de la prothèse myoélectrique dans leurs occupations/activités ?

Si non pourquoi ?

0 réponse

Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

Début de la prise en soin avec la prothèse myoélectrique

A partir de quand, la proposition d'une rééducation avec la prothèse myoélectrique est annoncée aux usagers ?

0 réponse

Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

Qui effectue cette proposition auprès de vos usagers ?

0 réponse

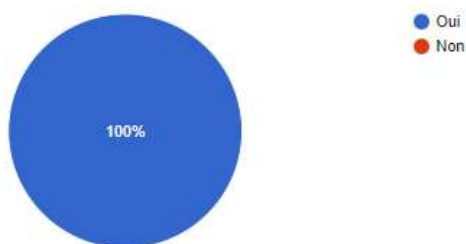
Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

### Intérêt sur la performance occupationnelle

D'après cette définition. Trouvez-vous que la prothèse myoélectrique permet une amélioration de la performance occupationnelle d'un grand nombre de vos usagers dans leurs occupations ?

 Copier

5 réponses



Selon vous quelles sont les causes de la non-utilisation de la prothèse myoélectrique de vos usagers ?

5 réponses

trop lourd pour amputation haute . ou amputation basse pas besoin

Appareillage tardif par rapport à l'amputation (quelques années), moignon invaginé ou mal préparé (entraîne des soucis de contacts), mauvais niveau d'amputation (juste en dessous du coude par exemple, cela oblige à prendre un coude articulé et rallonge le bras prothétique), les amputations hautes (bras) sont plus dur à appareiller car le coude qu'il soit mécanique ou myo nécessite un appareillage plus lourd ou plus d'apprentissage.

le + souvent douleur à l'emboiture de la prothèse donc besoin de remodeler ++. Parfois le moignon n'est pas encore figé car il évolue dans le temps il faut veiller à cela pour que cela ne perturbe pas l'appropriation de la prothèse

le poids de la prothèse peut être aussi un facteur en fonction de l'endroit de l'amputation (amputation haute = + de poids à porter et + de bras de levier)

Importance également de ne pas mettre en échec le patient, de prendre le temps pour trouver les bons points de contact myo avec les capteurs pour avoir les contractions les + fiables. Rester sur des fonctions simples dans un premier temps telles que ouverture/ fermeture avant de passer à des fonctions + complexes

si elle n'est pas adapté au patient, que les essais n'ont pas été suffisant.

poids de la prothèse, appuis entraînant des troubles cutanés

Pensez-vous qu'un accompagnement en ergothérapie dans le processus décisionnel de l'utilisation de la prothèse myoélectrique est pertinent ?

 Copier

5 réponses



Oui  
 Non

#### Pertinence d'un accompagnement en ergothérapie

Si oui Pourquoi ?

0 réponse

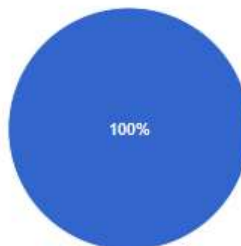
Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

#### Pertinence d'un accompagnement en ergothérapie

Pensez-vous que cet accompagnement peut limiter les abandons de la prothèse myoélectrique de vos usagers ?

 Copier

5 réponses



oui  
 non

### Pertinence d'un accompagnement en ergothérapie

Si oui pourquoi ?

5 réponses

évaluation des besoins et discussion avec orthoprothésiste et patient

Car le patient est accompagné par des professionnels tout au long du processus de choix, et va donc percevoir les points positifs comme négatif d'une prothèse et donc comprendre qu'on ne répare pas complètement le corps mais qu'on lui apporte un outils, qu'il peut utiliser dans certaines situations et faire des choix d'outils différents en fonction des différentes activités du patient, les mises en situations permettent une plein utilisation de la prothèse myo et ses éventuels outils (greiffer par exemple).

valorisation +++ au travers d'activités significatives et signifiantes pour le patient  
 expérience intéressante si l'ergo a déjà fait ce type de PEC car retour sur ce qui a été ave d'autres et sur ce qui n'a pas été. Nous avons également déjà proposé des groupes de rencontres entre anciens utilisateurs et futurs utilisateurs pour qu'ils échangent  
 Pertinence aussi de la présence de l'ergo pour faire le lien patient/appareilleur car il s'agit d'une des phases les + importantes pour arriver à une emboiture la mieux possible

permet a l'usager de "s'adapter" de "inclure dans les acitivtés que ca ne devienne plus une contrainte mais une aide. Il est nécessaire de multiplier les acitivtés et de les repeter afin que le cerveau automatise au maximun: travail qu'il prend le temps de faire en centre mais pas réalisé si le retour au domicile est trop précipité

s'assurer de bonne utilisation, qu'il n'y ait pas d'appui trop important  
 s'assurer que le chaussage de la prothèse est possible  
 maitriser les modes déclencheurs des prises  
 maitriser les fonctions de la prothèse myoélectrique

### Pertinence d'un accompagnement en ergothérapie

Si non pourquoi ?

0 réponse

Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

remerciement

#### 4 Matrice conceptuelle :

Concept	Variable	Critère
Approche systémique	Interaction	Communication
		But commun
	Complexité	Constructivisme
		Multiple facteur
		Pensé interne au système
		Pensé externe au système
	Globalisme/totalité	Vision Holistique
		But
		Environnement
		Individu
Activité signifiante	Volition	Motivation
		Acteur
		Choix
	Engagement	Choix
		Participation
		Implication
	Performance	Choix
		Organisation
		Faire
Echec	Culpabilité	Subjectif
		Objectivable
	Choc	Non anticipé
		Défaite

## 5 Matrice d'entretiens :

	Thème	Question	Objectif
<b>Inaugurale</b>	La dynamique du système	Comment s'organisent les interactions entre les différents partis du système et dans quel but ?	Appréhender la complexité du système pour en saisir en globalité les enjeux
De relance		De quelle manière l'environnement et les contraintes induites par l'institution influent-elles sur vos interactions avec le patient et le prothésiste ?	
<b>Inaugurale</b>	L'activité significative	Pendant la rééducation comment favorisez-vous l'engagement de la personne dans votre contexte institutionnel ?	Déterminer comment les ergothérapeutes favorisent l'engagement occupationnel des patients dans ce contexte avec la prothèse myoélectrique
De relance		Quelle place laissez-vous au choix de l'activité par le patient ?	
<b>Inaugurale</b>		Selon vous, quel est l'impact de l'activité significative sur la rééducation du	

	Activité signifiante et prothèse	patient vis-à-vis de sa prothèse myoélectrique ?	Chercher le lien entre la mise en situation de l'activité signifiante et la limitation des risques d'échec de la prothèse myoélectrique
De relance		De quelle manière vas t'elle limiter les risques d'échec de la prothèse myoélectrique ?	
<b>Inaugurale</b>	L'échec de la prothèse	Selon vous, pourquoi le patient peut-il en venir à délaissé sa prothèse myoélectrique ?	Comprendre comment le l'échec de la prothèse est pris en compte
De relance		Comment l'accompagnez-vous dans cet échec de la prothèse myoélectrique ?	



## 6 Dérouler de l'entretien

### Introduction :

L'entretien que je vous propose entre dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la démarche de recherche de fin d'étude en ergothérapie

L'objectif de cet entretien est de recueillir en quoi consiste la pratique ergothérapique concernant l'utilisation d'activité signifiante dans la rééducation via une prothèse myoélectrique pour une personne amputée du membre supérieur.

L'entretien restera confidentiel et anonyme. Aucun jugement de valeur ne sera présent lors de l'entretien. L'entretien ayant pour but de récolter votre pratique du quotidien.

Vous êtes libre de mettre fin à cet entretien quand bon vous semble.

Je vous tiens également informé que cet entretien sera enregistré afin de ne pas interpréter et transformer vos propos. Celui-ci restera lui aussi confidentiel.

Avant de débiter avez-vous des questions ?

### Question à poser

- 1- Comment s'organisent les interactions avec le prothésiste et le patient avant et pendant la rééducation et dans quel but ?
  - ⇒ De quelle manière l'environnement et les contraintes induites par l'institution influencent-elles vos interactions avec le patient et le prothésiste ?
  
- 2- Pendant la rééducation comment favorisez-vous l'engagement de la personne dans votre contexte institutionnel ?
  - ⇒ Quelle place laissez-vous au choix de l'activité par le patient ?
  
- 3- Selon vous, quel est l'impact de l'activité signifiante sur la rééducation du patient vis-à-vis de sa prothèse myoélectrique ?
  - ⇒ De quelle manière, l'activité signifiante va-t-elle limiter les risques d'échec de la prothèse myoélectrique ?
  
- 4- Selon vous, pourquoi le patient peut-il en venir à délaisser sa prothèse myoélectrique ?
  - ⇒ Comment l'accompagnez-vous dans cet échec de la prothèse myoélectrique ?

## 7 Tableau de résultat

Thème	Ergo 1	ERGO 2	ERGO 3
Les interactions	<p>On reçoit un patient qui est amputé du membre supérieur. On l'évalue enfin on fait un bilan déjà sur ce qu'il arrive à faire sans prothèse. : MHAVIE (mesure des habitude de vie) et là MCRO.</p> <p>On fait un rendez-vous, déjà justes le médecin l'ergo et le 1 orthoprothésiste, après on invite le patient à venir pour discuter ben tous les 4 du projet, et le patient explique un peu ce qu'il voudrait avoir.</p> <p>contact tout le temps avec l'orthoprothésiste. Quand il y a des problèmes donc quand il y a une rougeur ou un truc qui ne va pas je prends une vidéo et puis on discute avec le prothésiste. Et du coup après le patient il va pour faire bah déjà tout ce qui est</p>	<p>on passe par une esthétique avant.</p> <p>on est avec le prothésiste</p> <p>l'interaction avec le l'appareilleur était déjà bien engagée puisqu'on avait déjà fait des emboîtures et travailler un petit peu ensemble sur divers choses qui ce qui permettait un peu d'accélérer finalement des fois l'essayage d'une prothèse myo</p> <p>l'ergo a une place centrale là-dedans puisque c'est lui qui est généralement qui qui fait le lien ou le contact entre les 2.</p> <p>l'ergothérapeute a la place centrale puisque il a le patient en rééducation au départ pour la rééducation du moignon des choses comme ça la cicatrisation diriger tout ça. c'est l'ergo qui qui prend contact</p>	<p>les échanges avec l'orthésiste ont été faits en amont des interventions</p> <p>quand j'ai intervenu la prothèse était déjà faite donc les échanges se faisaient sur place au centre de rééducation, à 3 en fait, avec donc le patient le prothésiste et le ergothérapeute.</p> <p>on faisait le point ensemble on s'il y avait des douleurs à des endroits qu'on lui il pouvait reprendre</p> <p>Le patient expliquait ses gênes au moment je suis intervenu c'était surtout ça c'était plus ses besoins mais ces gênes dans l'appareillage qui avait été déjà confectionnés</p> <p>il voyait, proposait des adaptations possibles pour améliorer le confort de l'appareillage.</p>

	<p>emprunte etcetera et puis la moulure etcetera. Après s'il y a des soucis soit alors prothésiste viens sur mon lieu de boulot soit le patient va chez lui directement mais on est tout le temps en échange avec l'orthoprothésiste.</p> <p>On travaille vraiment avec lui parce que c'est lui qui connaît très bien ce qu'il a comme prothèse donc il va pas mal conseiller → niveau technique</p> <p>je pense que le orthoprothésiste il peut-il peut trouver moyen de l'alléger un peu.</p>	<p>avec l'appareilleur et qui vient et qui vient engager les démarches</p> <p>l'appareilleur vient généralement à la rencontrer du patient on est ensemble avec l'ergothérapeute, l'appareilleur explique 2, 3 choses concernant les rudiments d'une prothèse myoélectrique</p> <p>en séance en séance individuelle on se réunit dans une salle avec l'appareilleur qui vient prendre au départ des mesures</p> <p>une fois que l'emboiture est validée que c'est confortables on procède à des tests de contractions musculaire</p> <p>l'ergo ils orientent l'appareilleur là-dessus</p>	<p>des fois des petites mises en situation a trois, où le patient a montré dans quel à quel moment ça le gênait</p> <p>le fait d'être à 3 interlocuteurs enfin d'être ensemble et que ça soit pas que prothésiste et patients où prothésistes et ergo ça permet à chacun d'aller mettre ses ressentit, ses compétences, nos compétences</p>
<p>Influence de l'institution</p>	<p>le souci c'est que à l'hôpital ils vont essayer tout ce qui est activité personnelle un peu basique</p>	<p>vient au centre il fait un moule en plâtre sur le moignon et après de ça il prépare une emboîture dans son atelier et après il</p>	<p>mais d'être au centre en fait du coup ça c'est c'est pour une personne qui était hospitalisé ce qui fait que son appareillage était utilisé que</p>

	<p>en location dans son quotidien permet de voir véritablement quand il en a besoin, dans quel activité</p> <p>pour valider la prothèse on est obligé que le patient les utiliser chez lui au moins 2 semaines.</p>	<p>dit on vient il vient en essayage ici et pas besoin forcément d'aller à l'atelier</p> <p>ils ont une mallette avec justement des capteurs des électrodes qu'on place pour qu'on pour essayer de capter la bonne contraction musculaire et cette mallette là ils peuvent nous la prêter nous la laisser pour qu'on fasse des tests des essais ici → permet d'affiner en fait vraiment le les endroits où on place les contractions on voit on voit plus l'appareilleur et on travaille plus conjointement avec lui de du début jusqu'à la fin.</p> <p>mais le patient peut aller là-bas pour essayer faire un premier essai de de la prothèse qui qui est fixé sur l'emboiture et avec les capteurs bien en place et essayer ça directement chez l'appareilleur et si c'est validé là il revient ici avec pour en</p>	<p>dans les activités au centre et donc là c'est moins pertinent que si on faisait une rencontre dans ces, sur ces lieux de vie et et qui a déjà eu une utilisation de l'appareillage pendant quelques mois ou semaines dans son quotidien vraiment de son environnement de vie ça aurait pu être amélioré par des rendez-vous chez elle à l'extérieur</p> <p>c'était quand même mieux ici, que au enfin il me semble, que chez le prothésiste parce qu'en fait ici on pouvait montrer vraiment faire des petites mises en situation de : actuellement qu'est ce qui la gêne et ou quand comment tu vois. Mais dans la vie au centre. Après c'est le prothésiste, les rendez-vous il se faisait avant lorsqu'il fallait confectionner l'appareillage mais ça j'ai je ne peux pas t'en parler comme c'est pas moi qui l'ai fait.</p>
--	---	---	---

		<p>tout cas qu'on travaille nous en tant que ergothérapeute</p> <p>fasse des exercices d'appropriation de de de leur de la prothèse</p> <p>et une fois que le patient est appareiller avec laquelle il vient valider ça avec un ergothérapeute pour une ou plus, quelques séances en tout cas ça se fait assez rapidement</p>	
L'engagement dans le soin	<p>sépare la rééducation en 2 donc les patient qui sont appareillé viennent 2 fois avec moi en séances. généralement ce qu'on fait maintenant c'est que de l'analytique donc vraiment des trucs pas très fun donc apprendre à ouvrir et fermer la main et et apprendre à cette gestion de fermeture sans pouvoir écraser les objets a changé plus facilement à utiliser le poignet et cetera et l'après-midi du coup on fait des activités vraiment de vie quotidienne</p>	<p>c'est vraiment la personne qui va influencer notre orientation de la rééducation bilan préalable sur les activités de vie quotidienne notamment sur les loisirs donc soit on passe directement sur quelque chose qui peut être assez fluide et assez axé vie quotidienne</p> <p>soit on sent que la personne elle a besoin vraiment de comprendre comment ça marche avant donc on peut faire des choses beaucoup plus analytiques</p>	<p>les propositions de séances je les fais avec le patient enfin je lui demander si ça lui convient s'il est motivé pour faire ça et pour favoriser son engagement c'est en général le plus facile c'est que quand ça c'est une demande qui vient de lui qui inhérente à lui.</p> <p>et là pour le coup un patient qui a une prothèse myoélectrique qui est ici pour l'apprentissage de l'utilisation forcément il a plein de demandes qui sont de l'ordre plutôt des activités de la vie quotidienne ils sont plutôt signifiant qui peuvent lui permettre</p>

		<p>c'est vraiment personnage dépendant et personne dépendant</p> <p>orienté le patient au départ sur des activités car peut être une inéquation entre ce qu'il veulent faire et les leurs réelles capacités de maîtrise de la prothèse au départ</p> <p>à Lyon je crois il y avait des des appareilleurs qui j'ai dit qui appareillait les les personnes et qui les laisser après aller à leur domicile avec et donc le but c'est que la personne soit complètement autonome mais s'autonomise par elle-même finalement avec la la prothèse et secondairement il y avait un bilan ergo qui était fait mais c'était surtout pour rédiger un argumentaire</p>	<p>d'augmenter son autonomie donc c'était beaucoup finalement le patient qui dictait un petit peu ces besoins et qui qui faisait des séances.</p> <p>Et du coup forcément c'est un besoin que lui exprime et donc l'engagement viendra pour ; viendra par la suite quoi. Viendra forcément dans l'activité.</p>
--	--	---	---

		Toujours est-il que généralement que tu passes par une porte d'entrée ou l'autre généralement t'arrive à... la personne arrive à maîtriser la prothèse à la fin	
Impact de l'activité significative	<p>En fait moi j'ai remarqué qu'il y a un patient qu'il utilise sa prothèse que si vraiment elle est utile en fait vraiment en fait le fait d'introduire une activité qui a du sens pour le patient ça lui permet aussi de se rendre compte s'il a besoin non de cette prothèse et donc encore une fois ça affine des recherches</p> <p>ça aide aussi à se rendre compte de vraiment quelle main il a besoin et pour quelle activité d'accord</p> <p>Ouais enfin honnêtement c'est compliqué de savoir dans quelle activité le patient va utiliser sa prothèse. Même lui il ne le sait pas il dit bah voilà dans l'idéal dans l'idéal</p>	<p>elle est bien elle est l'impact il est énorme puisque en fait là finalité c'est ça là finalité c'est de faire ce qu'il attend ce qu'il a envie de faire</p> <p>l'impact il est-il est énorme si il peut y arriver puisque c'est bah c'est le but ultime c'est l'autonomisation totale et c'est l'accomplissement pour lui c'est un accomplissement personnel</p> <p>t'arrives à faire quelque chose qui te qui te qui te plaît et que tu vois qui arrive et Ben ça peut ça peut favoriser l'appropriation</p>	<p>ça peut apporter une motivation supplémentaire parce qu'il y a... lui il comprend, ... enfin ça lui parle, l'activité va lui parler enfin dans dans son quotidien, il arrive à faire ça ben dans son quotidien ça l'aidera acquièrent plus d'autonomie.</p> <p>Ouais je pense quand ils expriment un besoin et qu'on le suit et qu'on fait des séances sur ça oui. Pour moi ça augmente la motivation et l'engagement des patients</p> <p>Bah en fait je pense que dans tous les cas ça limitera les échecs</p>

	<p>j'ai envie d'utiliser pour tout quoi et en fait on se rend compte quand même qu'il y a des choses pour laquelle c'est assez contraignant la prothèse. Donc le fait d'essayer de de pratiquer le plus activité possible et bah ça permet aussi que le patient se rendre compte en fait ce que finalement bah dans cette activité là il y a pas forcément besoin de prothèse où des choses comme ça</p>	<p>aider à la à au processus d'acceptation puisque c'est comme pour un barbier qui a perdu ses jambes il faut faire un deuil un deuil de d'un membre quand t'as une prothèse pour pouvoir accepter un membre mais qui est qui est mécanisé</p> <p>si c'est pris trop précocement ça peut être voué à un échec est l'échec peut assez mal vécu</p> <p>on essaye de tenir compte de notre expérience ergothérapeute pour savoir à quel moment c'est bien d'introduire ou de proposer cette activité et pour pas justement d'échec</p> <p>si c'est une activité signifiant qui est complexe d'un point de vue séquençage de mouvement</p>	<p>dans la vie le fait de faire ces mises en situation forcément ça aidera ça aidera à essayer de l'utiliser dans son quotidien à sa sortie</p> <p>que il enlèverais très rapidement en fait au domicile du moins son utilisation serait plus compliqué. Après ça reste du coup au centre et pas dans son lieu de vie, donc après quand il y a le quotidien qui ramène enfin avec toutes enfin je veux dire il y a beaucoup plus de choses à faire avec moins de temps dès qu'on reprend la vie hors du centre et quand même il y a beaucoup de patients qui ont laissé de côté la prothèse par la suite.</p>
--	--	--	---



		<p>On peu aussi on pense que elle est capable de le faire mais il faut simplement savoir analyser le plus dur c'est de savoir analyser l'activité donc en elle-même la décomposer et de savoir à quel moment c'est le plus opportun de la de de la proposer pour pas la mettre la personne en échec</p>	
<p>Les cause de l'échec de la prothèse</p>	<p> finalement c'est lourd quand il fait chaud on transpire dedans ça glisse c'est pas grave c'est même un peu contraignant en fait moi j'ai remarqué aussi en fonction de mes prises en charge qui à défaut tous les patients ils vont nous délaissier leur prothèse pendant peut être un an enfin ils vont se dire voilà on aura fait des essais de prothèses ils vont rentrer chez eux puis en fait pendant un an ils vont vouloir essayer de vivre sans prothèse ça c'est déjà arrivé finalement en fait bon bah c'est un peu encombrant et puis vivre sans ça c'est déjà</p>	<p>que c'est lourd déjà parce que c'est lourd parce que c'est quand même pas évident de porter ça en permanence. Enfin c'est quand même suivre alors suivant le niveau de l'amputation</p> <p>c'est savoir la mettre de côté quand on a pas besoin</p> <p>je pourrais parler de l'esthétique</p>	<p>les premières raisons sont par rapport à la, aux caractéristiques de la prothèse myoélectrique c'est des c'est toutes des prothèses qui sont lourdes et qui sont qui peuvent faire mal en fait qui qui sont lourde donc ils produisent un un inconfort</p> <p>ça demande quand même beaucoup d'énergie et de concentration dans l'utilisation.</p> <p>des fois ça dépasse la fonction en fait on est on est plus dans la fonction de de l'appareillage vraiment mais dans essayer de recréer une</p>

	<p>arrivé puis au bout d'un moment ils se disent bah finalement il y a des activités que j'ai envie de reprendre donc je vais peut-être me remettre dans l'appareillage quoi</p> <p>Ah oui donc voilà soit c'est parce que bah il a besoin d'essayer aussi de de de de de essayer une vie sans prothèse soit c'est parce que bah elle correspond pas à ses attentes et pas à ses besoins et que du coup bah elle est pas elle est pas adaptée pour lui et ses activités de vie quotidienne ou alors parce qu'elle des fois il y a elle lui fait mal elle est plus adaptée au niveau de l'emboîture, elle fait des points d'appui, elle est trop lourde ça peut être ça aussi dans ces cas-là ça faut revoir faut faire le point avec le ortho prothésiste ça veut pas dire qu'il est que le patient la veut pas ça veut dire qu'il lui correspond plus on va dire au niveau du moignon quoi</p>		<p>main externe et au final c'est très difficile d'avoir enfin c'est très difficile en fait elle a pas la même elle aura pas la fonction de d'une ancienne forcément et et le patient il s'attend il s'attend à ça donc c'est la grosse déception</p>
--	---	--	---

Choix de la prothèse	Soit il est déjà rentré à domicile, donc il sait exactement euh là où il a besoin d'une prothèse. Ou il n'est jamais retourné à domicile et il sait un peu ce qu'il a envie de faire quoi. Donc à partir de là on estime que oui ou non il y a besoin d'une prothèse, et on fait appel à un orthoprothésiste qui vient		on essaie de de leur faire rencontrer un patient qui a déjà eu où qui a cet appareillage pour qu'il se rende compte de l'énergie que ça demande d'apprendre à l'utiliser et que des fois il l'a il la garde pas quoi enfin vraiment et que qu'il a remplacé par ce que je te disais des prothèses plutôt mécaniques enfin et vraiment montrer ce qu'il existe et le vécu essayer de qui l'échange avec des des anciens patients qui ont vécu ça et pour plus tôt faire mûrir davantage le choix de prothèses
Accompagnement après l'échec		Faut déjà savoir pourquoi est-ce qu'ils ont délaissé  Il faudrait refaire une un bilan et revoir et revoir le pourquoi du comment et pourquoi quelles activités pose problème	

		<p>Moi je ferai comme ça je débayerai le terrain et après je referais un bilan si c'est si ça me concerne en tant qu'ergo je referais un bilan ergo et je referais le tour de ce qui de ce qu'il faut voir et je proposerai une 2,3,4,5 séances en fonction des besoins</p>	
--	--	---	--

## **Résumé :**

**Introduction :** La prothèse myoélectrique est une aide technique permettant une amélioration de la performance occupationnelle dans les activités quotidiennes. Cependant un quart des amputés du membre supérieur n'utilise pas de prothèse. Ainsi le but de cette recherche est d'étudier l'utilisation de l'activité significative en lien avec les risques d'échec de la prothèse myoélectrique. **Méthode :** Des entretiens semi-directifs sur des ergothérapeutes utilisant la rééducation avec la prothèse myoélectrique ont été réalisés et analysés selon des thèmes définis. **Résultat :** Les thèmes principaux qui ressortent de l'étude sont la nécessité des interactions entre orthoprothésiste, patient et ergothérapeute en rééducation ; l'engagement dans le soin ; et le lien entre l'adhésion de la prothèse myoélectrique et l'activité significative. **Conclusion :** L'ergothérapeute joue un rôle essentiel afin de concilier les paramètres favorisant ou limitant les risques d'échec de la prothèse myoélectrique. Son but étant l'autonomie de la personne amputée du membre supérieur.

Mots clefs : ergothérapie, prothèse myoélectrique, activité significative, risque d'échec

## **Abstract:**

**Background:** The myoelectric prosthesis is a technical help that allows an improvement of the occupational performance in daily activities. However, a quarter of upper limb amputees do not use prosthesis. Thereby, the purpose of this research is to study the meaningful activity linked with the risks of failure of the myoelectric prosthesis. **Method:** Semi-structured interviews on occupational therapist using re-education with myoelectric prosthesis have been carried out and analyzed according to the defined themes. **findings:** The main themes that emerge are: the necessity of having interactions between orthoprothesist, patient and occupational therapist during re-education; the commitment to care; the link between prosthesis myoelectric and the meaningful activity. **Conclusion:** The occupational therapist plays an essential role in conciliating parameters favoring or limiting the failure risks of the myoelectric prosthesis. His goal being the autonomy of the upper limb amputee.

Keywords: occupational therapist, myoelectric prosthesis, meaningful activity, risks of failure

Directrice de mémoire et référent professionnel : Catheline Blanc et Bénédicte Guerin

Nombre de pages du mémoire : 76 pages