



⊙ *Institut de Formation en Ergothérapie*

Mémoire d'initiation à la recherche

Amputation et activité sportive : une activité signifiante vectrice de résilience ?

Laurine FOUILLEN

Numéro étudiant : E17/05

Sous la direction de Mylène GRISONI

Année universitaire : 2019 - 2020

Promotion : 2017 – 2020

« Je veux faire la preuve que je suis "capable", et que le handicap n'est pas une fin ni un renoncement. Je suis handi-capable ! »

[Philippe Croizon]

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail de recherche.

Je remercie particulièrement ma maître de mémoire, Mylène Grisoni, pour son investissement, sa disponibilité, ses nombreux conseils et sa bienveillance lors de nos multiples échanges me permettant de mener à bien ce projet.

Un grand merci à l'équipe pédagogique de l'IFE pour son accompagnement durant ces trois années d'études, son écoute et le temps qu'elle a pu me consacrer.

Je tiens à adresser ma gratitude à tous les participants qui m'ont accordé leur temps et leur confiance contribuant à enrichir cette recherche et notamment à Philippe Croizon pour son précieux temps accordé.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma famille, mes amis et Sullivan pour leur présence, leurs encouragements et leur soutien sans faille.

Je terminerai par remercier quatre de mes camarades de classe, Justine Deparois, Marion Le Gall, Lucile Poli et Clémence Profit, pour leur joie de vivre, leurs conseils, leur aide indispensable et leur amitié indéfectible durant ces trois années.

GLOSSAIRE

ADEPA : Association de Défense et d'Étude des Personnes Amputées

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

APF : Association des Paralysés de France

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

HDJ : Hôpital De Jour

INRAP : Institut National de Recherches Archéologiques Préventives

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MES : Mise En Situation

La norme bibliographique utilisée dans ce mémoire est l'APA 6^{ème} édition.



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Laurine FOUILLEN.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ROUEN.....

Le ...18 mai 2020..... signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I. CADRE CONCEPTUEL	2
1. L’amputation et son processus de prothésisation : une perspective en ergothérapie ..	2
1.1. L’amputation, définition et historique	2
1.2. L’épidémiologie et les étiologies de l’amputation.....	3
1.3. La prothésisation : historique et processus	5
1.3.1. L’appareillage : définition et chronologie.....	5
1.3.2. Les différents types de prothèses orthopédiques et leurs actions.....	6
2. L’amputation : ses répercussions et les mécanismes physiques et psychologiques.....	9
2.1. L’activité et ses répercussions : point de vue en ergothérapie.....	9
2.1.1. Qu’est-ce que l’activité ?	9
2.1.2. Quelles sont les répercussions de l’amputation sur l’activité ?.....	12
2.2. La prise en soin des troubles physiques par l’ergothérapeute	15
2.2.1. L’image du corps et le schéma corporel	15
2.2.2. Le membre fantôme : thérapie miroir et réalité virtuelle.....	16
2.3. Les mécanismes psychologiques en ergothérapie.....	18
2.3.1. Le mécanisme de deuil.....	18
2.3.2. Le processus de résilience.....	19
3. L’activité sportive, un mécanisme vecteur d’intégration	23
3.1. L’intégration de l’activité en ergothérapie	23
3.2. L’activité sportive comme activité thérapeutique signifiante et significative	25
3.3. L’activité sportive : du rendement à la participation sociale.....	27
4. Problématique et hypothèses	30
II. DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE.....	32
1. La déconstruction des prénotions.....	32
2. La méthode et l’approche	34
3. Quelle est la population d’étude ?	35
4. Le recueil de données	37
III. ANALYSE DES RÉSULTATS D’ENTRETIENS	41
1. Analyse verticale des professionnels interrogés	41

2. Analyse transversale des professionnels interrogés	44
3. Analyse verticale des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur	49
4. Analyse transversale des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur	50
IV. DISCUSSION.....	52
1. Objectivation des données au regard de la littérature	52
1.1. Première hypothèse.....	52
1.2. Seconde hypothèse.....	54
2. Réponse à la problématique et aux hypothèses.....	57
2.1. Réponse à la première hypothèse	57
2.2. Réponse à la seconde hypothèse	58
2.3. Réponse à la problématique	59
3. Difficultés, limites, biais et perspectives de cette recherche	61
CONCLUSION	62
Bibliographie.....	63
Sommaire des annexes.....	75

Table des illustrations

Figure 1 - Classement des effecteurs et de leurs modes de commandes – Inspiré de <i>L'amputation du membre supérieur</i> (Bouteiller, communication personnelle, 28 mai 2018). ..	6
Figure 2 – Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Law et al., 2014) – Reproduit du livre <i>La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel</i> (5e éd.) ..	11
Figure 3 – Schéma de synthèse – Réappropriation du schéma retrouvé dans le livre <i>La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel</i> (5e éd.) (Law et al., 2014). ..	59

INTRODUCTION

L'activité est retrouvée dans de nombreux domaines et tient une place primordiale dans nos apprentissages en tant qu'étudiants en ergothérapie. La multitude d'interventions sur ce sujet pendant nos études nous a amenés à réfléchir sur la place des activités dans notre vie quotidienne, à expérimenter et analyser de nombreuses activités et nous a guidés vers un questionnement autour de « *l'art de l'activité humaine* » (collectif Erasme, 2017), outil privilégié de l'ergothérapeute.

Par notre expérience personnelle, nous avons été amenés à nous rendre de nombreuses fois au Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de Kerpape dans notre enfance. Les médecins que nous consultions, sont également spécialisés dans les amputations. Nous avons donc croisé à de multiples reprises des personnes ayant subi une amputation et des questionnements sont apparus : « *Quelles sont les causes de ces amputations ?* », « *Comment sont leurs prothèses ?* », « *Comment font-elles pour reprendre leurs activités ?* ».

La formation d'ergothérapie a en partie répondu à ces questionnements d'enfance. Nous avons pu, au travers des interventions, acquérir des connaissances autour de l'amputation, étudier les prothèses existantes ainsi que leur utilisation et leur utilité dans les différentes activités de vie quotidienne. Cependant, le lien amputation-prothèse-activité-ergothérapie suscitait toujours chez nous de nombreuses questions et réflexions. C'est pourquoi nous souhaitons comprendre les enjeux qui en découlaient et que nous nous demandons à ce jour :

De quelle manière l'ergothérapeute intervient-il dans le processus de prothésisation pour la reprise d'activité chez une personne amputée du membre supérieur ?

Cet écrit débutera par une conceptualisation qui permettra, grâce à la littérature existante, de mettre en lumière et confronter les concepts clés de cette recherche. Elle sera ponctuée de témoignages que nous avons recueillis : un médecin (Dr A. Miro), une personne ayant subi une amputation du membre supérieur (Cédric Pharo) et une personne ayant subi des amputations des quatre membres (Philippe Croizon). Nous développerons ensuite le raisonnement nous permettant de formuler notre problématique et les hypothèses qui en découlent, puis nous exposerons le dispositif méthodologique employé pour y répondre. Suite à des entretiens, des questionnaires et des observations, nous analyserons les résultats obtenus et enfin nous les discuterons au regard de la littérature. Cette dernière partie nous permettra aussi d'exposer les difficultés, limites, biais et perspectives de cette recherche.

I. CADRE CONCEPTUEL

1. L'AMPUTATION ET SON PROCESSUS DE PROTHÉTISATION : UNE PERSPECTIVE EN ERGOTHÉRAPIE

1.1. L'amputation, définition et historique

L'amputation est un concept clair et défini de manière précise. En effet, l'amputation d'un membre du corps humain fait partie des plus anciennes interventions chirurgicales. Auparavant, notamment pendant les guerres, elle était la solution la plus rapide et efficace. L'amputation est définie au sens strict, par l'Association des Paralysés de France (APF) (2002, mis à jour en 2016), comme « *une opération chirurgicale qui consiste à retirer (ablation) tout ou partie d'un organe ou d'un membre* ».

Les amputations datent d'environ 7000 ans selon l'Institut National de Recherches Archéologiques Préventives (INRAP, 2010, mis à jour en 2016). Certaines d'entre elles ont été retrouvées en Allemagne, en République Tchèque et en France. Cette dernière nation a découvert une amputation sur un bras gauche, probablement causée par un traumatisme. Sa reconstitution en trois dimensions (**Annexe 1**) révèle des signes de cicatrisation. « *Il ne s'agirait pas d'une amputation accidentelle mais d'un véritable choix médical* » (INRAP, 2010, mis à jour en 2016). À cette époque, une confection de prothèse d'orteil a également été découverte. Au fil des siècles, les méthodes d'amputation se sont affinées, notamment par les guerres qui ont eu lieu des millénaires durant, provoquant de nombreux blessés. Elles ont ainsi contribué au développement des techniques chirurgicales et prothétiques.

L'amputation est donc un acte mutilant et est pratiqué de nos jours pour des raisons vitales. Il existe deux types d'amputation : l'amputation d'urgence qui est un geste de sauvetage, pour laquelle le pronostic vital est plus important que le fonctionnel. Le deuxième type est l'amputation secondaire, où l'amputation est planifiée. Elle peut toucher les membres inférieurs et supérieurs (Bouteiller, communication personnelle, 28 mai 2018). Dans cette recherche, nous allons davantage nous focaliser sur les amputations du membre supérieur.

Il apparaît indéniable que les membres supérieurs sont indispensables dans les Activités de Vie Quotidienne (AVQ), activités parfaitement connues des ergothérapeutes, qui fondent leur pratique « *sur le lien entre l'activité humaine et la santé* » (Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), 2019). Ils sont professionnels de la rééducation, de la

réadaptation et de la réhabilitation, qui peuvent exercer auprès de personnes ayant subi une amputation.

1.2. L'épidémiologie et les étiologies de l'amputation

L'amputation du membre supérieur peut avoir plusieurs étiologies qui sont, à ce jour, bien définies.

La première cause d'amputation est traumatique et représente 70 à 80% des amputations du membre supérieur (Palacio, communication personnelle, 20 décembre 2017). Elle survient le plus souvent chez des personnes jeunes, suite à des accidents de travail ou des accidents de la voie publique. Docteur A. Miro¹ (communication personnelle, [questionnaire], 10 mars 2020), médecin spécialiste en centre de rééducation fonctionnelle, nous indique qu'il a vu, depuis 2012, 21 personnes amputées du membre supérieur, dont 15 hommes pour 6 femmes, avec une moyenne d'âge de 41 ans, et 71% de cause traumatique.

La deuxième cause d'amputation du membre supérieur est tumorale dans 10 à 15% des cas. La tumeur atteint le squelette ou les parties molles et, lorsque le pronostic vital est en jeu, une ablation complète est nécessaire. Cette chirurgie provoque parfois des amputations atypiques, qui peuvent être particulièrement traumatisantes (Palacio, communication personnelle, 20 décembre 2017).

La troisième cause, représentant 5 à 10% des amputations du membre supérieur, est vasculaire. Le plus souvent son origine est embolique, et survient chez des patients plus âgés (Palacio, communication personnelle, 20 décembre 2017).

Enfin, la quatrième et dernière cause d'amputation est infectieuse, pour 5% des cas environ (Palacio, communication personnelle, 20 décembre 2017). Cela peut être dû à un diabète, un purpura fulminans ou des complications de toxicomanie par exemple.

Nous pouvons parler d'amputations acquises dans ces quatre cas. Il existe également ce que nous appelons « l'amputation congénitale » ou « agénésie », par opposition à l'amputation acquise. Elle désigne l'absence totale d'un membre, et ce dès la naissance, mais sans intervention chirurgicale selon l'APF (2002, mis à jour en 2016).

La population des amputés du membre supérieur constitue environ 15% de l'ensemble des amputés selon l'Association de Défense et d'Étude des Personnes Amputées (ADEPA). Selon la même source, cela représenterait entre 8 000 et 15 000 personnes en France. Ces

¹ Le véritable nom du docteur A. Miro a été modifié pour une raison d'anonymat. Il a accepté de nous expliquer sa profession et sa manière de travailler par questionnaire.

personnes sont jeunes : deux tiers d'entre elles auraient moins de 40 ans. Dans la moitié des cas d'amputations majeures (au-dessus du poignet), le membre dominant est touché.

Il existe plusieurs niveaux d'amputation : l'amputation partielle de la main, qui ne sera traitée ici qu'à partir d'une amputation des quatre doigts longs, la désarticulation de la main et du poignet, l'amputation cubitale, la désarticulation du coude, l'amputation humérale, la désarticulation de l'épaule et la désarticulation inter-scapulo-thoracique (**Annexe 2**).

Différents acteurs, dont l'ergothérapeute, vont intervenir suite à une amputation, selon Les Amputés de Guerre (2020) et les explications du Dr A. Miro (communication personnelle, [questionnaire], 10 mars 2020) :

- Le **chirurgien orthopédique** qui effectue l'intervention chirurgicale : il suit la personne suite à cette intervention et va cibler les besoins en rééducation.
- Le **médecin** de médecine physique et de réadaptation : si l'intervention est non urgente, il réalise un suivi pré-amputation à la demande du chirurgien puis un suivi post-amputation pour définir les besoins en phases pré-prothétique et prothétique.
- Les **infirmiers** : ils veillent à l'état de santé général de la personne et réalisent les soins nécessaires, notamment les pansements. Ils apportent des conseils et des techniques pour prendre soin du moignon. Cela peut se faire en collaboration avec l'ergothérapeute qui va faire de la prévention quant aux éventuels problèmes cutanés qui pourraient survenir à ce niveau.
- Le **masseur-kinésithérapeute** : il permet de renforcer et d'assouplir le membre résiduel, d'entretenir les amplitudes articulaires, d'augmenter l'endurance et ainsi de faciliter le port de prothèse.
- Le **psychomotricien** : il permet l'harmonisation du corps et de l'esprit grâce à des médiations, afin de réduire notamment les troubles du geste, du schéma corporel et de permettre une gestion des émotions.
- L'**orthoprothésiste** : il conçoit et met en place la prothèse.
- Le **psychologue** : il propose une écoute, un suivi et un soutien.
- L'**équipe COMETE** : elle accompagne la réinsertion professionnelle.
- L'**assistante sociale** : elle accompagne les personnes dans leurs démarches administratives.
- L'**éducateur APA** : il propose une reprise d'activité physique et sportive adaptée à la situation en assurant la sécurité de la personne afin d'optimiser ses capacités.
- L'**ergothérapeute** : il a un rôle d'évaluateur des fonctions motrices et des activités de la vie quotidienne. Il conçoit un projet de soin avec l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle.

Ainsi, des objectifs à atteindre vont pouvoir émerger. Son objectif est ensuite « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE, 2019).

L'ensemble de ces professionnels amène la personne à investir sa prise en soin et par conséquent à réfléchir à la mise en place d'une prothèse, qui est le moyen actuel et le plus courant de substituer la perte d'un membre, « *substitut à la fois physique, fonctionnel et symbolique* » (Gourinat, 2014, p.129).

1.3. La prothésisation : historique et processus

1.3.1. L'appareillage : définition et chronologie

Une prothèse désigne, le plus couramment, « *un appareillage, choix non imposé, qui doit « compenser » le handicap survenu sur le plan esthétique et/ou fonctionnel* » (Lamandé et al., 2014).

Suivant la constitution des prothèses et leur utilisation, il est possible de les classer selon différentes familles. L'implant articulaire vise à remplacer une articulation défaillante, la prothèse esthétique a pour but de réparer le corps mutilé ou à améliorer l'apparence de la personne en fonction de ses besoins, l'implant sensoriel permet de restituer un sens altéré ou inexistant et enfin il existe la prothèse orthopédique externe. Elle vise à remplacer un membre partiellement ou totalement amputé et ainsi restituer les fonctions motrices ou préhensives de la personne (Gourinat, 2015). La prothèse orthopédique va être développée dans cette recherche : prothèse visible car totalement externe, peu intégrée au corps car amovible et imposante car remplaçant une partie entière du corps (Gourinat, 2015).

Il est important de savoir qu'une chronologie d'appareillage est à respecter : une prothèse se pense et se crée par étape. Tout d'abord, il faut une compression en jersey élasto-compressif pour diminuer les douleurs et donner une forme convenable au moignon afin de pouvoir l'appareiller. Ensuite il faut définir le manchon adapté au moignon de la personne. Par la suite se réalise la confection de l'emboîture, le montage de celle-ci sur la prothèse et l'essayage de l'ensemble. La prothèse est utilisée en rééducation, des finitions sont apportées à l'ensemble de l'appareillage dans la mesure des besoins, et la prothèse devient enfin définitive (Bouteiller, communication personnelle, 28 mai 2018).

1.3.2. Les différents types de prothèses orthopédiques et leurs actions

Les prothèses du membre supérieur sont composées de plusieurs parties : une emboîture correspondant au niveau de l'amputation qui peut avoir différents modes de suspension et qui va commander les effecteurs. Ensuite, l'effecteur intermédiaire correspond à l'articulation et peut avoir des modes de commandes différents. Enfin l'effecteur terminal peut avoir différentes formes morphologiques et différents types de commandes et de fonctions (Bouteiller, communication personnelle, 28 mai 2018).

Concernant le type d'accroche au moignon, aussi appelé mode de suspension, il en existe plusieurs types. Il peut être mécanique au niveau du relief osseux, peut avoir une adhérence par manchon avec un accrochage terminal ou un accrochage par valve et gaine. Il peut également y avoir une succion sans manchon avec ou sans valve ou encore un accrochage sus-jacent avec l'articulation latérale. Après avoir choisi le mode de suspension, il faut choisir le mode de commande des effecteurs qui peuvent être inertes, passifs, actifs, (Bouteiller, communication personnelle, 28 mai 2018), comme présenté dans ce tableau :

	Inertes	Passifs	Actifs
Effecteurs terminaux	<p>Non morphologiques : Anneau, crochet, outil spécifique, palette opposition</p> <p>Morphologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pseudo-anatomique : main ou doigt esthétique - Anatomo-mimétique : main ou doigt esthétique silicone 	<p>Non morphologiques : Pince crochet</p> <p>Morphologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pseudo-anatomique : main mécanique - Anatomo-mimétique 	<p>Non morphologiques : Pince crochet légère dural, pince crochet inox</p> <p>Morphologiques : Main mécanique à ouverture active</p> <p>Pièce de commande pour effecteur terminal actif à câble : main ou pince active (harnais et câble)</p>
Effecteurs intermédiaires	²	<p>Poignet et pronosupination : circumduction passive par cupule à friction, pronosupination passive</p> <p>Coude : Flexion (main controlatérale), blocage coude (blocage passif par crémaillère), rotation humérale (à friction)</p> <p>Épaule : Flexion-extension et blocage (à friction ou à crémaillère), abduction (boule à friction légère)</p>	<p>Coude : Flexion (sans ou avec assistance à la flexion), blocage coude (par câble), rotation humérale (uniquement passif)</p>

Figure 1 - Classement des effecteurs et de leurs modes de commandes – Inspiré de L'amputation du membre supérieur (Bouteiller, communication personnelle, 28 mai 2018).

² A noter : il n'y a pas d'effecteur intermédiaire inerte. En effet, les poignets, coudes ou épaules ont au moins une fonction (flexion, rotation, blocage...). Seul l'effecteur terminal, morphologique ou non, peut être inerte.

Selon les choix réalisés, les prothèses seront classées en trois catégories distinctes : esthétique, fonctionnelle ou myoélectrique. Le choix de cette prothèse « *requiert une équipe pluridisciplinaire, de façon à trouver la meilleure solution prothétique et son réglage optimal en adéquation avec le projet de vie du sujet amputé* » (Martinet, Loiret, Touillet, 2015).

Selon les réseaux nationaux Proteor (2015) et Demeure orthopédie (2016), nous pouvons décrire ces trois catégories de prothèses :

La prothèse **esthétique**, avec ses fonctionnalités limitées, a pour objectif principal de masquer le handicap, la différence. Elle est destinée aux amputations de bras, d'avant-bras, de main et de doigts. Ces prothèses en silicone sont très réalistes grâce à leurs nombreuses finitions (veines, ongles, grains de beauté, empreintes) et sont légères (moins d'un kilogramme). Elles sont également très confortables grâce à leur souplesse.

La prothèse **fonctionnelle** est destinée à des personnes ayant subi une amputation au niveau de l'épaule, du bras ou de l'avant-bras souhaitant reprendre une activité professionnelle et/ou sociale. L'ouverture et la fermeture de la main, la flexion et le blocage du coude sont commandés par la personne. Il est possible, avec ce type de prothèse, de connecter rapidement différents dispositifs terminaux au niveau du poignet : une main esthétique ou des différents effecteurs terminaux qui seront plus spécifiques.

La prothèse **myoélectrique** est destinée à des personnes amputées du bras ou de l'avant-bras, elle permet une préhension active. Des capteurs sont placés sur différents muscles, et leurs contractions vont commander la main. Pour les amputations de bras, la flexion et le verrouillage de coude sont également possibles, en actif et en passif. Le poids de cette prothèse n'est cependant pas à négliger. Elle est en effet bien plus lourde que les autres car, en plus de l'emboîture, de l'effecteur intermédiaire et de l'effecteur final, elle nécessite : une conception exosquelette, une batterie, des électrodes et un gant esthétique.

Sur le même principe il existe la prothèse **hydraulique**, cependant les articulations fonctionnent grâce à des pistons ainsi qu'un réservoir d'eau permettant une meilleure fluidité des mouvements et une diminution du bruit.

La prothèse **bionique** reprend également le même système que la prothèse myoélectrique, toutefois elle permet de bouger chaque doigt indépendamment des autres. Cette prothèse est l'une des plus récentes, elle pèse seulement sept cents grammes grâce à sa

composition d'aluminium et de carbone. Elle peut effectuer environ 90% des mouvements d'une main humaine et a une autonomie de vingt heures.

Ces prothèses peuvent donc être utilisées dans les activités de vie quotidienne tels que l'habillage, la préparation de repas ou la toilette, mais ne sont pas spécifiques à des activités de loisirs comme l'activité sportive. Toutefois, des prothèses sportives existent sur le marché pour faciliter cette activité et permettent cette pratique autrefois réservée aux personnes valides. Nous avons pu voir apparaître toutes sortes d'aides à l'activité sportive (Les amputés de guerre, 2020) :

- Pour le cyclisme, il existe des adaptateurs pour guidon, qui sont des appareils terminaux se fixant par simple pression au guidon. Il existe également des emboîtures fixées au guidon dans lesquelles la personne peut insérer son moignon (**Annexe 3**).
- Pour le basketball, il existe un accessoire solide mais flexible. L'outil a une paume large avec des petits disques de friction qui aident à tenir et manier le ballon (**Annexe 3**).
- Pour les sports de raquette, de nombreuses aides existent, comme des embouts fixés à l'emboîture pouvant accueillir une raquette de tennis de table par exemple, ou une emboîture permettant de tenir une balle de tennis et de la lancer dans les airs pour un service (**Annexe 3**).

Cette liste est loin d'être exhaustive. En effet, de nombreux prothésistes créent des aides, prothèses, emboîtures sur mesure pour permettre à la personne amputée du membre supérieur de pratiquer au mieux son activité sportive. Au-delà de l'activité sportive, il existe également des aides pour les loisirs, comme la musique ou la photographie (Les amputés de guerre, 2020).

L'ergothérapeute, d'après le référentiel de compétences (arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, établi par le Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et par le Ministère de la santé et des sports) intervient dans ce processus de prothétisation : « *Compétence 4 : Concevoir, réaliser, adapter, les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques* ».

Dès le début, l'ergothérapeute va recenser les besoins de la personne dans le but de définir avec elle, et l'orthoprothésiste, le type de prothèse qui lui conviendra le mieux. Le choix du manchon va également pouvoir se faire avec ces mêmes personnes, si manchon il y a. Ensuite, pour la confection de l'emboîture, l'orthoprothésiste collabore avec la personne : il

moule la forme de son moignon afin que la prothèse lui soit totalement adaptée. L'étape suivante consiste à faire des essais avec la prothèse provisoire. Ici, l'ergothérapeute joue un rôle important, car il va entraîner la personne à utiliser de manière fonctionnelle sa prothèse. Enfin, à force de réglages, d'entraînement avec l'ergothérapeute, d'essais avec l'orthoprothésiste et de démonstration au médecin, la prothèse définitive pourra être conçue.

Ainsi, pendant toutes les étapes du processus de prothésisation, l'ergothérapeute sera un acteur clé et va collaborer notamment avec l'orthoprothésiste.

Le port d'une prothèse n'est donc pas anodin. Il arrive après un long cheminement, une réflexion importante. Cette prothèse suscite de nombreuses attentes, cependant ce n'est pas un objet « magique ». Cela nécessite une acceptation, qu'elle soit physique ou psychologique, un apprentissage, une appropriation, une utilisation dans les activités de la vie quotidienne.

2. L'AMPUTATION : SES RÉPERCUSSIONS ET LES MÉCANISMES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

2.1. L'activité et ses répercussions : point de vue en ergothérapie

2.1.1. Qu'est-ce que l'activité ?

L'activité est un mot employé régulièrement dans la vie quotidienne. Nous parlons d'activité dans tous les domaines : activité manuelle, activité physique, activité intellectuelle, activité professionnelle, secteur d'activité, activité économique, activité de la vie quotidienne. Nous évoquons le terme d'activité lorsque nous réalisons une action. Suivant les domaines, le terme d'activité prend des définitions différentes. Nous pouvons même nous apercevoir que dans un même domaine, différentes définitions existent.

En ergothérapie, nous pouvons traduire l'activité par « *une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2010). Avec cette définition, l'activité se distingue légèrement de l'occupation : « *groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socio-culturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. Elles comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs* » (Meyer, 2010). Le terme d'occupation a un sens plus large et regroupe les activités.

En ergothérapie, le terme d'activité est incontournable. « *Mettre en place un accompagnement thérapeutique sur et par l'activité est le fondement même de l'intervention de l'ergothérapeute* » (Djaoui, dans *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?*, 2015). En

ergothérapie nous évoquons plus particulièrement les activités de la vie quotidienne. Ces activités désignent les soins personnels, la productivité ou les loisirs. Celles-ci sont impactées suite à une amputation.

Selon Alexis Leontiev (cité par Marchand, 2010), l'activité est constituée de deux composantes étroitement liées, mais singulières : la signification et le sens. D'après lui, la première traduit « *le rapport social à l'activité* ». Nous pouvons alors l'assimiler au concept d'« *activité significative* » défini par Marie-Chantal Morel-Bracq (2006) comme toute activité « *se référant au sens social donné par l'entourage* ». Concernant la seconde composante, le « *sens* », elle se rapporte, selon A. Leontiev (cité par Marchand, 2010), « *au rapport individuel* ». Cette composante s'apparente donc au concept d'« *activité signifiante* ». Selon M.C. Morel-Bracq (2006), l'activité signifiante est une activité qui a un sens particulier pour la personne, liée à son histoire et son projet personnel.

L'activité signifiante est particulièrement prise en compte en ergothérapie et notamment dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), auquel s'associe la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Cet outil d'évaluation subjective a été développé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, mis à l'écrit et révisé en 2014 (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock). Ce modèle permet à l'ergothérapeute de « *chercher à faciliter l'engagement des personnes dans les activités signifiantes et significatives qui leurs sont nécessaires et qu'elles désirent* » (Caire et Morel-Bracq, 2018). L'outil de la MCREO permettrait dans notre écrit de :

- Déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel suite à une amputation du membre supérieur ;
- Fournir une échelle de grandeur quant aux priorités de la personne ayant subi une amputation concernant son rendement occupationnel ;
- Évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées par la personne ayant subi une amputation du membre supérieur ;
- Servir d'assise pour établir des objectifs ergothérapeutiques ;
- Mesurer les changements perçus par la personne ayant subi une amputation du membre supérieur quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapeutique (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock, 2014).

Le rendement occupationnel d'une personne est déterminé par son appréciation personnelle plutôt qu'à partir d'une observation objective. Le rendement occupationnel se définit à la fois par la capacité d'une personne à réaliser certaines occupations et le sentiment de satisfaction à l'égard de son rendement. (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock, 2014)

Le MCREO « illustre que le rendement occupationnel est le résultat des interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation » (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock, 2014). Dans ce modèle, la personne amputée se définit par ses dimensions physique, affective et cognitive et la dimension spirituelle (le noyau de l'être). L'environnement, qu'elle va se réappropriier à nouveau, se compose des aspects physiques, sociaux, culturels et institutionnels. Enfin, l'occupation comprend les soins personnels, le travail productif et les loisirs.

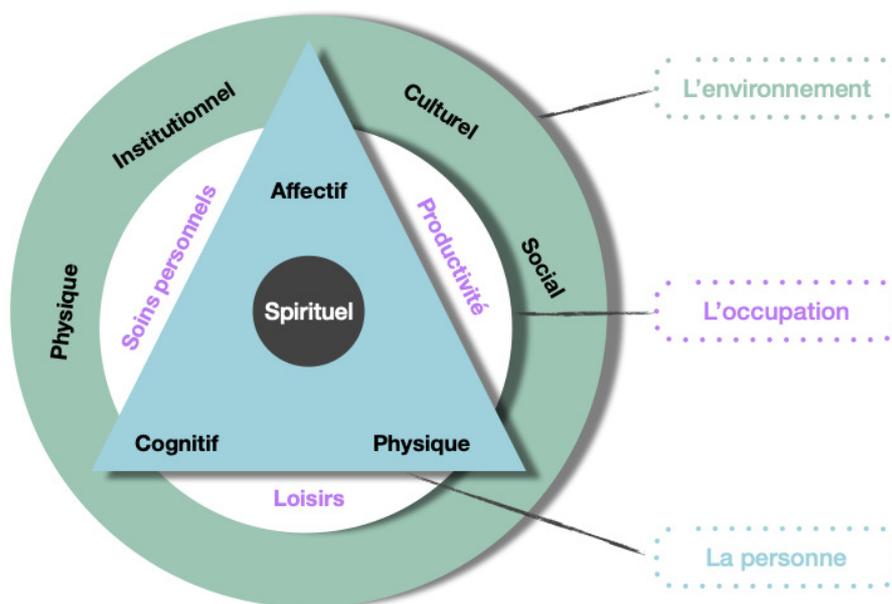


Figure 2 – Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Law et al., 2014) – Reproduit du livre La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (5^e éd.).

2.1.2. Quelles sont les répercussions de l'amputation sur l'activité ?

Les personnes peuvent être confrontées à de nombreuses problématiques suite à une amputation du membre supérieur. Les activités de soins personnels, de productivité et de loisirs sont impactées car il s'agit d'activités réalisées principalement en bi-manuel. Au début, la personne peut être dépendante d'autres personnes dans certaines activités, puis dépendante d'aides techniques. Les répercussions de l'amputation sur les différents types d'activités sont nombreuses et impactent alors l'équilibre occupationnel de la personne. L'équilibre occupationnel est une représentation, une construction mentale complexe à définir au vu de sa constante évolution selon Catherine Backman (2004). Nous allons nous appuyer sur une définition de 2012 (Wagman, Hakansson, Bjorklund) : l'équilibre occupationnel est la perception d'une personne à avoir une quantité suffisante d'activités et le droit de les varier, selon la perspective donnée, les caractéristiques et le temps passé sur chaque activité. Trois perspectives d'équilibre occupationnel ont été identifiées (Wagman, Hakansson, Bjorklund, 2012) : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Les soins personnels sont définis dans le MCREO comme « *des occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner* » (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock, 2014). Selon les mêmes auteurs, dans la MCRO, trois aspects sont mesurés dans les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire (**Annexe 4**)

Concernant l'hygiène, « *s'habiller, se déshabiller c'était difficile, avec les boutons et les fermetures éclair surtout* » (Pharo³, communication personnelle, [questionnaire], 25 février 2020). Se laver les cheveux, mettre le dentifrice sur la brosse à dent peuvent aussi devenir des activités complexes.

Concernant la mobilité fonctionnelle, cela comprend surtout la marche, les déplacements en général, cela ne concerne donc pas notre recherche.

Enfin, concernant la vie communautaire, réaliser des courses est une difficulté majeure, tout comme la conduite automobile que nous pouvons inclure dans ce domaine. En effet, cette dernière ne peut se faire sans un passage devant un médecin agréé. Des aménagements spécifiques peuvent être nécessaires ainsi que quelques heures de conduite en auto-école. Cela permet de maîtriser les aménagements pour des amputations du membre supérieur pour lesquelles la pince pouce-index n'est plus présente (arrêté du 18 décembre 2015, modifiant

³ Le véritable nom de C. Pharo a été modifié pour une raison d'anonymat. Il a accepté de nous raconter l'histoire de l'amputation de son avant-bras droit par questionnaire.

l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée, établi par le Ministère de l'intérieur)

La productivité « *inclut les occupations visant à préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres et à développer ses habiletés personnelles* » (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock, 2014). Ces mêmes auteurs indiquent que la MCRO va mesurer le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu (**Annexe 5**).

Le travail, rémunéré ou non, qui était effectué avant l'amputation du membre supérieur nécessite souvent un aménagement de poste. Parfois, les personnes ne peuvent ou ne souhaitent pas reprendre ce travail et se retrouvent dans l'obligation d'effectuer une reconversion professionnelle. Toutes les démarches à réaliser, que ce soit pour un aménagement de poste ou une reconversion, nécessitent l'intervention d'organismes habilités dans ce domaine comme la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fond pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées), Cap emploi ou encore l'association Comète France.

Concernant la gestion du foyer, les tâches ménagères deviennent complexes, préparer le repas ou même manger sont des activités dans lesquelles les répercussions sont importantes, tout comme s'occuper de ses enfants.

Dans cette recherche basée essentiellement sur l'adulte amputé du membre supérieur, le travail scolaire et le jeu seront peu développés. Cependant, ces adultes peuvent être en études et dans ce cas, taper à l'ordinateur peut être particulièrement complexe, tout comme l'écriture lorsque membre dominant est atteint. C. Pharo (communication personnelle, [questionnaire], 25 février 2020), nous indique : « *Quand j'étais plus jeune, il a surtout été difficile par exemple de couper mes aliments lors de mon repas, ou d'écrire aussi à l'école, j'ai d'ailleurs dû apprendre à écrire de la main gauche* ».

Les loisirs « *regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive* » (Law, Baptiste, Carswelle, Mc Coll, Polatajko et Pollock, 2014). La MCRO, selon ces auteurs, divise les loisirs en activités récréatives paisibles, loisirs actifs et vie sociale (**Annexe 6**).

Les loisirs, qu'ils soient récréatifs paisibles ou actifs peuvent subir les répercussions de l'amputation. En effet, tricoter, coudre, bricoler, jardiner, jouer au basket, faire du vélo, et toute

activité bi-manuelle quelle qu'elle soit, est impactée par l'amputation. Leur pratique va alors nécessiter un réapprentissage et/ou un aménagement. Quant à la vie sociale de la personne ayant subi une amputation du membre supérieur, elle semble, elle aussi, bouleversée.

P. Croizon⁴ (communication personnelle [entretien téléphonique], 28 février 2020) nous confie :

Le regard il a évolué depuis l'accident, c'est à dire qu'au début [...] il y a le regard et il y a la peur. [...] Parce qu'on ressent cette peur dans le regard de ceux qui vous aiment. La peur de l'avenir. [...] t'as le regard familial, t'as le regard des amis et t'as le regard des gens lambda qui fait mal aussi. Et t'as les regards curieux, t'as les regards compatissants, t'as les regards moqueurs. Et après tu comprends que ça fait partie de la vie. [...] Et une fois qu'on a compris que ça faisait partie de la vie, et bien il faut avancer. [...] il y a beaucoup de membres de ma famille et des amis, ils savaient plus m'interpréter. [...] Moi il y a une anecdote importante. Une fois j'ai perdu un ami très fort, enfin perdu, perdu de vue, après l'accident. C'était un de mes meilleurs potes à l'usine. Parce que j'étais ouvrier métallo à la base. Et je l'ai croisé dans la rue quelques années plus tard et je lui dis : "[...] Pourquoi t'es pas venu me voir ?". Et il s'est mis à pleurer devant moi et il m'a dit « [...] le premier jour je ne savais pas quoi te dire, le deuxième jour non plus, la première semaine, le premier mois. Et après il s'est passé 1 an, 2 ans... et je ne savais pas comment venir te voir ». [...] Donc il s'est renfermé là-dedans et il a cru que j'étais devenu un autre personnage et surtout il avait vraiment peur !

Ce témoignage nous indique de quelle manière la vie sociale de la personne peut être impactée, que ce soit par des regards, par la peur, par la fuite.

P. Croizon (communication personnelle, [entretien téléphonique], 28 février 2020) nous confie également : « *Tu sais j'avais honte ! J'avais vraiment honte de mon nouveau schéma corporel. Et j'avais peur, j'avais peur des gens. J'avais peur de leurs regards* ». Au-delà du

⁴ P. Croizon, personne de notoriété publique, sportif professionnel et ayant subi une amputation des quatre membres a accepté de nous livrer son histoire par entretien téléphonique et d'être cité dans ce mémoire. Les propos contenus dans ce mémoire sont personnels et n'engagent que l'auteur, P. Croizon. Ainsi, ils ne doivent en aucune manière être utilisés dans un autre contexte ou être source de polémique.

regard des gens, il y a aussi la façon dont la personne se voit physiquement, la façon dont la personne voit son nouveau corps, sa nouvelle image, son nouveau schéma corporel. Cela peut être un réel trouble physique.

2.2. La prise en soin des troubles physiques par l'ergothérapeute

La main fait partie de la définition même de l'homme. Ce qui caractérise le symbolisme même de la main est sa multiplicité. L'amputation du membre supérieur impacte donc les activités de la vie quotidienne, car il y a une perte de la fonction de préhension et de manipulation d'objets, et une perte d'une fonction d'exploration de l'environnement.

Au-delà des fonctions motrices, cela entraîne également la perte d'une fonction symbolique, car la main est symbole de force et de protection. La main détient, donne un pouvoir et est aussi retrouvée dans les rites religieux. L'amputation du membre supérieur occasionne également la perte d'une fonction relationnelle, car nous pouvons dire bonjour par une poignée de main, par un signe. La main permet de donner, de recevoir, mais également d'exprimer, de communiquer, de faire passer un message parfois plus précis qu'un discours, de se faire comprendre par la gestuelle lors de discours ou par la langue des signes.

Cela entraîne également une perte esthétique, la main étant généralement visible aux yeux de tous, elle peut suggérer le sexe ou l'âge de la personne. Enfin, la perte de la main entraîne d'une certaine façon la perte de son identité, l'empreinte de nos doigts permettant de nous identifier (Mimouni, communication personnelle, 18 septembre 2017).

2.2.1. L'image du corps et le schéma corporel

Au-delà de toutes les fonctions que l'amputation peut altérer, elle peut également influencer sur le schéma corporel de la personne. Ce n'est pas seulement le schéma corporel qui est bouleversé, mais aussi l'image corporelle, qui sont deux concepts à distinguer (Morin, 2013) :

- Le schéma corporel est une représentation non consciente du corps par le cerveau (Head et Holmes, 1911). Cette représentation permet des ajustements automatiques des mouvements dans l'environnement (Coslett, 1998).
- L'image du corps est, quant à elle, une image personnellement et subjectivement investie (Berthaud et Gibello, 1970 ; Dolto, 1984). C'est l'objet d'une « *intentionnalité réflexive* » (Gallagher, 2006). En d'autres termes, c'est la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même (Schilder, 1980).

Le schéma corporel est à la fois sensation et représentation du corps propre (Junker-Tschopp, 2012). Il coordonne, à partir du mouvement, l'image dite interne du corps mais également l'image externe. Ainsi l'image du corps, externe et visuelle, intègre le schéma corporel. Ce dernier, suite à une amputation, est profondément désorganisé : la personne pense toujours avoir l'intégrité de son bras.

L'ergothérapeute est un acteur favorisant l'acceptation de cette nouvelle image du corps, et par conséquent de ce nouveau schéma corporel. En effet, intervenant dans le domaine des activités de la vie quotidienne, il favorise le bien-être de la personne au travers des activités que sont les soins personnels. La toilette, l'habillage ou encore les soins de présentation vont influencer la qualité de vie de la personne et avoir un impact sur l'image du corps et le schéma corporel. Ces soins personnels et l'aide de l'ergothérapeute pour les réaliser, confrontent la personne directement avec son corps. « *Certaines sources ou registres informationnels peuvent être privilégiés pour la reconstruction de l'image corporelle selon les circonstances* » (Le Chapelain, Beis, Martinet, Meridja, Paysant, André, 2010, p.214). Ainsi, le toucher, associé à la vue, vont être des médias importants dans ces Mises En Situation (MES) afin d'appréhender cette reconstruction.

L'ergothérapeute n'est pas le seul professionnel qui peut favoriser cette intégration de la nouvelle image du corps et du schéma corporel : les kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues ou orthoprothésistes sont des acteurs clés à ce niveau, de par leurs compétences. Cela se fait tout au long du parcours de soin et évolue même tout au long de la vie.

Le fait de porter une prothèse peut également favoriser l'intégration du schéma corporel. La prothèse, objet étranger, peut tout à fait être rejetée par la personne, même si « *l'organisme est structurellement capable de composer avec la prothèse (car la flexibilité du schéma corporel nous permet d'intégrer des objets externes comme s'ils faisaient partie intégrante de notre organisme sensible)* » (Gourinat, 2014, p.129). Cependant, cette intégration de la prothèse et donc du schéma corporel nécessite la mise en place d'un processus « *complexe* » et « *délicat* » « *pour optimiser la "collaboration" entre l'individu, son corps et sa prothèse* » (Gourinat, 2014, p.130).

2.2.2. Le membre fantôme : thérapie miroir et réalité virtuelle

La désorganisation du schéma corporel peut également se traduire par des sensations anormales ou des douleurs au niveau du membre amputé. Nous pouvons parler de sensations ou de douleurs du membre fantôme. De manière générale, il s'agit davantage de douleurs que de sensations agréables ou supportables, touchant 74% des personnes amputées dans la période

post-opératoire (Roullet, Nouette-Gaulain, Brochet et Sztark, 2009). Les douleurs peuvent être d'origine neuropathique et « *les qualificatifs les plus employés pour décrire cette douleur sont : douloureux, tranchant, lancinant, brûlure, piqûre d'aiguille, coups* » (Roullet, Nouette-Gaulain, Brochet et Sztark, 2009). Il peut aussi y avoir des douleurs dues à une sensation de membre tordu ou retourné (Christos Karatzios, 2016). Ces douleurs ont lieu en général en distal, c'est-à-dire au niveau de la main, des doigts pour les personnes amputées du membre supérieur. Ces sensations ou douleurs apparaissent car le membre amputé est toujours présent d'un point de vue cortical dans le cerveau. Ce dernier a donc besoin de temps pour se réorganiser et réaliser que le membre n'existe plus (Christos Karatzios, 2016). Dans l'un de ses ouvrages, P. Croizon (2006) explique : « *Bien que j'ai perdu mes membres, je les sens toujours, je sens mes mains et mes pieds. Parfois ils me font mal. Des violents coups de courant me traversent le corps. On appelle cela la douleur des membres fantômes.* »

Ces douleurs peuvent altérer la participation aux activités. C'est pourquoi l'ergothérapeute peut intervenir en proposant différents types d'accompagnement pour développer la qualité de vie, la motivation, l'implication de la personne dans sa rééducation. Il va pouvoir utiliser la thérapie miroir, développée en 1995 par le Dr V. Ramachandran, neuroscientifique connu pour ses travaux en neurologie comportementale et en psychophysique visuelle. L'objectif est de donner au cerveau l'illusion que le membre est toujours présent en renvoyant une image du membre controlatéral par l'intermédiaire d'un miroir.

Avec les nouvelles technologies, cet outil de thérapie miroir a quelque peu évolué et la réalité virtuelle est apparue. Cet outil, plus complexe et plus coûteux, n'est pas à disposition de tout le monde, cependant dans la littérature, les bénéfices paraissent nombreux.

Les technologies du virtuel ont la particularité de simuler certaines situations et d'exposer les patients à ces situations tout en contrôlant les caractéristiques. En ce sens, la réalité virtuelle est considérée comme un outil de réalisme, qui permet de mieux gérer le réel. (Lallart, Voisin et Jouvent, 2014, p.82)

Il existe notamment la réalité virtuelle avec un casque à mettre sur les yeux, qui va totalement immerger la personne dans la situation choisie. Cela « *permet en effet au patient de pratiquer sa thérapie dans un cadre privé, tout en étant réellement exposé, du point de vue perceptif, aux situations provoquantes* » (Lallart, Voisin et Jouvent, 2014, p.87).

L'ergothérapeute peut donc utiliser cet outil à visée « antalgique » tout en mettant les personnes en situation de vie quotidienne.

La thérapie miroir et la réalité virtuelle, utilisées par les kinésithérapeutes également, sont les outils les plus connus dans ce domaine et les seuls qui seront présentés dans cette recherche.

Les perturbations physiques sont donc importantes. Nous pouvons évoquer ici la notion de destruction identitaire. En effet, les amputations du membre supérieur sont principalement traumatiques, « *ces cas de figures sont nettement plus violents pour l'individu, dans la mesure où le membre perdu est littéralement arraché au corps* » (Gourinat, 2014, p.129). La perte d'identité et de personnalité suite à une amputation du membre supérieur sont associées à un sentiment d'impuissance. Les personnes n'ont d'autre choix que de « faire avec ». « *L'intégrité corporelle du sujet et plus encore son indépendance fonctionnelle lui sont retirées, sans compromis ni retour en arrière envisageables* » (Gourinat, 2014, p.129).

Mais comment se réinventer et accepter ce qui peut nous paraître inacceptable ? Priscille Deborah (2015), amputée du bras gauche et des deux jambes (**Annexe 7**) explique : « *J'ai repris goût à la vie sans m'en rendre compte, à petites doses. Et comme je n'ai jamais aimé perdre, je me suis battue. Ça a été le début d'une vraie reconstruction* ». Cependant pour se reconstruire, intégrer la nouvelle image de son corps, son nouveau schéma corporel, accepter cette amputation et le port de la prothèse, il faut passer par différentes étapes d'un point de vue psychologique.

2.3. Les mécanismes psychologiques en ergothérapie

2.3.1. Le mécanisme de deuil

Le membre prothétique n'étant pas naturel, son intégration peut prendre du temps. Il s'agit d'une partie du corps qui n'appartient pas à proprement parler à son schéma corporel, qui n'est pas « *vivante* » (Gourinat, 2014). Il peut donc être difficile de réinvestir son corps lorsqu'il s'agit de se réapproprier une partie extérieure. Pour pouvoir accepter une amputation, s'investir dans sa rééducation puis s'approprier une prothèse, il faut en premier lieu passer par des épreuves comparables à un processus de deuil. Marie-Sol Saint-Onge (2018), amputée des quatre membres l'exprime : « *Tout de suite, on pense à l'acceptation, à la réadaptation, mais je dirais même qu'avant d'être rendue à accepter ce qui nous arrive, il faut vivre ses deuils* ».

Selon le modèle de deuil de Kübler-Ross (cité par Viillard, 2016, p.103 et ADEPA, s.d.) cinq étapes sont présentes de l'amputation et son acceptation.

La première étape est le **déni** : le patient amputé ne parvient pas à accepter la réalité. Dans cette courte phase, les émotions semblent absentes.

La seconde étape est l'**agressivité** et la **révolte** contre la réalité. Cette étape de colère peut parfois créer de la culpabilité. Un sentiment d'injustice se fait également ressentir, une révolte sur tous les domaines, pouvant entraîner des contrariétés et des réactions inhabituelles.

La troisième étape est le **marchandage**. Cette phase est faite de négociations, la personne n'accepte qu'une partie de la réalité. L'agressivité est diminuée, mais la motivation est peu présente. Les refus sont fréquents car la charge émotionnelle est encore importante et l'anxiété est présente face à l'inconnu.

La quatrième étape est la **dépression** : phase plus ou moins longue dans laquelle l'amertume est associée à des remises en question. L'ensemble des informations est bien perçu car l'agressivité a laissé place aux pensées constructives. La charge émotionnelle est moins forte, permettant une écoute et une compréhension des nouveaux principes de vie, importants pour la reconstruction identitaire. Toutefois cette épreuve transpose des difficultés et des échecs dans les nouvelles notions de vie quotidienne.

Enfin, la cinquième et dernière étape est l'**acceptation**. Cette étape est essentielle pour intégrer l'amputation dans la vie quotidienne. Ce processus d'acceptation active comprend différentes phases : la disparition du sentiment d'infériorité et de dépendance, la conviction de la possibilité d'un nouveau mode de vie, l'élaboration d'une nouvelle image de soi et la constatation de la capacité à se prendre en charge. La réalité de la perte est alors mieux comprise et acceptée. *« Il faut cependant souligner que l'acceptation active n'est pas une étape définitivement acquise, et que son maintien nécessite parfois des efforts importants pour la personne amputée et son entourage »* (ADEPA, s.d.).

2.3.2. Le processus de résilience

Outre ce processus de deuil menant à l'acceptation du changement, nous pouvons aborder le concept de résilience, sans lequel le mécanisme de deuil ne peut se faire. Ce concept ne peut être évoqué sans qu'il n'y ait un traumatisme. D'un point de vue psychanalytique :

Le traumatisme — mot qui dérive du grec et qui signifie à la fois une effraction et une blessure — désigne les conséquences d'un événement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entraîner un choc psychique, mais aussi laisser

des traces durables sur le psychisme d'un sujet, qui s'en trouve alors altéré.
(Bakanowski, 2010, p.10)

Le traumatisme qui est l'amputation du membre supérieur dans cette recherche peut être très bouleversant. Cependant la personne doit s'y confronter, faute de quoi elle ne pourra pas se reconstruire positivement. Cette confrontation engendre alors l'entrée dans le processus de résilience.

Le concept de résilience dans la littérature a émergé dans les années 1990, premièrement autour du développement adapté de l'enfant ou de l'adolescent dans un milieu de vie délétère ou traumatogène. Ce concept s'est ensuite étendu à l'adulte et sa reconstruction suite à un traumatisme.

Nous pouvons remarquer que ce concept est applicable à deux types de situations distinctes. D'une part, à des individus qui vivent dans des conditions de vie familiales et sociales défavorables ou pathogènes et qui arrivent à se développer sans dommages psychiques et à s'adapter socialement. D'autre part, à des sujets confrontés à des événements traumatiques qui se reconstruisent après ces épreuves. (Anaut, 2015, p.29)

A posteriori, ce concept a été défini de nombreuses fois et de différentes manières dans les sciences humaines. En effet, ce concept participe à la constitution d'un modèle théorico-clinique original dont les applications sont nombreuses et variées dans la clinique contemporaine (Anaut, 2005). Dans cette recherche nous retiendrons notamment la définition de Boris Cyrulnik (2005) qui traduit la résilience comme la capacité des individus à se reconstruire après un traumatisme. Nous pouvons alors nous demander : comment ce concept se distingue de celui du deuil ?

Il se différencie du deuil en ce sens où le deuil nous met face à la souffrance de l'épreuve et la résilience nous donne les capacités à la surpasser.

Le propre du deuil est de nous confronter à un des plus grands traumatismes de nos vies. [...] En nous obligeant à faire face, elle amène à mobiliser ses ressources intérieures qui restaient en friche jusqu'alors. C'est en ce sens que le deuil fait jaillir en nous la résilience, la capacité à surmonter l'épreuve et à en tirer de nouvelles forces pour affronter, dans la suite de la vie, de nouvelles épreuves. (Hanus, 2006)

La résilience se caractérise, comme le souligne B.Cyrulnik (2005), par deux mots : le « *lien* » et le « *sens* ». Selon Jacques Lecomte (2010), le lien est un phénomène interpersonnel, la rencontre avec quelqu'un. Cela peut être quelqu'un que nous connaissons ou quelqu'un que nous rencontrons pour la première fois. Dans les histoires d'amputation, ce sont souvent des membres de la famille, des amis et le mot lien fait référence à l'affection. Le sens est l'aspect intrapersonnel, intrapsychique. Quel sens la personne en souffrance donne-t-elle à son histoire, à son passé et à cette souffrance, mais aussi à son avenir ? Il s'agit du sens dans les deux acceptations du terme : orientation et signification.



Michel Lemay (1999) décrit la résilience comme « *un formidable réservoir de santé dont disposerait chaque individu* » et un grand nombre de chercheurs s'accorde en ce sens. Ainsi, ce potentiel serait présent chez toute personne, et cela représente, pour Marie Anaut (2004) un espoir important qui change le regard porté aux personnes et à l'accompagnement de leur souffrance.

La résilience est un processus multifactoriel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement, comprenant des variables internes ou externes au sujet. Il s'ensuit des formes de résilience spécifiques résultant d'un processus dynamique et évolutif qui est propre à chaque sujet (Anaut, 2005). La résilience est un processus comportant des hauts et des bas, et non un statut ou un état stable et définitif (Lecomte, 2010). Ce processus n'est jamais totalement acquis, mais modulable suivant l'évolution du sujet dans son parcours de vie (Anaut, 2005, p.34).

Pour le bon fonctionnement de la résilience, des facteurs de protection sont nécessaires : « *l'hypothèse retenue est que la mise en jeu efficace de facteurs de protection permet d'atténuer l'impact négatif des facteurs de risque* » (Anaut, 2015, p.33). Pour cela, les spécialistes se sont accordés pour définir trois pôles de protection (Anaut, 2005, p.33) (Werner, 1993, p.503-15) :

- Ce qui est propre au sujet, ses caractéristiques : la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité, l'habilité à trouver du soutien dans l'entourage familial ou extra-familial ;
- L'apport de l'entourage familial et affectif : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfants ;
- Les relations sociales et extra-familiales : venant d'amis, d'enseignants ou d'une communauté sociale.

Ainsi, être ou devenir résilient est un processus demandant du temps, qui se poursuit autant que la personne en a besoin, au moment où elle en a besoin. Ce processus nécessite d'être accompagné, soutenu et encouragé pour avancer. Cette avancée ne peut se faire sans repères, apportés par un parent, un ami, un proche ou une tierce personne. Cette dernière peut être un soignant, un rééducateur, un ergothérapeute. Il prend alors le rôle de « tuteur de résilience », ainsi nommé dans la littérature, notamment par B. Cyrulnik (2001 ; cité par Anaut, 2009, p.75).

L'objectif du tuteur de résilience est d'accompagner et d'aider le sujet à supporter les souffrances et à les dépasser selon M. Anaut (2009, p.75). Le rôle de l'ergothérapeute dans cette recherche n'est alors plus seulement d'apporter des solutions, des techniques ou des outils aux problèmes rencontrés. Il doit, grâce à l'ensemble de ses connaissances et de ses attitudes, favoriser l'entrée dans un processus de résilience (Anaut, 2009, p.33) c'est-à-dire le rendre possible, le faciliter et le faire évoluer. L'ergothérapeute est formé à cela d'après le référentiel de compétences (arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, établi par le Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et par le Ministère de la santé et des sports) : « Compétence 5 : Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique » et « Compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ».

Cette résilience peut donc se faire tout au long du parcours de soin et avec différentes activités, notamment des activités signifiantes et significatives. P. Croizon (communication personnelle [entretien téléphonique], 28 février 2020) nous évoque ce qu'est pour lui la résilience :

J'étais un personnage avant l'accident... et il y a eu l'accident, il y a un nouveau personnage qui est né et il a fallu beaucoup d'années. Et le personnage qui est là aujourd'hui, je trouve qu'il est mille fois meilleur que le personnage qui était là avant. C'est-à-dire que je me suis surpassé et je pense que la résilience pour moi c'est ça, c'est aller au-delà de ce qu'on croit être capable de faire. [...] Il y a plusieurs outils de résilience ! Moi il y a eu la famille, les amis, le sport et l'humour ! Et l'amour ! Donc il y a eu quatre outils de résilience, qui m'ont vraiment reconstruit. [...] Le sport pour moi, c'est l'outil de résilience absolu.

3. L'ACTIVITÉ SPORTIVE, UN MÉCANISME VECTEUR D'INTÉGRATION

3.1. L'intégration de l'activité en ergothérapie

La reprise des activités de la vie quotidienne se fera progressivement. Il est essentiel pour le bien-être physique et psychologique de la personne qu'elle puisse reprendre les activités qu'elle souhaite. Suzanne Peloquin (2007) souligne que participer à des activités favorise la récupération suite à un événement traumatique. La personne se rend alors actrice de sa prise en soin.

Cela peut paraître inconcevable, au début, pour la personne, car tout semble difficile voire impossible à réaliser. Toutefois elle n'est pas seule dans cette épreuve, l'équipe interprofessionnelle et ses proches sont présents tout au long de son parcours de soin. Le Dr Dhennin (dans J'ai décidé de vivre, 2006), chef du service des grands brûlés où a été hospitalisé P. Croizon, explique :

Durant ces mois, ces années, le rôle des équipes médicales et paramédicales est déterminant, car elles doivent savoir associer à leur expérience et leur dévouement la rigueur sans laquelle rien n'aboutira. Celui de l'entourage ne l'est pas moins, car je pense que pour survivre à l'enchaînement des épreuves au cours des différentes périodes du traitement, il faut savoir que l'on reste digne d'amour et d'amitié, qu'il est important que l'on vive.

L'ergothérapeute va jouer un rôle clé pour que la personne puisse se réapproprier les activités souhaitées dans la vie quotidienne. En effet, sur prescription médicale comme l'indique le Dr A. Miro (communication personnelle, [questionnaire], 10 mars 2020), l'ergothérapeute intervient dans les différentes phases de prise en soin qui vont permettre de limiter ou de diminuer les répercussions dans ses activités et ainsi les réintégrer complètement dans le quotidien.

Dans la phase **pré-prothétique**, l'ergothérapeute débute la rééducation avec la personne. L'objectif premier va être de développer l'autonomie et l'indépendance de la personne dans les activités de première nécessité au quotidien, comme se brosser les dents, se laver, manger. L'autonomie désigne la capacité à décider et agir seul, sans recours à une aide, et l'indépendance est la capacité à réaliser les diverses activités de la vie quotidienne sans recourir à une aide (Winance, 2007, p.84). Pour ce faire, l'ergothérapeute met la personne en

situation, et lui apporte des conseils et des nouvelles techniques pour procéder efficacement. Après évaluation, il peut également proposer des aides techniques qui favoriseront l'indépendance de la personne.

Cette phase permet d'améliorer les capacités de la personne, augmentant par conséquent son rendement occupationnel et sa satisfaction. Toujours dans la phase pré-prothétique, l'ergothérapeute stimule les points moteurs de la personne au niveau musculaire, permettant alors d'amorcer la phase prothétique. En effet cette stimulation et cet entraînement permettent, si la personne le souhaite, de contrôler une prothèse myoélectrique.

En cas d'indication d'une prothèse par décision collégiale de l'équipe médicale, la personne entre dans la **phase prothétique**. L'apprentissage de la prothèse débutera avec les fonctions de base, comme apprendre à bouger son bras et sa main sans à-coups, et cela progressera vers des fonctions plus avancées, comme le maniement du couteau et de la fourchette. L'entraînement progressera ensuite vers des tâches plus complexes demandant une motricité fine (Les amputés de guerre, s.d.).

L'ergothérapeute est amené à faire de la réadaptation. L'ensemble de ce qui a pu être acquis durant les séances de rééducation va pouvoir être transféré dans les activités de la vie quotidienne. Ainsi la prothèse est intégrée petit à petit aux activités de vie quotidienne significatives pour la personne. Participer à une activité qui a un sens pour la personne et son environnement est d'autant plus motivant. D'ailleurs, « *les activités ne suffisent pas par elles-mêmes [...]. Les activités ne peuvent se concevoir comme thérapeutiques que si elles sont porteuses de sens pour la personne* » selon Isabelle Pibarot (2013). L'ergothérapeute, dans sa prise en soin, est amené à s'inspirer du MCREO pour définir les activités qui ont du sens pour la personne, et éventuellement utiliser la MCRO.

Lorsque le rendement et la satisfaction de la personne ne sont pas suffisamment élevés vis-à-vis des activités, des moyens de compensation peuvent être mis en place. L'ergothérapeute réaménage également l'environnement de la personne, que ce soit à son domicile, dans son milieu professionnel ou dans le domaine des loisirs.

Enfin l'ergothérapeute intervient dans la réhabilitation, la réinsertion de la personne. Cette phase vise à faire réinvestir la personne dans les rôles sociaux qu'elle avait avant l'amputation, comme le rôle de parent, de conducteur automobile, dans le domaine musical, sportif et tant d'autres.

C'est principalement l'intégration ou la réintégration de l'activité sportive dans la vie quotidienne qui va nous intéresser dans cette recherche.

3.2. L'activité sportive comme activité thérapeutique signifiante et significative

La définition de l'activité sportive a toujours été un long débat suivant l'ampleur que nous voulons lui accorder. Dans cette recherche, nous allons retenir trois définitions. Tout d'abord l'activité sportive est définie dans le sens commun comme l'« *ensemble des exercices physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à compétition, pratiqués en observant certaines règles précises* » (Larousse, 2019). L'activité sportive est également définie par la Charte Européenne du Sport Révisée (2001) de la manière suivante :

On entend par "sport" toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux.

Enfin le sport est un « *sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé* », c'est une « *activité revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitées par les organisations sportives* » (Organisation Mondiale de la Santé, cité par Inserm, s.d.).

Nous pouvons, à partir de ces différentes définitions, mettre en lumière plusieurs informations caractérisant le sport : il s'agit d'une activité physique, individuelle ou collective, organisée ou non, pouvant donner lieu à compétition avec pour objectifs de favoriser les relations sociales et d'améliorer les conditions physiques et psychiques des personnes, l'ensemble facilité par des organisations sportives.

Nous allons également pouvoir distinguer le sport professionnel qui est davantage structuré autour de la performance, du résultat, du record, de la compétition et le sport de loisir qui est pratiqué au nom du respect des principes éthiques fondamentaux (respect de soi, respect de l'adversaire, fair-play, pratique désintéressée...) (Bourg et Gougnet, 2005).

Nous accentuerons davantage notre recherche sur le sport de loisir. L'objectif premier étant la reprise d'activité, ici d'activité sportive, il semble approprié de débiter cette reprise sans compétition ni résultat. En effet, il peut être difficile de se lancer dans ce projet sportif,

d'investir les moyens nécessaires pour ce faire ou simplement de se rendre compte que les performances réalisées ne sont pas similaires à celles effectuées avant l'amputation. Ainsi, le sport de loisir s'avère plus à même de convenir à ces personnes. Néanmoins le sport professionnel, de haut niveau, peut être un objectif à terme et peut même être un exemple décuplant la motivation des personnes amputées du membre supérieur souhaitant reprendre une activité sportive. Il est vrai que la médiatisation du sport, associés au handicap, peut être importante. En effet le handisport commence à être présent dans l'espace médiatique. Plusieurs exploits physiques et sportifs réalisés par des personnes en situation de handicap, notamment par des personnes amputées et appareillées sont relatés dans les médias. Valentine Gourinat (2015) souligne que « *les amputés sportifs sont l'incarnation parfaite du dépassement de soi, une valeur admirée et tout particulièrement valorisée dans les sociétés contemporaines, de plus en plus compétitives* ».

Ces succès peuvent ainsi permettre aux personnes nouvellement amputées de s'investir dans cette discipline. Nous pouvons mettre en avant l'exploit sportif de P. Croizon qui, en 2010, a traversé la manche à la nage et, en 2012, a relié les cinq continents à la nage.

Ainsi, l'activité sportive signifiante pour la personne endosse également le rôle d'activité significative. Effectivement le sport pratiqué à un sens pour la personne, mais il a également un sens pour l'entourage, proche ou moins proche de cette personne, dans le cas de la médiatisation du sport et des performances associées.

L'activité sportive a été privilégiée dans cette recherche car elle démontre un potentiel thérapeutique important. En effet, plus l'activité, médiation utilisée en ergothérapie, va être importante et intéressante pour la personne qui va la réaliser, plus elle va contribuer à un plaisir personnel, à un ressourcement et à une productivité. Selon Whalley Hammel (2004), l'engagement d'une personne dans une activité signifiante va influencer la perception qu'elle a de ses valeurs et de ses compétences. Là est tout l'enjeu de l'ergothérapeute, professionnel qui, dans sa démarche, utilise l'activité signifiante et significative comme moyen thérapeutique pour répondre aux besoins de la personne et notamment pour les personnes ayant subi une amputation du membre supérieur. La personne est ainsi actrice de sa prise en soin. Pour aller plus loin, l'activité sportive va également être vectrice d'intégration dans divers domaines.

3.3. L'activité sportive : du rendement à la participation sociale

L'activité sportive est connue pour ses nombreux bienfaits qu'ils soient biologiques, physiques, psychiques et cognitifs ou encore comportementaux. Cette médiation permet spécifiquement aux personnes ayant subi une amputation du membre supérieur, de pouvoir améliorer, accepter ou intégrer différents éléments :

- **L'amélioration du rendement occupationnel et de la satisfaction**

Le traumatisme bouleverse l'équilibre occupationnel de la personne et par conséquent son rendement occupationnel et sa satisfaction dans les activités qui lui sont importantes. Suite à ce traumatisme, la personne pense ne plus jamais pouvoir faire d'activité sportive : « *Je joue également au foot, chose que je ne pensais plus pouvoir faire après mon accident* » (Pharo, communication personnelle, [questionnaire], 25 février 2020). Cependant, tout comme les activités de première nécessité, l'activité sportive est un objectif atteignable. La reprise de cette activité, si elle était signifiante avant le traumatisme, va demander du temps et de l'entraînement. Si l'activité sportive n'était pas signifiante avant l'amputation, elle peut le devenir. En effet, elle peut être un challenge, un objectif à atteindre. Cet objectif signifiant nécessite un accompagnement. Le soutien des proches est essentiel, tout comme celui des professionnels présents dans la prise en soin. Le kinésithérapeute, l'orthoprothésiste, l'ergothérapeute et l'éducateur APA vont associer leurs compétences pour permettre d'atteindre l'objectif. Du renforcement musculaire jusqu'au succès de l'activité, ces professionnels et la personne vont coopérer. L'objectif réalisé permettra d'atteindre un rendement occupationnel et un niveau de satisfaction cohérent, en lien avec ses attentes et ses aspirations.

- **L'amélioration de l'état psychologique**

L'accès à l'activité sportive, objectif de la personne, est valorisant. L'amélioration de l'équilibre occupationnel est motivante et entraîne des émotions positives. De plus, l'activité sportive et sa pratique régulière améliorent l'état psychologique d'après l'ouvrage de Richard Cox (2013) sur la psychologie du sport. Il indique que l'activité sportive diminue les humeurs négatives comme l'anxiété ou le stress et qu'elle favorise la confiance en soi, la motivation, l'attention, la concentration et le bien-être général.

Plusieurs hypothèses expliqueraient l'amélioration de l'état psychologique par l'activité sportive selon Emmanuel Poirel, professeur agrégé de l'Université de Montréal (2017). Il cite S. Toker et M. Biron (2012) proposant quatre modèles qui justifient ces bienfaits : la distraction, le sentiment d'efficacité personnelle, le ressourcement et les altérations physiologiques.

La **distraction** « *s'appuie sur l'approche thérapeutique cognitive et comportementale* » et repose également sur l'augmentation des émotions positives, par conséquent éliminer les pensées négatives envahissantes (Poirel, 2017, p.154).

Le **sentiment d'efficacité personnelle**, développé par Albert Bandura (2004), « *est un facteur de protection contre le stress et l'anxiété* » s'il est élevé (Poirel, 2017, p.154) et inversement, il fait tendre à la vulnérabilité s'il est faible (Poirel, 2017). Ainsi, selon A. Bandura (2004), le niveau d'auto-efficacité est augmenté lorsque la personne réalise une activité qui lui semblait difficile voire impossible. Prenons l'exemple d'une personne ayant subi une amputation du membre supérieur : elle peut avoir des a priori sur la pratique du tennis car cela lui semble impossible. Cependant en initiant, en rééducation, la pratique régulière de l'activité sportive, elle va développer un sentiment d'accomplissement et d'auto-efficacité.

Le **ressourcement** « *fait référence à la capacité de récupération physique et psychologique qui proviendrait de la libération des tensions nerveuses cumulée à une augmentation du niveau d'énergie* » (Poirel, 2017, p.154).

Enfin, la dernière hypothèse concerne les **altérations physiologiques**. Nous parlons ici de l'action euphorisante et apaisante des endorphines libérées suite à l'exercice sportif. Cela se lie à l'augmentation, grâce à l'activité sportive, « *de divers neurotransmetteurs (norépinéphrine, sérotonine, adénosine, dopamine et GABA)* » (Poirel, 2017, p.154). Ces neurotransmetteurs vont générer un effet positif sur l'humeur.

Ces quatre hypothèses peuvent être rejointes par une recherche montrant « *que le contexte social dans lequel se déroule l'activité physique a un effet sur la santé mentale* » (Poirel, 2017, p.155).

- **L'acceptation du schéma corporel et l'image du corps**

Cette amélioration psychologique que permet l'activité sportive induit l'évolution vers l'acceptation, donc l'acceptation de l'image de son corps et de son schéma corporel. P. Croizon (2018) le révèle : « *Après mon accident, j'avais peur et honte de mon corps. Le sport m'a permis d'accepter mon nouveau schéma corporel, et de devenir la personne que je suis aujourd'hui* ». L'activité sportive permet à la personne de se mouvoir différemment par rapport aux autres activités et aux habitudes antérieures. Andrea Scherney (2012), amputée de la jambe gauche témoigne :

Le sport est une possibilité à travers laquelle on peut se réapproprier son propre corps et essayer de nouvelles formes de mouvement. Ce que l'on apprend à travers le sport nous aide pour tous les mouvements du quotidien et améliore notre qualité de vie.

Il est important de se confronter à ces nouvelles situations et de pouvoir les expérimenter. Cela va permettre à la personne de comprendre et d'intégrer les changements. Ainsi, les professionnels dans leur prise en soin vont faire expérimenter de nombreux mouvements à la personne. Les proches et les personnes extérieures vont également jouer un rôle dans cette acceptation. En effet, leur regard a pu changer suite à l'amputation subie par la personne. L'activité sportive va alors amener un regard différent, et elle « *établit une relation au corps bien différente de celle classiquement acquise dans l'environnement social quotidien* » (Gourinat, 2014, p.133).

- **La participation sociale**

La participation sociale de la personne s'est retrouvée impactée par l'arrêt ou la modification de ses activités antérieures au traumatisme. La participation « *est l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées* » selon Sylvie Meyer (2013). L'engagement dont nous parlons dans cette définition est, selon cette même ergothérapeute, « *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* ». L'activité sportive, par sa définition et pour l'atteinte des objectifs fixés, demande de l'engagement, mais également de la performance : « *le choix, l'organisation et la réalisation d'occupation, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement* » (Meyer, 2013).

La performance et l'engagement sont donc importants car, réunis, ils peuvent être vecteurs d'implication à l'activité sportive et donc favoriser la participation sociale. De ce fait, la participation sociale est un aspect essentiel dans la pratique de l'activité sportive. En effet, ce qui importe le plus c'est de participer, comme a pu l'exprimer Pierre De Coubertin (1912) : « *Le plus important [...] n'est pas de gagner mais de participer, car l'important dans la vie ce n'est point le triomphe mais le combat ; l'essentiel, ce n'est pas d'avoir vaincu mais de s'être bien battu* ».

L'ergothérapeute, par fonction, va accroître la participation sociale de la personne. En effet, il va être acteur dans la mise en place de l'activité sportive suite au traumatisme, activité menant à rencontrer de nouvelles personnes, à interagir avec d'autres et donc à participer

socialement. P. Croizon (2018) indique en parlant du sport : « *Cela m'a permis de m'ouvrir aux autres, de rencontrer et de discuter avec des gens* ».

Ainsi, au regard de ces différents éléments, le rôle de l'ergothérapeute ne se résume pas à rendre la personne ayant subi une amputation du membre supérieur indépendante. Il ne se limite pas non plus, dans l'activité sportive, à faire uniquement un aménagement. Pour que l'activité soit durable, investie et impacte positivement la personne, le rôle de l'ergothérapeute va être de l'accompagner, de la soutenir et de favoriser son apprentissage.

4. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

À travers les différents concepts clés se dégageant du cadre conceptuel, nous avons pu mettre en évidence des restrictions d'activités de vie quotidienne rencontrées par la personne ayant subi une amputation du membre supérieur, tant au niveau des soins personnels, que des activités de productivité ou des loisirs. Plusieurs processus vont alors se mettre en place afin de limiter ou diminuer ces restrictions et d'augmenter le rendement occupationnel.

Tout d'abord, le processus de prothésisation est une étape importante. En effet, l'appareillage, qu'il soit esthétique, fonctionnel ou myoélectrique, permet de substituer le membre amputé d'un point de vue physique, fonctionnel et/ou symbolique. Cependant, la prothèse n'est pas aussi fonctionnelle qu'une main, un coude ou un bras réels. L'ergothérapeute va jouer un rôle prépondérant afin que la personne soit indépendante, avec et même sans la prothèse. Cependant, il peut parfois être difficile, du fait des actions limitées de la prothèse ou d'un inconfort qu'elle peut procurer, d'accepter ce substitut. L'acceptation de manière générale, de l'appareillage ou du membre lésé, nécessite un mécanisme de deuil. Ce mécanisme en cinq étapes menant à l'acceptation est lié à un second processus psychologique qui survient suite à un traumatisme : la résilience. Ce dernier, indispensable, donne à la personne les capacités de surmonter le traumatisme qu'est la perte d'un membre. La résilience est caractérisée par le lien avec les proches ou l'entourage et le sens donné à ses actions. Ce processus dynamique et évolutif nécessite un accompagnement par un tuteur de résilience.

Là est la spécificité de l'ergothérapeute : il accompagne la personne dans sa prise en soin donc peut tenir ce rôle de tuteur de résilience, et il privilégie les activités ayant un sens pour la personne, significantes, et un sens pour son environnement, significatives. Il est important que la personne puisse reprendre les activités souhaitées. Ces activités peuvent être

des activités sportives, permettant la participation sociale, favorisant l'acceptation du schéma corporel, de l'image du corps et du membre prothétique.

Qu'en est-il alors des effets de l'activité sportive, activité signifiante de rééducation, sur la résilience de la personne amputée du membre supérieur ?

C'est ce à quoi nous allons essayer de répondre dans cette recherche. Ce présent projet vise à explorer la manière dont l'ergothérapeute contribue à la rééducation d'une personne amputée du membre supérieur portant une prothèse au travers de l'activité signifiante qu'est l'activité sportive et ainsi éventuellement faciliter la résilience. Ce cheminement nous conduit alors à la problématique suivante :

En quoi l'activité sportive peut-elle donner un objectif signifiant de rééducation, facilitant la résilience, à la personne amputée du membre supérieur portant une prothèse ?

Deux hypothèses émanent de cette problématique :

- L'ergothérapeute peut contribuer à l'appropriation de la prothèse en proposant une activité sportive signifiante pour la personne amputée du membre supérieur.
- L'activité sportive facilite la résilience de la personne amputée du membre supérieur et l'amène à s'impliquer dans sa rééducation.

II. DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE

La démarche méthodologique est ce qui va justifier et garantir la scientificité de la démarche de recherche. Expliciter cette démarche c'est montrer la scientificité du travail qui a été effectué. La méthodologie est donc la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient d'adopter pour mener l'enquête.

1. LA DÉCONSTRUCTION DES PRÉNOTIONS

Nous allons tout d'abord nous interroger sur l'origine de ce sujet de recherche afin d'instaurer une première distanciation avec ce dernier. En effet, le choix d'un sujet ne résulte pas du hasard, il n'est pas anodin. Mais de quoi résulte-t-il ? Serge Paugam (2012) nous indique que le choix d'un sujet « *est souvent le résultat de motivations dans bien des cas inconscientes ou tout au moins peu explicitées* ». Nous nous rendons alors compte que le choix d'un sujet n'est pas neutre. C'est pourquoi, comme le stipule S. Paugam (2012), afin de construire un objet d'étude, il faut commencer par déconstruire les prénotions ou les préjugés afin d'être le plus objectif possible.

Nous sommes tous un jour confrontés à l'amputation ; cet homme en fauteuil roulant à qui nous avons amputés bras et jambes, cette femme dans la rue qui marche avec une prothèse, ces athlètes qui courent avec une lame, ce vieil homme à qui quelques doigts manquent... Lorsque nous sommes enfants, nous restons souvent regarder ce qui nous semble différent, peu habituel ou jamais vu. Nous nous demandons ce qui a bien pu se passer pour qu'une personne n'ait plus une de ses jambes, son bras ou un doigt. Nous nous demandons si c'est douloureux, si c'est dérangeant. Puis en grandissant nous nous posons d'autres questions : « *Quelle est son histoire ?* », « *Comment vit-il cette amputation ?* », « *Est-il capable de travailler, de se nourrir ou de se laver seul, de faire du sport ?* », « *A-t-il une vie sociale ?* » ou encore « *A-t-il remarqué mon regard de pitié ?* ». Ces questions sont aussi accompagnées de ressentis, de sentiments divers comme la peur, l'empathie, la compassion, la gêne ou accompagnées de remarques personnelles que nous avons pu entendre comme : « *Je n'aimerais pas être à sa place* », « *C'est forcément un accident vu qu'il est jeune* » ou encore « *Ça doit être difficile à vivre* ». Ce sont tout autant de préjugés qui nous ont posé questions et qui ont parfois trouvé réponses.

Ce sujet de recherche ne traite cependant pas seulement de l'amputation. Tout d'abord il traite plus spécifiquement de l'amputation du membre supérieur. Ensuite, il traite également du concept de résilience et de l'activité sportive.

Concernant le processus de résilience, nous n'avions pas de prénotion sur ce sujet, il est apparu au fil des lectures et des recherches, comme une évidence. Cependant, certaines prénotions sont à déconstruire sur le concept de l'activité sportive. C'est un concept vaste mais familier. En effet, nous entendons le terme « d'activité sportive » depuis l'enfance.

A l'école, l'activité sportive est présente dès le premier âge, permettant de développer des compétences comme la cohésion de groupe, la coordination ou encore l'équilibre. L'activité sportive permet également, selon les dires, de « *se défouler* », « *se vider la tête* », « *se sentir bien dans son corps et dans sa tête* », « *être en bonne santé physique* », « *libérer des hormones bonnes pour nous* » mais aussi de « *correspondre aux normes attendues par la société* ». C'est une activité courante à l'école, au domicile et que nous évoquons également dans les médias.

D'une part, nous retrouvons la médiatisation du sport de haut niveau, avec les différents championnats existants : nationaux et internationaux, jeux olympiques. Mais nous retrouvons également des publicités qui nous invitent à « *pratiquer une activité physique et sportive régulière* ». Nous avons également ouïe dire que l'activité sportive permettait de passer du temps avec ses amis et même de rencontrer de nouvelles personnes et de côtoyer des personnes que nous n'aurions jamais côtoyées sans cette activité. Ces relations sociales mènent à l'esprit de compétition, à l'envie de gagner, à l'espoir de voir croître ses performances et à un engagement important.

Parmi les prénotions que nous pouvons avoir sur l'activité sportive, nous ne retrouvons pas seulement des aspects positifs, des aspects négatifs. L'activité sportive « *c'est dur* », « *ça fait mal* », « *nous pouvons nous blesser* », « *c'est pénible* », « *ça prend trop de temps* », « *certaines activités sportives coûtent trop chères* ». Le gouvernement prend cependant des mesures concernant cette activité, en proposant des stratégies nationales d'intervention, de promotion, de développement et de protection à long terme. Il en explique également les bienfaits et donne des recommandations pour tous les âges.

La déconstruction de ces prénotions par l'enquêteur a pour objectif de rendre ce dernier impartial. Cependant, l'affranchissement de toute subjectivité semble illusoire, d'autant que « *la "scientificité" passe par la reconnaissance de l'incompressible part de subjectivité ou d'arbitraire des choix d'analyse. Il faut également « objectiver » sa pratique plus que rechercher l'inaccessible objectivité* » (Paugam, 2010, p.19). C'est donc en se questionnant de façon continuelle sur sa subjectivité et ce qu'elle renvoie à autrui qui nous permettrait d'objectiver les résultats.

2. LA MÉTHODE ET L'APPROCHE

Deux méthodes de recherche existent : la méthode quantitative et la méthode qualitative. La méthode quantitative correspond à un recueil de données quantifiables. Pour ce faire, des statistiques, qui peuvent être produites par des questionnaires, vont être utilisées. C'est une méthode qui est davantage descriptive avec pour objectif principal la description et le recueil de données existantes. La méthode qualitative, quant à elle, n'a pas recours au dénombrement, au calcul, bien qu'elle puisse utiliser des chiffres. Cette méthode va privilégier les aspects qualitatifs des actions sociales. Elle nécessite un recueil de données sur le terrain via des questionnaires, des entretiens et/ou des observations. Ainsi, cette méthode aura pour objectif principal de comprendre et d'expliquer un comportement, des motivations et des caractéristiques. Les données principalement verbales qui seront collectées vont ensuite être analysées de façon interprétative et subjective. Il peut être « *pertinent d'utiliser la démarche qualitative pour laisser les enquêtés exprimer leur opinion en leur permettant de justifier leur prise de position* » (Dietrich, Loison et Roupnel, 2012, p.214).

Dans ce travail de recherche, la méthode qualitative a été privilégiée. En effet, nous avons opté pour cette méthode car notre recherche vise à comprendre la manière dont l'ergothérapeute utilise l'activité sportive comme objectif signifiant de rééducation, pour éventuellement faciliter la résilience chez la personne amputée du membre supérieur.

La méthode qualitative se scinde en deux approches : la méthode inductive et la méthode hypothético-déductive. La méthode inductive n'a pas été retenue pour cette recherche car elle est fondée principalement sur le travail de terrain. Les éléments vont alors être conceptualisés via le terrain de recherche et il sera nécessaire de réaliser de nombreuses observations. Or, n'ayant pas la possibilité de réaliser des observations suffisamment nombreuses, l'accès à cette approche semblait limité. Ainsi, l'approche hypothético-déductive semble la plus appropriée pour cette recherche. Cette approche est composée de quatre étapes successives. D'abord, un entonnoir est construit, menant à l'élaboration d'un cadre conceptuel, d'une problématique et d'hypothèses à partir d'un grand nombre de lectures scientifiques. Ensuite, un protocole d'enquête, autrement dit un dispositif méthodologique, est réalisé. Intervient alors le travail de terrain consistant à mener l'enquête via des techniques et des outils de recueil de données avec des sujets concernés par notre enquête. « *Les démarches hypothético-déductives de recherche qui subordonnent un protocole d'indexation du réel à un système d'hypothèses entre lesquelles le traitement des données doit permettre de trancher* » (Paugam, 2010, p.6).

La dernière étape est donc l'analyse et l'interprétation des résultats, permettant de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche formulées au départ.

Cette approche nous a paru pertinente par sa construction à partir de littérature. S. Paugam (2010, p.11) l'explique :

La posture déductive accorde la primauté au cadre théorique, au corps des prémisses. Elle sera qualifiée d'hypothético-déductive si les énoncés ou résultats déduits de ce cadre théorique ou des prémisses sont soumis à une validation expérimentale : dans ce cas le sociologue formule des hypothèses générales, puis en déduit des conséquences observables avant de vérifier que celles-ci sont effectivement bien conformes aux données de l'enquête empirique.

De plus, cette approche ne limite pas l'inclusion de personnes issues de milieux professionnels différents.

3. QUELLE EST LA POPULATION D'ÉTUDE ?

Afin de recueillir les données utiles à notre recherche, nous avons décidé de cibler deux populations à interroger.

- D'une part nous avons interrogé différents professionnels. Nous avons tout d'abord interrogé deux ergothérapeutes Diplômés d'État, nommés dans l'étude E1 et E2. En effet, ce travail de recherche s'intéresse à la manière dont l'ergothérapeute contribue à la rééducation d'une personne amputée du membre supérieur portant une prothèse et participe à son processus de résilience au travers de l'activité signifiante qu'est l'activité sportive. Ainsi, ces ergothérapeutes doivent avoir rencontré, au cours de leur carrière, une ou plusieurs personnes ayant subi une amputation du membre supérieur avec qui elles ont intégré l'activité sportive dans la prise en soin rééducative. Ces personnes ayant subi une amputation doivent être âgées de 18 à 60 ans, avoir une prothèse et, dans l'idéal, avoir pratiqué une activité sportive avant l'amputation. Cependant, ce dernier critère étant restrictif, nous avons accepté les ergothérapeutes suivants ou ayant suivi des personnes qui ont développé l'activité sportive seulement suite à l'amputation.

Nous avons ensuite interrogé deux éducateurs APA, spécialistes dans l'activité physique et sportive, nommés dans l'études APA I et APA II. Cela permettra de mettre en lumière les différences qu'il peut y avoir entre l'ergothérapeute et l'éducateur APA dans la prise en soin d'une personne ayant subi une amputation du membre supérieur vis-à-vis de l'activité sportive. En effet, les objectifs négociés avec la personne ne sont pas les mêmes suivant les professionnels, chacun apportant des éléments différents pour un même domaine.

Enfin nous avons interrogé un médecin spécialiste des amputations dans un centre de rééducation fonctionnelle pour nous permettre d'avoir des chiffres concrets et une vision médicale pure de l'amputation.

La population, des professionnels étudiés, est présentée dans ce tableau :

Les professionnels	Mode interrogatoire	Durée de l'entretien	Date de diplôme	Lieu d'exercice
E1	Entretien téléphonique	35 minutes	2005	Centre de médecine physique et de réadaptation
E2	Entretien téléphonique	35 minutes	2010	Centre de rééducation et de réadaptation
APA I	Entretien téléphonique	30 minutes	2014	Centre de médecine physique et de réadaptation
APA II	Entretien téléphonique	16 minutes	1996	Centre de médecine physique et de réadaptation
Dr A. Miro	Questionnaire	/	2008	Centre de médecine physique et de réadaptation

- D'autre part, nous avons interrogé et observé des personnes ayant subi une amputation d'un membre supérieur ou des personnes ayant subi une quadruple amputation. Nous avons pu interroger C. Pharo, amputé de l'avant-bras droit suite à une électrocution, via un questionnaire. Nous avons également interrogé P. Croizon, sportif professionnel amputé des quatre membres suite à une électrocution également, via un entretien téléphonique de 24 minutes. Nous avons pu observer trois personnes, que nous allons nommer A, B et C. A est amputée des quatre doigts longs suite à un accident de travail, B est amputé au niveau huméral suite à un accident de voiture et C est amputée des quatre membres suite à une infection.

Ces différents professionnels ou personnes représentent la population enquêtée. Selon Aktouf (1987) : « On définit aussi l'échantillon comme étant une petite quantité d'un

produit destinée à en faire connaître les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen ».

Ainsi, l'ensemble des personnes interrogées ou observées représente un échantillon de la population d'ergothérapeutes français, de la population d'éducateurs APA français, de la population de médecins spécialistes dans un centre de rééducation fonctionnelle français et de la population des personnes françaises ayant subi une amputation de membre supérieur.

4. LE RECUEIL DE DONNÉES

Dans un travail de recherche, les informations recueillies sur le terrain donnent au chercheur une vision réaliste de la pratique professionnelle. C'est de cette manière que l'enquête prend forme.

Le recueil de données a été réalisé en deux temps. Tout d'abord, à partir du mois de novembre 2019, nous avons contacté de nombreuses personnes afin de récolter des témoignages permettant d'étayer le cadre conceptuel. Ainsi, nous avons entrepris de réaliser différents questionnaires destinés à un médecin spécialisé dans le domaine des amputations, une personne amputée du membre supérieur, une personne médiatisée amputée du membre supérieur. Grâce aux réseaux sociaux (Facebook et Twitter), à des connaissances personnelles et à un lieu de stage, ces différentes personnes ont pu être contactées. C'est sur un lieu de stage que nous avons pu envoyer le questionnaire au Dr A. Miro (**Annexe 8**).

Nous avons également posté une annonce sur Facebook, sur notre profil personnel ainsi que sur deux groupes Facebook dédiés aux mémoires d'initiation à la recherche, afin de prendre contact avec une personne amputée du membre supérieur. C. Pharo nous a ainsi contacté et nous lui avons envoyé un questionnaire. Enfin, nous avons pu contacter P. Croizon via son site internet. Après quatre mois de nombreux échanges avec son manager et un dernier appel via Twitter, nous avons pu interroger P. Croizon par téléphone.

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire pour chacun car il « *a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande* » (Combessi, 2007, p.33). Ces différents questionnaires ont été construits de la même façon : en listant les informations qui pourraient enrichir le cadre conceptuel. Au-delà des informations scientifiques que nous avons trouvées, nous voulions intégrer des témoignages afin que notre recherche prenne une

dimension concrète et authentique. Ainsi, nous avons axé les questions destinées au Dr A. Miro sur des données médicales tout d'abord avec la prédominance homme/femme concernant les amputations du membre supérieur, la moyenne d'âge, les professionnels qui l'entourent et le suivi qu'il accorde à ses patients. Puis nous avons décidé de poser deux questions pour lesquelles nous attendions un ressenti, une réponse davantage subjective. Ces questions concernent le regard des proches sur l'amputation et l'importance accordée à l'activité sportive.

Nous avons axé les questions destinées à C. Pharo (**Annexe 9**) sur l'amputation, la cause, la prothèse, les difficultés dans les activités de vie quotidienne, le regard des proches et les professionnels qui l'ont entouré. Ces informations nous semblaient importantes à collecter afin d'appuyer les faits scientifiques ou les témoignages médicaux. Enfin, les questions de P. Croizon se sont orientées vers des sujets précisant des concepts abordés dans ses livres. Ainsi, les questions se sont axées sur l'intérêt qu'il porte aux prothèses, les difficultés dans les activités de vie quotidienne, les professionnels qui l'ont entouré, la place de l'activité sportive dans sa vie et le processus de résilience (**Annexe 10**). Le questionnaire a d'abord été envoyé au manager de P. Croizon, puis pour une raison pratique et davantage d'authenticité, ce manager a décidé d'organiser un entretien téléphonique.

Ensuite, concernant le travail de terrain permettant d'étayer la démarche méthodologique, nous avons décidé de réaliser des entretiens auprès de professionnels : d'une part des ergothérapeutes et d'autre part des éducateurs APA. Selon Madeleine Grawitz (2001, p.586), l'entretien « *est un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé* ».

Le choix des entretiens s'est fait rapidement. L'entretien permet d'interroger des individus pour connaître leurs attitudes, leurs comportements ou leurs trajectoires de vie. Il semblait alors inévitable pour cette recherche d'en réaliser.

Le choix de l'utilisation d'une technique de recueil de données ne s'est pas fait de façon anodine. En effet, nous avons la possibilité de choisir entre plusieurs types d'entretiens : l'entretien biographique, l'entretien semi-directif et l'entretien directif. L'entretien semi-directif « *nommé aussi entretien centré [...] choisit et annonce au préalable le thème ou les thèmes et dispose d'un guide d'entretien* » (Combessi, 2007, p.24). Il nous a semblé le plus pertinent car il va permettre de poser des questions librement, sans obligation de suivre à la lettre le guide qui a été construit au préalable. De nouvelles questions peuvent donc apparaître au fil de l'entretien, en fonction des réponses que va nous donner l'enquêté. Cela va nous permettre de mettre au jour des processus, des représentations sociales et de comprendre le sens

que l'enquêté donne à ses pratiques. L'ensemble des entretiens s'est déroulé par téléphone en raison de la crise sanitaire et des mesures de distanciation sociale mises en place.

Tout entretien, qui est une technique, s'associe à un outil, ici : le guide d'entretien.

Le guide d'entretien [...] est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien. [...] il doit être facilement et rapidement consultable : détaillé et précis mais avec des notations brèves et claires [...]. L'ordre des thèmes de la liste est construit pour préfigurer un déroulement possible de l'entretien, une logique probable des enchaînements. [...] l'entretien doit suivre sa dynamique propre. (Combessi, 2007, p.24)

Ce guide est donc rassurant car il donne un fil conducteur à l'échange, il permet une dynamique dans la conversation, nous crédibilise et permet d'établir une véritable relation de confiance avec l'enquêté. Il va également permettre de nous aider dans la comparaison des différents entretiens lorsque nous aurons à les analyser.

Pour réaliser le guide d'entretien, nous nous sommes aidés d'une matrice conceptuelle (**Annexe 11**). Le but est premièrement, dans cette matrice, de recenser les trois concepts clés ressortant de notre problématique : la MCREO par l'activité signifiante, la résilience et l'activité occupationnelle par l'activité sportive. Suite à cela, nous avons défini différents critères émergents des éléments clés ou des définitions de chaque concept. Ces critères ont permis de définir des indicateurs qui ont mené à un ensemble d'indices pour chaque indicateur. C'est en réduisant et en définissant ainsi chaque concept que nous sommes parvenus à rédiger les questions principales de notre guide d'entretien.

Le guide est divisé suivant trois types de questions : tout d'abord il y a les questions préalables permettant à l'enquêté de se présenter et de présenter son environnement de travail. Ensuite il y a les questions principales qui sont des questions ouvertes permettant d'aborder et de cibler les différentes thématiques à évoquer. Enfin il y a les questions de relance permettant de préciser nos questions principales ou de les formuler d'une manière différente. Ce procédé a été le même pour le guide d'entretien dédié aux ergothérapeutes (**Annexe 12**) et aux éducateurs APA (**Annexe 13**).

Enfin, nous avons décidé de réaliser des observations auprès d'amputés du membre supérieur. Ne sachant pas si nous aurions la possibilité de réaliser ces observations en stage, c'est tardivement que nous avons pris la décision de les intégrer dans le dispositif méthodologique. Ce choix a été fait pour compléter les informations données par les ergothérapeutes et les éducateurs APA lors des entretiens. Il a également été réalisé afin d'être témoin des comportements sociaux des individus ou des groupes dans le lieu même de leurs activités et car cette « *méthodologie, [...] très riche, [...] permet une analyse qualitative en profondeur des réalités institutionnelles* » (Philip et De Battista, 2012, p.208).

Pour réaliser ces observations, nous avons créé et utilisé une grille d'observation, outil qui va permettre une enquête par distanciation. Nous avons décidé de réaliser ces observations en début de stage, ce dernier se déroulant dans un service avec des personnes ayant subi une amputation. Ainsi, n'étant pas familier avec ce milieu, nous avons pu appliquer le principe de distanciation sans difficulté. L'observation « *suppose un séjour sur le terrain, terme emprunté à l'anthropologie pour désigner ce qui est à la fois objet d'étude et lieu de séjour. Ce séjour, de longueur très variable, peut aller de quelques heures [...] à plusieurs années* » (Combessi, 2007, p.13-14). Ici, l'observation a duré quatorze jours.

L'observation a été participante, l'implication du chercheur étant au centre du processus d'observation comme l'indique Christine Philip et Pierre De Battista (2012, p.209). Cependant, bien qu'étant participante, nous avons fait notre observation de façon « incognito », ce qui signifie que l'enquêteur « *participe aux actions du groupe, mais il ne souhaite pas être repéré comme observateur. Il s'est intégré dans une communauté et participe à ses actions, sans que les autres sachent qu'il fait de l'observation* » (Philip et De Battista, 2012, p.209).

Pour créer la grille nécessaire aux observations, nous avons listé l'ensemble des éléments qui nous semblaient pertinents de connaître et d'observer. Ainsi, deux catégories d'éléments en sont ressorties : des éléments davantage médicaux et d'autres sur la personne et ses activités. Ainsi, dans les données médicales, la grille d'observation fait apparaître le sexe, l'âge, le côté dominant et le côté amputé, le niveau, la cause et la date de l'amputation, la date d'arrivée dans l'établissement, la durée prévue du séjour et les professionnels qui l'entourent dans l'établissement. Les éléments axés sur la personne et ses activités sont : l'autonomie et l'indépendance en règle générale, la phase de rééducation dans laquelle il se trouve, s'il a un appareillage, qu'il est inclus dans les activités et accepté dans l'environnement, les activités proposées par l'ergothérapeute, les activités reprises après le traumatisme et celles abandonnées puis le niveau d'acceptation, de reconstruction et la participation sociale actuelle (**Annexe 14**).

III. ANALYSE DES RÉSULTATS D'ENTRETIENS

Suite à la passation des entretiens semi-directifs avec les ergothérapeutes et les éducateurs APA, nous avons retranscrit les entretiens selon la solution moyenne supprimant toutes les hésitations, redites, corrections grammaticales selon Philippe Lejeune (1980).

Nous avons ensuite analysé individuellement chaque entretien grâce à une analyse verticale permettant de « *savoir ce qui a été répondu par un individu pour l'ensemble des thèmes donnés* » (Roche, 2009). Puis nous avons réalisé des tableaux permettant d'y inscrire les éléments clés de chaque entretien suivant les questions posées, permettant ainsi une analyse transversale. Cette analyse transversale, par contraste, permet « *de se confronter aux données et d'élaborer de nouvelles théories, et ce particulièrement dans un contexte comparatif* » (Joye, dans La France dans les comparaisons internationales, guide d'accès aux grandes enquêtes statistiques en sciences sociales, 2011). Les deux analyses permettent d'analyser le contenu qui se fonde « *sur une représentation du discours comme reflet des représentations sociales* » (Ruquoy, 2019).

Nous avons réalisé ces mêmes analyses pour les observations que nous avons effectuées. Nous avons également ajouté les résultats des questionnaires ou entretiens que nous avons pu effectuer avec le Dr A. Miro, C. Pharo et P. Croizon, leurs réponses complétant celles des ergothérapeutes, des éducateurs APA ou des personnes observées.

1. ANALYSE VERTICALE DES PROFESSIONNELS INTERROGES

L'E1 est diplômée depuis 2005. Elle exerce depuis 2006 dans un centre de médecine physique et de réadaptation et a une ancienneté de 7 ans d'exercice auprès des personnes ayant subi une amputation. Depuis son diplôme, elle a pu être formée par des fabricants pour des réglages ou la programmation de prothèses. Elle a également pu faire, il y a un an, une formation de quatre jours pour obtenir une certification autorisant la rééducation avec la prothèse i-digits. Elle a été interrogée le 31/03/20. L'E1 travaille essentiellement avec des personnes ayant subi une amputation de membre supérieur, personnes jeunes, moyenne d'âge 30 ans, dont la cause de l'amputation est traumatique. L'E1 est présente en phase pré-prothétique et en phase prothétique en collaborant avec l'équipe interprofessionnelle. Les activités significatives de la personne vont être « *essentielles à prendre en considération, sinon le patient ne s'y retrouvera pas* » selon l'E1 (31 mars 2020). La reprise de l'activité sportive est une étape importante à

laquelle l'E1 prend part. Elle communique et collabore avec l'éducateur APA pour transmettre les informations concernant la prothèse, pour faire des adaptations sur les différentes activités, pour favoriser l'indépendance. Cet ensemble ne peut se faire sans un travail de deuil et d'acceptation d'après l'E1 (31 mars 2020), aspects importants à prendre en compte dans la prise en charge. L'E1 spécifie d'ailleurs que si d'un point de vue psychologique, le patient se reconstruit, *« il y aura une meilleure acceptation de ce nouveau corps, de ce prolongement du corps qui doit faire corps finalement avec le patient par la suite »* (31 mars 2020).

L'E2 est diplômée depuis 2010. Elle exerce depuis 2010 dans un centre de rééducation et de réadaptation, auprès de personnes ayant subi une amputation. Depuis son diplôme, elle a été formée par des revendeurs médicaux pour découvrir et maîtriser les réglages de prothèses. Elle a été interrogée le 21/04/20. L'E2 travaille principalement avec des personnes ayant subi une amputation du membre inférieur, il s'agit de la population la plus présente dans son service. Elle accompagne également des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur, personnes jeunes dont la cause de l'amputation est traumatique. Elle accompagne la personne en phase pré-prothétique et prothétique et collabore avec l'équipe interprofessionnelle. Elle utilise la MCRO, ce qui lui permet *« de cibler les activités les plus importantes pour le patient »* (21 avril 2020). Elle a été peu confrontée à la reprise de l'activité sportive pour les personnes ayant subi une amputation du membre supérieur, mais lorsque cela a été le cas, elle est intervenue pour faire des adaptations et optimiser l'utilisation de la prothèse. Pour cela le travail de reconstruction est important, bien qu'il soit long. L'E2 a également remarqué qu'il faut parfois du temps pour que les personnes aient un réel projet de vie : *« On voit les personnes juste après leur traumatisme et souvent c'est que quelques mois, voire même un ou deux ans après qu'ils arrivent avec un projet »* (21 avril 2020).

L'APA I a 38 ans, est depuis 2014 titulaire d'un master 2, mais travaillait déjà dans le champ de l'APA avant d'obtenir son master. Suite à cela il a intégré le centre de médecine physique et de réadaptation dans lequel il prend en soin des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur.

Il a été interrogé le 01/04/2020. L'APA I a travaillé auprès de quelques personnes amputées du membre supérieur, personnes jeunes pour qui l'amputation est traumatique. Avec cette population, toutes sortes d'activités sportives sont envisageables. Nous retrouvons tout d'abord une phase d'évaluation puis un travail musculaire à réaliser avant de débiter les activités sportives. Plusieurs activités peuvent ensuite être proposées. Le choix des activités se fait en

équipe interprofessionnelle et avec le patient dans un but de reprise d'activité mais aussi de reconstruction selon l'APA I, « *notamment au niveau de l'image de soi, c'est primordial* » (01 avril 2020). La prise en charge du patient est globale en APA et la complémentarité de l'équipe interprofessionnelle paraît importante pour l'APA I, notamment avec l'ergothérapeute avec qui il collabore principalement pour des adaptations dans l'activité sportive. Il considère que la performance de la personne n'est pas importante mais que « *c'est ce terme besoin en fait qui est essentiel* » (01 avril 2020). Il considère que si, suite à cette rééducation, la personne a besoin de l'activité sportive, alors son travail est achevé.

L'APA II est diplômée depuis 1996. Elle travaille en centre de médecine physique et de réadaptation depuis cette même date, dans lequel elle prend en soin des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur. Elle a également un Diplôme d'État d'Éducateur Handisport et un Diplôme d'État Jeunesse, Éducation Populaire et Sport. Elle a été interrogée le 08/04/2020. Elle travaille et a souvent travaillé avec des personnes jeunes, amputées du membre supérieur pour cause traumatique. Elle réalise de nombreuses activités avec ces personnes, afin d'éviter les restrictions dans l'activité sportive. Il ne va pas y avoir de prise en soin type pour cette population, cela va dépendre du niveau d'amputation et de l'appareillage ou non. L'intégration de l'activité sportive dans le parcours de soin se décide en équipe interprofessionnelle et à la demande du patient. Plusieurs activités sportives sont proposées à une même personne, lui permettant de varier les activités et, d'après l'APA II, de « *se réapproprier vraiment le geste sportif* » et « *retrouver dans un autre sport les mêmes sensations* » (08 avril 2020). La prise en soin de l'APA II est globale et complémentaire avec les autres professionnels. Elle collabore beaucoup avec l'ergothérapeute et considère que « *le trio APA-ergothérapeute-patient* » (08 avril 2020) est indispensable pour optimiser l'indépendance de la personne dans la pratique sportive. Pour l'APA II, « *la pratique sportive va aider la reconstruction, notamment psychologique. Parce que la personne va pouvoir reprendre confiance en elle essentiellement* » (08 avril 2020).

Le Dr A. Miro exerce en tant que spécialiste en médecine physique et réadaptation depuis 2008 et exerce dans un centre de médecine physique et de réadaptation depuis 2009. Il a pu, depuis 2012, suivre 21 patients ayant subi une amputation du membre supérieur (minimum 4 doigts) hospitalisés pour appareillage et rééducation. Parmi ces 21 patients, 15 étaient des hommes et 6 des femmes, avec une moyenne d'âge de 41 ans. 71% d'entre eux ont subi une amputation d'origine traumatique, 14% infectieuse, 10% tumorale et 5% vasculaire.

2. ANALYSE TRANSVERSALE DES PROFESSIONNELS INTERROGÉS

1. Décrivez-moi une prise en charge type pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec IDE, médecin et plateau technique - HdJ - Évaluation de points moteurs - Choix prothèse - AVQ + aides techniques - Apprentissage chausser prothèse + entretien - Rééducation, réadaptation avec prothèses 	<p>Pré-prothétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AVQ, indépendance - Activités significantes - Points moteurs - Collaboration plateau technique pour préparation moignon <p>Prothétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apprentissage chausser prothèse + entretien - Rééducation, réadaptation avec prothèses 	<ul style="list-style-type: none"> - Sur prescription - Réunion d'équipe - HdJ - Prise en charge globale - Activité adaptée/individuelle - Évaluation - Renforcement musculaire - Prothèse - Pratique inclusive 	<p>Sans prothèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordination - Schéma corporel - Symétrie <p>Avec prothèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activités plus fines - Réadaptation <p>Pas séance type, dépend du niveau d'amputation et de l'appareillage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation pré ou post-amputation - Réunion plateau technique - Besoins et appareillage - Phase pré-prothétique - Phase prothétique - Suivi en consultation

Les différents professionnels s'accordent sur une réunion de synthèse préalable afin d'établir un projet personnalisé, excepté la deuxième ergothérapeute qui n'évoque pas ce sujet. Le médecin est à l'origine de l'accompagnement, il réalise les prescriptions et coordonne la prise en soin.

2. Quels sont pour vous les éléments favorisant la reprise d'activité pour la personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Travail d'équipe - Écoute - Prothèse adaptée et maîtrisée - Activités qui ont du sens - Patient dans sa globalité - Reconstruction : travail de deuil - Suivi psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation de l'appareillage - Activités significantes : MCRO - Laisser le temps au patient d'avoir des objectifs, un projet - Reconstruction de leur image propre et en société 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation médicale - Prothèse adaptée - Patient sportif avant traumatisme - Demande du patient - Reconstruction image de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Si personne sportive - Passé du patient - Pratique sportive aide à la reconstruction - Reconstruction psychologique - Reprise de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> - L'écoute et la relation avec patient - Survenue amputation âge jeune

Les activités antérieures de la personne sont importantes à prendre en compte et favorisent la reprise d'activité. L'E2 nous indique par ailleurs qu'elle utilise la MCRO pour déterminer les activités les plus importantes pour la personne. Nous pouvons évoquer le terme de reconstruction dans les éléments favorisant la reprise d'activité, et l'E1 souligne que pour une reconstruction, il faut que la personne réalise un travail de deuil. Le médecin quant à lui insiste sur l'écoute du patient et la relation des professionnels entre eux et avec lui.

3. Quelles sont les difficultés relatives à la reprise d'activités antérieures au traumatisme qui peuvent être rencontrées ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Activités avec prises très fines - Personnes qui n'ont pas confiance en elles - Répétition des gestes - Apprentissage - Persévérer 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de port de la prothèse - Poids, chaleur, inconfort de la prothèse, douleurs dorsales - Abandon d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> (*) - Pas d'activité sportive auparavant 	<ul style="list-style-type: none"> (*) - Pas d'activité sportive antérieure - Pas de motivation, engagement 	<ul style="list-style-type: none"> - Situation professionnelle antérieure - Échecs ou non appareillage - Latéralité - Regard des autres

**Question posée non directement aux éducateurs APA.*

Pour les APA I et II, le fait de ne pas pratiquer une activité sportive antérieure au traumatisme est une difficulté à l'implication dans un sport quel qu'il soit. Les difficultés rencontrées peuvent aussi être les activités fines pour l'E1 ou la situation professionnelle

antérieure qui peut être problématique pour une reprise d'après le médecin. L'E2 évoque davantage les difficultés liées au port de la prothèse. Les échecs, le manque de confiance ou de motivation sont également des difficultés à la reprise d'activités antérieures au traumatisme.

4. De quelle manière était présente l'activité sportive avant le traumatisme et comment s'est déroulée l'intégration ou la reprise de cette activité ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément présente - Si présente, proposée - Si non présente, proposée si jugée intéressante - Activité intégrée si envie, objectifs, motivation, incitation à une première expérience 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas obligatoirement présente - APA : systématique - Demande du patient si activité sportive spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> - Si présente, à réintégrer vite - Si non présente, à motiver - Pas de patients identiques - Si patient demandeur, positif dans prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Si présente : reprise ancien sport ou changement, retrouver des sensations - Si pas présente : activités ludiques, réappropriation du corps, schéma corporel, valorisation image de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement équipe très important - Évaluation - Écoute - Prise en compte des activités antérieures

L'activité sportive n'était pas obligatoirement présente avant le traumatisme. Si elle l'était, elle est proposée et réintégrée rapidement dans l'accompagnement de la personne et si elle ne l'était pas, elle peut être proposée suivant les objectifs et besoins de la personne. Dans le cas de l'E2, l'activité sportive est systématiquement incluse dans le parcours de soin même si cette activité n'était pas présente avant le traumatisme. Cependant, c'est la personne qui fait la demande d'activités sportives spécifiques. Le médecin souligne l'importance de l'accompagnement par l'équipe dans cette phase. L'APA II insiste sur le retour de sensations grâce à l'activité sportive pour les personnes sportives auparavant et sur l'aspect ludique de l'activité sportive aidant à la réappropriation du corps pour des personnes non sportives antérieurement.

5. Comment collaborez-vous avec le plateau technique lorsque vous prenez en charge une personne ayant subi une amputation du membre supérieur souhaitant reprendre une activité sportive ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Donner informations sur fonctionnement prothèse à l'APA pour intégration dans activité sportive - Conseils pour les aides techniques - S'adapte à l'accompagnement patient/APA 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration orthoprothésiste et communication APA - Collaboration avec APA possible mais pas eu l'occasion - Adaptations et prothèses, fonctionnel - APA : gérer l'adaptation dans l'activité sportive + maintien à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec ergothérapeute pour adaptation - Travail analytique de l'ergo pour un travail global de l'EAPA - EAPA connaissances sur planification de l'entraînement - Complémentarité 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration ergothérapeute et orthoprothésiste - Adaptations - Ergothérapeute : technique et adaptations - EAPA : pédagogie, déroulement de l'activité, côté purement sportif, ludique - Trio APA, ergothérapeute et patient : optimiser indépendance 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec l'ensemble des professionnels - Présentation patient - Prescription - Coordonne l'accompagnement - Réunion synthèse

L'ensemble des professionnels interrogés est unanime, il est essentiel de collaborer avec les différents professionnels. Dans l'activité sportive, le médecin coordonne l'accompagnement et donne son accord quant à cette reprise d'activité. Les ergothérapeutes et les éducateurs APA collaborent et communiquent beaucoup entre eux, l'ergothérapeute ayant davantage de connaissances sur la technique et les adaptations et l'éducateur APA sur la planification, la pédagogie et le déroulement de l'activité sportive.

6. Dans quel contexte pouvez-vous proposer une activité sportive pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Juge qu'elle est appropriée - Peut apporter quelque chose - Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Demande patient, médecin ou famille - Travail schéma corporel - Si déséquilibre postural - Pour se détendre 	<ul style="list-style-type: none"> - Sur indication médicale - Préconisé par l'équipe interprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Décision équipe interprofessionnelle - Demande du patient - Objectif de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation bénéfiques activité sportive - Demande du patient - Objectifs de prise en charge

L'activité sportive est proposée sur décision d'équipe et notamment médicale dans un premier temps. Cette décision est prise si l'activité sportive est appropriée, qu'elle répond aux objectifs de prise en soin de la personne et que le patient est en demande ou motivé selon l'ensemble des professionnels interrogés. L'ergothérapeute peut être à l'origine de la demande d'activité sportive si elle n'est pas déjà discutée en réunion de synthèse.

7. Ainsi, au regard des réponses apportées à mes précédentes questions, comment l'activité sportive peut-elle permettre la reconstruction (physique et psychologique) de la personne et favoriser l'intégration de la prothèse ?

Personnes interrogées	E1	E2	APA I	APA II	Dr A. Miro
Éléments clés	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de vie quotidienne en autonomie - Retrouver une vie « comme tout le monde » - Diversifier les activités - Maîtrise de la prothèse donc sport et inversement - Challenge - Symbolique - Image du corps - Acceptation corps meurtri, nouveau corps et prothèse 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociabiliser - Objectifs - Se donner les capacités et se rendre compte de ses capacités : aide à la reconstruction - Dépend du contexte, du traumatisme - Maîtrise de la prothèse avant activité sportive 	<ul style="list-style-type: none"> - Bienfaits du sport - Hygiène de vie - Image de soi - Pas de stigmatisation - Pratique inclusive - Global - Sans performance - Prothèse : si côté technique stabilisé, alors intégration par l'activité sportive 	<ul style="list-style-type: none"> - Varier les activités sportives - Réappropriation du geste sportif - Schéma corporel - Regard de l'autre - Reconstruction - Rythme du patient - Accompagnement - Prise en charge globale - Travaille tous dans le même sens 	*

**Question non posée, de manière directe ou indirecte, au Dr A. Miro.*

L'activité sportive permet la reconstruction de la personne par l'image de soi renvoyée par cette activité, une reconstruction du schéma corporel, une réappropriation de l'activité et du geste sportif de façon indépendante ou une socialisation. L'activité sportive peut favoriser l'intégration de la prothèse, si la prothèse est maîtrisée auparavant, dans d'autres activités, et si d'un point de vue technique elle est appropriée. Cette intégration de la prothèse dans l'activité sportive résulte d'une prise en charge globale et interprofessionnelle selon l'APA II.

3. ANALYSE VERTICALE DES PERSONNES AYANT SUBI UNE AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR

La personne A est une femme de 20 ans. Elle est droitère et a subi une amputation trans-carpienne à gauche avec conservation du pouce mi-novembre 2019 suite à un accident de travail. Elle était chauffeur routier. Elle vit chez ses parents et a un environnement familial et amical proche. Elle a des loisirs actifs comme promener son chien, sortir avec ses amis ou aller à la salle de sport.

La personne B est un homme de 60 ans, droitier et ayant subi une amputation humérale du côté non dominant. Cette amputation est survenue le 20 juin 2019 suite à un accident de voiture. Il est boulanger et consacre beaucoup de son temps à son activité professionnelle.

La personne C est une femme de 36 ans. Elle a eu une infection, un purpura fulminans, il y a presque 6 ans et a subi une quadruple amputation : les deux avant-bras pour les membres supérieurs et au niveau tibial pour les membres inférieurs. Elle a deux enfants, est diplômée d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle en coiffure mais n'a jamais exercé en tant que tel. Elle a travaillé en tant que préparatrice de commande en mission intérimaire. Son environnement familial proche est présent pour elle, malgré la séparation avec son conjoint. Ses loisirs sont les activités manuelles comme le dessin ou la peinture.

C. Pharo a 35 ans, est droitier et a subi une amputation de son avant-bras droit à l'âge de 13 ans. Il a subi une électrocution en montant sur un poteau électrique. Il est aujourd'hui commercial et père de famille. Depuis son accident, son environnement familial et amical a toujours été présent. Son loisir principal est le football, il est joueur mais également dirigeant d'un club.

P. Croizon a 52 ans et a subi une électrocution il y a 26 ans. Il a subi une amputation des quatre membres : au niveau de l'avant-bras droit et au niveau huméral à gauche pour les membres supérieurs ; au niveau tibial à gauche et au niveau fémoral à droite pour les membres inférieurs. Il était ouvrier avant son accident, puis, suite au traumatisme, est devenu un athlète connu et reconnu pour ses exploits sportifs telles que : la traversée de la manche à la nage en 2010, quatre traversées pour relier les cinq continents en 2012 ou encore sa participation au rallye Dakar en 2017. Il est aujourd'hui chroniqueur et conférencier. Son environnement

proche, ses deux enfants d'un premier mariage et sa seconde femme, l'ont soutenu dans ces épreuves et ses loisirs.

4. ANALYSE TRANSVERSALE DES PERSONNES AYANT SUBI UNE AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR

	OBSERVATIONS SUR 14 JOURS			QUESTIONNAIRE	ENTRETIEN TELEPHONIQUE
	A	B	C	C. Pharo	P. Croizon
Date d'amputation	15 novembre 2019	20 juin 2019	6 et 10 décembre 2013	12 août 1998	5 mars 1994
Date d'arrivée dans l'établissement de rééducation	26 février 2020	3 octobre 2019	28 avril 2014	Mi-septembre 1998	6 juin 1994
Durée prévue du séjour	Pas prévue	Pas prévue	5 ans (Hospitalisation complète)	Séjour à l'hôpital qui a duré 6 mois (Hospitalisation complète)	Séjour à l'hôpital qui a duré 2 ans
Professionnels qui l'entourent / l'ont entouré	Médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, APA, orthoprothésiste, équipé Comète, assistante sociale	Médecin, ergothérapeute, orthoprothésiste, équipe Comète, assistante sociale, psychologue	Médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthoprothésiste, APA	Médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthoprothésiste	Médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthoprothésiste
Autonomie / indépendance en règle générale	Indépendante dans ses activités de vie quotidienne excepté : cuisine, attacher les cheveux, lacer les chaussures.	Besoin d'aide pour habillage du bas, toilette, cuisine et repas Reprise activité professionnelle : boulanger (janvier 2020)	Besoin d'aide pour toilette, habillage, cuisine, aller aux toilettes Prise des repas ok.	Indépendant dans toutes les activités car accident survenu jeune.	Besoin d'aide pour la majorité des activités de vie quotidienne.
Appareillage (oui/non, inclus dans l'activité, accepté dans l'environnement)	Appareillage prévu, prothèse i-digits (myoélectrique) qui sera inclus dans les AVQ. Très attendue par la patiente.	Début d'essais avec la prothèse myoélectrique. Exercices pour maîtriser les électrodes et réglages pour le moment.	Prothèses myoélectriques : décembre 2017. Maîtrise prothèses et inclusion dans AVQ. Adaptation en cours.	Prothèse esthétique au quotidien. A essayé myoélectrique mais trop lourde et peu utile.	Porte peu ses prothèses myoélectriques car trop lourdes, trop compliquées et plus à l'aise sans.
Activités proposées par l'ergothérapeute (activité sportive ?)	MES pour connaître difficultés sans prothèse : soins personnels, cuisine, repas, loisirs : salle de sport (va être	Activités pour maîtriser la prothèse : contrôle électrodes, mise en place de la prothèse.	AVQ avec et sans prothèses. Sport : en collaboration avec APA Projet : sorties et appartement thérapeutique	Relatéralisation, activités manuelles (bricolage) et utilisation de la prothèse.	1 ^{er} centre de rééducation : Activités artisanales 2 ^{ème} centre de rééducation :

	commencé avec APA)				MES et aides techniques
Activités reprises depuis le traumatisme	Soins personnels, cuisine, sorties, sport	Reprise de l'activité professionnelle + natation	Soins personnels, cuisine, loisirs : écriture-dessin-peinture, équithérapie, marche nordique	Toutes les activités antérieures	Activité sportive
Activités réduites ou abandonnées depuis le traumatisme	Activité professionnelle (souhaite un changement)	Certaines activités de soins personnelles	Activité professionnelle	Aucune	La plupart des activités, surtout le bricolage
Niveau d'acceptation / reconstruction	A dépassé le stade de révolte. Beaucoup d'attente sur la future prothèse.	Parfois excès de colère. Mise beaucoup sur la prothèse en essai.	Fluctue. Acceptation prothèses mais ne se regarde pas dans un miroir.	A accepté son amputation, a appris à vivre avec, s'est construit autour de celle-ci.	A accepté son amputation grâce à ses proches, à l'humour et à l'activité sportive, ses outils de résilience
Participation sociale	Participation à tout ce qui lui est proposé, discussion avec les autres patients, voit famille et amis.	Contact avec ses clients à la boulangerie, piscine avec ses petits-enfants.	Participation sociale élevée dans le centre de rééducation, avec parfois perte de motivation.	Participation sociale élevée, notamment par l'activité professionnelle et les loisirs.	Participation sociale élevée notamment depuis la reprise de l'activité sportive et la notoriété.

Ces cinq personnes, observées ou interrogées, ont différents niveaux d'amputation et différentes étiologies. Ils ne sont ou ne vont pas rester le même temps en centre de rééducation et n'ont pas exactement eu les mêmes professionnels qui les entourent ou les ont entourés. Nous retrouvons tout de même le médecin, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et l'orthoprothésiste qui reviennent systématiquement. Nous pouvons également observer dans ce tableau que Mr Pharo, ayant subi un traumatisme dans l'enfance, a pu se reconstruire entièrement autour de son amputation et ne rencontre pas de difficultés particulières dans la vie quotidienne. Nous pouvons aussi nous apercevoir que plus l'amputation est importante ou multiple, plus nous constatons de difficultés au quotidien. Cependant, pour toutes les personnes observées ou interrogées, les activités de loisirs ont été reprises ou intégrées, notamment l'activité sportive. A ce stade de l'étude, tous ne sont pas à un même niveau d'acceptation ou de reconstruction.

IV. DISCUSSION

1. OBJECTIVATION DES DONNÉES AU REGARD DE LA LITTÉRATURE

Les entretiens réalisés font émerger plusieurs concepts importants que nous allons discuter en deux temps au regard de la littérature. Premièrement nous allons aborder les concepts relevant de la première hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute peut contribuer à l'appropriation de la prothèse en proposant une activité sportive significative pour la personne amputée du membre supérieur. Dans un second temps nous mettrons en lien les concepts associés à la seconde hypothèse selon laquelle l'activité sportive facilite la résilience de la personne amputée du membre supérieur et l'amène à s'impliquer dans sa rééducation.

1.1. Première hypothèse

« L'ergothérapeute peut contribuer à l'appropriation de la prothèse en proposant une activité sportive significative pour la personne amputée du membre supérieur »

Du point de vue du médecin :

Le médecin a un rôle de prescripteur et de coordinateur dans ce parcours de soin et oriente les personnes vers l'activité sportive. Il prend également part à la décision de la prothèse en collaboration avec l'orthoprothésiste et l'ergothérapeute notamment. Dans le parcours de soin d'une personne ayant subi une amputation du membre supérieur il insiste sur l'accompagnement de l'équipe interprofessionnelle qui est important et sur la prise en compte des activités antérieures.

Du point de vue des ergothérapeutes :

Les ergothérapeutes interrogés interviennent auprès des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur en phase pré-prothétique et en phase prothétique si prothèse il y a, comme évoqué dans le cadre conceptuel (cf I.3.1, p.24).

Elles utilisent l'activité significative comme objectif dans leur prise en soin, la deuxième ergothérapeute (21 avril 2020) évoque d'ailleurs la MCRO afin de cibler ses activités significatives (cf I.2.1.1, p.12). Ces dernières peuvent être de soins personnels, de productivité ou de loisir. L'activité sportive peut donc faire partie de ces activités de loisir significatives. En effet, elle peut être présente chez les personnes ayant subi une amputation du membre supérieur avant le traumatisme. Pour les personnes souhaitant reprendre ou intégrer cette activité sportive,

ils peuvent bénéficier de l'activité physique adaptée dans leur parcours de soin. L'activité sportive peut être intégrée automatiquement dans le parcours de soin selon l'E2 (21 avril 2020), activité qui serait dans ce cas significative (cf I.2.1.1, p.12). La décision de l'intégrer dans le parcours de soin peut être prise en accord avec les différents professionnels et surtout la personne d'après l'E1 (31 mars 2020). Dans ce cas c'est une activité qui a « *un intérêt pour la personne* », qui « *répond aux objectifs* » et qui est donc « *signifiante* » (E1, communication personnelle [entretien téléphonique], 31 mars 2020).

L'activité sportive signifiante est motivante pour la personne, lui permettant de se surpasser, et est vectrice d'intégration (cf I.3.3, p.27). Peut-elle être alors vectrice d'appropriation de la prothèse ?

L'E1 (31 mars 2020), précise que pour maîtriser convenablement une prothèse il faut un apprentissage et une persévérance importante. Il faut un entraînement afin d'augmenter les temps de port de la prothèse, afin de s'habituer à la chaleur du moignon dans l'emboîture ou à l'inconfort que cela peut procurer comme nous l'a expliqué l'E2 (21 avril 2020). Les ergothérapeutes indiquent que l'activité sportive ne peut être faite avec la prothèse que si cette dernière est maîtrisée en amont, et qu'inversement, l'activité sportive permet de maîtriser et de s'approprier de mieux en mieux la prothèse.

Le travail sur l'image du corps et le schéma corporel est important également, car il permet un cheminement dans la reconstruction, par conséquent une meilleure acceptation de la prothèse (cf I.2.3, p.19) et ainsi une meilleure appropriation. « *Cette appropriation implique à la fois un travail de deuil et un travail de reconstruction intégrant à la fois le nouveau corps sans le membre perdu et la prothèse* » (Mikolajczak, 2013).

Les ergothérapeutes insistent tout de même sur le fait qu'elles ne réalisent pas, à proprement parler, d'activité sportive avec la personne. En effet, il s'agit davantage du domaine des éducateurs APA avec lesquels elles collaborent afin d'optimiser l'indépendance de la personne. L'ergothérapeute, de manière générale, a donc davantage un rôle au niveau de la prothèse et des adaptations à réaliser (cf compétence 4 référentiel 2010, p.10). Cependant l'ergothérapeute peut être vecteur de proposition car, en identifiant les activités significatives pour la personne, il peut suggérer à l'équipe interprofessionnelle l'intégration ou la reprise de l'activité sportive dans son parcours de soin.

Du point de vue des éducateurs APA :

Les éducateurs APA interviennent dans le parcours de soin de la personne (cf I.1.2, p.4), sur orientation médicale comme l'indique l'APA I (01 avril 2020). Ils proposent un choix varié d'activités physiques et sportives afin de répondre au mieux aux attentes des personnes.

Ils interviennent à différents stades de l'appropriation de la prothèse et collaborent avec les ergothérapeutes notamment pour des adaptations afin que la personne soit indépendante dans l'activité sportive. L'APA I (01 avril 2020) souligne bien l'importance d'une prothèse stabilisée d'un point de vue technique pour pouvoir l'intégrer convenablement dans une activité sportive.

Les connaissances de planification et de pédagogie de l'éducateur APA se coordonnent avec les connaissances théoriques et pratiques de l'ergothérapeute sur les prothèses et sur les adaptations à réaliser pour pratiquer l'activité sportive.

Du point de vue des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur :

Les trois personnes observées ont repris l'activité sportive et deux d'entre elles collaborent avec l'éducateur APA et l'ergothérapeute dans cette reprise ou intégration sportive. Cependant, elles ne réalisent pas tous l'activité sportive avec la prothèse, certaines ne l'ayant pas encore, d'autres n'ayant pas la prothèse adaptée. C. Pharo, qui a une prothèse esthétique adaptée, pratique le football sans prothèse. P. Croizon pratique quant à lui ses activités sans prothèses, trouvant celles-ci trop contraignantes.

1.2. Seconde hypothèse

« L'activité sportive facilite la résilience de la personne amputée du membre supérieur et l'amène à s'impliquer dans sa rééducation »

Du point de vue du médecin :

Le médecin insiste sur l'écoute de la personne et la relation thérapeutique que les différents professionnels peuvent avoir avec elle. La prise en compte des demandes du patient est importante, notamment dans cette recherche au niveau de l'activité sportive. Lorsqu'aucune demande de la part du patient n'est formulée et que les professionnels jugent cette activité intéressante, le médecin sensibilise la personne aux bénéfices de l'activité sportive.

Du point de vue des ergothérapeutes :

L'activité sportive est une activité souvent symbolique pour la personne, qui a une grande importance pour elle ou qui représente un challenge. Selon l'E2 (21 avril 2020), l'activité sportive est aussi vectrice de participation sociale (cf I.3.3, p.29). Avoir la possibilité de reprendre cette activité de manière indépendante est donc satisfaisante pour la personne et participe à sa reconstruction.

L'activité sportive est facilement intégrable dans le parcours de soin lorsqu'elle était pratiquée avant le traumatisme car elle suscite une motivation importante, mais elle donne également un objectif pour les personnes n'en pratiquant pas avant le traumatisme d'après les deux ergothérapeutes.

Selon l'E1 (31 mars 2020), la reprise de l'activité de manière générale, et dans cette recherche de l'activité sportive, ne peut se faire sans un travail de deuil (cf I.2.3.1, p.19). C'est pourquoi il faut laisser le temps à la personne de « *construire ses objectifs* », d' « *avoir un projet de vie* » comme le souligne l'E2 (21 avril 2020) et de « *prendre en compte cette personne sans sa globalité* » indique l'E1 (31 mars 2020). Cela permettra une implication plus importante de la personne dans ses activités, notamment sportives, bien que peu de personnes soient en opposition dans la reprise d'activités.

L'accompagnement de la personne dans cette activité sportive signifiante est important, tout comme rester à son écoute, prendre en compte son état psychologique et suivre les étapes de sa reconstruction.

La reconstruction psychologique est appelée résilience (cf I.2.3.2, p.20), ce terme n'a jamais été évoqué par les ergothérapeutes interrogées. Cependant, elles parlent de reconstruction et, l'accompagnement qu'elles proposent à la personne dans la reprise de l'activité sportive, est facilitant dans cette reconstruction physique et psychologique. L'ergothérapeute a ainsi, ici, un rôle de tuteur de résilience pour la personne (cf I.2.3.2, p.22), en l'accompagnant et en l'aidant à supporter et dépasser ses souffrances. L'ergothérapeute n'est pas le seul à avoir ce rôle, d'autres professionnels peuvent également l'avoir. La collaboration est alors importante, comme le précise les ergothérapeutes interrogées.

Du point de vue des éducateurs APA :

Les éducateurs APA sont unanimes, l'activité sportive, dans le cadre d'une amputation du membre supérieur, permet une reconstruction de l'image de soi, une reconstruction du schéma corporel et une reconstruction psychologique. La pratique sportive peut également changer le regard des autres et de la société, sur l'amputation, selon la deuxième éducatrice

APA (08 avril 2020). En effet il s'agit d'une activité qui provoque et suscite l'admiration (cf I.3.2, p.25).

De manière générale, si l'activité sportive était présente avant le traumatisme, elle est réintégrée dans le parcours de soin, permettant ainsi de « *retrouver des sensations* » souligne l'APA II (08 avril 2020). Dans le cas contraire, l'APA II (08 avril 2020) précise que des « *activités ludiques* » sont proposées pour intégrer l'activité sportive et se « *réapproprier son corps* ». L'éducateur APA prend en compte les habitudes sportives antérieures et « *prend en compte la personne dans sa globalité* » (APA I, communication personnelle [entretien téléphonique], 01 avril 2020). Cette intégration ou réintégration progressive permettra à la personne de prendre ou reprendre confiance en elle.

L'activité sportive nécessite « *motivation et engagement* » (cf I.3.2, p.27), selon l'APA II (08 avril 2020) donc nécessite une implication de la personne dans cette activité de rééducation, mais l'éducateur APA ne « *recherche pas une performance* » dans le sens d'exploit, précise l'APA I (01 avril 2020). Cependant la performance, selon Meyer en 2013 (I.3.3, p.30) associée à l'engagement sont vecteurs de participation sociale. Cette participation sociale est retrouvée, en APA, par la « *pratique inclusive* » amenée dans toutes les activités sportives proposées ajoute l'APA I (01 avril 2020).

La personne pratiquant l'activité sportive va en ressentir les bienfaits (I.3.3, p.27), notamment une amélioration de l'état physique et de l'état psychologique. Cela va favoriser la reconstruction et donc favoriser la résilience. Cependant ce travail autour de l'activité sportive demande une collaboration importante avec les autres professionnels, notamment l'ergothérapeute dans la recherche de l'indépendance du patient dans cette activité, en « *suivant son rythme* » (APA II, communication personnelle [entretien téléphonique], 08 avril 2020).

Du point de vue des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur :

L'ensemble des personnes, observées ou interrogées, ayant subi une amputation du membre supérieur pratique une activité sportive. Ils sont tous à des stades différents de deuil et de résilience. Pour P. Croizon (28 février 2020), le sport est « *l'outil de résilience absolu* » dans son parcours, c'est ce qui l'a aidé à reprendre goût à la vie. Pour C. Pharo, l'activité sportive était une évidence. Ayant eu son traumatisme jeune, il s'est construit autour de celle-ci et la reprise de l'activité sportive s'est faite naturellement. Pour les personnes observées, dont les amputations sont plus récentes, l'activité sportive permet le transfert des acquis en ergothérapie dans une activité concrète. Elle permet de se projeter et d'avancer dans la reconstruction autant physique que psychologique.

2. RÉPONSE À LA PROBLÉMATIQUE ET AUX HYPOTHÈSES

Tout au long de cette recherche, nous nous sommes questionnés sur la problématique suivante :

En quoi l'activité sportive peut-elle donner un objectif signifiant de rééducation, facilitant la résilience, à la personne amputée du membre supérieur portant une prothèse ?

Deux hypothèses avaient été émises en lien avec cette problématique :

- L'ergothérapeute peut contribuer à l'appropriation de la prothèse en proposant une activité sportive signifiante, pour la personne amputée du membre supérieur.
- L'activité sportive facilite la résilience de la personne amputée du membre supérieur et l'amène à s'impliquer dans sa rééducation.

2.1. Réponse à la première hypothèse

Nous avons pu constater, à travers les entretiens, les questionnaires et les observations que l'ergothérapeute et l'éducateur APA collaborent lorsque l'activité sportive est intégrée dans le parcours de soin de la personne amputée.

L'ergothérapeute ne va pas proposer l'activité sportive en elle-même, n'étant pas expert de ce domaine. Cependant, il va intervenir dans un but d'adaptation de l'activité sportive aux capacités de la personne, de proposition d'aides techniques facilitant l'activité sportive, de conseils ou d'informations dans l'utilisation et les capacités de la prothèse. En effet, l'ergothérapeute, selon les personnes interrogées et la littérature, est compétent dans la mise en place de la prothèse, dans son intégration dans la vie quotidienne, dans son appropriation. L'appropriation est « *l'action de s'approprier quelque chose* », c'est-à-dire « *adapté à un usage déterminé* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), 2020). Tout cela ne peut se faire sans une collaboration avec l'orthoprothésiste car, si l'aspect technique de la prothèse n'est pas optimal, il n'y a pas d'appropriation.

L'ergothérapeute peut être force de proposition de cette activité sportive car il va cibler, dès le début de sa prise en soin, les activités signifiantes de la personne, les activités qu'il trouve importantes, dont il veut augmenter le rendement et la satisfaction. Ainsi, il va pouvoir proposer à l'équipe interprofessionnelle l'intégration ou la reprise de l'activité sportive, inscrite régionalement et culturellement dans ses activités et vectrice de participation sociale, dans le cadre de son parcours de soin. L'activité sportive est alors un projet de la personne, source de motivation et d'engagement, et un objectif thérapeutique.

Ainsi, l'ergothérapeute va permettre l'appropriation de la prothèse et va pouvoir proposer une activité sportive. Cependant, la collaboration avec les autres professionnels et la personne ayant subi une amputation du membre supérieur va être primordiale, cela ne peut se réaliser seul. Là est toute l'importance du terme « *contribuer* » dans l'hypothèse. Il se définit comme « *Aider, participer (avec d'autres) à la réalisation d'un projet, d'une entreprise ; avoir une part, plus ou moins importante, dans la production d'un résultat, d'un état* » (CNRTL, 2020).

L'ergothérapeute ne peut alors que contribuer à l'appropriation de la prothèse et à l'activité sportive, la collaboration avec d'autres professionnels étant nécessaire, entre celui qui prescrit, celui qui fabrique et celui qui fait l'activité sportive.

La première hypothèse est validée.

2.2. Réponse à la seconde hypothèse

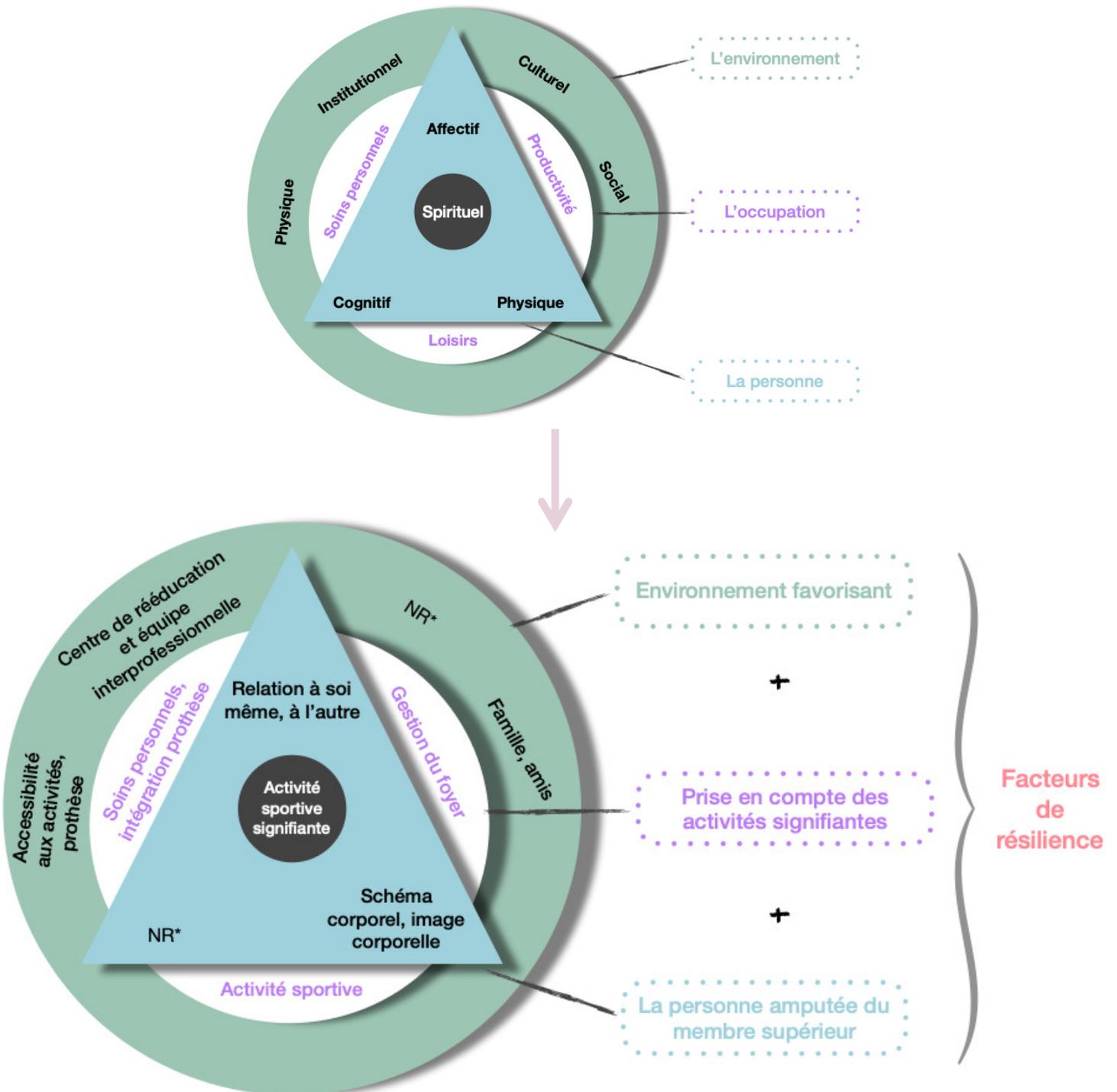
Nous constatons que l'activité sportive facilite la résilience, la reconstruction de la personne mais seulement si l'activité sportive est signifiante pour lui. Le terme de faciliter : « *rendre facile ou plus facile* » (CNRTL, 2020) est ici important. En effet, l'activité sportive va faciliter la résilience seulement si la personne a déjà accès à la résilience, si elle va au-delà du traumatisme et est prête pour une reconstruction et une acceptation de l'amputation. Ainsi, l'activité sportive peut être un outil de résilience seulement si cette dernière est amorcée. Si ce n'est pas le cas, la résilience ne sera pas facilitée, peu importe l'activité, qu'elle soit sportive ou non.

L'activité sportive n'est pas présente dès le début de la rééducation, la personne est donc déjà engagée, impliquée dans sa rééducation avant la proposition de l'activité sportive. De plus, les ergothérapeutes interrogées soulève peu d'opposition à la reprise d'activités, et encore moins à l'activité sportive qui est généralement un souhait de la personne. Ainsi, l'activité sportive n'amène pas la personne à s'impliquer dans sa rééducation mais permet la continuité de l'implication dans la rééducation.

La seconde hypothèse est invalidée.

2.3. Réponse à la problématique

A la question : « *En quoi l'activité sportive peut-elle donner un objectif signifiant de rééducation, facilitant la résilience, à la personne amputée du membre supérieur portant une prothèse ?* » nous pouvons répondre au regard du schéma de la MCREO que nous nous sommes réappropriés.



*Non Renseigné

Figure 3 – Schéma de synthèse – Réappropriation du schéma retrouvé dans le livre *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel* (5^e éd.) (Law et al., 2014).

L'ergothérapeute, ainsi que l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle, doit être vigilant quant à l'environnement de la personne. Ce dernier doit être riche et soutenant, autant d'un point de vue social, que du côté de l'institution dans laquelle il effectue sa rééducation ou du point de vue de l'accessibilité aux activités ou à la prothèse.

Du point de vue de l'occupation, nous avons pu remarquer dans cette recherche que la productivité n'est pas au centre des réponses. La reprise de l'activité professionnelle n'est pas primordiale, en revanche la gestion du foyer et les activités de soins personnels le sont davantage. L'intégration de la prothèse est, dans ce cas, un axe de préoccupation important qui peut permettre d'améliorer le regard des autres ou les activités bilatérales comme faire du vélo ou préparer les repas.

Les réponses aux questions de l'échantillon de cette recherche insistent sur l'importance du loisir, comme peut être l'activité sportive, dans leur rééducation. Il est toutefois à noter que le terme d'activité sportive peut porter à confusion auprès des personnes interrogées. En effet, il ne s'agit pas de compétition, d'aller au-delà de ses limites physiques, mais bien d'une activité de loisir, d'un outil de rééducation, c'est-à-dire un média comme l'entendent les ergothérapeutes ou les éducateurs APA. Ainsi, il apparaît clairement que la personne peut accéder à une meilleure qualité de vie avec l'appropriation de son schéma corporel et l'image du corps grâce à cette activité.

Enfin, nous constatons que la reprise d'activité sera d'autant plus favorisée lorsque la personne peut accéder à un niveau de résilience, et inversement.

Tel que nous avons cherché à la développer, l'activité sportive, signifiante et significative, permet d'avoir une évolution du regard de la société et de la personne ainsi qu'une acceptation de l'amputation avec ou sans prothèse. « *On peut découvrir en soi, et autour de soi, les moyens qui permettent de revenir à la vie et d'aller de l'avant tout en gardant la mémoire de sa blessure* » (Cyrulnik, 2006).

3. DIFFICULTÉS, LIMITES, BIAIS ET PERSPECTIVES DE CETTE RECHERCHE

Ce sujet de recherche a fait apparaître quelques difficultés. Premièrement, ce sujet est vaste et comporte un grand nombre de concepts ne pouvant pas tous être évoqués. Nous avons donc dû axer nos entretiens vers des sujets précis afin de ne pas faire apparaître des concepts que nous n'aurions pas pu traiter.

Deuxièmement le lien entre l'activité sportive et l'ergothérapie est peu développé dans la littérature. Cela a donc entraîné des difficultés pour contacter des ergothérapeutes intervenant dans l'activité sportive d'autant que ces critères devaient être associés à la personne ayant subi une amputation du membre supérieur.

Puis cette recherche se limite à un instant donné et dans un environnement donné. L'activité sportive et la résilience, pour ces mêmes personnes, à un autre moment, auraient pu être différentes, tout comme si nous avions réalisé cette étude dans un autre pays.

Cette recherche comprend des limites et biais méthodologiques. En effet, nous avons questionné ou observé deux ergothérapeutes, deux éducateurs APA, un médecin et cinq personnes ayant subi une amputation du membre supérieur ; cela ne permet pas d'obtenir un avis représentatif de chacune de ces populations.

Initialement, nous avons prévu d'interroger des professionnels n'ayant abordé la reprise de l'activité sportive qu'avec des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur qui pratiquaient une activité sportive avant le traumatisme. Cependant, le peu de personnes ayant subi une amputation du membre supérieur, associé au peu d'ergothérapeutes intégrant l'activité dans la prise en soin, ce critère n'a pas pu être respecté.

D'autres biais ont également fait leur apparition, comme le fait de faire les entretiens par téléphone et non en présentiel, nous privant de la réaction physique des personnes. Le fait d'inclure des personnes ayant subi des amputations des quatre membres est également un biais.

Enfin cette recherche laisse des perspectives à approfondir. La première serait de pouvoir séparer les personnes ayant subi une amputation qui pratiquaient un sport avant l'amputation et celles n'en pratiquant pas. La seconde pourrait être de séparer les sports individuels des sports collectifs car la reconstruction peut être différente. Enfin la dernière perspective serait d'interroger des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur n'ayant pas repris l'activité sportive après le traumatisme. Ainsi, cela permettrait une réflexion autour du rôle de l'ergothérapeute pour faciliter ce retour, cet accès à l'activité sportive.

CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche traite de la manière dont l'ergothérapeute intervient lors de la reprise d'activité chez la personne ayant subi une amputation du membre supérieur portant une prothèse. En effet, le quotidien est régi par de nombreuses activités et en ergothérapie l'activité est le support de toute prise en soin.

Cependant, il traite plus précisément de la reprise de l'activité sportive, activité vectrice d'intégration. Il aborde également la manière dont cette activité signifiante peut faciliter la résilience, concept à la mode s'imposant aujourd'hui dans la littérature.

Le domaine de l'activité sportive, enjeu de santé publique et porteur de nombreux bienfaits est peu abordé, en lien avec l'ergothérapie, dans la littérature. Cependant, l'activité sportive est une activité de vie quotidienne, de loisir, signifiante, une activité qui, par définition, peut être abordée en ergothérapie. Toutefois nous constatons dans cette recherche, que l'ergothérapeute permet l'indépendance de la personne dans l'activité sportive, mais que cela ne peut se faire sans une collaboration avec d'autres professionnels, notamment l'éducateur APA. L'activité sportive, permettant la reconstruction de manière générale, peut être un outil de résilience, dans le cas où cette reconstruction est déjà entamée. L'ergothérapeute, par son accompagnement, peut être tuteur de résilience et ainsi être acteur dans cette reconstruction.

Mener cette recherche a été pour nous l'occasion de comprendre tout l'enjeu de l'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'activité sportive, avec des éducateurs APA notamment et auprès des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur. Elle nous a permis d'approfondir la notion de contribution et de collaboration dans une prise en soin, et de mettre en lumière le rôle indispensable de chaque professionnel optimisant ainsi l'indépendance de la personne en situation de handicap.

Toutefois, suite à cette recherche et la compréhension de la manière dont l'ergothérapeute intervient dans l'intégration ou la reprise de l'activité sportive, nous pourrions-nous demander : Comment agir ensemble, professionnels et personnes amputées du membre supérieur, vers une perspective transprofessionnelle dans la reprise de l'activité sportive ?

Ainsi, nous pourrions continuer cette recherche en approfondissant le domaine de la pairémulation, notamment dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique du Patient, domaine dans lequel les professionnels et les personnes interagissent ensemble vers un objectif commun.

Bibliographie

- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Montréal : Les presses de l'Université du Québec.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4-11. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-4.htm>
- Anaut, M. (2009). La relation dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 156(6), 70-78. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-70.htm>
- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-2-page-28.htm>
- ANFE. (2017, juin 1). Historique. Consulté le 10 décembre 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/historique>
- ANFE. (2019, février 1). Définitions. Consulté le 10 décembre 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/definition>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute | Legifrance. (2010, juillet 5). Consulté le 4 janvier 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- Backman, C. L. (2004). Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209. <https://doi.org/10.1177/000841740407100404>

- Barouti, H., Agnello, M., & Volckmann, P. (1998). Amputations du membre supérieur. Encyclopédie médico-chirurgicale, 1-10. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/10233/amputations-du-membre-superieur>
- Beaupré, E. (2014). Habilitation aux occupation et résilience : description de ce qu'en pense des ergothérapeutes (Mémoire). Consulté à l'adresse <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7437/>
- Bigex, A. (2017). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l'activité analytique à l'activité signifiante. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 36(6), 502. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2017.10.226>
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 9-27. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2010-1-page-9.htm>
- Boris Cyrulnik et le concept de résilience. (2005). Consulté le 14 décembre 2019, à l'adresse <https://sites.ina.fr/cnfpt/focus/chapitre/1/media/BX00001369559>
- Bourg, J. F., & Gougnet, J. J. (2005). Introduction. *Economie du sport*, 3-7. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/economie-du-sport--9782707145802-page-3.htm>
- Caire, J. M., Schabaille, A., André, F., & Bertrand, R. (2018). Engagement, occupation et santé. Paris : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2020). Approprier. Consulté le 1 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/approprier>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2020). Contribuer. Consulté le 1 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/contribuer>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2020). Faciliter. Consulté le 1 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/faciliter>

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. Recherche en soins infirmiers, (82), 31-42. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>
- Chapelain, L., Beis, J. M., Martinet, N., Viehl-Ben Meridja, A., Paysant, J., & André, J. M. (2010). Les troubles des représentations du corps après désafférentation. Revue de neuropsychologie, 2(3), 212-220. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-212.htm>
- Chauvin, O. (2015). Les soins corporels, média de l'ergothérapeute pour améliorer l'image du corps en soins palliatifs (Mémoire). Consulté à l'adresse https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1355
- Chenu, A., & Lesnard, L. (2011). Les grandes enquêtes internationales des sciences sociales. In La France dans les comparaisons internationales guide d'accès aux grandes enquêtes statistiques en sciences sociales (p. 19-30). Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/la-france-dans-les-comparaisons-internationales--9782724612189-page-19.htm>
- Clinique romande de la réadaptation. (s. d.). Vivre après une amputation : de la réadaptation au retour à la maison. Consulté à l'adresse <https://www.crr-suva.ch/data/documents/Brochures/VivreApresUneAmputation.pdf>
- Combessie, J. C. (2007). La méthode en sociologie. Paris, France : La Découverte.
- Conseil de l'Europe. (2001, mai 16). Conseil de l'Europe. Recommandation N° R (92) 13 sur la Charte sociale européenne du Sport. Consulté le 3 mars 2020, à l'adresse <https://rm.coe.int/16804ca89a>
- Conséquences psychologiques | ADEPA. (s. d.). Consulté le 8 décembre 2019, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>
- Cox, R. H., Billon, C., & Lecoq, J. C. (2013). Psychologie du sport. Berchem, Belgique : De Boeck.

Croizon, P. (2006). J'ai décidé de vivre. Paris, France : Jean-Claude Gawsewitch.

Croizon, P. (2017). Plus fort la vie. Paris, France : Flammarion.

Delcey, M. (2016, décembre). L'amputation acquise ou congénitale. Consulté le 17 novembre 2019, à l'adresse <https://www.apf-francehandicap.org/amputation-acquise-congenitale-1547>

Demeure Orthopedie. (2016). Prothèse membre supérieur, Demeure Orthopédie à Grenoble. Consulté le 17 novembre 2019, à l'adresse <http://demeureorthopedie.fr/prothese-externe-membre-superieur.html>

Deuil et résilience - Conclusion. (2018, mars 24). Consulté le 21 décembre 2019, à l'adresse <http://vivresondeuil.asso.fr/dossier-resilience-conclusion/>

Développement et Santé. (1995, avril 1). Les amputations. Consulté le 17 novembre 2020, à l'adresse <https://devsante.org/articles/les-amputations>

Dietrich, P., Loison, M., & Roupnel, M. (2012). 10 – Articuler les approches quantitative et qualitative. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-207.htm>

Duverne, M. (2018). Ergothérapie et sport de haut niveau : L'apprentissage expérientiel, un moyen d'optimiser l'engagement dans le changement occupationnel (Mémoire). Consulté à l'adresse [https://www.anfe.fr/components/com_gestionmemoire/files/Duverne%20Marlène 9416e8e783505fc026e6a64966f6e141.pdf](https://www.anfe.fr/components/com_gestionmemoire/files/Duverne%20Marlène%209416e8e783505fc026e6a64966f6e141.pdf)

Farcy, M. (2012). Interdisciplinarité et résilience (Mémoire). Consulté à l'adresse https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=716

Fevsd. (2018, mars 24). Deuil et résilience - Conclusion. Consulté le 14 janvier 2020, à l'adresse <http://vivresondeuil.asso.fr/dossier-resilience-conclusion/>

- Galtier, E. (2013). Rôle de l'ergothérapeute dans le maintien du désir de rééducation du patient post-AVC. Les activités signifiantes : entre atouts et limites (Mémoire). Consulté à l'adresse https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1023
- Gourinat, V. (2014). Sociétés, N° 121/2014 : In Destructuration et restructuration identitaire du corps prothétique (p. 127-135). Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-societes-2014-3-page-127.htm>
- Gourinat, V. (2015). Le corps prothétique : un corps augmenté? Revue d'éthique et de théologie morale, 286(4), 75-88. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2015-4-page-75.htm>
- Grawitz, M. (2000). Méthodes des sciences sociales (11e éd.). p.586. Paris, France : Dalloz.
- Hall du Livre. (s. d.). De chair et d'âme. Consulté le 7 mai 2020, à l'adresse <https://halldulivre.com/ebook/9782738185631-de-chair-et-d-ame-boris-cyrulnik/>
- Heredia, J. (2019). Méthodes de recherche : Méthodologie de recherche qualitative. Recueil inédit, Université de Rouen.
- Hernandez, H., Morel-Bracq, M. C., Riguet, K. E. T., Offenstein, E., Quevillon, E., & Trouvé, É. (2015). L'activité humaine : un potentiel pour la santé? Louvain-La-Neuve, Belgique : Solal Editeurs.
- Historique. (2017, juin 1). Consulté le 10 décembre 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/historique>
- Hôpital Erasme. (2017). L'ergothérapie ou l'art de l'activité humaine. Consulté le 2 mai 2020, à l'adresse <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/services-paramedicaux/ergotherapie/l-ergotherapie-ou-l-art-de-l-activite-humaine>
- Inrap. (2016, février 19). Une opération chirurgicale il y a 7000 ans : la plus ancienne amputation découverte en France. Consulté le 31 mars 2020, à l'adresse

<https://www.inrap.fr/une-operation-chirurgicale-il-y-7000-ans-la-plus-ancienne-amputation-decouverte-5010>

Inserm. (s. d.). Recommandations. Consulté le 6 mars 2020, à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=34>

Journal officiel de la république française. (2015, décembre 18). Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. Consulté le 2 avril 2020, à l'adresse <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/wp-content/uploads/2015/01/Arrete-conduite-18-12-2015.pdf>

Junker-Tschopp, C. (s. d.). Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité ? Perspectives neuro-psychomotrices. Consulté le 11 février 2020, à l'adresse <https://www.hes-so.ch/data/documents/Chantal-Junker-Tschopp-Entretiens-de-Psychomotricite-Bichat-5271.pdf>

Karatzios, C. (2016, mai 23). Gros plan sur les douleurs fantômes. Consulté le 26 novembre 2019, à l'adresse <http://www.avisdexperts.ch//videos/view/5306>

Kerneis, M. (2016). L'intégration de la « main bionique » par la personne amputée du membre supérieur (Mémoire). Consulté à l'adresse <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/5531cc2c-1bc6-426e-b9b8-f425c968fba5/default/>

La Presse. (2015, mai 6). Priscille Deborah: la femme salamandre. Consulté le 7 décembre 2019, à l'adresse <http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201505/06/01-4867496-priscille-deborah-la-femme-salamandre.php>

Laker, A. (2012, octobre 12). Sociology of Sport and Physical Education. Consulté le 13 janvier 2020, à l'adresse <https://books.google.fr/books?id=PIPmorOBUFMC>

- Lallart, E., Voisin, C., & Souvent, R. (2014). La réalité virtuelle : un outil de réalisme. *Psychologie clinique*, 37(1), 82-90. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2014-1-page-82.htm>
- Lamandé, F., Dupré, J. C., Talbot, P., Gillet, M., Januscevic, T., & Dréjas-Zielinska, M. (2013). Amputation du membre supérieur. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*. Consulté à l'adresse <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/862424/resultatrecherche/1>
- Lamandé, F., Dupré, J. C., Talbot, P., Gillet, M., Januscevic, T., & Dréja-Zielinska, M. (2014). Amputation du membre supérieur. *EMC - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 10(1). Consulté à l'adresse https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/showarticlefile/862424/26-43947_plus.pdf
- Larousse, É. (s. d.). Définitions : sport - Dictionnaire de français Larousse. Consulté le 14 janvier 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sport/74327>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mc Coll, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel* (5e éd.). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Le journal d'Aquitaine. (2005, janvier 6). Boris Cyrulnik et le concept de résilience [Fichier vidéo]. Consulté à l'adresse <https://sites.ina.fr/cnfpt/focus/chapitre/1>
- Le journal de Montreal. (2018, janvier 4). Témoignage: vivre avec une quadruple amputation. Consulté le 7 décembre 2019, à l'adresse <https://www.journaldemontreal.com/2018/01/04/temoignage-vivre-avec-une-quadruple-amputation>
- Lecomte, J. (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience . *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 22-25. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-22.htm>

Lecomte, J. (2010). La résilience. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/la-resilience--9782728804344.htm>

Les amputés de guerre. (s. d.-a). Franchir les étapes de la réadaptation. Consulté le 27 février 2020, à l'adresse <https://www.amputesdeguerre.ca/pdf/site-francais/aide-offerte/conseils/franchir-les-etapes-de-la-readaptation.pdf>

Les amputés de guerre. (s. d.-b). La vie quand on est amputé. Consulté le 19 novembre 2019, à l'adresse <http://www.amputesdeguerre.ca/aide-offerte/la-vie-quand-on-est-ampute/>

Les amputés de guerre. (s. d.-c). L'équipe de réadaptation. Consulté le 28 février 2020, à l'adresse <https://www.amputesdeguerre.ca/pdf/site-francais/aide-offerte/sante-et-bien-etre/equipe-de-readaptation.pdf>

Les amputés de guerre. (s. d.-d). Vie saine et amputation : Aborder les questions physiques touchant les personnes amputées d'un membre supérieur. Consulté le 19 novembre 2019, à l'adresse <https://www.amputesdeguerre.ca/pdf/site-francais/aide-offerte/sante-et-bien-etre/vie-saine-superieur.pdf>

Les techniques d'analyse et d'interprétation des discours. (s. d.). Consulté le 7 mai 2020, à l'adresse https://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2000.dieng_sa&part=20748

Luneau, D. (s. d.). La thérapie miroir. Consulté le 15 février 2020, à l'adresse <http://www.therapiemiroir.com/wp-content/uploads/2015/06/MT.pdf>

Marchand, C. (s. d.). Massification d'un enseignement instrumental : faire entendre la voix de la recherche. Consulté le 3 mars 2020, à l'adresse http://www.cndp.fr/portails-disciplinaires/fileadmin/user_upload/arts/musique/pdf/chrystel-marchand1.pdf

Martinet, N., Loiret, I., & Touillet, A. (2015). Prothèse de membre supérieur. Actualité en médecine physique et réadaptation, (4), 10-12. Consulté à l'adresse <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/23161.pdf>

McEnerney Edmondson, A. E., Cancio, J. M., & Yancosek, K. E. (2018, octobre 21). Modified Constraint-Induced Movement Therapy for persons with unilateral upper extremity amputation: A case report. Consulté le 13 janvier 2020, à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0894113018302242>

Membre supérieur | ADEPA. (s. d.). Consulté le 17 novembre 2019, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/membre-superieur/>

Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnements en ergothérapie (2e éd.). Lausanne, Suisse : Haute Ecole de travail social et de la santé.

Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Mikolajczak, M. (2013). Les interventions en psychologie de la santé. Consulté à l'adresse <https://books.google.fr/books?id=NIAXdaQuIHcC&pg=PT255&lpq=PT255&dq=meilleure+acceptation+meilleure+appropriation+prothèse&source=bl&ots=VGBRerfH7eq&sig=ACfU3U003ILMHDSnimcAjsHpWBvXJfQ0yQ&hfr&sa=X&ved=2ahUKewiVwrSSppzAhVGTBoKHZntBhUQ6AEwDnoECAoQAQ#v=onepage&q=meilleure%20acceptation%20meilleure%20appropriation%20prothèse&f=false>

Ministère de la santé et des sports. (2010, juillet 5). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. Consulté le 15 janvier 2020, à l'adresse https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf

Ministère du travail. (2019, octobre 25). Emploi et handicap : l'emploi accompagné –. Consulté le 2 avril 2020, à l'adresse <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/emploi-accompagne>

Morel-Bracq, M. C. (2006). Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie. Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation de l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ? (Mémoire). Consulté à l'adresse <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

- Morel-Bracq, M. C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Morin, C. (2013). Schéma corporel, image du corps, image spéculaire. <https://doi.org/10.3917/eres.morin.2013.01>
- My handicap, my chance. (s. d.). L'histoire de l'amputation. Consulté le 17 novembre 2019, à l'adresse <https://www.myhandicap.ch/fr/sante/handicap-physique/protheses-amputation/amputation-histoire/>
- My handicap, my chance. (2012, octobre 7). Vivre avec une amputation. Consulté le 13 février 2020, à l'adresse <https://www.myhandicap.ch/fr/sante/handicap-physique/protheses-amputation/vivre-avec-une-amputation/>
- Parole d'expert. Les secrets de Philippe Croizon pour être en forme. (2018, mai 16). Ouest-France. Consulté à l'adresse <https://www.ouest-france.fr/sante/parole-d-expert-les-secrets-de-philippe-croizon-pour-etre-en-forme-5760194>
- Paugam, S. (2010). Posture. Que sais-je ?, 7-22. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/les-100-mots-de-la-sociologie--9782130574057-page-7.htm>
- Paugam, S. (2012). 1 - S'affranchir des prénotions. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=PUF_PAUG_2012_01_0005
- Peloquin, S. M. (2007). A Reconsideration of Occupational Therapy's Core Values. American Journal of Occupational Therapy, 61(4), 474-478. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.4.474>
- Philip, C., & De Battista, P. (2012). Mise en œuvre de la méthodologie de l'observation participante dans le cadre d'un mémoire de M2. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 59(3), 207-221. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2012-3-page-207.htm>
- Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. Santé mentale au Québec, 42(1), 147-164. <https://doi.org/10.7202/1040248ar>

- Pomares, G., Coudane, H., Dap, F., & Dautel, G. (2018a). Epidemiology of traumatic upper limb amputations. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 104(2), 273-276. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.12.014>
- Pomares, G., Coudane, H., Dap, F., & Dautel, G. (2018b). Epidemiology of traumatic upper limb amputations. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 104(2), 273-276. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.12.014>
- Proteor. (2015). Prothèses membre supérieur. Consulté le 17 novembre 2019, à l'adresse <http://orthopedie.proteor.fr/famille,29-protheses-membre-superieur.php>
- Proteor. (2015). Prothèses membre supérieur, Prothèse myoélectrique. Consulté le 17 novembre 2019, à l'adresse <http://orthopedie.proteor.fr/produit,29-protheses-membre-superieur,113-prothese-myoelectrique.php>
- Roche, D. (2009). La méthode qualitative. In *Réaliser une étude de marché avec succès* (p. 31-48). Consulté à l'adresse <https://ec56229aec51f1baff1d-185c3068e22352c56024573e929788ff.ssl.cf1.rackcdn.com/attachments/original/7/5/4/002592754.pdf>
- Roll, R. (2003, mars 1). Les membres fantômes, mémoire du corps. Consulté le 12 janvier 2020, à l'adresse <https://www.pourlascience.fr/sd/medecine/les-membres-fantomes-memoire-du-corps-5043.php>
- Roullet, S., Nouette-Gaulain, K., Brochet, B., & Sztark, F. (2009). Douleur du membre fantôme : de la physiopathologie à la prévention. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 28(5), 460-472. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2009.03.012>
- Ruquoy, D. (2019). La quête du sens caché. In *Méthode d'analyse de contenu et sociologie* (p. 128-130). Consulté à l'adresse <https://books.google.fr/books?id=xmybDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

SIFEF. (s. d.). Profession ergothérapeute. Consulté le 1 avril 2020, à l'adresse <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapie/>

Soriano, P. (2007). Un concept : prothèse. In R. Debray (Éd.), *Medium* (p. 13). Consulté à l'adresse <https://books.google.fr/books?id=5YU6DQAAQBAJ>

Talbot, P. (s. d.). Sport, santé et forme. Consulté le 11 mars 2020, à l'adresse <https://books.google.fr/books?id=GcWBDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

Thomas, K. (2019). Paraplégie et activité physique : La pratique d'une activité signifiante pour amorcer le changement occupationnel (Mémoire). Consulté à l'adresse <https://www.anfe.fr/memoire-etudiants-ife?view=recherche&layout=info&id=287>

Viallard, M. L. (2016). Leçon 6. Deuil normal et pathologique. Les ateliers du praticien, 100-111. Consulté à l'adresse https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DUNOD_VIALL_2016_01_0100

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2011). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Werner, E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-515. Consulté à l'adresse <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/risk-resilience-and-recovery-perspectives-from-the-kauai-longitudinal-study/DC3C3F10587A1A7D04C0310270717B3E>

Winance, M. (2007). Dépendance versus autonomie..De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratique médicosociales. *Sciences sociales et santé*, 25, 83-91. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-4-page-83.htm>

Sommaire des annexes

Annexe 1	I
Reconstitution d'une amputation âgée de 7000 ans	
Annexe 2	II
Schéma des niveaux d'amputation	
Annexe 3	III
Exemples de prothèses ou d'aides à l'activité sportive	
Annexe 4	IV
Soins personnels - MCRO	
Annexe 5	V
Productivité - MCRO	
Annexe 6	VI
Loisirs - MCRO	
Annexe 7	VII
Article Priscille Deborah	
Annexe 8	X
Questionnaire Dr A. Miro	
Annexe 9	XI
Questionnaire C. Pharo	
Annexe 10	XII
Questions entretiens P. Croizon	
Annexe 11	XIII
Matrice conceptuelle	
Annexe 12	XVII
Guide d'entretien ergothérapeutes	
Annexe 13	XX
Guide d'entretien éducateurs APA	
Annexe 14	XXII
Grille d'observation	

Annexe 1

Reconstitution d'une amputation âgée de 7000 ans

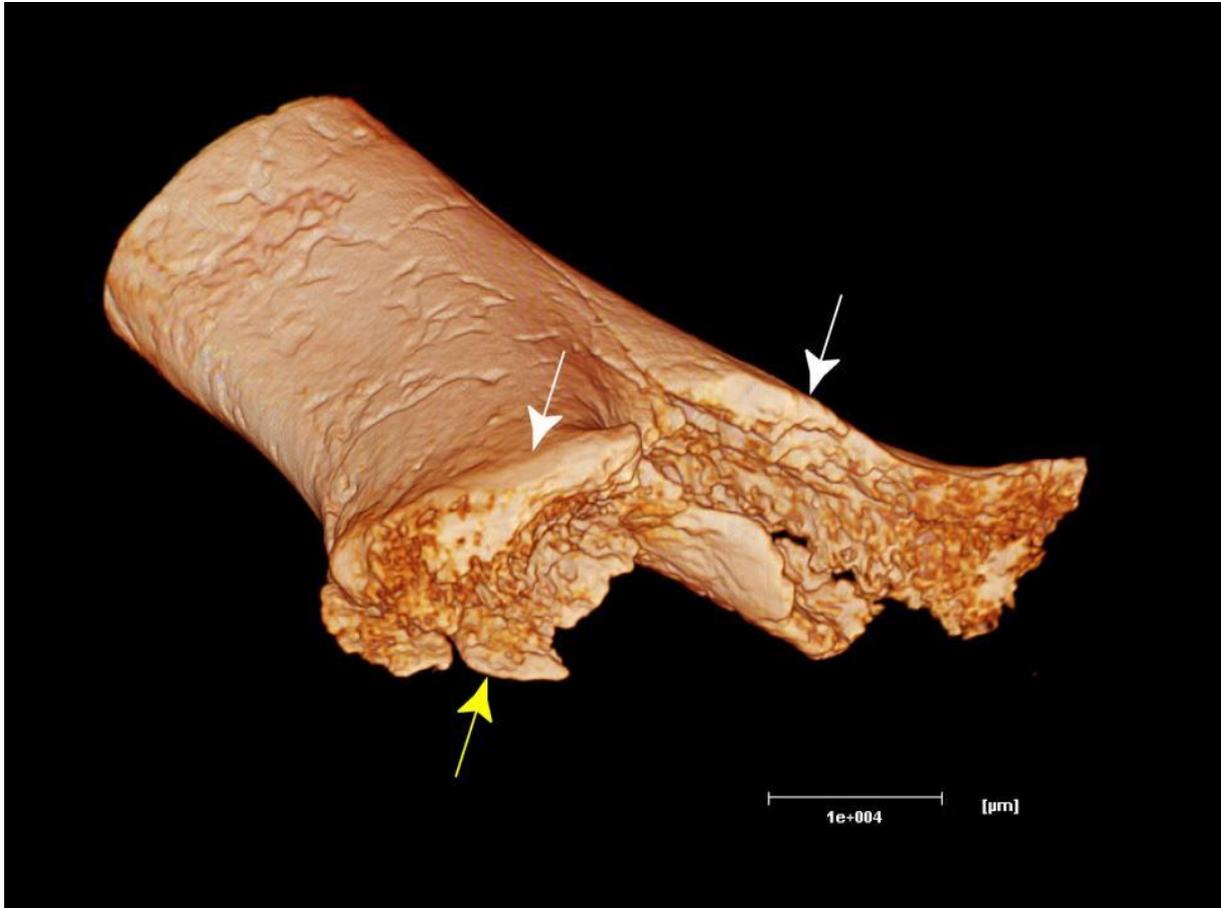


Image disponible sur : <https://www.inrap.fr/une-operation-chirurgicale-il-y-7000-ans-la-plus-ancienne-amputation-decouverte-5010>

Cette image est une reconstitution en trois dimensions d'une amputation réalisée il y a environ 7000 ans. Les flèches présentent sur l'image indiquent les signes de cicatrisation.

Annexe 2

Schéma des niveaux d'amputation

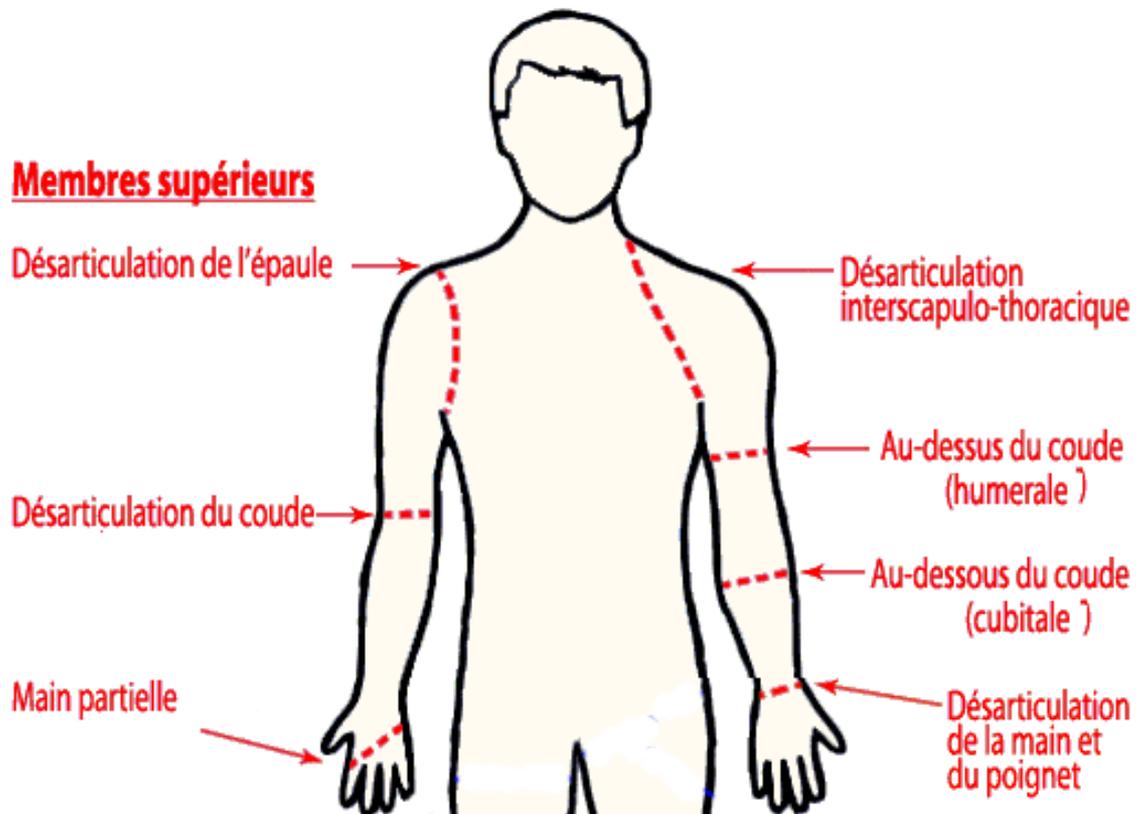


Schéma disponible sur : <https://www.adepta.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/membre-superieur/>

Amputation : opération chirurgicale qui consiste à retirer (ablation) tout ou partie d'un organe ou d'un membre

Désarticulation : séparation de l'articulation en deux, pour en retirer la partie inférieure.

Annexe 3

Exemples de prothèses ou d'aides à l'activité sportive

Cyclisme :

Adaptateur : appareil terminal qui se fixe par pression au guidon.



Images disponibles sur : <https://www.trsprosthetics.com/product/bicycling-mountain-master/>

Emboîture : fixée au guidon dans laquelle la personne peut insérer son moignon.



Image disponible sur : <https://www.amputesdeguerre.ca/pdf/site-francais/aide-offerte/membres-artificiels-et-appareils/membres-superieurs/aides-au-cyclisme.pdf>

Basket :



Images disponibles sur : <https://www.trsprosthetics.com/product/basketball-rebound/>

Outil : solide mais flexible avec paume large et des disques de frictions permettant d'aider à tenir le ballon.

Sports de raquette :

Embout : fixé à l'emboîture permettant d'y insérer une raquette de tennis de table.



Image disponible sur : <https://www.amputesdeguerre.ca/pdf/site-francais/aide-offerte/membres-artificiels-et-appareils/membres-superieurs/aides-pour-les-sports-de-raquette.pdf>

Adaptateur : appareil terminal permettant de tenir une balle de tennis (ou du baseball).



Images disponibles sur : <https://www.trsprosthetics.com/product/baseball-softball-throw/>

Annexe 4

Soins personnels - MCRO

Hygiène personnelle	Mobilité fonctionnelle	Vie communautaire
<ul style="list-style-type: none">• Sortir les vêtements des placards et des tiroirs• Manipuler les fermoirs de vêtements• Retirer ses vêtements• Ouvrir des contenants• Verser des liquides• Utiliser les toilettes• Se laver• Se brosser les dents• Entretenir ses ongles• Se raser• Se maquiller• Avoir des rapports sexuels• Prendre des médicaments• Dormir• Doser les activités	<ul style="list-style-type: none">• Se retourner dans le lit• S'extraire d'un fauteuil roulant• Entrer dans la baignoire et en sortir• Monter des escaliers• Monter dans une voiture ou un taxi et en descendre• Tolérance quant à la station debout / à la marche	<ul style="list-style-type: none">• Conduire un véhicule• Utiliser les transports publics• Utiliser le téléphone• Faire appel à des services (faire venir un plombier)• Prendre des rendez-vous• Préparer un budget• Payer des factures• Gérer l'argent, compter la monnaie• Remplir des formulaires d'impôts• Faire des courses

Tableau (Law et al., 2014) disponible dans le livre *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (5e éd.)*. Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.

Annexe 5

Productivité - MCRO

Travail rémunéré ou non	Gestion du foyer	Jeu / travail scolaire
<ul style="list-style-type: none"> • Chercher un emploi • Rédiger un CV • S'organiser en vue d'entrevues • Passer des entrevues • Choisir un emploi • Travailler le temps prévu • Apprendre de nouvelles tâches • Gérer des responsabilités • Tisser des liens avec les collègues • Respecter les règles de sécurité • Être ponctuel • Gérer les problèmes et les conflits 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire l'épicerie • Prévoir les repas • Suivre une recette • Préparer à manger • Débarrasser la table • Faire la vaisselle • Nettoyer la cuisine • Épousseter et nettoyer les meubles • Balayer le plancher • Utiliser un aspirateur • Disposer des ordures • Nettoyer la salle de bain • Faire la lessive • Repasser • Faire des petites réparations (remplacer des ampoules) • S'occuper d'enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Découvrir et manipuler des objets • Escalader, lancer des objets, courir, sauter • Jouer avec des camarades • Jouer à des jeux d'équipes • Partager • Attendre son tour • Participer à des sports • Jouer à des jeux de rôle, jeux imaginaires • S'exprimer de manière créative • Être séparé d'un parent • Dessiner, découper, coller • Écrire un script / écriture cursive • Soustraire, multiplier, etc. • Raconter sa journée • Se rappeler des consignes • Faire les devoirs • Prendre des notes

Tableau (Law et al., 2014) disponible dans le livre *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (5e éd.)*. Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.

Annexe 6
Loisirs - MCRO

Activités récréatives paisibles	Loisirs actifs	Vie sociale
<ul style="list-style-type: none"> • Écouter de la musique • Regarder la télévision • Lire des livres, des journaux ou des magazines • Tricoter, coudre, crocheter • Avoir des passe-temps collectionner des objets • Participer à des activités artistiques, culturelles • Jouer aux cartes, à des jeux de société 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer un sport • S'occuper d'un animal domestique • Aller au cinéma ou au théâtre • Aller au restaurant • Sortir dans des bars ou des boîtes de nuit • Conduire, visiter des lieux (tourisme) • Aller au parc, à la place, au terrain de jeux • Assister à des services religieux • Prendre des cours • Se rendre au musée ou à la bibliothèque • Voyager • Assister à des événements sportifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre visite à des amis, des membres de la famille • Converser au téléphone • Assister à des fêtes • Organiser des fêtes • Écrire des lettres • Planifier des rencontres sociales • Assister à des réunions de groupe

Tableau (Law et al., 2014) disponible dans le livre *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (5e éd.)*. Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.



Priscille Deborah: la femme salamandre



ISABELLE MORIN
LA PRESSE

Publié le 06 mai 2015 à 14h36

Salamandre: nom donné à un petit amphibien doté d'une extraordinaire capacité à régénérer ses membres après en avoir été amputé et qui, par un étonnant don de la nature, demeure indemne après avoir traversé le feu. Ce symbole de reconstruction est tatoué sur le cou de celle qui a su renaître de ses cendres. Priscille Deborah est une femme salamandre.

Celle qui nous accueille a le regard lumineux, la rigolade facile et une apparente légèreté à travers lesquels il est difficile de déceler un destin tragique. Tout en s'appuyant sur sa canne, du seul bras qui lui reste, elle s'avance vers nous du pas lourd et lent que lui imposent désormais les prothèses qui lui servent de jambes.

Dans une autre vie, la dame faisait tourner les têtes, accumulait les réussites et elle

courait. Vite! Avant que la dépression ne la rattrape... En apparence, cette femme de carrière accomplie, débordée, nouvelle maman et épouse d'un mari charmant avait tout ce qu'il faut pour être heureuse. Mais «tout» ne veut rien dire quand on sent le vide en soi.

Lentement, sournoisement, le mal de vivre s'est installé. Jusqu'à devenir insoutenable... Après quelques appels au secours, des tentatives de suicide ratées, des thérapies qui la renvoient dans le circuit trop tôt et la prise de médicaments qui lui donnent l'impression «d'être encore plus à côté de la plaque», elle commet l'impensable. Un matin, après avoir laissé sa fille à la garderie, elle dépose son sac à main et sa bague sur le quai du métro de Paris, dans un rituel solennel, et se lance sur la rame.

Au réveil, l'électrochoc. Non seulement est-elle toujours en vie, mais son corps est maintenant celui d'une femme-tronc. La dépression, plus profonde encore, à laquelle s'ajoute la souffrance physique, est d'autant plus intolérable qu'elle n'est plus assez autonome pour y mettre un terme définitivement.

Elle n'a pas encore 32 ans. Trop jeune pour ne plus courir, sauter, danser, prendre son enfant dans ses bras et faire toutes ces petites choses que l'on considère souvent comme acquises avant qu'on ne nous les enlève...

Renaître dans une autre peau

Comment se réinventer après une telle tragédie? Comment arriver à accepter l'inacceptable? Surtout, surtout, comment retrouver le goût de vivre alors qu'on l'avait déjà perdu avant de perdre plus encore? Pas à pas, lentement, sûrement. Comme cette tortue qui s'affiche sur son bras gauche, traînant son imposant bagage pour arriver néanmoins à destination.

Dans son lourd baluchon, la mort du petit frère dont elle était proche, une passion refoulée, celle d'être artiste-peintre, une dépression post-partum, un désir de perfection, des privations infligées à son corps, des excès pour se maintenir dans un état second... Elle entamera une longue convalescence pour soigner ses blessures physiques et mentales.

«Quand je me suis retrouvée sur ce lit d'hôpital, j'avais tout perdu. J'en ai voulu aux gens qui m'ont secourue», confie-t-elle.

«J'ai repris goût à la vie sans m'en rendre compte, à petites doses. Et comme je n'ai jamais aimé perdre, je me suis battue. Ça a été le début d'une vraie reconstruction.»

Trois rencontres seront déterminantes dans cette traversée du désert. D'abord, cet aide-soignant originaire du Mali, qui lui fait remarquer ce qu'elle possède encore, lui qui a perdu sa famille, ses amis, son identité. Puis, ce psychiatre qui lui suggère d'accumuler les petits plaisirs pour se reconnecter à elle-même: la sensation de l'eau sur le visage, l'odeur iodée de la mer, une belle rencontre... Finalement, ces deux femmes rencontrées au centre de rééducation, handicapées comme elles, qui rayonnent au point de la rendre jalouse, mais qui sont aussi la preuve que le bonheur est possible.

Ce nouveau parcours se vit comme une renaissance. «Quand j'ai pu dissocier le

handicap de la dépression, j'ai regagné un nouveau souffle de vie. Comme l'enfant, j'ai dû réapprendre à marcher, à écrire. Puis, j'ai vécu mon adolescence en ayant envie de faire la fête, de voyager, d'explorer mon nouveau corps dans des rencontres amoureuses. Aujourd'hui, j'en suis à l'étape adulte, je dirais. J'ai envie de parler de mon expérience.»

«Quand j'ai eu l'impression de tout perdre, j'ai eu envie de tout donner.»

Plus heureuse avec moins

Huit ans plus tard, elle enchaîne les projets: les voyages, les expositions, les rencontres, les championnats de natation... Elle a aussi eu une autre petite fille avec son nouveau conjoint, handicapé comme elle, qui a cette même énergie qui le pousse à croire qu'un fauteuil roulant ne peut vous empêcher d'aller au bout du monde!

Un bonheur trouvé... Mais y a-t-il parfois des regrets? «Il m'arrive d'avoir un petit pincement au coeur en voyant des gens faire ce que je ne peux plus faire, mais en même temps, j'ai aujourd'hui une vie plus riche. Tout le monde a ses tracas qu'il cache plus ou moins. Je ne me sens pas nécessairement à l'écart, finalement! Quand tu t'acceptes comme tu es, que tu as des projets qui te ressemblent et que tu savoures l'instant, tu as entre les mains les ingrédients essentiels du bonheur!»

Pendant qu'elle gesticule de sa main restante pour appuyer ses propos, il nous vient cette réflexion: était-elle gauchère avant l'accident? «Non, mais le corps a cette capacité d'adaptation incroyable! C'est comme si toutes les aptitudes de ma main droite avaient été transférées automatiquement à la gauche.»

Aujourd'hui, c'est de cette main, celle de la création, qu'elle peint de magnifiques toiles. Dans un tracé spontané se révèlent des personnages souvent incomplets, comme elle en a toujours, étrangement, dessinés. Des personnages comme les «buveurs de lune», ces êtres qui rêvent d'un monde meilleur...

Finalement, son histoire est peut-être bien le reflet d'une société contemporaine poussée dans ses limites. «J'étais toujours sur mon iPhone, j'allais vite... Si on me redonnait mes jambes, avec le même mal-être qu'à l'époque, eh bien, je vous dirais que je préfère avoir le corps que j'ai! J'apprécie aujourd'hui le vrai goût de la vie.»

Priscille Deborah raconte son histoire dans le livre *Tout pour être heureuse*, publié aux éditions Guy Saint-Jean.

<http://www.priscilledeborah.com/>

Article disponible sur : <http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201505/06/01-4867496-priscille-deborah-la-femme-salamandre.php>

Annexe 8

Questionnaire Dr A. Miro

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie, je souhaiterais avoir des informations complémentaires sur votre exercice auprès des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur. En effet, mon mémoire porte sur la reprise de l'activité sportive suite à une amputation du membre supérieur.

Merci du temps que vous pourrez m'accorder pour répondre à ce questionnaire.

- 1. Quelle est la prédominance homme/femme concernant les amputations du membre supérieur des personnes que vous suivez ?**
- 2. Quelle est la moyenne d'âge de ces personnes ?**
- 3. Quels sont les professionnels qui vous entourent dans la phase de rééducation des personnes amputées du membre supérieur ?**
- 4. Quel suivi accordez-vous à ces personnes amputées du membre supérieur ?**
- 5. Que pensez-vous du regard des proches familiaux et amicaux sur les personnes amputées ?**
- 6. Quelle importance donnons-nous actuellement en France à l'activité sportive de manière générale ? Pour les personnes amputées du membre supérieur ?**
- 7. Merci d'avoir répondu à mon questionnaire, auriez-vous des recommandations à me faire en tant que future ergothérapeute ?**
- 8. M'autorisez-vous à vous citer dans mon mémoire ?**

Annexe 9

Questionnaire C. Pharo

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie, je souhaiterais avoir des informations complémentaires sur votre exercice auprès des personnes ayant subi une amputation du membre supérieur. En effet, mon mémoire porte sur la reprise de l'activité sportive suite à une amputation du membre supérieur.

Merci du temps que vous pourrez m'accorder pour répondre à ce questionnaire.

- 1. Vous avez une amputation du membre supérieur, était-ce votre côté dominant ?**
- 2. Avez-vous une prothèse ? Si oui, de quel type et pour quelles raisons ? Si non, envisagez-vous d'en avoir une et pour quelles raisons ?**
- 3. Pouvez-vous me raconter à quoi est due votre amputation ?**
- 4. Quelles difficultés avez-vous depuis cet accident dans vos activités de vie quotidienne, dans votre activité professionnelle ou dans vos loisirs ? Quelles activités ne vous êtes-vous pas réappropriées depuis l'amputation ?**
- 5. Que pensez-vous du regard de vos proches familiaux et amicaux sur vous maintenant ?**
- 6. Quels professionnels vous ont accompagnés depuis votre accident pour vous aider à accepter la situation ?**

Annexe 10

Questions entretiens P. Croizon

- 1. Vous parlez de vos prothèses dans vos livres, et y avez montré un intérêt important. Pourquoi ?**

- 2. Quelles difficultés avez-vous / avez-vous pu avoir depuis cet accident dans vos activités de vie quotidienne, dans votre activité professionnelle ou dans vos loisirs ? Quelles activités ne vous êtes-vous pas réappropriées depuis l'amputation ?**

- 3. Que pensez-vous du regard de vos proches familiaux et amicaux sur vous depuis votre accident ?**

- 4. Quels professionnels vous ont accompagnés depuis votre accident pour vous aider à accepter la situation ?**

- 5. Vous accordez une place importante au sport dans votre vie quotidienne. Que représente le sport pour vous et pourquoi a-t-il une si grande importance ? Cette passion pour le sport a-t-elle toujours été présente, ou a-t-elle été décuplée suite à votre accident ?**

- 6. Vous évoquez le processus de résilience dans vos livres, pouvez-vous m'en donner une définition ? Quel rôle ce processus a-t-il joué dans l'acceptation de vos « capacités à faire autrement » ?**

- 7. M'autorisez-vous à vous citer dans mon mémoire ?**

Annexe 11

Matrice conceptuelle

Modèle, concept ou théorie	Critères	Indicateurs	Indices	Questions*	
MCREO (Association Canadienne des Ergothérapeutes, révisée en 2014)	Environnement	Physique	Domicile, pays, travail (accessibilité)	Quels sont pour vous les éléments favorisant la reprise d'activité pour la personne ayant subi une amputation du membre supérieur ? Évaluez-vous les habitudes de vie antérieures de la personne afin de favoriser cette reprise d'activité ? Comment prenez-vous en considération les activités qui ont du sens pour la personne ?	
		Institutionnel	Hôpital, travail, organismes administratifs		
		Culturel	Culture, normes, valeurs, accès à l'éducation		
		Social	Maintien à l'emploi, acceptation de l'image de son corps en public, liens sociaux conservés		
	Occupation	Productivité		Travail rémunéré ou non : rechercher un emploi, travailler le temps prévu, apprendre de nouvelles tâches	Quelles sont les difficultés relatives à la reprise d'activités antérieures au traumatisme qui peuvent être rencontrées ? Certaines personnes sont-elles en opposition lors de reprises d'activités antérieures ? Comment travaillez-vous l'apprentissage de nouvelles habitudes de vie avec ces personnes ?
				Gestion du foyer : préparer à manger, débarrasser, faire la vaisselle, nettoyer, faire la poussière, balayer, aspirer, faire la lessive, repasser, faire de petites réparations, s'occuper d'enfants	
				Jeu/travail scolaire	
		Soins personnels		Hygiène personnelle : s'habiller, se déshabiller, utiliser les toilettes, se laver, se brosser les dents, se raser, se maquiller, avoir des rapports sexuels, prendre des médicaments, dormir	
				Mobilité fonctionnelle	
				Vie communautaire : conduire un véhicule, utiliser un téléphone, faire appel à des services, faire des courses	
		Loisirs		Activités récréatives paisibles : écouter de la musique, regarder la télévision, lire des livres, tricoter/coudre/crocheter, participer à des activités	

			artistiques/culturelles, jouer aux cartes/à des jeux de société	
			Loisirs actifs : pratiquer un sport, s'occuper d'un animal, aller au cinéma/théâtre, aller au restaurant, conduire/visiter des lieux, aller au parc/place/terrain de jeux, voyager, assister à des événements sportifs	
			Vie sociale : rendre visite à des amis/des membres de la famille, converser au téléphone, assister à des fêtes, organiser des fêtes, écrire des lettres, planifier des rencontres sociales, assister à des réunions de groupe	
	Personne	Affectif	Sentiments, relations avec l'autre, relation à soi-même	
		Cognitif	Niveau d'étude, emploi, capacités cognitives	
		Physique	Schéma corporel, image du corps, relation à son propre corps	
	Outil	Rendement occupationnel	Amélioration	
		Satisfaction	Amélioration	
		Objectif signifiant	Activité signifiante	
	Résilience (Cyrulnik, 2005)	Traumatisme	Amputation du membre supérieur	
Prothèse			Types, deuil de l'ancien corps pour acceptation de la prothèse	
Côté dominant			Relatéralisation, perte d'identité	
Reconstruction		Sens	Pour la personne, activité signifiante	
		Lien	Social, familial, amical	
Acceptation		Deuil	5 étapes : déni, agressivité et révolte,	

			marchandage, dépression, acception.	point de vue psychologique ? Certaines activités peuvent-elles permettre cette reconstruction ?
Activité occupationnelle	Activité signifiante	Pour soi	Loisirs, activités de soins personnels qui tiennent à cœur, travail Schéma moteur,	Décrivez-moi une prise en charge type pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ? Concernant la phase pré-prothétique, quelles sont les étapes de prise en charge ? Et pour la phase prothétique ? Comment intervenez-vous dans la phase de réadaptation et la phase de réhabilitation / réinsertion ? Comment intervenez-vous dans la mise en place de la prothèse ? De quelle manière était présente l'activité sportive avant le traumatisme et comment s'est déroulée l'intégration ou la reprise de cette activité ? Lorsque l'activité sportive avait une importance avant le traumatisme, de quelle manière s'est déroulée cette reprise d'activité ? Si l'activité sportive n'avait pas de sens avant le traumatisme, de quelle manière l'avez-vous intégrée à la prise en charge ? Dans quel but ? Quelle place donnez-vous à l'activité sportive dans vos prises en charge aujourd'hui ?
		Entourage proche	Ergothérapie : Prise en charge MCRO, objectif, rendement, performance, participation, engagement Proches : Autres professionnels	
		Activité sportive	Activité vectrice d'intégration du membre prothétique, permet appropriation du schéma corporel, outil de résilience	
	Activité significative	Pour les autres	Emploi, rôles sociaux (famille, travail, loisirs), médias	
			Membre absent, prothèse	
		Image renvoyée		

				<p>Collaborez-vous avec l'éducateur APA ? Quel lien avez-vous avec lui ?</p> <p>Qu'est-ce qui, en tant qu'ergothérapeute, nous différencie de l'éducateur APA dans la mise en place d'une activité sportive ?</p> <p>Dans quel contexte, en ergothérapie, pouvons-nous proposer une activité sportive pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?</p> <p>Est-ce à la demande de la personne ? Par conséquent est-ce une activité signifiante et/ou significative ?</p> <p>L'engagement de la personne doit-il être important pour que cette reprise d'activité sportive soit un succès ?</p>
--	--	--	--	---

Question finale : Ainsi, au regard des réponses apportées à mes précédentes questions, comment l'activité sportive peut-elle permettre la reconstruction (physique et psychologique) de la personne et favoriser l'intégration de la prothèse ?

** Les questions principales sont inscrites en **gras**. Les autres questions sont des questions de relance.*

Annexe 12

Guide d'entretien ergothérapeutes

Questions préalables :

- Pouvez-vous vous présenter succinctement ? (Nom, âge, profession)
- En quelle année avez-vous été diplômé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes ayant subi une amputation ? / Pendant combien de temps avez-vous travaillé avec des personnes ayant subi une amputation ?
- Depuis quand êtes-vous dans la structure ?
- Avez-vous davantage de patients ayant subi une amputation du membre inférieur ou du membre supérieur ? Est-ce une majorité d'hommes ou de femmes ? Quel est l'âge moyen de ces personnes ? Quelles sont les principales causes d'amputation du membre supérieur et du membre inférieur ?
- Avez-vous fait une formation complémentaire sur l'amputation depuis l'obtention de votre diplôme d'ergothérapeute ? Si oui, laquelle ?
- Avec qui travaillez-vous dans l'équipe de soin ?
- Quelles activités proposez-vous dans votre service en ergothérapie pour l'ensemble des personnes ayant subi une amputation (membre supérieur et inférieur) ?

Questions principales + questions de relance :

- 1. Décrivez-moi une prise en charge type pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?**
 - *Concernant la phase pré-prothétique, quelles sont les étapes de prise en charge ? Et pour la phase prothétique ?*
 - *Comment intervenez-vous dans la phase de réadaptation et la phase de réhabilitation/réinsertion ?*
 - *Comment intervenez-vous dans la mise en place de la prothèse ?*
- 2. Quels sont pour vous les éléments favorisant la reprise d'activité pour la personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?**
 - *Évaluez-vous les habitudes de vie antérieures de la personne afin de favoriser cette reprise d'activité ?*

- *Comment prenez-vous en considération les activités qui ont du sens pour la personne ?*
 - *Dans les éléments favorisant la reprise d'activité, pouvons-nous évoquer le terme de reconstruction ?*
 - *D'un point de vue physique, comment se manifeste cette reconstruction ? D'un point de vue psychologique ?*
 - *Certaines activités peuvent-elles permettre cette reconstruction ?*
- 3. Quelles sont les difficultés relatives à la reprise d'activités antérieures au traumatisme qui peuvent être rencontrées ?**
- *Certaines personnes sont-elles en opposition lors de reprises d'activités antérieures ?*
 - *Comment travaillez-vous l'apprentissage de nouvelles habitudes de vie avec ces personnes ?*
- 4. De quelle manière était présente l'activité sportive avant le traumatisme et comment s'est déroulée l'intégration ou la reprise de cette activité ?**
- *Lorsque l'activité sportive avait une importance avant le traumatisme, de quelle manière s'est déroulée cette reprise d'activité ?*
 - *Si l'activité sportive n'avait pas de sens avant le traumatisme, de quelle manière l'avez-vous intégrée à la prise en charge ? Dans quel but ?*
- 5. Quelle place donnez-vous à l'activité sportive dans vos prises en charge aujourd'hui ?**
- *Collaborez-vous avec l'éducateur APA ? Quel lien avez-vous avec lui ?*
 - *Qu'est-ce qui, en tant qu'ergothérapeute, nous différencie de l'éducateur APA dans la mise en place d'une activité sportive ?*
- 6. Dans quel contexte, en ergothérapie, pouvons-nous proposer une activité sportive pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?**
- *Est-ce à la demande de la personne ? Par conséquent est-ce une activité signifiante et/ou significative ?*
 - *L'engagement de la personne doit-il être important pour que cette reprise d'activité sportive soit un succès ?*

- 7. Ainsi, au regard des réponses apportées à mes précédentes questions, comment l'activité sportive peut-elle permettre la reconstruction (physique et psychologique) de la personne et favoriser l'intégration de la prothèse ?**

- 8. Avez-vous des remarques supplémentaires ?**

Annexe 13

Guide d'entretien éducateurs APA

Questions préalables :

- Pouvez-vous vous présenter succinctement ? (Nom, âge, profession)
- En quelle année avez-vous été diplômé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous avec des personnes ayant subi une amputation ? / Pendant combien de temps avez-vous travaillé avec des personnes ayant subi une amputation ?
- Depuis quand êtes-vous dans la structure ?
- Avez-vous davantage de patients ayant subi une amputation du membre inférieur ou du membre supérieur ? Est-ce une majorité d'hommes ou de femmes ? Quel est l'âge moyen de ces personnes ? Quelles sont les principales causes d'amputation du membre supérieur et du membre inférieur ?
- Avez-vous fait une formation complémentaire sur l'amputation depuis l'obtention de votre diplôme ? Si oui, laquelle ?
- Avec qui travaillez-vous dans l'équipe de soin ?
- Quelles activités sportives proposez-vous en APA pour l'ensemble des personnes ayant subi une amputation (membre supérieur et inférieur) ?

Questions principales + questions de relance :

- 1. Décrivez-moi une prise en charge type pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?**
 - *Concernant la phase pré-prothétique, quelles sont les étapes de prise en charge ? Et pour la phase prothétique ?*
- 2. Quels sont pour vous les éléments favorisant la reprise d'activité sportive pour la personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?**
 - *Evaluez-vous les habitudes de vie antérieures de la personne afin de favoriser cette reprise d'activité ?*
 - *Comment prenez-vous en considération les activités qui ont du sens pour la personne ?*
 - *Dans les éléments favorisant la reprise d'activité sportive, pouvons-nous évoquer le terme de reconstruction ?*

- *D'un point de vue physique, comment se manifeste cette reconstruction ? D'un point de vue psychologique ?*
- *Certaines activités sportives peuvent-elles permettre cette reconstruction ?*

3. Dans quel contexte, en APA, pouvez-vous proposer une activité sportive pour une personne ayant subi une amputation du membre supérieur ?

- *Est-ce à la demande de la personne ? Par conséquent est-ce une activité signifiante ?*
- *L'engagement de la personne doit-il être important pour que cette reprise d'activité sportive soit un succès ?*

4. De quelle manière était présente l'activité sportive avant le traumatisme et comment s'est déroulée l'intégration ou la reprise de cette activité ?

- *Lorsque l'activité sportive avait une importance avant le traumatisme, de quelle manière s'est déroulée cette reprise d'activité ?*
- *Si l'activité sportive n'avait pas de sens avant le traumatisme, de quelle manière l'avez-vous intégrée à la prise en charge ? Dans quel but ?*
- *Certaines personnes sont-elles en opposition lors de reprises d'activités antérieures ?*
- *Comment travaillez-vous l'apprentissage de nouvelles habitudes dans l'activité sportive avec ces personnes ?*

5. Collaborez-vous avec l'ergothérapeute lorsque vous prenez en charge une personne ayant subi une amputation du membre supérieur souhaitant reprendre une activité sportive ?

- *Quel lien avez-vous avec l'ergothérapeute ?*
- *Qu'est-ce qui, en tant qu'éducateur APA, vous différencie de l'ergothérapeute dans la mise en place d'une activité sportive ?*

6. Ainsi, au regard des réponses apportées à mes précédentes questions, comment l'activité sportive peut-elle permettre la reconstruction (physique et psychologique) de la personne et favoriser l'intégration de la prothèse ?

7. Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Annexe 14
Grille d'observation

	A	B	C
Sexe			
Âge			
Côté dominant			
Côté amputé			
Niveau d'amputation			
Cause de l'amputation			
Date d'amputation			
Date d'arrivée dans l'établissement de rééducation			
Durée prévue du séjour			
Professionnels qui l'entourent / l'ont entouré			
Autonomie / indépendance en règle générale			
Appareillage (oui/non, inclus dans l'activité, accepté dans l'environnement)			
Activités proposées par l'ergothérapeute (activité sportive ?)			
Activités reprises depuis le traumatisme			
Activités réduites ou abandonnées depuis le traumatisme			
Niveau d'acceptation / reconstruction			
Participation sociale			

Amputation et activité sportive : une activité signifiante vectrice de résilience ?

Résumé : L'activité est un outil privilégié en ergothérapie. Elle est au centre de l'accompagnement proposé à une personne ayant subi un traumatisme, telle qu'une amputation du membre supérieur. Ce traumatisme peut engendrer des répercussions sur l'équilibre occupationnel de la personne. Il sera alors important qu'elle puisse reprendre les activités qui lui sont significatives, comme l'activité sportive, activité de loisir. Cependant pour cela, le passage par certains processus physiques et psychologiques, comme le processus de prothésisation ou de résilience est nécessaire. Ainsi, en quoi l'activité sportive, vectrice de nombreux bienfaits physiques, psychologiques et sociaux, peut-elle donner un objectif signifiant de rééducation, facilitant la résilience, à la personne amputée du membre supérieur portant une prothèse ? Pour répondre à cette question, cinq personnes amputées du membre supérieur ont été interrogées ou observées et cinq professionnels en rééducation ont été questionnés. Il apparaît que l'ergothérapeute va collaborer avec l'équipe interprofessionnelle pour que la personne puisse reprendre ou intégrer l'activité sportive dans sa prise en soin rééducative. Il peut également contribuer à l'appropriation de la prothèse grâce à cette activité sportive et cette même activité signifiante peut faciliter la résilience de la personne amputée du membre supérieur et lui permettre de s'impliquer dans sa rééducation. L'ensemble prend tout son sens avec la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, permettant à l'ergothérapeute de cibler les activités significatives dans le but d'augmenter le rendement occupationnel et la satisfaction de la personne.

Mots clés : Activité signifiante – Activité sportive – Amputation du membre supérieur – Ergothérapie – Résilience

Amputation and sport activity: a meaningful activity vector of resilience?

Abstract: Activity is a privileged tool in occupational therapy. It is at the backbone of the support offered to someone who suffered from a trauma, such as an upper limb amputation. This trauma can have repercussions on the person's occupational balance. It will therefore be important for this person to be able to resume meaningful activities, such as sport, which is a leisure activity. In order to do so, it is necessary to go through some physical and psychological processes, such as a prosthetization process or a resilience process. Thus, in what way can sport activity, vector of numerous physical, psychological and social benefits, give a significant objective of rehabilitation, thus facilitating resilience, for upper limb amputees wearing a prosthesis? To answer this question, five upper limb amputees were interviewed or observed and five rehabilitation professionals were questioned. It appears that occupational therapists will collaborate with the interprofessional team in order for amputees to resume or integrate sport activities into their rehabilitation care. They can also contribute to the appropriation of their prosthesis through sport activity and this same meaningful activity can facilitate upper limb amputees' resilience and allow them to get involved in their rehabilitation. This whole process takes on its full meaning with the Canadian Occupational Performance Measure, allowing occupational therapists to target meaningful activities in order to increase people's occupational performance and satisfaction.

Key words: Meaningful activity – Occupational Therapy – Resilience – Sport activity – Upper limb amputation