



# L'activité physique et sportive : un moyen de favoriser la résilience chez les victimes d'amputation

---

Mémoire d'initiation à la recherche

GUEHO Lou

Promotion 2020-2023

LEROYER Élise

Maître de mémoire





## 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 »<sup>1</sup>.

### 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'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, 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* ..... GUÉHO Lou .....

*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 ..... Evreux ..... Le ..... 08 / 05 / 2023 ..... signature

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>2</sup> 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 ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.







*Avant tout, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de loin ou de près, à la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche.*

*Tout particulièrement, ma maîtresse de mémoire, Madame LEROYER Élise, pour son dévouement, sa disponibilité, ses conseils précieux dans les moments d'incertitude et ses encouragements constants durant cette année.*

*Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation La Musse pour leur accompagnement, leurs apports de connaissances et leur soutien tout au long de ces trois années de formation.*

*Je souhaite remercier tous les professionnels m'ayant accueillie sur le terrain pour leur disponibilité et pour avoir pris le temps de m'aider à devenir la professionnelle que je serai demain.*

*Ainsi que, toutes les personnes ayant participé à cette étude, pour avoir consacré leur temps et leur confiance à cette recherche.*

*Je tiens à remercier tout particulièrement ma famille, mes amis pour leur présence, leurs encouragements et leur soutien inconditionnel.*

*Enfin, un message personnel à mon binôme d'aventure, sans qui, ces trois années auraient été bien différentes.*

*« J'ai toujours pensé que l'exercice physique est la clef non seulement de la santé du corps mais aussi de la paix de l'esprit ».*

Nelson MANDELA



## SOMMAIRE :

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>.....</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I. CADRE CONTEXTUEL.....</b>	<b>2</b>
1. SITUATION D'APPEL.....	2
2. DEMARCHE DE REFLEXION.....	4
3. QUESTION DE DEPART.....	4
<b>II. CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>5</b>
1. L'AMPUTATION.....	5
1.1. <i>Définition de l'amputation</i> .....	5
1.2. <i>Étiologie et épidémiologie de l'amputation</i> .....	6
1.3. <i>Diagnostic et processus de l'amputation</i> .....	7
1.4. <i>Troubles associés et répercussions de l'amputation</i> .....	8
1.5. <i>Processus de réadaptation et appareillage</i> .....	10
2. L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE.....	11
2.1. <i>Définition de l'activité physique et sportive</i> .....	11
2.2. <i>Activité signifiante et significative</i> .....	12
3. LA RESILIENCE.....	13
3.1. <i>Définition de la résilience</i> .....	13
3.2. <i>Résilience et ergothérapie</i> .....	13
4. L'ERGOTHERAPIE.....	14
4.1. <i>Définition de l'ergothérapie</i> .....	14
4.2. <i>L'ergothérapie et les amputations</i> .....	15
4.3. <i>L'occupation</i> .....	15
5. LE MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE (MOH).....	16
5.1. <i>Définition du modèle de l'occupation humaine</i> .....	16
5.2. <i>L'Être</i> .....	16
5.3. <i>L'Agir</i> .....	17
5.4. <i>Le Devenir</i> .....	18
5.5. <i>Le contexte environnemental</i> .....	18
<b>III. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES.....</b>	<b>19</b>
<b>IV. CADRE EXPERIMENTAL.....</b>	<b>19</b>

1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	19
1.1. <i>Objectif de la recherche</i> .....	20
1.2. <i>Choix de la méthode de recherche</i> .....	20
1.3. <i>Choix de la population</i> .....	21
a) Critères d'inclusion et d'exclusion .....	21
b) Recherche des participants.....	21
1.4. <i>Choix de l'outil de recueil de données</i> .....	22
2. RESULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE.....	23
2.1. <i>Présentation des résultats</i> .....	23
a) Présentation de la population interrogée.....	23
b) Présentation du public accompagné .....	25
c) Collaboration au sein des équipes pluridisciplinaires.....	25
d) Activités proposés en ergothérapie pour les patients amputés.....	26
e) Accompagnement du patient amputé et MOH .....	27
f) Activité signifiante et activité physique et sportive .....	28
g) Résilience et rôle de l'ergothérapeute.....	29
2.2. <i>Analyse des résultats</i> .....	31
a) L'ergothérapie et les victimes d'amputation .....	31
b) Les activités significatives.....	32
c) La résilience .....	34
3. DISCUSSION.....	35
3.1. <i>Retour sur le questionnement de départ</i> .....	35
3.2. <i>Hypothèse de recherche 1</i> .....	36
3.3. <i>Hypothèse de recherche 2</i> .....	37
3.4. <i>Biais, limites et intérêts de l'étude</i> .....	38
a) Biais de l'étude .....	38
b) Limites de l'étude .....	39
c) Intérêts de l'étude.....	39
3.5. <i>Perspectives envisagées</i> .....	40
3.6. <i>Apports personnels et professionnels de cette étude</i> .....	41
<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	
<b>ANNEXES</b> .....	

## Liste des abréviations

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

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité Physique et Sportive

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

DE : Diplôme d'État

DEE : Diplôme d'État d'Ergothérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIII : Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé

SNSS : Stratégie Nationale Sport-Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation



## Introduction

L'amputation est une procédure difficile et traumatisante qui engendre des répercussions physiques, psychologiques et sociales considérables pour les individus concernés. L'ablation d'un membre peut être utilisée à titre préventif pour diminuer la douleur et prévenir la survenue d'autres affections, mais elle peut également être la conséquence d'un accident, quel qu'il soit. Cette solution extrême et radicale entraîne un impact profond sur la vie quotidienne de la personne, allant de la difficulté à effectuer de simples tâches, à la perte de confiance en soi.

Les personnes amputées peuvent éprouver un sentiment d'isolement, de dépression et de faible estime de soi. Leur qualité de vie sera de ce fait impactée. Dans ce contexte, l'activité physique et sportive peut jouer un rôle important dans le processus de résilience de ces personnes. En effet, des études ont montré que la participation à des activités physiques et sportives pouvait aider à améliorer la santé physique, la confiance en soi, et ainsi retrouver une certaine autonomie afin de favoriser l'intégration sociale. Dans cette perspective, l'activité physique et sportive occupe un rôle clé dans le processus de réadaptation et de récupération des personnes amputées ; de même que dans leur capacité à surmonter les défis physiques et psychologiques associés à leur condition. De plus, cette approche est de plus en plus reconnue et adoptée par les professionnels de santé, y compris dans les centres de rééducation.

Parmi les rééducateurs rencontrés par la personne amputée, se trouve l'ergothérapeute. Ce dernier centre sa pratique sur la personne, ses occupations et son environnement. Ainsi, pour accompagner la personne amputée dans sa rééducation, il utilise principalement des activités significatives et signifiantes.

En somme, l'amputation est une procédure extrêmement difficile qui affecte grandement la vie des individus qui en sont victimes. Cependant, il existe des moyens efficaces de surmonter les difficultés liées à cette intervention chirurgicale et de retrouver une vie épanouissante et productive. Dans cette optique, cette thématique suscite une préoccupation grandissante dans la communauté scientifique et médicale.

Au cours de mes expériences personnelles et professionnelles, j'ai observé les éléments présentés précédemment. Ils ont alors occasionné une démarche réflexive et m'ont amené à me questionner sur l'intérêt des activités porteuses de sens, dans

l'accompagnement en ergothérapie, des personnes amputées. Ce questionnement sera exploré plus en détail tout au long de ce mémoire d'initiation à la recherche.

La première partie de cet écrit constitue le cadre contextuel, qui met en évidence l'ébauche de la réflexion et son cheminement, aboutissant à une question de départ. Ensuite, en réponse à cette interrogation, le cadre conceptuel est exposé en deuxième partie, avec un appui sur les recherches menées sur les notions essentielles et les concepts clés. La question de recherche et l'hypothèse émanant de ce cadre conceptuel sont énoncées en troisième partie. La quatrième partie de cette étude correspond à la phase expérimentale, composée de la méthodologie de recherche, la présentation et l'analyse des résultats et la discussion. Enfin, la conclusion terminera la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche.

## **I. Cadre contextuel**

### **1. Situation d'appel**

Mon mémoire d'initiation à la recherche poursuit un questionnement apparu tout au long de mon parcours sportif. Effectivement, pratiquant le triathlon à différents niveaux depuis plusieurs années, j'ai eu l'opportunité de rencontrer divers athlètes.

Au cours de ma vie, j'ai pu croiser des personnes ayant subi une ou plusieurs amputations. Leur force de caractère et leur enjouement m'ont particulièrement affecté. J'ai également été inspiré du parcours de nombreuses personnes invalides que j'ai appris à connaître à travers la télévision, les réseaux sociaux et la lecture, et qui ont fait preuve de courage et de détermination. C'est cet enthousiasme qui m'a conduit à m'intéresser aux métiers de la rééducation et de la réadaptation, et plus précisément à devenir ergothérapeute. Naturellement, j'ai souhaité approfondir mes connaissances sur l'amputation en rédigeant mon mémoire sur ce sujet.

En outre, le sport est l'une de mes activités principales et j'en retire de nombreux bienfaits pour ma santé et mon bien-être. J'ai pleinement conscience de son importance et du rôle qu'il joue dans mon quotidien. C'est pourquoi, il m'a semblé évident d'assimiler le sport à mon objet d'étude.

Grâce à diverses recherches, j'ai sélectionné quatre personnalités reconnues qui m'ont profondément marquée et que je souhaiterai mentionner :

- Coraline BERGERON, amputée fémorale droite à l'âge de 20 ans, à la suite d'une agression. Elle fera preuve d'une force insoupçonnée pour atteindre ses rêves, avec en tête les jeux paralympiques de Paris en 2024.
- Théo CURIN, amputé des quatre membres à l'âge de 6 ans à la suite d'une méningite fulgurante. Malgré ses craintes initiales de l'eau, il est devenu un champion paralympique de natation et a utilisé cette activité pour accepter son handicap.
- Marie-Amélie LE FUR, amputée tibial gauche à l'âge de 14 ans dans un accident de la voie publique. En quête d'activité sportive, elle remportera de nombreuses médailles aux jeux paralympiques en reprenant l'athlétisme seulement 4 mois après son malheur.
- Philippe CROIZON, amputé des quatre membres à l'âge de 26 ans, après avoir été électrocuté dans un accident domestique. Par la suite, il saura se dépasser et faire de son handicap une force, en multipliant les exploits sportifs.

Une lecture m'a également aidé dans le choix de ce sujet, à savoir, la biographie de Théo CURIN : « La chance de ma vie, j'ai fait de ma différence une force », (2022). Dans cet ouvrage, il raconte son quotidien à la suite de ses amputations et son combat pour réussir à relever ses défis.

Dans leurs livres ou lors d'entrevues télévisées, tous ont souligné que la pratique sportive et la volonté de se dépasser leur ont permis d'accepter leur handicap. Ils ont également décrit un sentiment de liberté dans leur pratique sportive, et ont montré que l'activité physique leur a donné la possibilité de transposer leur handicap en force pour se surpasser. En prenant note de ces témoignages, j'ai porté un intérêt particulier au concept de résilience par l'activité physique et sportive. Effectivement, la pratique d'une activité de ce type offre des avantages considérables pour le développement physique et psychologique de l'être humain.

J'ai donc choisi d'entreprendre mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'accompagnement d'une personne amputée dans la pratique d'activités significatives. Mon étude rend compte de la réflexion menée autour des bénéfices d'un accompagnement ergothérapeutique dans la participation à des activités qui ont une signification personnelle pour les personnes ayant subi une ou plusieurs amputations majeures. L'amputation, considérée habituellement comme une solution extrême, a toujours éveillé mon intérêt. En effet, j'ai régulièrement réfléchi à l'impact de l'activité physique et sportive chez les personnes amputées.

## 2. Démarche de réflexion

Cette situation d'appel a éveillé en moi des interrogations qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire. En prenant du recul, j'ai pu très rapidement ressortir un thème général : l'accompagnement d'une personne amputée vers des activités porteuses de sens.

Après avoir effectué ces premières recherches, je me suis intéressée aux répercussions d'une amputation. En effet, elle provoque chez la personne un choc psychologique important ; d'une part, en altérant l'image qu'elle a de son corps, et d'autre part, en créant un sentiment d'impuissance. SCHILDER affirme que : « *L'individu se sent différent de ce qu'il était auparavant, c'est à la fois le monde et le moi qui a changé* » (1980). Pour faire face à cette situation, il est nécessaire de rétablir un équilibre émotionnel entre l'individu et son corps, c'est-à-dire une réappropriation corporelle ; ainsi qu'entre l'individu et son environnement, en préservant son identité sociale.

Effectivement, l'amputation touche le sujet dans son intégralité et bouleverse sa manière de vivre, y compris ses activités quotidiennes, ses études, son métier ou ses loisirs. Cette perte peut entraîner une diminution de l'envie de réaliser certaines activités ou de pratiquer certains loisirs. Le regard des autres et l'image de soi peuvent également constituer des freins à la réalisation de leurs activités. Il est donc nécessaire pour chacun de prendre le temps de se reconstruire psychologiquement, mais cela peut avoir un impact sur l'engagement dans les activités. Ces réflexions m'ont conduit à me concentrer sur mon objet d'étude, à savoir l'engagement occupationnel des personnes amputées.

## 3. Question de départ

Après avoir déterminé mon thème et mon objet d'étude, d'autres interrogations sont apparues. Comment l'ergothérapeute promeut l'activité physique et sportive auprès des personnes ayant subi une amputation ? Quels sont les retentissements d'un point de vue physique, psychologique et social engendrés par l'amputation ? Comment ces personnes victimes d'amputation brutale parviennent-elles à se reconstruire ?

Comme l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui guide sa prise en soin autour de l'occupation, je me suis questionnée sur le rôle de l'activité physique et sportive chez un patient amputé. Étant donné que le sport détient une place



primordiale dans le développement de l'humain, je me suis donc préoccupée de l'impact de l'activité physique et sportive auprès des personnes victimes d'amputation. Ainsi, mon sujet de recherche porte sur l'utilisation et l'intérêt de l'activité physique et sportive, en tant que facteur de résilience, dans le but de favoriser l'engagement occupationnel des personnes victimes d'amputation.

De ce raisonnement personnel, est née une question de départ intitulée :

**Comment l'activité physique et sportive peut-elle favoriser le processus de résilience et faciliter l'accompagnement de l'ergothérapeute, lorsqu'elle est signifiante pour la personne victime d'amputation ?**

## **II. Cadre conceptuel**

Pour donner suite à la formulation de cette question de départ, le cadre conceptuel a été réalisé. Il contient les notions principales qui semblent essentielles à définir pour favoriser la pleine compréhension de l'enquête menée.

En effectuant plusieurs recherches, j'ai pu obtenir des définitions précises des concepts suivantes : amputation, activité physique et sportive, résilience, ergothérapie et Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

### **1. L'amputation**

#### *1.1. Définition de l'amputation*

D'après le dictionnaire Larousse, l'amputation est définie comme : « *l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre* » (LAROUSSE, s.d).

Elle fait suite à une opération chirurgicale ou à un traumatisme (arrachement, déchirement, section) et est généralement réalisée pour traiter des blessures graves, des infections, des maladies vasculaires ou des tumeurs. L'amputation est fréquemment mise en place pour éviter des complications graves, soulager la douleur ou même sauver des vies. Elle se différencie de part son emplacement : au niveau du membre inférieur ou du membre supérieur, et se distingue également du fait qu'elle soit mineure (en distale) ou majeure (en proximale).

Cette ablation d'un ou de plusieurs membres peut avoir des conséquences importantes sur la vie quotidienne et la santé mentale de la personne concernée, notamment en termes de douleur, d'image corporelle et de mobilité. En ce sens,

l'ergothérapeute peut intervenir et aider les personnes amputées à s'adapter à leur nouvelle situation en leur apprenant à utiliser de nouvelles méthodes pour réaliser certaines tâches afin de retrouver leur autonomie et leur indépendance.

## *1.2. Étiologie et épidémiologie de l'amputation*

Selon l'Association de Défense et d'Étude des Personnes Amputées (ADEPA), les principales causes d'amputation sont divisées en trois grandes catégories, elles peuvent être traumatiques, pathologiques ou congénitales.

L'étiologie traumatique représente 20% des amputations et touche essentiellement les sujets jeunes. Ces origines sont principalement associées à des événements tels que des blessures graves, des accidents domestiques, des catastrophes naturelles ou industrielles, des actes de guerre, des agressions, ainsi que des brûlures d'électrocution, des gelures ou des accidents de la voie publique. Si les lésions sont irréparables et que la conservation du membre est impossible, l'amputation peut être réalisée en urgence. Dans d'autres cas, l'amputation peut être réalisée à un stade ultérieur si les traitements conservateurs ont échoué ou si des complications surviennent.

L'ADEPA montre également que 80% des amputations sont associées à des causes pathologiques, et parmi elles, 60% seraient liées à des problèmes vasculaires (artériosclérose, diabète). Les 40% restant envelopperaient les tumeurs osseuses ou des tissus mous, les infections sévères (comme la gangrène), et les troubles neurologiques. Ce type d'amputation concerne majoritairement les individus âgés de plus de 65 ans présentant des facteurs prédisposants tels que le tabagisme et le diabète (ADEPA, s.d).

Enfin, l'amputation congénitale, plus communément appelée agénésie, désigne l'absence de formation d'un membre ou d'une partie d'un membre lors du développement fœtal de l'enfant et plus précisément pendant l'embryogenèse. Cette dernière est observée dès la naissance, sans qu'il y ait intervention chirurgicale.

Pour entrer dans le cadre de l'activité physique et sportive en tant qu'activité significative, il est important que l'amputation se produise au cours de la vie de la personne, excluant ainsi les cas d'amputations agénésiques. Cependant, quelle que soit l'étiologie, l'amputation reste brutale et n'est jamais sans conséquence.

Notons que les données épidémiologiques relatives aux amputations sont très limitées, voire absentes, rendant difficile l'estimation précise du nombre de personnes

amputées en France aujourd'hui. Nonobstant, certains chiffres nous donnent un aperçu. D'après les données de la Haute Autorité de Santé (HAS), il y aurait 100 000 à 150 000 personnes amputées en France (2007).

Ainsi, il existe un besoin pressant en matière de recherche, afin de mieux saisir les risques et la population affectée.

### *1.3. Diagnostic et processus de l'amputation*

En termes de diagnostic, l'amputation devient indispensable lorsque la vascularisation d'une extrémité n'est plus réalisable et que les tissus commencent à se nécroser. L'annonce et l'intervention surviennent dès l'instant où l'équipe médicale déduit que le membre ne peut être préservé sans causer davantage de dommages à la santé du patient.

Le processus d'amputation comporte trois étapes principales. La première étape consiste à évaluer les avantages, les inconvénients et les risques de l'amputation afin de déterminer s'il est préférable de conserver ou d'amputer le membre affecté. Des tests peuvent être effectués dans le but d'obtenir un plus grand nombre d'informations sur le membre altéré. Dans le même temps, l'équipe médicale informe le patient de la situation, afin d'obtenir son consentement. Effectivement, le patient est toujours partie prenante de sa prise en soin. Néanmoins, en cas de refus, le médecin pourra imposer son choix thérapeutique à la seule condition que le pronostic vital du patient soit engagé ou que l'équilibre entre les bénéfices et les risques ne soit pas respecté. Si l'équipe médicale estime que l'amputation est la meilleure option pour le patient, et que ce dernier a donné son approbation, la deuxième étape peut alors débuter. Cette dernière consiste à déterminer le niveau de l'amputation. Par ailleurs, il est important de noter que la longueur du membre préservé peut avoir une influence sur l'efficacité d'un futur appareillage prothétique. Enfin, lors de la troisième phase, le chirurgien doit prendre en compte l'épaisseur de la peau au niveau de l'amputation afin de faciliter le processus d'appareillage par la suite (KRAJBICH et al., 2016).

L'annonce des conséquences en lien avec le choix thérapeutique est tout aussi primordiale que celle de l'annonce du diagnostic. Cette étape est décisive car elle permet une meilleure alliance thérapeutique, ce qui augmente les chances de réussite de la prise en soin. En effet, la qualité de celle-ci dépend en grande partie de la communication transparente entre le patient et l'équipe médicale, y compris sur les éventuelles complications. Il est donc crucial que cette information soit partagée

clairement et de manière appropriée afin que le patient puisse prendre les mesures nécessaires pour sa propre santé.

Annoncer à un patient qu'il doit subir une amputation est une étape difficile et délicate pour les professionnels de santé. Pour aborder cette situation de la manière la moins traumatisante, il est primordial d'avoir toutes les informations nécessaires sur l'état de santé du patient et sur l'amputation envisagée, et d'associer les professionnels adéquats à cette étape du processus. Le patient peut être affecté par cette annonce, d'où l'importance de lui montrer que nous sommes conscients de ses préoccupations, à l'écoute de ses besoins et présents pour le soutenir. Ainsi, un accompagnement psychologique pourra alors être mis en place pour aider le patient à surmonter cette épreuve. Il est également essentiel de lui expliquer clairement la situation, de préciser le niveau de l'amputation envisagé, ainsi que les avantages et les risques associés à la procédure. De la même façon, il est capital d'utiliser un langage simple et compréhensible pour éviter toute confusion ou incompréhension. Des informations concrètes seront à fournir au patient sur ce qu'il peut l'attendre après l'amputation, telles que les soins post-opératoires, la rééducation, ou encore le temps de récupération. Pour finir, l'individu aura probablement des questions, notre rôle sera d'y répondre, l'objectif étant de permettre au patient de comprendre la situation et de prendre une décision éclairée.

#### *1.4. Troubles associés et répercussions de l'amputation*

À la suite d'une amputation, diverses complications peuvent survenir, notamment des douleurs fantômes, des névromes, des contractures, ou encore des croissances osseuses.

Au cours des premiers jours suivants l'amputation, la personne pourra ressentir une douleur intense au niveau de son moignon, également appelée « douleur du membre résiduel ». Cette douleur est fréquente pendant la période post-opératoire, car l'opération a impliqué la section de la peau, des muscles, des nerfs et des os. Plus tard, la personne pourra également ressentir des douleurs fantômes dans la partie amputée. 60 à 85% des patients amputés ressentent une douleur fantôme dans la partie du membre qui a été amputée. Celle-ci peut prendre la forme de sensations de froid, de chaud, de picotements, de crampes, de fourmillements ou encore de décharges électriques. Bien que cette douleur diminue en intensité et en fréquence avec le temps, elle peut parfois réapparaître avec autant d'impact qu'au début. Pour

certain patients amputés, cette douleur peut être très désagréable, voire handicapante (BROCHET B et al., 2009).

Outre l'impact physique, l'amputation génère également une dimension psychologique à considérer. En effet, il s'agit d'une intervention grave qui peut avoir un impact psychologique important. Le patient doit faire face à la perte d'une partie de son corps et doit apprendre à accepter sa nouvelle apparence corporelle.

En somme, la perte d'un membre engendre un processus de deuil, tel que l'explique JUNKER-TSCHOPP. L'amputation est avant tout une histoire de perte, une histoire de deuil. Ce dernier entraîne un processus psychologique de séparation et de réparation, qui est généralement composé de cinq étapes distinctes (JUNKER-TSCHOPP, 2012). Lors de cette démarche, le patient doit apprendre à vivre avec la perte de son membre, son ancien corps et sa vie passée. Il doit s'adapter à un corps différent et à une altération de ses capacités dans ses activités quotidiennes.

Selon Sigmund FREUD (1917), ce processus consiste en un travail psychique qui implique l'acceptation de la perte de l'objet investi, tout en se protégeant. Pour ce faire, une aide psychologique pourra être mise en place. D'après les travaux de Carl ROGERS (1996), celle-ci serait favorisée par quatre qualités, à savoir : l'empathie, l'écoute active, la congruence et le non-jugement. D'ailleurs, l'ADEPA souligne que la prise en charge psychologique « *doit être précoce et obligatoire* » (s.d), afin d'accompagner au mieux l'individu dans le processus de deuil.

Elisabeth KÜBLER-ROSS (1969) a conceptualisé et défini 5 phases dans le processus de deuil :

- Le déni : une réaction de défense face à l'annonce, qui aide la personne à faire face à la nouvelle.
- La colère : la personne ressent l'injustice de la situation et exprime sa colère.
- La négociation : la personne recherche un consensus entre son handicap et sa vie antérieure, dans l'espoir d'un « retour à la normale ».
- La dépression : la personne prend conscience de la situation et réalise que sa vie va changer.
- L'acceptation : dernière étape du processus où la personne accepte son nouveau corps et renonce à son ancien corps. Elle se concentre sur les nouvelles possibilités qui s'offrent à elle et crée des projets.

Le modèle d'Elisabeth KÜBLER-ROSS révèle les différentes étapes que la personne doit franchir avant de pouvoir réussir à vivre avec une amputation. Il est observé que l'acceptation prend du temps et que l'amputation entraîne une détresse psychologique pour l'individu.

Un schéma du processus de deuil d'Elisabeth KÜBLER-ROSS est proposé en annexe (Annexe I).

### 1.5. *Processus de réadaptation et appareillage*

Le processus de réadaptation est mesuré selon trois phases distinctes : post-opératoire, pré-prothétique et prothétique.

La première étape, la phase post-opératoire, est une période critique et aiguë qui exige une adaptation à la nouvelle situation. Il est donc crucial que les professionnels intervenant dans le suivi du patient le sensibilisent aux risques de complications tels que l'hygiène de la peau et la prévention des contractures. Par la suite, une fois que le patient est prêt, un apprentissage des activités unilatérales débute pour stimuler son autonomie, comme l'ont souligné KLARICH et BRUECKNER (2014).

La phase suivante est la phase pré-prothétique, où le membre résiduel est préparé en vue d'un futur appareillage. Avant la mise en place de la prothèse, l'équipe vérifie si le patient remplit les critères d'éligibilité, tels que la capacité cognitive nécessaire afin de comprendre les instructions et l'absence d'un surpoids important (MONROE et al., 2007).

Enfin, lors de la phase prothétique, le patient sera accompagné dans le but d'effectuer les apprentissages fondamentaux pour réaliser ses activités de vie quotidienne de façon sécuritaire avec la prothèse.

Notons que : « *le processus de réadaptation est aussi possible sans la prothèse, si le patient le souhaite. Certains décident de ne pas utiliser de prothèse, car ils trouvent qu'elle représente une nuisance ou qu'elle est trop difficile à utiliser.* » (KRAJBICH et al., 2016).

Il est essentiel de commencer le processus de réadaptation tôt pour que le patient puisse apprendre à être fonctionnel sans son membre et sans la prothèse. Au cours de cette période, l'usager acquiert des connaissances de base pour assurer une sortie en toute sécurité. Les activités de vie quotidienne telles que l'habillage, les transferts (pour l'amputation inférieure), les soins personnels, l'écriture (pour l'amputation supérieure), l'utilisation d'aides techniques ou de dispositifs de mobilité, le retour à la

conduite, sont revues avec l'ergothérapeute. Lorsque le patient réintègre sa communauté, l'équipe pluridisciplinaire doit effectuer une évaluation minutieuse de la sécurité au sein du domicile pour faciliter une réintégration harmonieuse.

## 2. L'activité physique et sportive

### 2.1. Définition de l'activité physique et sportive

Les termes d'Activités Physiques et Sportives (APS) regroupent toutes les pratiques, qu'elles soient sportives, compétitives, de loisirs, extrêmes, libres, au cours desquelles le corps est utilisé, mis en jeu et ceci quelle que soit la valeur (physiologique, psychologique, sociologique) que le pratiquant lui prête.

Elles désignent toutes formes d'exercices physiques qui visent à maintenir ou améliorer sa condition physique, sa santé et son bien-être. Les APS peuvent être pratiquées à différents niveaux d'intensité, de la simple marche pour maintenir une activité physique minimale, à l'entraînement de haute intensité pour les sportifs professionnels. Elles sont également réalisées individuellement ou en groupe, à l'intérieur ou à l'extérieur, en utilisant des équipements de sport ou simplement son propre corps.

Il s'agit d'un élément important d'un mode de vie sain et équilibré, qui est recommandé pour prévenir de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiaques et certains types de cancer. Les APS contribuent en outre à améliorer la santé mentale, la qualité du sommeil et l'estime de soi.

De plus, il est avéré que la bonne santé est une condition favorable pour un apprentissage optimal. Dans cette optique, l'Éducation nationale s'associe avec le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques en collaboration avec Paris 2024 et le mouvement sportif pour garantir à chaque élève un minimum de 30 minutes d'activité physique quotidienne. Cette mesure est en adéquation avec la démarche école promotrice de santé, qui encourage toutes les actions éducatives et projets pédagogiques en faveur de la promotion de la santé, ainsi que la Stratégie Nationale Sport-Santé (SNSS). Elle s'inscrit dans le cadre du programme génération 2024, en vue de Paris 2024, car elle vise à améliorer les capacités motrices et physiques des enfants, afin de les inciter à découvrir les disciplines olympiques et paralympiques (ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, 2022).

Bien que l'activité physique et sportive soit vivement conseillée pour prévenir les maladies chroniques et aider à traiter de nombreuses affections de longue durée, il ne

faut pas oublier qu'elle est avant tout une source de plaisir. La pratique d'une activité sportive entraîne la sécrétion d'hormones telles que l'endorphine, la dopamine ou l'adrénaline, qui ont des effets bénéfiques sur le corps et l'esprit. Ces hormones permettent de réduire le niveau de stress, d'améliorer la qualité du sommeil, de réduire les douleurs et d'agir comme un antidépresseur.

Enfin, le sport peut également jouer un rôle important dans la création de liens sociaux, la passion et la citoyenneté. Pour les jeunes en particulier, les associations sportives offrent un cadre privilégié pour rencontrer de nouvelles personnes, se développer et s'épanouir tout en respectant les autres. La pratique sportive peut ainsi favoriser la confiance en soi et l'autonomie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'activité physique comme : « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie* » (2022). En ce sens, les déplacements actifs, les activités domestiques et les activités professionnelles ou scolaires (travail physique) en font parties, tout comme l'exercice physique et la pratique sportive.

## 2.2. *Activité signifiante et significative*

La notion d'activité signifiante renvoie à une activité qui a un sens et une importance pour la personne qui la réalise, tandis qu'une activité significative est une activité qui a un sens pour l'environnement de cette même personne (MOREL-BRACQ, 2009). L'utilisation de ces activités s'inscrit dans une approche systémique qui a influencé la méthode centrée sur le patient appelée « top-down ».

En ergothérapie, les activités signifiantes sont privilégiées car elles encouragent la motivation et l'engagement du patient dans l'activité, qui sont essentiels pour atteindre les objectifs de performance. Cette recherche portera également sur ce type d'activité, en considérant non pas l'activité physique et sportive en tant qu'activité simple, mais en tant qu'activité signifiante pour le patient.

L'activité physique et sportive peut apporter de nombreux plaisirs à une personne. Selon Boris CYRULNIK, cette activité peut également servir de « facteur de résilience » (2020).



### 3. La résilience

#### 3.1. Définition de la résilience

La résilience est un terme d'origine française, issu du latin « resiliencia », qui est employé en physique pour désigner la capacité des matériaux à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue.

Selon ANAUT, « *la résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance mais évoque davantage des propriétés de souplesse et d'adaptation* » (2005). En ce sens, la résilience se définit comme un phénomène psychologique qui implique qu'un individu touché par un traumatisme soit capable de faire face à cet événement de sorte à ne plus être dominé par le malheur, et à se reconstruire de manière socialement acceptable.

Il aura fallu attendre la fin des années 1990, pour que ce concept soit mis en lumière. En effet, Boris CYRULNIK, neurologue, psychiatre et psychanalyste, a explicité la résilience, selon les mots suivants : « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* » (1999, p10) et « *la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme* » (2012, p192).

En d'autres termes, la résilience désigne la capacité à se relever après avoir subi un traumatisme psychique, qui peut être décrite selon plusieurs perspectives biologiques, psychologiques et sociales. Considérée comme un processus dynamique, elle correspond à la réponse d'adaptation d'un individu face à l'adversité, en fonction de ses propres compétences émotionnelles et cognitives.

#### 3.2. Résilience et ergothérapie

L'accompagnement en ergothérapie chez la personne victime d'amputation est primordial. En effet, il facilite la reprise des activités quotidiennes, permet l'éducation de nouvelles techniques et l'apprentissage de moyens de compensations. En outre, il favorise l'acceptation de la nouvelle image de soi, ce qui contribue au processus de résilience.

La question se pose de savoir comment l'ergothérapie peut participer à l'amélioration de la résilience, des patients amputés. L'ergothérapeute adopte une approche centrée sur la personne, son environnement, ses activités et sa performance. Celle-ci permet à l'individu de s'adapter à son environnement et aux situations de vie grâce à ses

propres ressources et habiletés. De plus, ces activités variées constituent une richesse que l'individu pourra utiliser selon ses besoins, dans son quotidien.

Par ailleurs, Sylvie MEYER explique également que la personne a besoin de réaliser des activités signifiantes, c'est-à-dire, des activités qui « *ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne* » (2013).

Ainsi, l'ergothérapeute au travers de différentes activités pourra développer la résilience d'un individu.

## 4. L'ergothérapie

### 4.1. Définition de l'ergothérapie

En termes d'étymologie, le mot « ergothérapie » provient de la racine grecque « ergon » qui signifie « activité », et du mot « therapeia » qui se traduit par le « soin » (PIBAROT, 2013, p53).

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « *l'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. [...] Il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part, pour prévenir et modifier les activités délétères qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.* » (s.d).

Outre l'analyse des répercussions physiques occasionnées par une blessure ou une maladie, l'ergothérapeute évalue également les influences psychosociales et environnementales qui peuvent entraver la capacité de l'individu à effectuer ses occupations.

L'objectif de l'ergothérapie est de permettre aux individus de réaliser des activités humaines de façon autonome, efficace et en toute sécurité. Cette pratique vise également à prévenir, réduire ou éliminer les situations de handicap en prenant en compte les habitudes de vie des personnes et leur environnement.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'ergothérapeute doit dans un premier temps, procéder à une évaluation du patient lui permettant de centrer son intervention sur celui-ci, ses besoins, ses intérêts et ses objectifs, afin de guider son intervention. L'ergothérapeute

réalise des bilans dans le but d'obtenir des informations sur les forces et les limites du patient ainsi que sur sa perception de lui-même. Il prend également en compte le contexte de vie, les rôles et tâches spécifiques de la personne. (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

Par la suite, l'ergothérapeute suggère des activités significatives pour le patient, qui servent de levier thérapeutique en renforçant leur estime de soi et en encourageant l'expression de leurs émotions et sentiments.

#### 4.2. *L'ergothérapie et les amputations*

L'ergothérapie joue un rôle crucial dans la prise en charge des personnes amputées. En plus des soins de rééducation et de réadaptation qui visent à appareiller la personne et à compenser le handicap, l'ergothérapeute aide la personne à adopter un nouveau mode de vie, adapté à sa nouvelle condition.

L'objectif de l'ergothérapeute dans le cadre de l'amputation est de réduire la dépendance de la personne amputée et de répondre à ses besoins fonctionnels. Pour ce faire, il utilise des moyens et instaure au patient de nouvelles techniques à l'aide de différentes mises en situation, afin de le rendre indépendant dans ses occupations.

#### 4.3. *L'occupation*

Le concept d'occupation est central en ergothérapie, d'où son nom anglais « occupational therapy ». Selon Sylvie MEYER, une occupation est un ensemble d'activités culturellement désignées qui ont une valeur personnelle et socioculturelle, et qui sont le fondement de la participation à la société. Les occupations peuvent être regroupées en soins personnels, activités productives ou loisirs (2013).

Doris PIERCE définit l'occupation comme : « *une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues* » (2001).

En ce sens, les activités réalisées par un individu durant une journée sont des occupations, qui conditionnent son rythme de vie. L'occupation est une activité en constante évolution qui est influencée par le contexte environnemental dans lequel elle se déroule. La participation à une occupation est le fruit d'un processus dynamique

d'interactions entre la motivation pour l'action, les habitudes et les rôles, les capacités de la personne et l'environnement.

Ainsi, de ce concept découle un modèle, le modèle de l'occupation humaine.

## 5. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

### 5.1. Définition du modèle de l'occupation humaine

Gary KIELHOFNER a développé en 1980 un modèle en ergothérapie nommé « Modèle de l'Occupation Humaine », qui se concentre sur l'individu et ses occupations, et adopte une perspective holistique. Le MOH se compose de trois éléments essentiels : l'Être occupationnel (la personne), l'Agir occupationnel (les actions effectuées par la personne) et le Devenir occupationnel, tous interagissant avec l'environnement.

Étant donné que mon sujet porte sur le rapport de l'individu à l'occupation humaine, j'estime que l'utilisation de ce modèle est particulièrement pertinente. Effectivement, le MOH semble être un outil approprié pour comprendre la volition, les rôles et la participation occupationnelle de la personne dans un contexte donné. Il permet également d'identifier différentes problématiques occupationnelles spécifiques à chaque individu. Sa spécialité réside dans l'approfondissement de la compréhension de l'implication de l'être humain, dans des activités qui ont du sens et de l'importance pour lui.

De plus, le MOH offre la plus grande variété d'outils utilisables en pratique clinique, allant des outils de dépistage aux outils d'identification de problèmes spécifiques. Cette diversité d'éléments d'évaluation crée une richesse immédiatement exploitable.

Un schéma récapitulatif du MOH est présenté en annexe (Annexe II).

### 5.2. L'Être

L'Être regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir la manière d'Agir. Il est constitué de trois éléments distincts, à savoir, la volition, l'habituación et la capacité de rendement.

La volition se réfère à la force de motivation qui pousse une personne à agir sur son environnement, en vue d'atteindre un objectif déterminé. Elle représente ainsi la capacité d'une personne à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réaliser ses intentions et surmonter les obstacles qui peuvent se présenter. Elle englobe :

- Les valeurs : éléments que la personne juge importants et significatifs (sens social et sens personnel).
- Les centres d'intérêt : activités qui procurent à la personne du plaisir et de la satisfaction, et qui les rendent plus attirantes que d'autres.
- Les déterminants personnels : pensées et connaissances de la personne sur sa propre efficacité et ses capacités à réaliser une activité.

D'après Gary KIELHOFNER, la volition est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité.

Selon TOWNSEND & POLATAJKO, l'engagement occupationnel se définit par : « *le niveau d'investissement qu'une personne met dans l'accomplissement d'une activité. Il ne s'agit pas seulement de l'effort physique réel utilisé pour faire une activité, mais aussi le niveau d'intérêt et de concentration démontré par la personne pour cette activité* » (2013).

L'habitude désigne la mise en place et l'intégration de comportements semi-automatiques dans un environnement familier. Elle regroupe :

- Les habitudes : réponses acquises et automatiques face à une situation connue ou à un environnement familier.
- Les rôles : impliquent l'adoption d'un statut social et/ou personnel et d'un ensemble d'attitudes et de comportements associés à ce statut.

La capacité de rendement désigne l'aptitude d'une personne à agir en s'appuyant sur les composantes objectives sous-jacentes et à l'expérience subjective du corps.

### 5.3. L'Agir

L'Agir se scinde en trois niveaux d'action, qui sont : la participation occupationnelle, le rendement et les habiletés.

Le premier niveau est la participation occupationnelle, qui renvoie au fait d'agir au sens large (au sens de l'occupation). Elle correspond à l'engagement effectif d'une personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques.

Le deuxième niveau de l'occupation est le rendement, qui est nécessaire pour participer à une occupation. La performance occupationnelle (ou rendement occupationnel) consiste en la réalisation de l'ensemble des tâches nécessaires pour

permettre la participation aux activités. Il englobe donc l'investissement de la personne dans ses activités.

Enfin, pour participer à une occupation, la personne doit réaliser des activités variées qui nécessitent la mise en œuvre de différentes actions dirigées vers des buts. Ces actions observables constituent les habiletés nécessaires à la réalisation de la tâche. Ces dernières regroupent les compétences motrices, opératoires et de communication d'une personne.

#### *5.4. Le Devenir*

Le devenir est la conséquence de l'addition de l'Être et de l'Agir et s'exprime dans le degré avec lequel la personne arrive à s'adapter à ses occupations.

Les expériences acquises au fil des diverses occupations contribuent à la formation d'une identité et de compétences propres à chaque personne, qui faciliteront son adaptation future à de nouvelles occupations.

Ce concept implique notamment la capacité de remplir les obligations et les responsabilités associées à différents rôles, tout en veillant à ce que nos habitudes aient une signification et restent en accord avec nos valeurs.

#### *5.5. Le contexte environnemental*

Gary KIELHOFNER (2002) a expliqué que l'être humain évolue dans un environnement qui lui offre à la fois des ressources et des opportunités, mais aussi des exigences et des contraintes. Cet environnement est constitué de deux entités étroitement liées : l'environnement physique, qui regroupe les objets et les espaces physiques qui entourent la personne, et l'environnement social, qui correspond aux groupes auxquels cette personne appartient.

Précisons que, le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences.

En outre, le modèle de l'occupation humaine a pour but de rendre compte des relations complexes et évolutives entre l'être humain et l'occupation, qui résultent de la motivation de la personne, de ses capacités et des exigences environnementales. Dans cette perspective, les interventions en ergothérapie visent à favoriser l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne.

### **III. Question de recherche et hypothèses**

À travers ces différents concepts, l'individu amputé présente de nombreuses restrictions occupationnelles impactant sa vie quotidienne : diminution marquée de l'intérêt pour des activités importantes, réduction de la participation à ces activités, perturbation négative de l'humeur. En se basant sur les définitions de l'ergothérapie, il est possible de déterminer le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion de la résilience chez les victimes d'amputation.

Cette évolution nous amène donc à la problématique suivante :

**En quoi un accompagnement en ergothérapie, basé sur le développement de l'activité physique et sportive, peut-il favoriser le processus de résilience chez les victimes d'amputation ?**

Afin de répondre à cette question, une approche hypothético-déductive est adoptée, impliquant la formulation d'une ou de plusieurs hypothèses. Dans ce cas, les deux hypothèses de recherche avancées sont les suivantes :

- **Hypothèse 1 : L'activité physique et sportive est un facteur clé dans la prise en soin des personnes victimes d'amputation.**
- **Hypothèse 2 : L'activité physique et sportive, en tant qu'activité signifiante, favorise le processus de résilience.**

Afin de confirmer ou de réfuter les hypothèses de recherche énoncées, une enquête de terrain sera effectuée. Les détails de la méthodologie employée pour mener cette dernière seront présentés dans la partie suivante.

### **IV. Cadre expérimental**

#### **1. Méthodologie de recherche**

Cette partie du travail d'initiation à la recherche repose sur des expérimentations menées sur le terrain. Effectivement, il convient de confronter les informations collectées lors des lectures à celles recueillies en pratique. Ces dernières seront analysées, puis, permettront de valider ou d'invalider les hypothèses formulées précédemment.

Tout d'abord, l'objectif est d'expliquer le dispositif méthodologique employé, ainsi que la stratégie de collecte de données. La constitution de l'échantillon et le choix de l'outil seront présentés, suivis d'une présentation des résultats obtenus, qui feront l'objet d'une analyse.

### *1.1. Objectif de la recherche*

Les personnes victimes d'amputation sont confrontées à de nombreuses problématiques occupationnelles en lien avec leurs activités significatives, qui se répercutent dans leur vie quotidienne.

L'objectif de cette étude consiste donc à évaluer si la pratique d'une activité physique et sportive a un véritable impact dans l'accompagnement en ergothérapie, et dans le développement de la résilience chez les victimes d'amputation, lorsqu'elle est significative.

### *1.2. Choix de la méthode de recherche*

Les deux méthodes principalement utilisées pour mener une recherche sont : la méthode quantitative et la méthode qualitative. La méthode quantitative consiste à collecter des données quantitatives en vue d'obtenir des statistiques. La méthode qualitative, en revanche, est souvent associée aux sciences humaines et sociales. Elle se focalise sur les aspects qualitatifs, les jugements, les pensées et les sens que peut donner l'interviewé à ses actions.

Dans l'optique de valider ou non mes hypothèses permettant de répondre à la question de recherche émise, l'approche dite qualitative a été privilégiée. Contrairement à la méthode quantitative, celle-ci est davantage subjective et permet de mieux comprendre les perceptions et les sentiments des personnes (FORTIN, 2010, p13). De plus, elle semble être plus appropriée pour échanger sur les pratiques des ergothérapeutes auprès des personnes victimes d'amputation.

Deux approches sont assimilées dans la méthode qualitative : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. L'approche inductive consiste à formuler une hypothèse à partir des données collectées sur le terrain. Cette hypothèse de travail permet de définir la problématique qui sera étudiée au cours de l'enquête. L'approche hypothético-déductive, quant à elle, implique la formulation préalable d'une ou plusieurs hypothèses de recherche qui répondent à une question de recherche déterminée après de nombreuses lectures réalisées en amont. Les hypothèses sont ensuite approuvées ou réfutées pendant l'enquête.



J'ai opté pour l'approche hypothético-déductive, qui implique de formuler deux hypothèses de recherche, de mener une enquête, d'analyser les résultats et de les interpréter à la lumière de la littérature scientifique, pour finalement valider ou invalider les hypothèses émises.

### *1.3. Choix de la population*

#### *a) Critères d'inclusion et d'exclusion*

En se basant sur les informations exposées précédemment, la population visée a été identifiée.

Dans le cadre de ce travail de recherche, il semble pertinent et évident de considérer le point de vue des ergothérapeutes. La population cible de cette étude est définie selon des critères d'inclusion émanant du cadre conceptuel et de la question de recherche, précédemment exposée. Ainsi, l'objet de cette étude est axé sur les individus ayant subi une ou plusieurs amputations.

La population interrogée pour cette étude est donc constituée d'ergothérapeutes français, titulaires d'un Diplôme d'État (DE), exerçant auprès de personnes ayant subi une ou plusieurs amputations, et utilisant le modèle de l'occupation humaine.

Les critères d'exclusion pour cette étude sont les suivants : ne pas détenir de Diplôme d'État d'Ergothérapie (DEE) ou être en cours de formation en ergothérapie, ne pas travailler auprès de personnes amputées, et ne pas utiliser le MOH.

Notons que, les critères d'inclusion et d'exclusion sont déterminés selon l'objectif de la recherche et de sa pertinence par rapport au sujet étudié.

#### *b) Recherche des participants*

Les participants ont été recrutés en utilisant les réseaux sociaux et en contactant diverses structures. Des messages ont été publiés sur des groupes regroupant des ergothérapeutes courant mars. Puis un second message a été publié en avril pour relancer le recrutement. En parallèle, une cinquantaine de mail a été envoyé à différentes structures afin d'obtenir un maximum d'ergothérapeutes correspondant aux critères de recherche. De plus, de nombreux appels téléphoniques ont également été passés, toujours dans le même but.

Les différents contacts ont pu être trouvés via le site internet des établissements, ou bien par le biais de contact établis lors de mes précédents stages ou grâce à mon réseau de professionnels.

#### 1.4. *Choix de l'outil de recueil de données*

Afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche émises, il est essentiel de s'appuyer sur un outil permettant l'obtention de données qualitatives. Pour réaliser cette étude, j'ai donc choisi de conduire des entretiens afin de remplir cet objectif. Effectivement, la population que je souhaite interroger est constituée d'ergothérapeutes travaillant auprès de patients amputés, et utilisant le MOH.

Il est donc important d'examiner minutieusement la question de recherche afin d'obtenir une analyse approfondie et détaillée de celle-ci. Les entretiens me permettent de questionner la pratique des ergothérapeutes, grâce à une approche pertinente pour répondre à cette question de recherche et aux hypothèses formulées.

De la même façon, cette approche me donne la possibilité d'obtenir des informations précises sur les pratiques, les significations et les enjeux que les ergothérapeutes associent à la question de recherche. De plus, ce type d'entretien offre également l'opportunité d'interagir avec la personne interviewée et de susciter de nouvelles questions en réponse à son discours.

Les entretiens menés sont de type semi-directif, ce qui signifie qu'un guide d'entretien (Annexe III) a été rédigé en amont par le chercheur. Celui-ci répertorie les principales questions de recherche et organise les sujets à aborder selon un ordre précis. Des questions dites de relances sont également incluses pour rétablir la communication en cas de confusion ou d'incompréhension de la part de l'interviewé et pour recentrer les propos au besoin. Ce guide est élaboré en se basant sur les hypothèses formulées, afin de déterminer les principaux thèmes à aborder avec les différents interlocuteurs.

L'intérêt de ces entretiens est d'assimiler les points de convergence présents dans les différentes pratiques, et au même titre les points de divergence. Afin d'obtenir davantage de réponses, les questions sont généralement ouvertes, ce qui soumet la possibilité et l'opportunité aux ergothérapeutes interrogées de s'approprier la terminologie utilisée et d'amener une réponse avec leur vocabulaire courant. La perspective subjective des participants, dérivée de leurs expériences, est pour moi primordiale. De cette manière, des réponses plus approfondies aux questions posées peuvent être obtenues.

Afin de respecter les règles éthiques imposées par la Loi Jardé du 02 mars 2012, qui autorise les interviews auprès d'ergothérapeutes, certains principes sont à respecter. Ainsi, j'ai fourni aux personnes interrogées un formulaire de consentement (Annexe

IV) rédigé par mes propres soins, précisant notamment l'anonymat des personnes interrogées, qui doit être lu et signé avant l'entretien, afin de confirmer leur contribution et de les informer des détails de leur participation. Je dois également m'assurer que ces personnes ont bien compris les modalités de l'entretien et qu'elles y consentent. Par conséquent, je suis autorisée à exploiter les données collectées. Avant et éventuellement pendant chaque entretien, je dois informer les interlocuteurs de plusieurs éléments tels que les mesures prises pour assurer la confidentialité de leurs données, et leur rappeler que leur consentement est réversible. De plus, je dois leur préciser qu'ils ne sont pas tenus de répondre à toutes les questions et qu'ils sont libres d'en poser également.

Les entretiens sont adaptés aux préférences des participants, soit en utilisant l'appel téléphonique, la visioconférence ou bien le présentiel, en fonction de la localisation. Pour faciliter la retranscription des entretiens, une application d'enregistrement vocal est utilisée.

## 2. Résultats et analyse de l'enquête

### 2.1. *Présentation des résultats*

Les entretiens ont été retranscrits pour permettre leur analyse, qui a été effectuée sous forme d'analyse thématique.

Pour préserver l'anonymat des ergothérapeutes interrogées, un code a été mis en place. Il est défini tel que : « E\* », où la lettre E représente « ergothérapeute » et le symbole « étoile » correspond à un numéro. Ainsi, le premier ergothérapeute interviewé est identifié par le code « E1 ».

#### a) *Présentation de la population interrogée*

Comme dit précédemment, j'ai pu recruter des ergothérapeutes par le biais de divers moyens de communication. Le premier message publié sur les groupes d'ergothérapeutes existants sur les réseaux sociaux n'a révélé aucune réponse positive. Le second message d'information posté en avril sur les mêmes groupes d'ergothérapeutes permettant de relancer le recrutement, n'a obtenu aucune réponse supplémentaire à ma demande. En outre, nul contact n'a été établi à l'aide des réseaux sociaux.

Néanmoins, grâce à la transmission d'une cinquantaine de mails dans des établissements divers et variés et avec plusieurs relances, j'ai pu recevoir une quinzaine de retours. Toutefois, tous les ergothérapeutes ne correspondaient pas au

profil recherché, malgré les critères émis dans ma demande. Seulement deux ont pu être recrutés par le biais du courrier électronique diffusé à la structure. En parallèle, j'ai donc passé une cinquantaine d'appels téléphoniques incluant les relances, me permettant ainsi de conduire un entretien supplémentaire.

Trois ergothérapeutes ont donc été interrogées. En voici, une brève présentation sous la forme de tableau.

<b>Ergothérapeute</b>	<b>Année d'obtention du diplôme</b>	<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Ancienneté avec la population amputée</b>
E1	2020	Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	3 ans
E2	2010	Soins de Suite et de Réadaptation	6 ans
E3	2017	Soins de Suite et de Réadaptation	3 ans

*Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes interrogés*

Pour répondre aux objectifs de ma recherche, les propos de ces trois professionnels ont été recueillis en leur posant les questions prédéfinies dans le guide d'entretien.

Notons que les profils des ergothérapeutes recrutées sont assez différents les uns des autres. Effectivement, la première ergothérapeute (E1) est une ergothérapeute de 26 ans, récemment diplômée. Tandis que E2, 37 ans, a obtenu son diplôme après la réforme de 2010, et fait donc partie de la première promotion de réingénierie du diplôme d'état d'ergothérapie. Quant à E3, 27 ans, elle possède déjà une expérience du fait de son diplôme datant de 2017.

L'approche de ces trois professionnels est par conséquent différente. Néanmoins, malgré leurs parcours disparates, toutes les ergothérapeutes interrogées ont une expérience assez importante auprès des patients amputés.

De plus, toutes trois exercent dans des SSR de tailles et de spécificités diverses. Selon leur lieu de travail, certaines peuvent rencontrer plus de patients amputés que d'autres, avec des lésions bien différentes et des prises en soins propres à la structure.

Afin de répondre à la question initiale, je vais donc présenter et analyser les propos recueillis.

### b) Présentation du public accompagné

Comme dit précédemment, le public ciblé est la population amputée dans sa généralité. Elle englobe donc les patients amputés du membre inférieur et du membre supérieur, allant de l'enfant à la personne âgée.

Au sein de la structure dans laquelle travaille E1, les patients sont principalement amputés du membre inférieur, avec pour origine première une cause traumatique. L'ergothérapeute accompagne autant d'hommes que de femmes, avec des profils âgés d'une trentaine d'années.

Par ailleurs, E2 explique que dans l'établissement où elle exerce, « *il n'y a pas plus de patients amputés du membre inférieur que du membre supérieur. Peu de différences sont présentes* ». Les patients qu'elle suit sont majoritairement des hommes, avec des amputations d'origine traumatique, qui sont avant tout, liés à des accidents de la voie publique.

Enfin, E3 travaille quant à elle avec « *tous types de patients amputés, âgés de 25 à 67 ans. Les causes de l'amputation sont diverses, pour certains d'origine pathologique et pour d'autres d'origine traumatique* ». Une nouvelle fois les patients accompagnés sont en majorité des hommes.

Voici un tableau reprenant ces données.

<b>Ergothérapeute</b>	<b>Type d'amputation</b>	<b>Origine de l'amputation</b>	<b>Sexe du public</b>	<b>Moyenne d'âge du public</b>
E1	Membre inférieur	Traumatique	Féminin et masculin	30 ans
E2	Membre inférieur et supérieur	Traumatique	Masculin	34 ans
E3	Membre inférieur et supérieur	Pathologique et traumatique	Masculin	46 ans

### c) Collaboration au sein des équipes pluridisciplinaires

Concernant le travail en équipe pluridisciplinaire, il est différent selon la structure dans laquelle l'ergothérapeute exerce. En effet, dans les établissements de

E1 et E2, des grosses équipes médicales et paramédicales sont présentes avec de nombreux professionnels de rééducation sur le plateau technique. Au sein de celles-ci, nous retrouvons des kinésithérapeutes, des orthoprothésistes, des enseignants des Activités Physiques Adaptées (APA), un psychologue, une psychomotricienne et une diététicienne.

Tandis que, dans le SSR ou exerce E3, la collaboration est possible seulement avec les kinésithérapeutes, car « *les autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire sont peu disponibles* ». Elle ajoute également que « *les pratiques ne sont pas toujours en accord pour instaurer cette pluridisciplinarité* ». En ce sens, la collaboration avec le reste de l'équipe pluriprofessionnelle s'avère compliquée. Elle précise d'ailleurs que « *dans l'idéal, j'aimerais qu'un enseignant APA fasse partie intégrante de l'équipe pour dynamiser la prise en soin des patients amputés* ».

#### d) Activités proposés en ergothérapie pour les patients amputés

À propos des activités proposés en ergothérapie pour ce public, elles sont très différentes les unes des autres selon la structure et la pratique instaurée au sein de cette dernière.

Selon E1, les activités proposées sont de l'ordre des moyens donnés par la structure. Elle précise qu'« *actuellement peu d'outils et moyens sont disponibles pour réaliser des activités manuelles. Les activités de ce type sont donc limitées, voire inexistantes, tandis qu'il serait pertinent de les réaliser avec certains patients* ».

E2 ajoute que « *les activités proposées varient selon le niveau d'amputation du patient et sa localisation* ». Elle explique alors que « *les objectifs de travail sont différents, mais l'objectif final est le même, à savoir, rendre le patient autonome et indépendant dans ses occupations* ». Elle précise aussi que « *les activités proposées aux patients sont choisies en fonction de ses centres d'intérêts* ».

D'après E3, les activités proposées dans cette structure sont diverses, et choisies en fonction des objectifs du patient. Ces dernières englobent « *l'apprentissage de l'utilisation d'une prothèse, la rééducation de l'équilibre et de la coordination, l'entraînement à la marche avec ou sans prothèse, la mise en place d'Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) telles que la cuisine, le ménage, l'habillage, etc. Elles comprennent également la participation à des activités sportives adaptées, comme la natation, le cyclisme, la randonnée* ». Selon E3, l'ergothérapie c'est aussi mettre en pratique l'utilisation de dispositifs d'aide à la mobilité tels que les béquilles, les cannes

ou le fauteuil roulant. Enfin, la thérapie occupationnelle est également utilisée dans la pratique de cette ergothérapeute. Elle consiste à utiliser des activités significatives pour aider les patients à récupérer leurs capacités fonctionnelles.

Ainsi, nous pouvons faire un premier lien avec l'utilisation du modèle de l'occupation humaine et la mise en place d'activités significatives.

#### e) Accompagnement du patient amputé et MOH

Durant les entretiens, les ergothérapeutes ont été interrogées sur l'utilisation de modèles conceptuels dans leur pratique professionnelle, et plus particulièrement sur l'application du modèle de l'occupation humaine.

Dans un premier temps, toutes trois ont évoqué une prise en charge similaire, débutant avec un entretien initial et la formulation des objectifs, et se terminant par un bilan de sortie. E1 a d'ailleurs précisé que *« l'ergothérapeute peut intervenir dans le processus de soins de la personne amputée à différentes phases. En effet, l'ergothérapeute détient un rôle dans la phase de rééducation et de réadaptation, mais également dans la phase de réhabilitation et de réinsertion »*. Tandis qu'E3 a spécifié que *« l'activité peut être un moyen dans la rééducation de l'individu amputé, mais que les mises en situation écologique ont également une importance dans ce processus »*. E2 a ajouté que *« l'accompagnement d'une personne amputée est un processus long et il convient d'instaurer une relation de confiance avec le patient »*.

Dans un second temps, l'utilisation du MOH au sein de la pratique ergothérapique a été pointé. Une ergothérapeute a alors mentionné une question de génération de diplôme en relation avec la mise en œuvre de ce modèle. En effet, E2 a expliqué qu'elle faisait partie de la première génération de diplômés à travailler selon les concepts, en précisant que ceci était une expérience nouvelle pour elle et ses pairs de la même génération. Cependant, dans sa pratique elle utilise le MOH régulièrement, en considérant le projet de vie du patient et en réalisant des activités en lien avec ses centres d'intérêts. Quant aux deux autres ergothérapeutes, diplômées plus récemment, elles ont pu faire le lien plus rapidement entre les notions explorées lors de la formation et l'utilisation du MOH en pratique. Elles ont également souligné l'intérêt des évaluations possibles grâce à ce modèle conceptuel, telles que le MOHOST, l'OCAIRS ou encore l'OSA. Par ailleurs, E3 a aussi évoqué *« le défi de faire accepter l'emploi du MOH aux collègues d'autres générations qui peuvent avoir plus de difficultés à faire évoluer leur pratique »*.

En outre, toutes trois ont exprimé leur conviction pour utiliser le MOH sur le terrain, afin de continuer à développer cette pratique centrée sur les occupations de l'individu. Notons, qu'E2 a ajouté qu'il était « *important d'y aller progressivement et de faire passer les changements au fur et à mesure* ».

En somme, l'utilisation du modèle de l'occupation humaine semble être une pratique centrale pour certaines des ergothérapeutes. En effet, c'est notamment ce que E3 a tenté d'expliquer : « *j'essaye de me concentrer sur les occupations de la personne plutôt que sur des concepts abstraits* ». De plus, E1 a déclaré qu'elle réalisait ses entretiens initiaux en s'intéressant aux différentes occupations de la personne.

#### f) *Activité signifiante et activité physique et sportive*

Au cours des entretiens, nous avons aussi abordé les activités au sens large.

Tout d'abord, nous avons rappelé ce qu'était une activité signifiante, et comment elle se présentait dans l'accompagnement en ergothérapie, afin de comprendre quels éléments pouvaient favoriser la reprise d'une activité de ce type.

Selon les ergothérapeutes interrogées, l'activité peut être facilitée par plusieurs éléments, tels que : une prise en charge médicale et une réadaptation précoce ; un soutien psychologique et social ; l'accès à des prothèses adaptées et à des équipements de réadaptation ; la participation à des programmes de rééducation et d'activités physiques adaptées ; la motivation et l'acceptation de la nouvelle situation de vie ; l'implication et la collaboration de l'entourage familial et professionnel ; la formation professionnelle et la recherche de nouvelles opportunités d'emploi adaptées à la situation de la personne amputée.

Quant à la reprise d'une activité physique et sportive chez un patient amputé, E1 souligne que son intervention se concentre sur la partie technique, c'est-à-dire sur la façon dont cette activité peut être adaptée au patient. Ainsi, pour y parvenir, elle explique que « *l'ergothérapeute peut mettre en œuvre ses compétences en matière d'aides techniques, de positionnement et d'installation, telles que l'utilisation d'un siège moulé ou d'un coussin* ». Dans certains cas, une adaptation du matériel ou même la création d'une orthèse peut s'avérer nécessaire, en fonction du niveau d'amputation, c'est ce que E1 a pu exposer lors de l'entretien. De plus, elle a illustré cela grâce à un exemple « *si le patient est amputé d'un membre supérieur, et qu'il souhaite pratiquer*



*le tennis de table, des raquettes adaptables peuvent être mises en place pour l'aider à pratiquer ce sport ».*

D'après E2, « *l'ergothérapeute joue un rôle crucial dans l'adaptation et le choix du matériel pour permettre l'accès à l'activité physique et sportive* ». Pour éclaircir son propos, elle évoque « *un projet de basket-fauteuil avec une patiente* », pour laquelle elle a utilisé ses compétences afin de garantir l'autonomie de la patiente, ajuster les paramètres du matériel, et personnaliser l'assise pour un positionnement et un confort optimal. De la même façon, elle ajoute l'importance de tenir compte des habitudes de vie antérieures du patient pour proposer une activité physique et sportive en adéquation avec ses centres d'intérêt et son projet de vie.

Enfin, selon E3, « *la reprise d'une activité physique et sportive pour un patient amputé nécessite la mise en place d'une prothèse adaptée, une rééducation fonctionnelle adéquate, ainsi qu'un accompagnement psychologique. Ces éléments sont essentiels pour permettre au patient de retrouver une mobilité optimale et ainsi favoriser la pratique d'une activité physique* ».

En résumé, en se basant sur les propos des ergothérapeutes, leur rôle principal est d'adapter l'activité physique en fournissant des orthèses ou des aides techniques si nécessaire. En tant que professionnels de l'activité humaine, ce rôle est similaire à celui qu'ils ont pour toute autre activité quotidienne, c'est-à-dire faciliter l'accès à l'activité. Il est important pour eux de considérer l'activité sportive dans leurs évaluations et objectifs si elle est signifiante pour le patient.

Ajoutons qu'E3 a souligné l'importance de « *la collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour permettre au patient l'accès à l'activité physique et sportive* ». En effet, il est important de garantir un accompagnement holistique et cohérent avec les souhaits du patient.

#### *g) Résilience et rôle de l'ergothérapeute*

Lors de ces entretiens, les ergothérapeutes ont également été interrogées sur le processus de résilience. Rappelons que la résilience est la capacité d'une personne à faire face à un ou des événements difficiles.

Les ergothérapeutes interviewées ont mis en évidence l'importance de l'activité physique et sportive dans l'accompagnement du patient amputé, lorsque celle-ci est signifiante. En effet, d'après E2, « *elle donne l'opportunité au patient de retrouver une motivation qui lui permet d'évoluer positivement et d'accepter son handicap tout en*

*réalisant les activités qu'il souhaite* ». E3 ajoute que « *la pratique régulière d'une activité physique et sportive adaptée permet de renforcer les capacités physiques et les compétences fonctionnelles de la personne amputée, ainsi que de favoriser son bien-être psychologique et social* ». Elle peut également contribuer à améliorer sa qualité de vie en favorisant son autonomie, sa participation sociale et son estime de soi. Notons que, l'ergothérapeute peut jouer un rôle important dans la proposition d'activités physiques et sportives adaptées, en fonction des capacités et des objectifs de la personne amputée.

De la même façon, E3 insiste sur les bénéfices que peut apporter l'APS dans la rééducation et la réadaptation des personnes amputées. Elle explique que « *tout d'abord, elle permet d'améliorer la condition physique de la personne, en augmentant sa force musculaire, son endurance et son équilibre, ce qui est important pour la réalisation des activités quotidiennes. Elle peut également favoriser la réduction de la douleur et de l'inflammation, ainsi que la prévention de complications telles que les escarres et les thromboses* ».

Quant à E1, elle a également appuyé sur « *les avantages de l'activité physique dans l'accompagnement du patient pour faciliter le retour au monde extérieur et la relation sociale* ».

En outre, la pratique d'une activité physique et sportive peut avoir des effets positifs sur le plan psychologique, en aidant la personne à retrouver confiance en elle, à réduire le stress et l'anxiété, et à améliorer son estime de soi et son bien-être général. Enfin, elle peut favoriser la participation sociale de la personne, en lui offrant la possibilité de partager des moments conviviaux et de rencontrer d'autres personnes ayant des intérêts similaires.

De la même façon, E1 a évoqué que « *l'APS provoque un sentiment de liberté pour le patient et ainsi lui permet de se reconstruire et de gagner en autonomie et en indépendance* ».

Quant à E2, elle explique que l'APS est une formalité dans le processus de résilience et ajoute « *l'activité physique a une place importante dans le quotidien de toute personne, mais d'autant plus chez les patients amputés car elle permet de prendre conscience de son corps, et donne l'opportunité de réaliser les activités qu'il souhaite. Elle permet également de se reconstruire physiquement, psychologiquement et socialement* ».

E3 insiste sur le bien-être, et explique que « *l'activité physique et sportive peut offrir une nouvelle source de plaisir, de socialisation et de récompense, tout en leur permettant de se concentrer sur leurs capacités plutôt que sur leurs limitations* ».

En ce sens, l'APS peut jouer un rôle important dans la reconstruction du patient, à plusieurs niveaux. Elle peut offrir l'opportunité de rencontrer de nouvelles personnes partageant des intérêts similaires, de se faire de nouveaux amis et de se sentir intégré dans une communauté.

## 2.2. *Analyse des résultats*

Pour étudier les résultats des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes, j'ai opté pour une analyse thématique des données recueillies. Cette méthode implique une observation de l'ensemble des entretiens, qui ont été retranscrits en intégralité. Après plusieurs lectures attentives, des catégories ont été établies en fonction des thèmes qui sont ressortis de manière récurrente. Il est important de souligner qu'aucune catégorie n'avait été anticipée avant la réalisation des entretiens.

Les données sont donc analysées et hiérarchisées selon trois thèmes principaux : l'ergothérapie et les victimes d'amputation, les activités significatives, la résilience.

### a) *L'ergothérapie et les victimes d'amputation*

Grace à l'analyse des entretiens, nous avons pu constater que l'ergothérapeute avait pour rôle d'élaborer et de concevoir des adaptations afin de permettre au patient la reprise de ses activités de vie quotidienne, pour favoriser son autonomie et son indépendance. En effet, grâce aux propos tenus par les ergothérapeutes lors des entretiens, nous avons perçu les installations effectuées telles que « *les raquettes adaptées* » ou « *les orthèses réalisées* ». De plus, il a été pensé que les mises en situation proposées par l'ergothérapeute jouaient un rôle important dans l'accompagnement du patient amputé. De la même façon, les professionnels soulignent l'importance de l'utilisation d'aides techniques, de conseils et d'informations, ainsi que de la conception d'adaptations spécifiques.

L'amputation peut parfois requérir à l'usage de nouveaux équipements tels que des dispositifs d'aides techniques. Dans cette optique, l'ergothérapeute doit alors mettre en avant ses compétences pour créer ces équipements d'assistance. Aussi, les séances d'ergothérapie peuvent également consister à mettre le patient en conditions réelles, afin de tester les équipements proposés par l'ergothérapeute, ou bien simplement retrouver les automatismes qui étaient présents avant le traumatisme.

Enfin, ajoutons que l'ergothérapeute est un professionnel important dans l'accompagnement de l'individu amputé car il trouve des compensations et des stratégies pour détourner les difficultés du patient et ainsi faciliter son quotidien. Cependant, la mise en place d'une prothèse est un tournant dans la vie du patient amputé. L'ergothérapeute favorise donc la mise en place de cet équipement, en réalisant un apprentissage.

Selon la majorité des témoignages, l'ergothérapeute peut tenir un rôle clé dans l'augmentation de l'indépendance et de l'autonomie des personnes amputées, notamment dans leurs occupations et leurs activités significatives. Néanmoins, il est primordial que l'ergothérapeute prenne en compte les besoins et les désirs du patient afin de faciliter sa rééducation. De plus, l'intervention de l'ergothérapeute doit être individuelle et adaptée en fonction du type d'amputation et des attentes du patient.

En résumé, les ergothérapeutes affirment que leur responsabilité en tant que professionnels de l'occupation humaine consiste essentiellement à adapter l'activité, que ce soit en fabriquant une orthèse ou en fournissant des aides techniques. Ils ont pour mission de faciliter l'accès à l'activité, comme pour toute autre activité de la vie quotidienne. Il est donc de leur devoir de prendre en compte l'activité physique dans leurs évaluations et objectifs, si elle a une signification particulière pour le patient.

#### *b) Les activités significatives*

L'ergothérapeute n'est pas le seul professionnel à encourager la pratique des activités significatives chez les patients amputés. Il intervient à un moment particulier de leur vie où il peut fournir des solutions pour rétablir leur équilibre de vie et retrouver leur motivation. Il peut apporter une base pour retrouver l'autonomie, mais c'est à la personne amputée de construire le reste.

Les entretiens exposent un changement important dans la reprise des activités significatives à la suite de l'amputation. En effet, la totalité des participants ont exposé que les activités porteuses de sens avaient un impact dans la prise en soin du patient amputé. De plus, le handicap leur permet également l'ouverture sur de nouvelles activités, qu'ils ont pu découvrir grâce à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

D'après les dires des ergothérapeutes, l'activité physique et sportive semble être un moyen pour passer outre le handicap. En effet, il est évoqué un sentiment de revalorisation lors de la pratique d'activité physique et sportive. Il en ressort que la reprise d'une activité de ce type est essentielle pour le patient, pour le stimuler, pour

continuer à avancer et aussi reprendre sa place dans la société. De plus, cette activité suscite de la motivation chez le sujet lors de sa prise en soin. Enfin, il apparaît que la pratique d'une activité similaire est un paramètre essentiel dans la reprise d'autonomie.

Finalement, selon ces trois ergothérapeutes, la reprise d'une activité physique est considérée comme une source de motivation et de confiance pour la personne amputée. Elle peut également augmenter la volition, qui est un terme en lien avec le modèle de l'occupation humaine et qui désigne la motivation à agir. En outre, cette activité peut aider les personnes à rebondir et à surmonter certaines limites de leur handicap, ce qui en fait un facteur de résilience. Toutefois, E2 soulève l'idée que *« la reprise de l'activité peut être nuancée et peut différer considérablement, du moins pendant la période de rééducation, de l'activité qui est réellement signifiante pour le patient »*.

La reprise de l'activité sportive a un impact significatif non seulement sur le plan psychologique, mais aussi physique. Elle permet aux individus de se surpasser mentalement et de réveiller leur corps. Les avantages de la reprise sont nombreux et perceptibles au quotidien. Par exemple, la pratique sportive leur permet de développer une musculature importante pour leur bien-être physique, particulièrement pour les déplacements, ce qui leur confère une plus grande autonomie. Grâce à cette activité, ils se sentent capables d'accomplir davantage d'actions, ce qui est bénéfique pour leur bien-être mental.

Il est évident que la reprise de l'activité sportive a un impact social important qui contribue également à l'acceptation du handicap. Les personnes amputées sont capables d'interagir avec d'autres personnes confrontées à des situations similaires grâce au sport, ce qui les aide à accepter leur propre handicap et à relativiser, et ainsi provoque un effet bénéfique sur leur moral. De plus, il est clair que la pratique sportive permet de briser les barrières que le handicap peut créer entre les personnes valides et celles en situation de handicap. Pour ces personnes, le sport est un vecteur de normalité qui les aide à se sentir comme les autres.

En résumé, les témoignages recueillis mettent en évidence que les personnes amputées rencontrent divers obstacles lorsqu'il s'agit de reprendre leurs activités significatives, qui peuvent être surmontés grâce à un accompagnement. Globalement, il ressort que des contraintes occupationnelles peuvent entraver leur parcours, tout

comme les obstacles liés à l'environnement physique et à l'accessibilité. Cependant, la pratique d'une activité signifiante permet de passer au-dessus de ces limites.

La plupart des ergothérapeutes partagent des points de vue similaires à ceux de Marie-Chantal MOREL-BRACQ exprimés dans la partie conceptuelle, qui soutient que l'engagement dans des activités signifiantes permet à une personne d'augmenter ses capacités, son sentiment de contrôle sur sa vie, son estime de soi et de structurer son identité.

### c) La résilience

Il est noté que la reprise de l'activité sportive a un impact psychologique important, permettant une certaine résilience en aidant les personnes amputées à surmonter leur handicap et à évacuer les traumatismes liés à l'accident. Cette activité significative procure un véritable soulagement émotionnel et favorise le bien-être mental.

La littérature explique que les patients amputés ont besoin de temps pour atteindre la phase de reconstruction positive après leur amputation. Pendant que certains rencontrent un grand nombre de difficultés pour faire face au traumatisme, d'autres entrent dans cette phase très rapidement. Cependant, tous les témoignages concordent sur l'importance de certains éléments pour surmonter le traumatisme de l'amputation.

Tout d'abord, l'appui de l'entourage est un élément crucial pour surmonter les traumatismes de l'amputation et avancer de manière positive, comme l'ont souligné les témoignages recueillis.

Les entretiens ont également souligné l'importance des relations soignant-soigné. En effet, il est noté que la collaboration interdisciplinaire avait un impact dans le processus de récupération de la personne amputée. La réflexion sur la reprise de l'activité sportive doit être menée en équipe avec le patient et sa famille, car chacun peut apporter sa propre expertise. Compte tenu de la complexité du patient et de son projet, une prise en soin complète et satisfaisante nécessite la collaboration de plusieurs professionnels. De la même façon, les trois ergothérapeutes soulignent l'importance de la collaboration pluridisciplinaire dans la réflexion sur la reprise d'une activité sportive. Cette démarche ne peut être menée qu'en équipe, en association avec le patient, car chaque professionnel apporte des compétences spécifiques qui contribuent à l'ensemble du projet. La complexité du patient et de son projet nécessite

une approche globale, ce qui rend indispensable la coopération entre les professionnels pour une prise en charge complète et satisfaisante.

Les participants ont évoqué des facteurs qui sont en accord avec la partie conceptuelle concernant la reconstruction. Ces facteurs comprennent des éléments internes tels que la personnalité ainsi que des éléments externes tels que l'entourage, la notion de temps et la reprise d'activités significatives.

Comme l'ont mentionné CYRULNIK et ANAUT, il est important pour la personne de donner un sens à sa situation et de retrouver sa capacité d'agir pour avancer dans la phase de reconstruction positive, qui implique également un retour à des responsabilités et à des rôles significatifs.

Grâce à ces entretiens, un croisement de données a pu être effectué. En effet, la partie conceptuelle a pu mettre en lumière certains éléments qui sont également ressortis lors de l'analyse de l'enquête de terrain. Ajoutons, que ces derniers ont permis aux professionnels de santé d'exprimer leur opinion sur ce sujet, et à partir de l'analyse de ces résultats, nous pouvons remettre en question les hypothèses formulées. Les données recueillies ont également suggéré quelques pistes pour améliorer la situation.

### 3. Discussion

L'analyse de ces entretiens nous a fourni des données qui vont nous permettre de discuter des hypothèses de recherche. Dans cette section, nous allons confronter ces résultats avec la littérature scientifique.

#### 3.1. *Retour sur le questionnement de départ*

Le questionnement de départ de ce mémoire d'initiation à la recherche portait sur la place de l'activité physique et sportive dans l'accompagnement en ergothérapie, et dans le processus de résilience, chez la personne amputée.

Le cadre conceptuel met en évidence que l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'accompagnement des personnes amputées, en prenant en compte l'environnement physique et social de la personne. Les études montrent également que les personnes ayant subi une amputation peuvent être affectées dans leurs occupations. Le modèle de l'occupation humaine offre une approche globale en prenant en compte toutes les sphères qui influencent la personne. En se basant sur cette analyse de la littérature

scientifique et théorique, il était pertinent d'interroger des ergothérapeutes afin d'explorer davantage cette thématique et d'atteindre l'objectif de la recherche.

### *3.2. Hypothèse de recherche 1*

« L'activité physique et sportive est un facteur clé dans la prise en soin des personnes victimes d'amputation »

Lors de l'analyse des entretiens, nous avons pu constater que les activités proposées par les ergothérapeutes étaient un moyen de rééducation facilitant l'accompagnement de la personne amputée. De plus, ces derniers ont révélé l'importance de l'activité physique et sportive dans l'accompagnement de l'individu victime d'amputation. En effet, les ergothérapeutes ont expliqué réaliser des activités en lien avec les centres d'intérêts du patient.

De la même façon, nous avons pu comprendre que la pratique de cette activité permettait un retour sur le monde extérieur et ainsi favorisait les relations sociales. Effectivement, les résultats ont souligné que la pratique d'une activité de ce type permettait de retrouver une motivation importante, valorisait l'individu et augmentait l'estime de soi.

Enfin, d'après les dires des ergothérapeutes et selon l'analyse qui a été faite, la pratique d'une activité physique et sportive renforcerait les capacités physiques, les compétences fonctionnelles, et favoriserait le bien être psychique et sociale.

Dans l'ensemble, l'activité physique et sportive peut jouer un rôle important dans la reconstruction du patient, tant sur le plan physique, grâce à la mise en place de la prothèse, que psychologique et social, de par la liberté de pouvoir réaliser les activités souhaitées. Il est important de souligner cependant que chaque cas est unique et que l'activité physique doit être adaptée aux besoins et aux capacités de chaque patient.

Précisons également que l'activité physique et sportive joue un rôle dans l'accompagnement de la personne amputée, néanmoins l'ergothérapeute construit sa prise en soin sur les centres d'intérêts du patient et ses activités significatives. En ce sens, il est possible que l'activité sportive ne fasse pas partie intégrante du mode de vie du patient. Il est donc important de préciser que l'activité physique sera un facteur clé de l'accompagnement en ergothérapie, seulement si cette dernière est adoptée par le patient.

Ainsi, nous pouvons estimer que cette première hypothèse est partiellement validée.



### 3.3. Hypothèse de recherche 2

« L'activité physique et sportive, en tant qu'activité signifiante, favorise le processus de résilience »

Grâce à l'analyse des entretiens, nous avons pu voir que les ergothérapeutes promouvaient l'activité signifiante dans leur pratique. En effet, celle-ci permet au patient d'augmenter sa motivation et ainsi d'être plus engagé dans sa rééducation.

L'ergothérapeute accompagne le patient dans ses activités de vie quotidienne. Ainsi, ce dernier prend en compte les centres d'intérêts du patient en lui proposant des activités signifiantes au cours de sa rééducation. De ce constat, l'activité physique et sportive est une occupation faisant partie intégrante du quotidien de la personne amputée, l'ergothérapeute accompagne donc le patient amputé dans cette activité. De plus, si cette dernière permet au patient de faciliter le processus de résilience, il est alors d'autant plus intéressant de mettre en place ce type d'activité.

Il est évident que la reprise de l'activité sportive a un impact psychologique significatif, aidant les patients à faire preuve de résilience en surmontant leur handicap et les traumatismes causés par l'accident. En tant qu'activité signifiante, le sport apporte une véritable paix de l'esprit et favorise le bien-être.

En résumé, les activités signifiantes constituent l'un des éléments clés de la résilience chez les personnes amputées, mais elles ne sont pas le seul facteur. L'ergothérapeute, grâce à ses compétences et son professionnalisme, peut contribuer de manière significative à la phase de reconstruction positive du patient. Pour y parvenir, la relation entre le professionnel et le patient doit favoriser un climat propice à cette reconstruction. De plus, l'activité physique et sportive peut-être un moyen facilitant pour le patient amputé.

Nous avons constaté que les activités signifiantes favorisaient le processus de résilience. Or, l'activité physique et sportive peut être considérée comme une activité signifiante chez certains individus. En effet, il arrive que ce type d'activité fasse partie du quotidien des patients.

Étant donné que les résultats ont révélé que la pratique d'une activité physique et sportive avait un réel impact dans le processus de résilience des individus amputés, nous pouvons penser que cette seconde hypothèse est quant à elle validée.

### 3.4. *Biais, limites et intérêts de l'étude*

#### a) Biais de l'étude

Comme toute étude, il est possible que ce sujet de recherche comporte des biais.

D'abord en raison du nombre restreint d'ergothérapeutes recrutés, qui se limitent à seulement trois entretiens. En effet, malgré 54 appels téléphoniques, 65 mails envoyés, plusieurs relances et les messages postés dans les groupes d'ergothérapeutes via les réseaux sociaux, peu de retour positif m'ont été fait. J'ai conscience que ces réponses sont trop peu nombreuses pour rendre l'enquête significative, néanmoins il est tout de même possible d'analyser ces données. Pour remédier à cette situation, il serait judicieux de réaliser davantage d'entretiens avec des ergothérapeutes ayant des pratiques différentes pour obtenir davantage de données. Ainsi le croisement des informations permettrait d'avoir une vision plus globale et des analyses de données riches et variées. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, il est important de souligner que la demande auprès des centres de rééducation est en constante augmentation, ce qui engendre une charge de travail importante pour les professionnels. Par conséquent, ils ont de moins en moins de temps pour répondre aux demandes d'étudiants. De plus, la période de réalisation du mémoire implique de nombreuses sollicitations pour les ergothérapeutes qui doivent faire des choix en fonction de leur intérêt pour certains sujets. Il est donc primordial d'avoir une approche convaincante pour susciter leur intérêt.

De plus, un de ces entretiens a été effectué par téléphone, limitant ainsi la communication verbale. En effet, lorsque j'ai contacté les différentes structures, j'ai précisé aux participants que les entretiens pouvaient se dérouler selon différentes modalités, à savoir, par appel téléphonique, par visioconférence ou bien en présentiel selon la localisation de l'interviewé. Les entretiens en présentiel auraient dû être privilégiés, car ils permettent de capter des éléments gestuels et visuels, contrairement aux entretiens téléphoniques ou en ligne qui sont plus rapides à organiser, moins coûteux et plus faciles dans la passation.

En outre, un autre biais de cette étude est que peu d'ergothérapeutes utilisent le modèle de l'occupation humaine dans leur pratique. En effet, de nombreux ergothérapeutes exercent auprès de la population amputée, cependant le MOH ne fait

pas partie intégrante de leur pratique, de ce fait il m'a paru plus complexe de recruter des participants.

Ainsi, un dernier biais a pu apparaître dans mon étude, à savoir un biais méthodologique. En effet, m'exerçant pour la première fois au travail de recherche et à l'élaboration d'un guide d'entretien, lors de la réalisation de ce dernier, j'ai pu utiliser une mauvaise formulation de certaines questions, les rendant ainsi trop larges, ce qui m'a valu une reformulation lors des entretiens, et une mauvaise compréhension.

#### *b) Limites de l'étude*

Durant l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche, certaines limites ont été identifiées.

Premièrement, les données épidémiologiques traitant de l'amputation sont faibles, voire parfois totalement absente. Peu de chiffres ont donc pu apparaître dans mon étude.

De plus, le lien entre l'activité physique et sportive et l'ergothérapie est très peu développé dans la littérature. J'ai donc dû croiser les données afin de pouvoir faire des liens entre les différents concepts.

Bien que des biais et des limites aient été rencontrés pendant ce travail d'initiation à la recherche, cette étude a été extrêmement bénéfique pour ma pratique professionnelle future. De plus, il existe des pistes de réflexion qui pourraient être explorées afin de pousser plus loin ce travail.

#### *c) Intérêts de l'étude*

Cette étude présente plusieurs avantages. Tout d'abord, elle offre aux ergothérapeutes la possibilité de découvrir de nouvelles pratiques et des outils innovants pour aider les personnes amputées dans la reprise de leurs occupations. De plus, la revue de littérature fournit une multitude de ressources telles que des ouvrages, des articles scientifiques et des sites web qui peuvent aider à approfondir les connaissances sur les sujets de l'amputation, de la résilience et du modèle de l'occupation humaine.

### 3.5. Perspectives envisagées

Lors de l'analyse des entretiens pour ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai été amené à réfléchir sur les propositions et les axes de réflexion possibles pour cette étude.

Dans un premier temps, si je devais à nouveau mener une recherche similaire, il faudrait que je fournisse un effort important dans la construction du guide d'entretien. En effet, le problème rencontré dans la formulation des questions a eu un impact négatif sur l'analyse, car des réponses redondantes pour des questions différentes ont pu survenir.

Dans un second temps, l'échantillon interrogé reste très faible, il serait donc nécessaire d'étendre cette recherche à plus grande échelle pour que celle-ci puisse être davantage représentative.

Afin de poursuivre ce travail, il serait pertinent de s'intéresser à l'interdisciplinarité et à la résilience. Il apparaît que l'ergothérapeute ne travaille pas seul dans le processus de résilience des patients, et que tous les professionnels de santé sont impliqués. Afin de contribuer à la reconstruction du patient, un outil dynamique et personnalisé appelé Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (PIII) a été élaboré par le professeur Yves BOULANGER et son équipe à l'institut de réadaptation de Montréal.

Je considère que le Plan d'Intervention Individualisé (PIII) est une méthode adéquate pour soutenir le processus de résilience chez les patients en situation de handicap, car il inclut les observations de l'équipe pluridisciplinaire, les souhaits du patient, les objectifs spécifiques et les actions à entreprendre, tout en favorisant l'implication active du patient dans son accompagnement. Le PIII encourage ainsi la construction d'une image positive vers laquelle le patient peut progresser.

De la même façon, j'ai également pu réfléchir à une poursuite d'étude sur les moyens utilisés en rééducation. Comme il a été souligné précédemment, les moyens de rééducation utilisés en ergothérapie doivent s'aligner autant que possible sur les activités signifiantes pour le patient. Si la réalisation de l'activité en question n'est pas possible, il est important d'adapter ou de modifier l'activité de base pour qu'elle soit accessible et éviter de mettre le patient en situation d'échec. Le suivi doit tenir compte du parcours psychologique de la personne face à son handicap. Lorsque l'activité thérapeutique est différente de ce que le patient a l'habitude de faire, il est essentiel de clarifier les raisons de cette différence. Le patient doit comprendre l'importance de

ce qu'on lui propose et trouver du sens dans son traitement. C'est pourquoi l'ergothérapeute doit expliciter ses compétences et les objectifs qu'il met en place avec chaque patient. Cette analyse pourrait donc être pertinente dans cette recherche.

### *3.6. Apports personnels et professionnels de cette étude*

Grâce à ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai acquis une rigueur professionnelle accrue en termes de méthodologie, qui m'a permis de perfectionner mes compétences d'analyse et de mieux me positionner en tant que future professionnelle.

D'un point de vue personnel, ce mémoire m'a tout d'abord permis de développer mes capacités de rédaction. Grâce à ce travail de recherche, j'ai pu bénéficier d'échanges passionnants avec des ergothérapeutes qui ont grandement enrichi ma réflexion. Ces échanges seront précieux pour accompagner mes futurs patients en tant qu'ergothérapeute. Ce mémoire m'a également permis de découvrir des histoires de vie inspirantes de personnes amputées, ce qui a renforcé mon désir de me rapprocher de ce public.

En ce qui concerne ma pratique professionnelle, cette recherche a renforcé mon intérêt pour les activités significatives et m'a convaincu de l'importance de les prendre en compte. De plus, elle a mis en lumière l'importance du handisport et m'a incité à vouloir faire reconnaître cette pratique. Enfin, les témoignages d'ergothérapeutes ont souligné l'importance d'une collaboration pluriprofessionnelle, une pratique que j'ai déjà pu expérimenter lors de mes stages et que je souhaite développer davantage dans ma pratique future.

En somme, ce travail de recherche a renforcé mon identité professionnelle et m'a également amené à réfléchir à mes propres choix en matière d'activité sportive et de leurs significations.

Ce processus de recherche m'a permis de rencontrer des personnes enrichissantes tant sur le plan professionnel que personnel. Les retours des participants ont montré l'influence que peut avoir l'activité signifiante sur les objectifs et les buts de l'accompagnement en ergothérapie. Il me paraît donc primordial de réfléchir à la manière d'être et d'agir en tant qu'ergothérapeute.

Les échanges fréquents que j'ai eus avec les responsables pédagogiques de l'institut de formation en ergothérapie ainsi qu'avec les autres professionnels ayant contribué à mon étude, m'ont permis de saisir la complexité entre la théorie et la pratique de

terrain. En effet, chaque patient étant unique, nous devons nous adapter aux demandes spécifiques de chacun, qui sont liées à leurs difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne.

Enfin, à travers ce travail de recherche, j'ai pris conscience de l'importance de mettre à jour constamment ses connaissances, de développer et de remettre en question sa pratique professionnelle.

## **V. Conclusion**

L'amputation est un traumatisme qui entraîne des répercussions sur le plan physique, psychologique et social. De nombreux patients se trouvent dans une situation où ils doivent réduire, voire abandonner complètement certaines activités, ce qui peut causer un déséquilibre occupationnel. Ce bouleversement des habitudes peut également perturber l'identité occupationnelle de la personne concernée.

Tout au long de ce mémoire, nous avons pu mettre en évidence le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes victimes d'amputation.

En outre, nous avons observé que la proposition d'activités signifiantes, telles que les activités physiques et sportives, procure un sentiment de bien-être et contribue également à la création d'une nouvelle identité occupationnelle.

Le modèle de l'occupation humaine est une source d'informations précieuse mais demeure encore insuffisamment connu et maîtrisé par les ergothérapeutes.

Les concepts présentés dans ce mémoire ont permis de formuler une question de recherche :

**En quoi un accompagnement en ergothérapie, basé sur le développement de l'activité physique et sportive, peut-il favoriser le processus de résilience chez les victimes d'amputation ?**

Deux hypothèses de recherche ont été formulées pour répondre à la question de recherche. La première hypothèse était la suivante : « L'activité physique et sportive est un facteur clé dans la prise en soin des personnes victimes d'amputation ». Ainsi, la seconde hypothèse fut formulée ainsi : « L'activité physique et sportive, en tant qu'activité signifiante, favorise le processus de résilience ».

La réalisation d'entretiens a été choisie pour obtenir des données précises et des expériences diverses, et les résultats ont révélé des bienfaits de l'activité physique et

sportive. Ces derniers ont mis en évidence la favorisation du processus de résilience. En fin de compte, la première hypothèse a été partiellement validée, tandis que la seconde a été validée.

Dans le but d'étayer les résultats, il paraît pertinent de reprendre ce travail afin d'approfondir cette recherche.

Il serait intéressant de développer et de promouvoir cette pratique à plus grande échelle, grâce au sport adapté, en vue des jeux paralympiques de Paris 2024, faisant l'objet d'une formidable vitrine pour les individus en situation de handicap.





## **Bibliographie**

### **Ouvrages :**

Curin, T. (2022). *La chance de ma vie*. Flammarion.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2020). *J'aime le sport de petit niveau*. Cherche Midi.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e édition). Chenelière Education.

*L'image du corps—Paul Schilder—Gallimard—Grand format—Librairie Gallimard PARIS.*

(s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.librairie-gallimard.com/livre/9782070224814-l-image-du-corps-paul-schilder/>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

### **Chapitre d'ouvrages :**

Cyrulnik, B. (2012). Limites de la résilience. In *Résilience* (p. 191-204). Odile Jacob.

<https://doi.org/10.3917/oj.cyrul.2012.01.0191>

Pierce, D. (2016). Chapitre 1. La science de l'occupation. Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 23-32). De Boeck Supérieur. [https://www-cairn-sciences-](https://www-cairn-sciences-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23.htm)

[info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23.htm](https://www-cairn-sciences-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23.htm)

### **Articles :**

- A Model of Human Occupation : Theory and Application*. (2002). Lippincott Williams & Wilkins.
- Anaut, M. (2005a). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Anaut, M. (2005b). Résilience et personnes en situation de handicap. *Reliance*, 15(1), 16-18. <https://doi.org/10.3917/reli.015.0016>
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Jamet, C., & Herniotte, C. (2005). Le PIII : Au service de la résilience ? *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 62-70. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0062>
- Kielhofner, G. (1980a). A Model of Human Occupation, Part 2. Ontogenesis from the Perspective of Temporal Adaptation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(10), 657-663. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.10.657>
- Kielhofner, G. (1980b). A Model of Human Occupation, Part 3, Benign and Vicious Cycles. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(11), 731-737. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.11.731>
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>
- Kielhofner, G., Burke, J. P., & Igi, C. H. (1980). A Model of Human Occupation, Part 4. Assessment and Intervention. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(12), 777-788. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.12.777>

Klarich, J., & Brueckner, I. (2014). Amputee Rehabilitation and Preprosthetic Care. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 75-91.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.005>

Liger, S. (s. d.). *Corps Ampute corps appareille et psychomotricite*. Consulté 4 mai 2023, à l'adresse  
[https://www.academia.edu/6312373/Corps\\_Ampute\\_corps\\_appareille\\_et\\_psychomotricite](https://www.academia.edu/6312373/Corps_Ampute_corps_appareille_et_psychomotricite)

Modèle de Kübler-Ross. (2022). In *Wikipédia*.  
[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le\\_de\\_K%C3%BCbler-Ross&oldid=198634805](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le_de_K%C3%BCbler-Ross&oldid=198634805)

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>

Travail de deuil. (2021). In *Wikipédia*.  
[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Travail\\_de\\_deuil&oldid=182983024](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Travail_de_deuil&oldid=182983024)

### **Autres références :**

*Activité physique et santé*. (2023, mai 4). Ministère de la Santé et de la Prévention.  
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>

*Activité physique*. (s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Bouhon, J.-P. (2011, janvier 1). *L'ergothérapie, un métier aux facettes multiples*. Fédération des maisons médicales. <https://www.maisonmedicale.org/l-ergotherapie-un-metier-aux/>

Conséquences psychologiques. (2011, juillet 27). ADEPA. <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>

La profession. (s. d.). ANFE. Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

*La relation d'aide et la psychothérapie.* (s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.esf-scienceshumaines.fr/sante-psy/29-la-relation-d-aide-et-la-psychotherapie.html>

Larousse, É. (s. d.). *amputation—LAROUSSE.* Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/amputation/11113>

Leduc, S. (s. d.). *Amputation—Membres inférieurs et supérieurs.* Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

Les causes d'amputation. (2011, juillet 6). ADEPA. <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/les-causes-damputation/>

*Pratiques sportives.* (s. d.). Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. Consulté 9 mai 2023, à l'adresse <https://www.education.gouv.fr/bo/22/Hebdo30/MENE2220806N.htm>

## Annexes

ANNEXE 1 : SCHEMA DU PROCESSUS DE DEUIL -----	1
ANNEXE 2 : SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE-----	2
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN-----	3
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT -----	8
ANNEXE 5 : DIAGRAMME DE GANTT -----	10



# ANNEXE 1 : SCHEMA DU PROCESSUS DE DEUIL

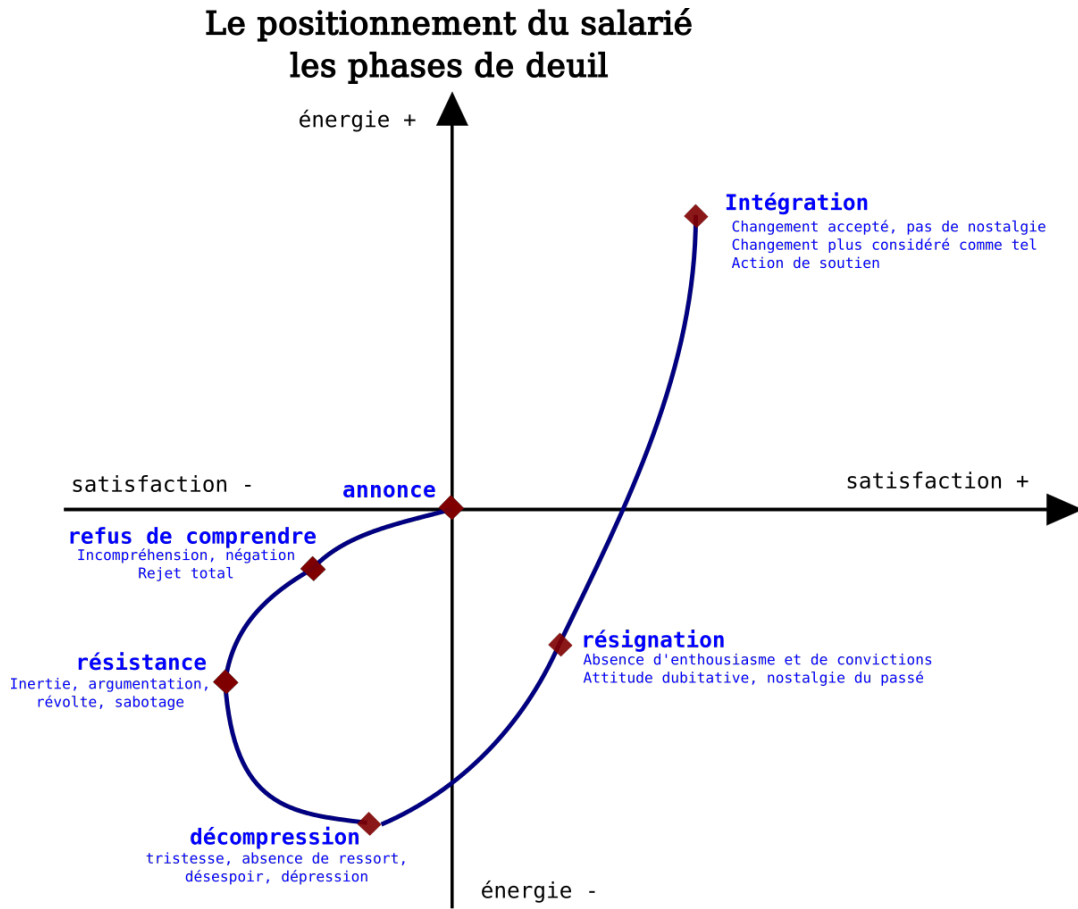


Image 1 : Schéma du processus de deuil d'Elisabeth KÜBLER-ROSS (1969)

## ANNEXE 2 : SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE

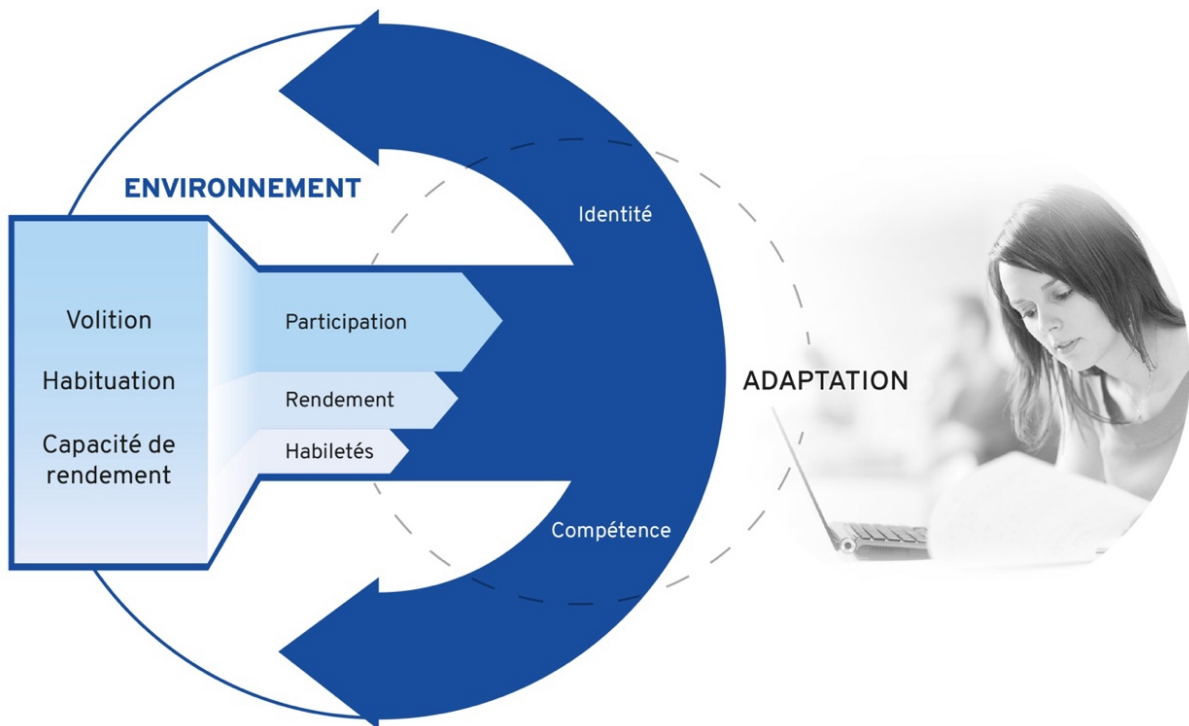


Image 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine de Gary KIELHOFNER (1980)



## ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

### Présentation de l'entretien :

Bonjour,

Je m'appelle Lou GUEHO, et je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) La Musse, à Évreux (27). Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche et plus particulièrement dans le cadre de la phase expérimentale.

Je réalise une enquête sur l'intérêt de l'activité physique et sportive dans le processus de résilience chez les victimes d'amputation. Pour cela, j'interroge plusieurs ergothérapeutes, afin de recueillir différents avis sur l'accompagnement de ce public. Aujourd'hui, nous prenons contact afin que je puisse recueillir des données au regard de votre expérience professionnelle auprès des personnes amputées.

Je tiens à vous remercier pour le temps que vous allez accorder à cet échange. Comme précisé dans le formulaire de consentement, cet entretien semi-directif durera une quarantaine de minutes. Je vous rappelle que tous les éléments transmis durant cet entretien seront anonymisés et seront uniquement traités dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Ils seront par la suite détruits.

Êtes-vous toujours d'accord pour que j'enregistre notre échange ?

À noter qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses et que je ne suis pas ici pour juger vos propos mais seulement pour les recueillir. N'oubliez pas que, si vous le souhaitez, vous pouvez mettre fin à notre échange à tout moment.

Avant de commencer l'entretien, je dois m'assurer que votre profil est éligible à ma recherche.

- Possédez-vous un Diplôme d'État en ergothérapie ?
- Accompagnez-vous ou avez-vous déjà accompagné une personne amputée en ergothérapie ?
- Utilisez-vous le modèle de l'occupation humaine ?

Si vous n'avez pas de questions supplémentaires, nous allons pouvoir commencer.

Entretien :

**Questions préalables :**

1. Pouvez-vous vous présenter succinctement ?
  - Quel âge avez-vous ?
  - Où avez-vous été diplômé ?
  - Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?
  - Dans quel type de structure exercez-vous ? Depuis combien de temps ?
  
2. 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 ?
  
3. Quel type de patients amputés accompagnez-vous ?
  - 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 ?
  
4. Avec qui travaillez-vous dans l'équipe de soin ? Et avec qui aimeriez-vous idéalement travailler ?
  
5. Quelles activités proposez-vous dans votre service en ergothérapie pour l'ensemble des personnes ayant subi une amputation ?

***Première partie de l'entretien : accompagnement de la personne amputée et utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine***

6. Décrivez-moi une prise en soins type pour une personne victime d'amputation ?
  - Quelles sont les étapes de prise en charge ?

- Comment intervenez-vous dans la phase de réadaptation et phase de réhabilitation / réinsertion ? Et la mise en place de la prothèse ?
- Quels moyens utilisez-vous dans l'accompagnement d'une personne victime d'amputation ?

7. Comment utilisez-vous le modèle de l'occupation humaine ?

- À quelle fréquence ?
- Quels outils du Modèle de l'Occupation Humaine utilisez-vous et pourquoi ?

***Deuxième partie de l'entretien : activité signifiante et activité physique et sportive***

8. Comment définissez-vous l'activité signifiante ?

9. Lors de vos prises en soins, utilisez-vous des activités signifiantes comme moyen thérapeutique avec les personnes amputées ?

- Quelles sont-elles ?
- À quel stade de la rééducation utilisez-vous ces activités ?

10. Selon vous, quels sont les éléments favorisant la reprise d'activité pour la personne victime d'amputation ?

- Évaluez-vous les habitudes de vie antérieures de la personne ? Si oui, avec quels outils ?
- Comment prenez-vous en considération les activités significatives pour le patient ?
- Comment se manifeste cette reconstruction, d'un point de vue physique ? Et d'un point de vue psychologique ?
- Certaines activités peuvent-elles permettre cette reconstruction ?

11. Comment définissez-vous l'activité physique et sportive ?

12. Dans quel contexte, en ergothérapie, pouvons-nous proposer une activité physique et sportive pour une personne victime d'amputation ?

- L'engagement de la personne doit-il être important pour que cette reprise d'activité physique et sportive soit un succès ?

13. Comment l'ergothérapeute peut-il intégrer l'activité physique et sportive dans sa prise en soins ?

14. Pensez-vous que la pratique d'une activité physique et sportive puisse avoir un impact sur l'accompagnement d'une personne amputée, en ergothérapie ?

15. Avez-vous collaboré avec d'autres professionnels pour permettre à ces patients d'accéder à l'activité physique et sportive ?

16. Selon vous, que pourrait apporter la pratique d'une activité physique et sportive dans la rééducation et la réadaptation des personnes amputées ?

### ***Troisième partie : processus de résilience***

17. Pensez-vous que cette pratique puisse être un atout dans l'acceptation du handicap ?

18. Ainsi, au regard des réponses apportées aux précédentes questions, comment l'activité physique et sportive peut-elle permettre la reconstruction du patient ?

### *Conclusion de l'entretien :*

Nous avons à présent terminé l'entretien. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Seriez-vous intéressé(e) pour obtenir un retour de mon mémoire d'initiation à la recherche ?

- Si oui, pourriez-vous me donner les coordonnées correspondantes au moyen de communication que vous préférez ?

Je vous remercie grandement du temps accordé, de votre disponibilité et de l'intérêt porté à mon sujet de mémoire d'initiation à la recherche.

Si vous avez des interrogations ou d'autres idées à me transmettre, vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone.

Je vous souhaite une agréable journée.

## ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Formulaire de consentement :

Vous êtes invité(e) à participer à un projet d'initiation à la recherche. Ce document renseigne sur les modalités de la recherche.

Tout d'abord, s'il y a des termes ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à m'en faire part.

Pour participer à ce projet, vous devez me retourner le formulaire de consentement complété et signé. Un exemplaire de ce formulaire sera remis à la personne qui est responsable de la recherche et un second exemplaire devra être conservé par vos soins.

Le projet d'initiation à la recherche est à l'initiative de Madame GUEHO Lou. Ce projet ne fait l'objet d'aucun financement et aucune compensation financière ne vous sera distribuée à la suite de votre participation.

Le projet porte sur l'intérêt de l'activité physique et sportive dans le processus de résilience chez les victimes d'amputation.

Votre participation consiste en un entretien semi-directif dont la durée est estimée à une quarantaine de minutes. Cet entretien pourra se dérouler selon différentes modalités et selon vos convenances (entretien physique, entretien téléphonique ou visioconférence).

Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio soumis à votre accord. L'enregistrement ne sera exploité qu'uniquement dans le cadre de ce projet d'initiation à la recherche. À l'issue de ce travail, l'enregistrement audio sera supprimé ainsi que toutes les notes émanant de l'enregistrement ou de l'entretien.

Votre participation à ce projet ne devrait pas comporter d'inconvénients hormis celui de donner un peu de votre temps. Votre participation à ce projet se base sur du volontariat. Vous êtes donc libre de mettre fin à l'entrevue à tout moment sans avoir à justifier votre décision.

Seuls les propos nécessaires à l'élaboration de ce projet d'initiation à la recherche seront recueillis. Tous les renseignements demeureront strictement confidentiels.

Si vous le souhaitez, les résultats obtenus à la suite de ce projet d'initiation à la recherche vous seront envoyés selon les conditions souhaitées.

Obtention du consentement :

Je soussigné(e) ..... déclare participer librement et de façon éclairée, à l'entretien mené par Madame GUEHO Lou, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) La Musse, à Évreux (27).

Par ce document, je déclare :

- Être consentant(e) et avoir pris connaissance du domaine d'étude.
- Être volontaire et avoir pris connaissance de la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment sans justification.
- Autoriser Madame GUEHO Lou à enregistrer vocalement l'entretien. Les données obtenues seront anonymisées puis supprimées dès la retranscription écrite. Ces données seront utilisées dans le seul cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

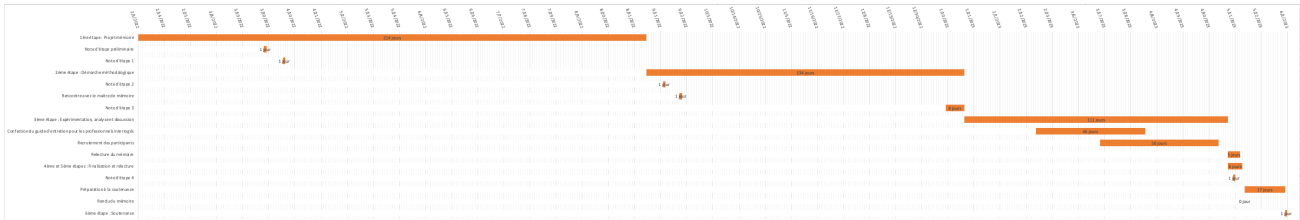
Le .... / .... / 2023, à .....

Signature de l'étudiant (interviewer) :  
GUEHO Lou,  
Étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie,  
IFE La Musse  
[lougueho@orange.fr](mailto:lougueho@orange.fr)

Signature de l'interviewé, précédée de la mention « lu et approuvé » :

# ANNEXE 5 : DIAGRAMME DE GANTT

Tâches	Date de début	Durée	Date de fin	Colonne1
1ère étape : Projet mémoire	03/02/2022	214 jours	05/09/2022	
Note d'étape préliminaire	28/03/2022	1 jour	29/03/2022	
Note d'étape 1	05/04/2022	1 jour	06/04/2022	
2ème étape : Démarche méthodologique	05/09/2022	134 jours	17/01/2023	
Note d'étape 2	12/09/2022	1 jour	13/09/2022	
Rencontre avec le maître de mémoire	19/09/2022	1 jour	20/09/2022	
Note d'étape 3	09/01/2023	8 jours	17/01/2023	
3ème étape : Expérimentation, analyse et discussion	17/01/2023	111 jours	08/05/2023	
Confection du guide d'entretien pour les professionnels interrogés	16/02/2023	46 jours	03/04/2023	
Recrutement des participants	15/03/2023	50 jours	04/05/2023	
Relecture du mémoire	08/05/2023	5 jours	13/05/2023	
4ème et 5ème étapes : Finalisation et relecture	08/05/2023	6 jours	14/05/2023	
Note d'étape 4	10/05/2023	1 jour	11/05/2023	
Préparation à la soutenance	15/05/2023	17 jours	01/06/2023	
Rendu du mémoire	15/05/2023	0 jour	15/05/2023	
6ème étape : Soutenance	45078,00	1 jour	02/06/2023	





## **L'activité physique et sportive : un moyen de favoriser la résilience chez les victimes d'amputation**

GUEHO Lou

**Résumé :** En ergothérapie, l'activité est considérée comme un outil essentiel pour accompagner une personne ayant subi un traumatisme, tel qu'une amputation. Les études montrent que l'activité physique et sportive occupe un rôle clé dans le processus de réadaptation et de récupération des personnes amputées. L'objectif de cette étude est de mesurer si la pratique d'une activité physique et sportive a un véritable impact dans l'accompagnement en ergothérapie et dans le développement du processus de résilience chez les victimes d'amputation, lorsqu'elle est significative. Ainsi, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes, utilisant le modèle de l'occupation humaine dans leur pratique. Les résultats de l'analyse révèlent une approche centrée sur la personne, et mettent en évidence l'importance des activités significatives pour les personnes amputées, dans leur processus de résilience. Une analyse plus approfondie de ce sujet permettrait d'adopter une approche holistique pour accompagner ces individus et ainsi leur permettre une meilleure qualité de vie.

**Mots-clés :** amputation, activité physique et sportive, résilience, ergothérapie, modèle de l'occupation humaine

### **Physical activity and sports: a way to promote resilience in amputation victims**

**Abstract:** In occupational therapy, activity is considered an essential tool to accompany a person who has suffered a trauma, such as an amputation. Studies show that physical activity and sport play a key role in the rehabilitation and recovery process of amputees. The objective of this study is to measure whether the practice of a physical and sports activity has a real impact in the support of occupational therapy and in the development of the resilience process in victims of amputation when it is significant. Thus, semi-directive interviews were conducted with occupational therapists, using the human occupation model in their practice. The results of the analysis reveal a person-centered approach and highlight the importance of meaningful activities for amputees in their resilience process. Further analysis of this topic would allow for a holistic approach to accompany these individuals and thus allow for a better quality of life.

**Keywords:** amputation, physical and sport activity, resilience, occupational therapy, model of human occupation