



L'ergothérapie chez des personnes ayant vécu une amputation traumatique de membre supérieur : l'accompagnement aux changements

Mémoire d'initiation à la recherche

Sainte Foi Laurie

Promotion 2020-2023

Marie Laëtitia

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 source¹.

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'éducation² et du Code pénal³, 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 ... Sainte Foi Aurie

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 Saint-Sébastien de Morment Le 29/04/2023 signature

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

² 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 ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, plus particulièrement Laëtitia Marie, pour ses conseils, pour sa réactivité et pour ses encouragements,

Merci aux professionnels ayant participé à ce travail,

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation La Musse, pour leur écoute dans les moments de doute,

Merci à mes camarades de promotion de m'avoir soutenue pendant ces trois-années,

Merci à mes proches et à Guillaume.

Sans toutes ces personnes, ce travail n'aurait jamais abouti.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. CADRE CONTEXTUEL	2
A). SITUATION D'APPEL	2
B). L'AMPUTATION	2
1. <i>Définition</i>	2
2. <i>Etiologie des amputations de membre supérieur et inférieur</i>	3
3. <i>Epidémiologie</i>	3
C). LE DEBUT D'UN LONG PARCOURS	4
D). DANS LA CONTINUITE DU PARCOURS DE SOINS.....	5
1. <i>L'intervention de l'ergothérapeute</i>	6
2. <i>La phase prothétique</i>	9
II. CADRE CONCEPTUEL.....	11
A). LE CHANGEMENT.....	11
1. <i>Quels changements après une amputation ?</i>	11
2. <i>Les changements invisibles</i>	12
B). L'IDENTITE.....	14
C). L'EQUILIBRE OCCUPATIONNEL.....	16
D). LA RESILIENCE	17
III. CONCEPTUALISATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DE L'HYPOTHESE	18
IV. CADRE METHODOLOGIQUE.....	19
A). OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	19
B). CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE.....	20
C). LA POPULATION DE RECHERCHE	20
1. <i>Les critères retenus pour la recherche</i>	20
2. <i>Recherche des participants</i>	21
D). CHOIX DE L'OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES.....	21
E). MODALITES DE PASSATION DES ENTRETIENS.....	22
V. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	23
A). PRESENTATION DES RESULTATS	23

1.	<i>Présentation des participants</i>	23
2.	<i>Les différentes thématiques recensées</i>	24
B).	CHOIX DE LA METHODE D'ANALYSE DES DONNEES.....	30
C).	ANALYSE ET INTERPRETATION.....	30
1.	<i>Les mises en situation</i>	30
2.	<i>L'équilibre occupationnel</i>	33
3.	<i>La reprise professionnelle</i>	33
4.	<i>L'appareillage</i>	34
5.	<i>Les principes de l'accompagnement en ergothérapie</i>	35
6.	<i>Le travail interprofessionnel</i>	35
7.	<i>Les rôles de l'ergothérapeute</i>	36
VI.	DISCUSSION	36
A).	RAPPEL DES HYPOTHESES.....	37
B).	BIAIS, LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE	39
1.	<i>Biais</i>	39
2.	<i>Limites</i>	39
3.	<i>Pistes d'amélioration et perspectives de l'étude</i>	40
4.	<i>Apports personnels et professionnels</i>	41
	CONCLUSION.....	42
	BIBLIOGRAPHIE.....	44
VII.	ANNEXES	49

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADEPA : Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées
- ATMPS : Amputation Traumatique du Membre Supérieur
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CRMPR : Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
- EDE : Ergothérapeute Diplômé d'Etat
- EO : Equilibre Occupationnel
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
- MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
- MES : Mise en situation
- MS : Membre Supérieur
- CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

Introduction

Bien que les données soient rares et peu actualisées, les amputations traumatiques du membre supérieur représentent, en France 10 à 15% de la totalité des amputations. Aussi, elles représentent un enjeu de santé publique, avec le « *suivi des patients, le coût de santé sociale et la prévention* » (A.Bruyant et al., 2022, p.4). Elles touchent une partie plutôt active de la population, âgée entre 16 et 54 ans. Souvent brutales, elles apparaissent dans la vie des personnes du jour au lendemain, bouleversant ainsi toutes les sphères de leur vie. De plus, « *l'amputation est à l'origine d'un handicap définitif.* » (A.Bruyant et.al 2022, p.3) Pourtant, peu d'études leur sont consacrées.

Des questionnements se sont posés à la suite d'une situation vécue sur mon lieu d'apprentissage, qui seront décrits dans un premier temps, dans le cadre contextuel puis au travers de la question et des hypothèses de recherche. L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche est d'y répondre.

Pour cela, nous aborderons dans un premier temps le cadre contextuel dans lequel nous évoquerons la situation d'appel, la définition, l'étiologie et l'épidémiologie de l'amputation. De plus, nous verrons le parcours de soins de la personne amputée ainsi que l'intervention en ergothérapie. Ensuite, nous verrons les concepts clés au travers du cadre conceptuel. Dans un troisième temps, nous évoquerons la question de recherche et des hypothèses de recherche. Enfin, seront exposés la phase expérimentale avec la méthodologie de recherche ainsi que les résultats obtenus.

I. Cadre contextuel

A). Situation d'appel

Lors d'un stage, j'ai accompagné une femme d'une quarantaine d'années, exerçant une activité professionnelle et des loisirs, qui, par la suite d'un choc septique, a été amputée de tous ses doigts, exceptées les phalanges proximales de ses pouces. Sa situation m'a de suite intéressée. De plus, l'amputation a toujours été un domaine qui m'a animée, tant par l'avancée de la médecine pour rendre possible la vie sans un membre que par les changements (visibles et invisibles) ou encore les processus d'appareillage et réadaptatif qui en découlent. Je me suis questionnée sur l'impact que peut avoir l'absence d'un membre sur le quotidien et sur notre rôle d'ergothérapeute dans l'accompagnement aux changements.

Je réalise la troisième année de formation en apprentissage dans un Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation (CRMPR). De ce fait, j'ai suivi des ergothérapeutes de l'unité des personnes amputées durant l'été entre la deuxième et la troisième année. Cette situation m'a donné envie d'approfondir le sujet pour en effectuer ce travail d'initiation à la recherche.

D'autres interrogations m'invitent à travailler sur ce sujet, notamment « où sommes-nous acteurs dans le changement ? Quelles sont nos missions face aux changements que vit la personne amputée ? Quand intervenons-nous ? De quelle façon ? »

C'est donc naturellement que je me suis orientée vers ce thème pour ce travail d'initiation à la recherche de fin d'études.

B). L'amputation

1. Définition

L'amputation est définie comme étant « *l'ablation d'un membre ou d'une autre structure du corps* » (Dorland, 2011, p. 67 cité par Leduc, s. d.) et nécessite une opération chirurgicale. Elle est utilisée comme dernier recours lorsque l'une des extrémités du corps est trop endommagée pour être conservée, que la vascularisation

n'est plus possible ou lors de nécroses des tissus. Différents niveaux d'amputation existent (Annexe I). Les amputations se distinguent en fonction de leur emplacement corporel, elles sont en effet dites « mineures » lorsqu'elles sont distales. A l'inverse, elles sont qualifiées de « majeures » lorsqu'elles sont proximales.

Les amputations du membre supérieur, souvent traumatiques, sont classées selon leur emplacement. Elles sont qualifiées de majeures lorsqu'elles sont au-dessus du poignet.

2. Etiologie des amputations de membre supérieur et inférieur

Certaines causes principales ressortent tels que les accidents traumatiques (accident de guerre, accident de la voie publique, de vie domestique ou sportive, blessure lors d'actes terroristes), les cancers ou encore les maladies ou infections, dans une moindre mesure.

On recense davantage d'amputations au membre inférieur qu'au membre supérieur, qui sont souvent liées à des accidents traumatiques.

Dans ce travail d'initiation à la recherche, nous nous intéresserons aux amputations traumatiques de membres supérieurs.

3. Epidémiologie

D'après l'Association de Défense et d'Etudes des Personnes Amputées (ADEPA), la totalité du nombre de personnes amputées en France représente 100 à 150 000. Parmi ces amputations, les personnes amputées du membre supérieur représentent entre 8 000 et 15 000 personnes en France, soit environ 10 à 15%. De plus, deux tiers d'entre-elles ont moins de 40 ans. La Haute Autorité de Santé (HAS), afin d'avoir une représentation de la situation en France, utilise certaines données du Royaume-Uni de 2006-2007. En effet, des caractéristiques sont semblables entre les deux pays. Ceci nous permet d'apprendre que 64% des nouveaux cas d'amputation traumatique de membre supérieur sont des personnes appartenant « à la tranche d'âge de 16 à 54 ans. » (HAS, 2010 p.16), ce qui représente une population

relativement jeune et active. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE, 13/10/2016), « *la population active regroupe la population active occupée, appelée aussi « population active ayant un emploi » et les chômeurs* ». De cette façon, nous apprenons que plus de la moitié des cas (67%) concernant une amputation acquise de membre supérieur sont des hommes (145 sur 215) (HAS, 2010, p.15). D'après une étude, l'amputation trans-humérale est l'amputation du membre supérieur la plus réalisée entre 2011 et 2020 en France, « *avec une moyenne de 76 amputations sur [cette] période* » (A.Bruyant et al, 2022, p.9).

Les données épidémiologiques sont très restreintes concernant les amputations de membre supérieur car le suivi épidémiologique n'est pas systématique. De ce fait, il est relativement difficile d'avoir une représentation globale du nombre de personnes concernées en France et dans le monde. De plus, d'après la HAS, nous n'avons actuellement pas les données du nombre de personnes amputées du membre supérieur et appareillées (HAS, 2010, p.15).

Cependant, l'épidémiologie des amputations de membre supérieur est très différente des amputations de membre inférieur, notamment car « *lower limb amputations are more frequent and mainly occur in the context of micro- and macroangiopathy. The population affected is also older.* »¹ (Pomares.G et al., 2017).

Ici, nous nous intéresserons aux personnes en âge de travailler, soit à partir de l'âge de 16 ans jusqu'à la retraite. Un mineur est autorisé à travailler soit avec l'accord de son représentant légal soit s'il est émancipé (Service public, 01/01/23).

C). Le début d'un long parcours

L'amputation suite à un accident traumatique est « *réalisée dans un contexte d'urgence* » (ADEPA). De ce fait, la personne est souvent plongée dans un coma artificiel, notamment pour soulager le cerveau du traumatisme qu'il vient de vivre. Les

¹ Traduction libre : « Les amputations de membre inférieur sont plus fréquentes et surviennent dans un contexte de micro- et de macro-angiopathie. La population affectée est aussi plus âgée. »

médecins constatent le niveau de dégradation du membre de la personne et envisagent la chirurgie d'amputation.

Au réveil, le chirurgien est l'un des premiers acteurs que la personne amputée va rencontrer. Il explique alors au patient les raisons pour lesquelles cette décision a été prise. Souvent, c'est une urgence vitale (risque d'infections ou nécrose des tissus), qui ne permet pas de conserver le membre. Le chirurgien a les premiers éléments de réponse que la personne a besoin d'entendre. L'annonce de l'amputation provoque un choc, qui est une étape déterminante du travail de deuil, qui sera décrit ultérieurement. La personne est ensuite transférée dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) afin de poursuivre le parcours de soins.

Ensuite, vient la phase cicatricielle, permettant aux tissus et au moignon de cicatriser. Elle dure en général plusieurs semaines et peut être plus ou moins longue. Elle est encadrée par les soignants, qui veillent à ce qu'il ne persiste pas de rougeurs ou d'ouverture de plaie. La thérapie de compression débute lorsque la plaie est propre, ce qui permet de réduire l'œdème, de favoriser la circulation sanguine dans le membre résiduel et d'ainsi préparer le moignon à l'appareillage. Ce bandage ne doit entraîner ni constriction ni douleur du moignon. Durant cette étape débute l'éducation du patient, afin qu'il apprenne à prendre soin de son moignon et à reconnaître tous les signes (œdème, rougeur, chaleur...) qui démontrent une souffrance de ce-dernier.

D). Dans la continuité du parcours de soins

La phase rééducative commence une fois la phase cicatricielle terminée. L'équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthoprothésiste) commence à travailler, conjointement avec les équipes de soins et les médecins pour accompagner au mieux la personne.

Le kinésithérapeute propose des exercices de reconditionnement globaux, d'étirements et de renforcement des muscles du bras.

L'orthoprothésiste réalise le moulage de la prothèse provisoire pour que le patient se familiarise avec l'appareillage et commence à l'intégrer dans son quotidien. Il peut ainsi ajuster les mesures et la répartition du poids pour la prothèse définitive.

La réadaptation est « *un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement* ». (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). Cette définition fait écho aux principes fondamentaux de l'ergothérapie. En effet, la réadaptation vise à ce que les personnes puissent être autonomes et indépendantes dans leurs activités quotidiennes ou de loisirs. Ainsi, nous retrouvons le même objectif en ergothérapie, afin que les personnes puissent retrouver un équilibre occupationnel qu'elles jugent satisfaisant. On retrouve donc une place fondamentale de l'ergothérapie dans l'accompagnement à la réadaptation des personnes amputées. Ainsi, l'ergothérapeute, en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire et la personne accompagnée, organisent le retour à domicile.

1. L'intervention de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, *“spécialiste du rapport entre l'activité et la santé”* (ANFE). Il intervient relativement rapidement pendant le parcours de soins de la personne amputée. Lors de la première rencontre, l'ergothérapeute réalise un entretien d'entrée, au cours duquel la relation thérapeutique se met en place, elle lui permet de connaître les habitudes de vie de la personne, ses occupations (de loisirs, productives, de soins personnels) et de surtout connaître les envies et besoins de la personne. Ces informations permettent à l'ergothérapeute de choisir un modèle conceptuel sur lequel il souhaite baser son accompagnement et ainsi construire des objectifs thérapeutiques en partenariat avec la personne. Ce choix dépend de l'ergothérapeute et de son analyse concernant la situation.

Il existe de nombreux modèles que l'on retrouve au croisement de toutes les professions médicales et paramédicales telle que la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Cependant, il peut être délicat pour les ergothérapeutes, dont la profession se situe entre les domaines médical et sanitaire, de trouver leur place. Pour cela, les modèles conceptuels utilisés permettent de marquer leur spécificité et de donner un cadre dans la pratique de chacun. (Morel-Bracq, 2017, p.7)

Nous nous intéressons à l'accompagnement en ergothérapie avec une approche top-down – c'est-à-dire une approche descendante, centrée sur la personne et non sur la pathologie –.

L'ergothérapeute a plusieurs possibilités, notamment le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), créé par Gary Kielhofner. Selon Kielhofner, spécialiste des sciences sociales américain et théoricien de l'ergothérapie, l'Humain est un être occupationnel. Cela sous-entend que l'occupation est vitale pour un fonctionnement satisfaisant. *“L'occupation est un élément dynamique, qui dépend du contexte environnement dans lequel elle se déroule. La participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement”*. (Gladys Mignet et al. cité dans Marie-Chantal Morel-Bracq, 2017).

Créé à la fin des années 1980, le MOH comprend trois composantes que sont l'Être, l'Agir et le Devenir, en interdépendance perpétuelle avec l'environnement de la personne (schéma n°1). L'Être comprend la volition, l'habitation et la capacité de performance tandis que l'Agir comprend trois niveaux d'action : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle (réalisation des tâches qui soutiennent la participation) et les habiletés (motrice, opératoire, de communication et d'interaction). La conséquence de l'expérience de plusieurs occupations vécues est appelée le Devenir. Il génère une identité et une compétence occupationnelles. (Morel-Bracq, M.-C et al., 2017). L'identité occupationnelle regroupe « *ce que la personne est et ce qu'elle souhaite devenir* » (Doussin A., 2020)

Nous pourrions alors essayer de faire le lien ici entre l'Agir et la composante de l'identité occupationnelle avec le sujet de ce travail d'initiation à la recherche. En effet, l'ergothérapeute, spécialiste des occupations et acteur dans le changement, participe à l'accompagnement des personnes à la découverte de cette nouvelle identité, au travers de l'identité occupationnelle.

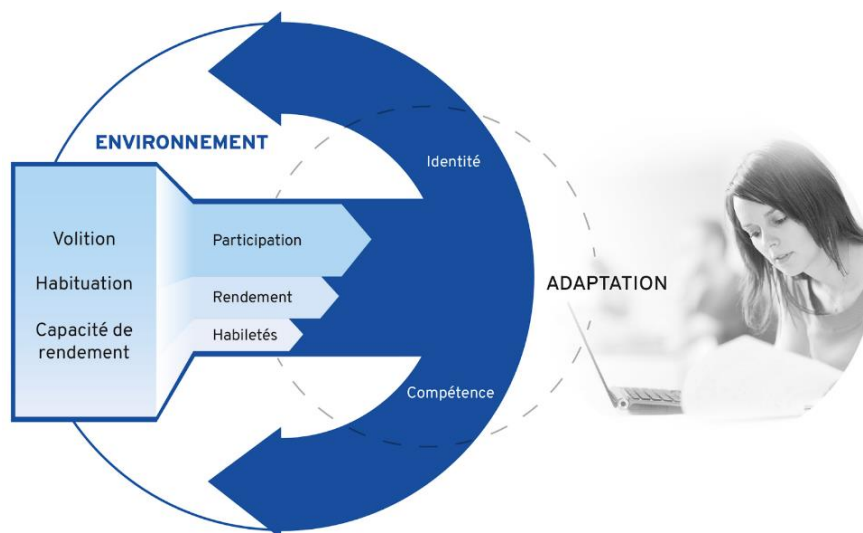


Schéma n°1 : du Modèle de l'Occupation Humaine (en français) – source :
<https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

L'ergothérapeute peut soumettre des activités de rééducation, notamment pour que la personne gagne en endurance, en amplitudes articulaires et des habiletés musculaires dans le but qu'elle intègre son moignon et sa prothèse dans son quotidien. Diverses mises en situation concernant les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, préparation d'un repas) peuvent être proposées à la personne, dans l'objectif de rendre compte de ses difficultés éventuelles. Elles sont généralement proposées dans des centres de rééducation, en chambre, en cuisine thérapeutique, en appartement thérapeutique pour d'autres mises en situation (ménage, repassage, bricolage...) ou en supermarché.

Dans le cas d'une patientèle active, des mises en situation écologiques peuvent être proposées. Elles sont une méthode d'évaluation ou d'exercice visant à mettre une personne (ou un groupe de personnes) en situation concrète dans un contexte donné. Le terme « écologique » renvoie à la mise en œuvre des MES au sein de l'environnement connu de la personne (domicile, lieu de travail, supermarché...)

Nous avons constaté que le parcours de ces personnes est complexe, et que de nombreux acteurs interviennent. De plus, d'importants éléments entrent en jeu, qu'ils soient fonctionnel, esthétique, psychologique, personnel ou occupationnel. L'ergothérapeute intervient notamment pour permettre à la personne de réaliser ses activités de vie quotidienne de façon indépendante et qu'elle retrouve un équilibre

occupationnel satisfaisant. La mise en place d'une prothèse myoélectrique peut permettre de pallier certaines difficultés.

2. La phase prothétique

L'appareillage de la personne amputée n'est pas systématique puisqu'il dépend de nombreux facteurs : niveau d'amputation, qualité tissulaire du membre résiduel, bénéfices attendus. La décision est collégiale, entre l'équipe chirurgicale, l'équipe rééducative et réadaptative (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthoprothésiste) et le patient. Près d'un quart des personnes amputées du MS ne portent pas de prothèse. (ADEPA)

Il existe différents types de prothèses : esthétique et fonctionnelle (myoélectrique et classique). Les prothèses esthétiques ne remplissent pas de rôle fonctionnel puisqu'elles remplacent esthétiquement le membre manquant. Les prothèses fonctionnelles, quant à elles, permettent aux personnes de réaliser des mouvements.

Les prothèses sont composées de plusieurs éléments : en proximal se situent l'emboîture, les effecteurs intermédiaires correspondant aux articulations, tels que le coude ou le poignet. En distal, nous trouvons les effecteurs terminaux, comme la main prothétique. Les prothèses myoélectriques permettent aux personnes amputées de retrouver un degré d'autonomie non négligeable dans leur quotidien.

Le choix du type de prothèse dépend de l'avenir envisagé par la personne : professionnel, personnel, ses envies... Certains préféreront une prothèse esthétique, d'autres une prothèse active. Nous nous intéresserons ici aux prothèses myoélectriques. Ces prothèses représentent 10% des appareillages prescrits. (H. Barouti, M. Agnello, P. Volckmann, 1998)

Les prothèses myoélectriques « *are controlled by the surface electromyography* »² (Gaudet G. et al, 2018). Elles permettent aux contractions des muscles résiduels d'être réceptionnées par des capteurs (électrodes). Ces derniers sont fixés entre l'emboîture de la prothèse et la peau. Les contractions musculaires

² Traduction libre : sont contrôlées par l'électromyographie de surface.

sont alors transformées et amplifiées en signal électrique, ce qui active la prothèse et déclenche ainsi le mouvement. Ces prothèses « *have the potential to offer intuitive control and could act on multiple degrees of freedom* »³ (Gaudet G. et al, 2018)

L'orthoprothésiste intervient notamment pour évaluer avec le patient, ses besoins, les matériaux et la prothèse la plus adaptée à son moignon. Le patient apprend, notamment avec l'ergothérapeute, à dissocier ses groupes musculaires, tels que les couples antagonistes-agonistes. Il apprend également à trouver son point moteur, c'est-à-dire l'endroit où son muscle est le plus efficace pour activer le fonctionnement de la prothèse. Cet apprentissage est indispensable à la mise en place d'une prothèse myoélectrique puisqu'il conditionne son utilisation.

Cependant, malgré de bonnes performances, les prothèses myoélectriques ne permettent pas toujours des mouvements fonctionnels fluides, pouvant entraîner une difficulté d'utilisation et donc une adhésion plus difficile des patients à ce type d'appareillage. Une étude, réalisée auprès de patients amputés du membre supérieur retrouve également ce constat. Plusieurs répondants ont essayé une prothèse myoélectrique une fois et l'ont abandonnée, à cause du poids et des fonctions limitées proposées par la prothèse. (Gaine W.J et al., 1997) Les raisons majeures d'abandons de prothèses sont l'inconfort et/ou le poids de la prothèse ou aucun bénéfice ressenti à l'utilisation de la prothèse par le patient.

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons à l'ergothérapie dans l'accompagnement aux changements chez des personnes actives, ayant subi une amputation de membre supérieur d'origine traumatique, entrés en phase prothétique et qui prétendent à la mise en place de prothèse myoélectrique.

Pour cette raison, la question de départ proposée est la suivante :

Comment l'ergothérapie s'inclut-elle dans l'accompagnement aux changements chez des personnes actives ayant vécu une amputation de membre supérieur ?

³ Traduction libre : ont le potentiel d'offrir un contrôle intuitif et pourraient agir sur plusieurs degrés de liberté.

II. Cadre conceptuel

Le parcours de soins de l'individu amputé développé dans la partie contextuelle met en exergue les différents processus qu'il implique.

Nous allons ici développer certains concepts qui semblent importants et en lien avec ce parcours. Il s'agit du changement, de la résilience, de l'identité et de l'équilibre occupationnel.

A). Le changement

Le changement, c'est le passage d'un état à l'autre ou encore une transformation. La notion de changement est perpétuelle dans notre vie, nous y sommes confrontés depuis notre plus jeune âge et nous le vivons tout au long de notre vie. Dans le contexte d'une amputation, le changement peut s'approcher du changement corporel, de l'image de soi ou de la modification des habitudes de vie. L'image de soi fait partie intégrante de l'identité propre d'un individu.

1. Quels changements après une amputation ?

Le parcours de soin de la personne amputée est long, fastidieux et complexe, mêlant médication, séances de rééducation, moulages et essais de prothèses, processus de deuil et de réadaptation. L'amputation plonge la personne dans des situations de handicap qu'elle ne connaissait pas forcément auparavant. « *Le handicap est un traumatisme physique, psychique et social.* » (Cyrulnik, 2011), cela entraîne des changements sur tous les plans, auxquels la personne doit s'adapter. En effet, il existe un avant et un après l'amputation, dans toutes les sphères de la vie de la personne : personnelle, environnementale ou sociale.

Lors de l'annonce de l'amputation, le changement le plus visible est le manque du membre. C'est ce que voit la personne amputée en premier lieu. Une nouvelle vie débute, dans laquelle elle doit apprendre à vivre avec ce nouveau corps. En effet, des changements physiques sont présents : le manque du membre, les cicatrices ou les rougeurs. L'image de soi, qui est "*la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même*" (Shilder, cité dans Jeannerod, 2010, p.185), en est alors totalement modifiée.

Durant la phase cicatricielle, l'amputation entraîne une hospitalisation à l'hôpital ou en centre de rééducation, des confrontations régulières à la plaie ainsi que des douleurs.

Pendant la phase rééducative, la personne doit réapprendre toutes les activités de la vie quotidienne. Dans cette optique, l'ergothérapeute, professionnel des occupations, intervient, en accord avec la personne, pour lui permettre de pouvoir les réaliser de façon indépendante. En fonction des besoins exprimés par la personne, l'ergothérapeute axe son accompagnement en trouvant des moyens adaptés.

De plus, l'ergothérapeute est un acteur de cet accompagnement aux changements. En effet, il accompagne la personne dans la "*reconstruction d'habitudes*" (Offenstein Emeric, 2016). Les habitudes font partie de nous et de notre quotidien puisqu'elles sont un "*élément de repère pour l'individu*" (Offenstein Emeric, 2016). Les changer implique des efforts importants pour la personne, surtout lorsque le changement n'est pas choisi. Pour cela, l'ergothérapeute peut travailler avec la personne sur sa motivation, son expérience et ses possibilités. Ces trois processus permettent notamment d'agir sur le processus volitionnel que l'on retrouve dans le MOH.

L'amputation entraîne des différences non-négligeables entre la vie antérieure et le retour à domicile. La personne le perçoit concrètement lors de la phase réadaptative. En effet, elle se retrouve face à son ancien environnement (domicile), face à ses responsabilités, face à ses rôles qui étaient jusque-là en suspens suite à l'hospitalisation. Effectivement, l'hospitalisation plonge la personne dans l'attente, dans le sens premier du terme « patient ». Elle doit attendre et vivre le manque d'intimité : chambre double, allers et venues des différents soignants, rééducateurs, famille. La personne se retrouve limitée dans les occupations qu'elle pouvait réaliser à domicile. De ce fait, les interactions sociales sont limitées, ce qui a un impact probable sur le rôle social, qui sera développé plus tard.

2. Les changements invisibles

Outre les modifications sur le plan physique, l'amputation engendre certaines complications. En effet, il existe les sensations fantômes (sensations non

douloureuses perçues dans le membre amputé) à différencier des douleurs fantômes (sensations douloureuses au niveau du membre amputé). Ces dernières peuvent s'expliquer par des dommages des nerfs périphériques ou par certains changements du système nerveux central et elles sont communes aux personnes amputées. Il peut exister d'autres complications tels que des névromes, des croissances osseuses ou des contractures.

Aussi, la personne doit entamer un processus de deuil lié à la perte d'un membre. En effet, le corps est différent, entraînant des changements dans la participation de la personne dans ses activités et donc une restriction occupationnelle. La notion de deuil, décrite par Elisabeth Kübler-Ross, est commune à toutes les personnes récemment amputées. Il se déroule en cinq grandes étapes (cf. schéma sur le deuil annexe I) : le déni, puis la colère, notamment contre la réalité de ce nouvel état. Elle est normale et elle traduit « *de la disparition d'un processus de sidération ou d'indifférence au profit d'un processus actif d'agressivité qui pourra ensuite être canalisé et transformé en processus constructif jusqu'à l'acceptation active.* » (ADEPA) Le marchandage est quant à lui une étape où la personne appréhende sa nouvelle situation mais en partie seulement. S'ensuit une sorte d'amertume face à la perte définitive du membre. La dernière étape, qui n'est pas obligatoire, est l'acceptation, qui passe « *par la disparition complète du sentiment d'infériorité et de dépendance.* » (ADEPA) La personne retrouve alors son envie de vivre. Il est nécessaire de préciser que cette étape jamais totalement acquise, car elle peut régresser. Cela implique que le patient doit fournir des efforts considérables pour la maintenir et qu'elle soit pérenne.

De plus, l'amputation entraîne des changements concernant les occupations de la personne. Il faut donc mettre en place des moyens de compensation. Il peut donc y avoir une restriction occupationnelle pour les personnes et un changement de routine, pouvant être difficiles à vivre ; le changement fait peur, d'autant quand il n'est pas choisi. En effet, dans le cadre d'une amputation traumatique du membre supérieur, les individus sont souvent actifs. De ce fait, la sphère du travail est impactée dans un premier temps. La reprise de l'emploi ne pourra pas se faire aussi simplement qu'auparavant. La vie de famille et les rôles de la personne vont être modifiés également.

Aussi, la loi du 5 février 2005 vise à ce que toute personne en situation de handicap ait accès à l'ensemble de ses « *droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* » (Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées, 23/06/2017) Cette loi permet les mêmes droits aux personnes en situation de handicap que tous les autres individus, notamment l'accès au travail.

On peut également imaginer que les personnes vivent un changement identitaire, compte-tenu des modifications corporelles et de l'image de soi. En effet, la personne a un nouveau corps, différent de celui d'avant. De ce fait, des parts de la personnalité peuvent se modifier.

B). L'identité

L'identité est "*le fruit d'un processus*" (Castrà, 2012), un concept qui n'est pas figé et qui est en perpétuel changement, notamment par tous les aspects qui la composent. L'identité est un caractère permanent et fondamental qui marque la singularité d'un individu. Elle peut être groupale ou individuelle. Il s'agit d'une notion ambiguë, par le fait qu'elle marque la différence autant que la ressemblance.

Il existe pléthore de définitions, compte-tenu de la multitude de sciences existantes, qui apportent chacune de nouvelles dimensions et par la quantité d'ouvrages sur le sujet.

Les composantes de l'identité (biologique, historique, économique, politique, culturelle, psychologique...) sont multiples et la liste est non exhaustive. De ce fait, définir tous les aspects de l'identité d'un individu n'est pas évident car il suffirait d'ajouter une nouvelle composante pour ajouter une autre dimension à la définition. D'après Mucchielli, l'identité "*est toujours plurielle*" et "*c'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs*". (Mucchielli, 2009, p.12).

Dans le cadre d'une amputation, l'identité de l'individu est bouleversée. En effet, la personne possédait avant ses quatre membres. Dorénavant invalide, le patient doit retrouver une nouvelle identité qui prend en compte ses différences corporelles. Bien

qu'elle vive une amputation, la personne n'est pas définie uniquement par le manque de son membre, par son aspect physique et par sa situation de handicap. En effet, elle remplit des rôles qu'il est nécessaire de ne pas oublier de prendre en compte pour la vie future après l'hospitalisation : elle est travailleur(se), parent, conjoint(e), ami(e) sportif(ve), bénévole.

Aussi, les rôles de la personne sont perturbés. Le concept de rôles occupationnels fait partie intégrante de l'accompagnement en ergothérapie. Ils sont définis comme « *des normes et ds attentes sociales* » (Meyer, S., 2013). Lorsqu'ils sont évoqués, les auteurs « *s'attachent aux divers rôles assumés par les individus, aux liens entre la société et les rôles, à l'acquisition des rôles par les processus de socialisation, aux tâches ou aux occupations incluses dans des rôles, ainsi qu'à la modification de ceux-ci, et enfin, à divers aspects psychologiques ou émotionnels liés à des rôles ou à leur perte, notamment dans les situations de handicap* » (Meyer, S., 2013). Ils s'acquièrent au cours de la vie, notamment dans les interactions avec les autres et peuvent varier (Meyer, S., 2013).

Aussi, nous pouvons faire le lien entre le concept d'identité et l'ergothérapie au travers du concept d'identité occupationnelle. Kielhofner (2002) le définit comme "*...a composite sense of who one is and wishes to become as an occupational being generated from one's history of occupational participation*" (p. 119)⁴.

La personne amputée doit réapprendre à réaliser ses occupations de façon différente. De plus, "*a change in health or life circumstances may radically change the capacity or the desire to participate in some occupations, especially those occupations that are central to identity and meaning.*" (M.Unruh, vol.71)

L'identité occupationnelle décrit une personne au travers ses occupations, elle est "*shaped by competence and adaptation.*"⁵ (Kielhofner et al., 2002). Nous pouvons faire ici le lien avec la notion de résilience puisqu'avec un changement, quel qu'il soit, la personne doit faire preuve d'adaptation afin de retrouver une vie sereine. Pour retrouver cet équilibre de vie, la personne doit dans un premier temps retrouver son

⁴ Traduction libre : Kielhofner a défini l'identité occupationnelle comme « un sens composite de ce que l'on est et de ce que l'on souhaite devenir en tant qu'être occupationnel, généré par l'histoire de sa participation occupationnelle ».

⁵ Traduction libre : Façonnée par la compétence et l'adaptation

identité propre, en tant qu'individu, pour cela elle doit faire preuve d'une capacité de résilience et d'acceptation de la situation. Cela lui permettra de pouvoir retrouver ses anciennes occupations et éventuellement de s'en créer de nouvelles afin de retrouver une identité occupationnelle. Ces processus permettront à la personne de retrouver un équilibre occupationnel qu'elle juge satisfaisant.

C). L'équilibre occupationnel

L'ergothérapeute est un *“spécialiste du rapport entre l'occupation et la santé”* (ANFE). De ce fait, il accompagne les personnes dans une perspective d'équilibre satisfaisant pour la personne entre toutes ses occupations.

L'équilibre occupationnel est un concept clé du cœur de la profession d'ergothérapeute, sur lequel cette-dernière base ses accompagnements. Il est considéré comme un élément de bien-être en lien avec la santé. Il peut être difficile à atteindre et à maintenir. C'est une notion subjective, propre à chacun. Il est défini comme atteint lorsque les interactions entre les occupations de divers domaines, les rôles, les contextes de vie et les valeurs sont jugés satisfaisants pour l'utilisateur.

Moll et al. (2015) proposent que l'équilibre occupationnel serait atteint *« lorsqu'une personne peut s'engager dans des occupations répondant à des besoins variés en termes d'expérience. L'expérience se décline en huit dimensions : activer son corps, son esprit et ses sens ; créer des liens avec les autres ; contribuer à la communauté et à la société ; prendre soin de soi ; construire sa sécurité ; développer et exprimer son identité ; développer ses capacités et son potentiel ; vivre du plaisir et de la joie. »*

De nombreuses situations de vie liées, entre autres, à une pathologie ou à une contrainte physique telle que l'amputation entraînent un déséquilibre entre les différentes occupations de la personne et donc un déséquilibre occupationnel. En effet, *« a change in health or life circumstances may radically change the capacity or the*

*desire to participate in some occupations, especially those occupations that are central to identity and meaning.*⁶ (M.Unruh, p. 292)

L'activité de travail est une occupation au cœur de notre quotidien. En effet, il est *“le principal moyen de subsistance et [occupe] une part essentielle de la vie des individus.”* (Méda, D., 2022) Elle représente donc une nécessité pour de nombreux individus. Pour d'autres, l'activité de travail représente plus qu'une nécessité, elle fait partie intégrante de leur quotidien, elle peut être un plaisir ou une passion.

Comme nous l'avons évoqué, l'amputation est le point de départ d'une nouvelle vie et ce, sur tous les plans. Pour cela, la personne vit différentes étapes et processus, et reprend un quotidien adapté. Retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant pour la personne prend du temps, et l'ergothérapeute est là pour l'accompagner.

D). La résilience

La résilience est un concept clé de ce travail d'initiation à la recherche. En effet, une fois le parcours de soins, le processus de deuil et le parcours de réadaptation entamés, les personnes amputées doivent faire preuve de résilience afin de retrouver une vie sereine. Il s'agit d'un processus fréquemment observé, notamment chez des personnes amputées, qui trouvent la force de transformer leur handicap en force.

Le terme de résilience, dont l'étymologie renvoie à la notion physique de résistance et de ressaut, est aujourd'hui appliqué aux sciences humaines et sous un angle psychologique. Il signifie l'aptitude d'un individu à se construire, à se projeter dans l'avenir et à vivre de façon satisfaisante après des circonstances traumatiques. Aussi, c'est *“un processus dynamique [qui] renvoie à deux mouvements : le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques.”* (Anaut, 2005, p.16)

⁶ Traduction libre : Un changement ou des circonstances de vie peuvent radicalement changer la capacité ou le désir de participer à des occupations, spécifiquement les occupations qui sont au cœur de l'identité et significatives.

Cyrulnik (cité dans Marquis, 2018) définit la résilience comme « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* ». (Cyrulnik, 1999, p.8). Il s'agit d'un processus dont tous les individus sont capables car il est physiologiquement inscrit en nous (Cyrulnik, 2006, p.118), signifiant ainsi que chaque individu peut recommencer sa vie après un traumatisme psychique et/ou physique.

Il est possible de transformer un événement traumatisant en un élément positif. Pour cela, certains facteurs sont facilitants, tels qu'avoir un entourage compréhensif et soutenant, être motivé et avoir des projets de vie ou des objectifs. C'est l'exemple même de Philippe Croizon, qui, à la suite d'une électrocution, a été amputé des quatre membres. Il a décidé de transformer son handicap en une force afin de traverser la Manche à la nage. La résilience est en effet "*un changement de regard.*" (Manciaux, 2001, p.8) Si la situation est vue comme un échec, le positif que la personne pourrait en obtenir ne sera pas perçu.

Bien que la résilience soit une capacité psychologique indéniable, elle peut être considérée comme un objectif. En effet, elle peut être travaillée en ergothérapie et être un objectif pour les personnes accompagnées.

III. Conceptualisation de la question de recherche et de l'hypothèse

Au regard de tous ces concepts, les personnes ayant eu une amputation ont inévitablement subi des changements induisant un déséquilibre occupationnel, voire une restriction occupationnelle par rapport à leur état antérieur. La personne et son entourage découvrent un quotidien différent de celui d'avant, il faut apprendre à vivre avec une image de soi modifiée et une prothèse ainsi que leurs impacts sur le quotidien.

Il faut faire preuve d'une capacité de résilience importante, pour s'adapter à ce nouveau quotidien ; cela est valable tant pour la personne que pour son entourage.

A ce titre, la question de recherche qui a découlé de ce cheminement est la suivante :

Dans quelle mesure l'ergothérapie participe-t-elle à la reprise professionnelle chez des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur appareillées ?

Suite à ce questionnement, deux hypothèses de recherche ont émergé et sont à valider ou à invalider au cours de la phase expérimentale. Dans tous les cas, que les hypothèses soient validées ou invalidées, elles le seront uniquement dans le cadre de cette étude.

Celles-ci sont :

Hypothèse n°1 :

L'accompagnement en ergothérapie vers une reprise professionnelle favorise l'équilibre occupationnel des personnes actives, amputées traumatiques, appareillées du membre supérieur.

Hypothèse n°2 :

La mise en œuvre de mises en situations écologiques en ergothérapie favorise la reprise professionnelle des personnes actives, amputées traumatiques, appareillées du membre supérieur.

IV. Cadre méthodologique

A). Objectifs de la recherche

Dans cette partie expérimentale, l'objectif est de confronter les données recueillies avec les apports théoriques recensés dans le cadre conceptuel, afin de valider ou invalider les hypothèses de recherche.

B). Choix de la méthode de recherche

L'approche choisie est l'approche hypothético-déductive, c'est-à-dire qu'à partir des apports théoriques, nous construisons la question de recherche et la ou les hypothèses de recherche. Ensuite, nous cherchons à valider ou invalider les hypothèses de recherche en se rendant sur le terrain et ainsi collecter des données empiriques.

La méthode est qualitative dans cette étude. En effet, elle s'intéresse à la définition et au sens que donnent les individus à leur réalité et ainsi de connaître les représentations des acteurs sur un sujet. Appliquée à cette recherche, cette méthode me permettra d'obtenir les visions des professionnels que j'interrogerai. Les discours des personnes interrogées seront analysés. Elle se déroule en deux étapes :

- La phase actuelle, dans laquelle je recueille des données théoriques et qui sera à compléter des données empiriques que je récolterai lors de la phase expérimentale.
- La phase de traitement des données dans laquelle on analysera les données récoltées lors de l'enquête empirique.

C). La population de recherche

1. Les critères retenus pour la recherche

Afin de correspondre au mieux à mon sujet, l'échantillon cible que j'envisage est composé d'EDE accompagnant des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur. Ils travaillent en rééducation ou en unité de réinsertion professionnelle. Ce type d'étude permet de réaliser la recherche sur une même période mais dans divers établissements de santé ; l'échantillon en est plus grand mais cela peut induire des biais, notamment par les différences de contextes des services par exemple. (Tétreault, S. & Guillez, P., 2014, p.65)

Les personnes qui composent cet échantillon ont été sélectionnées selon des critères précis et choisis. De ce fait, il s'agit d'un échantillon non-probabiliste.

Ainsi, les critères retenus pour la recherche sont les suivants :

Critères d'inclusion

- Être Ergothérapeute Diplômé d'Etat
- Accompagner des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur
- Exercer dans le milieu de la rééducation ou dans le milieu de la réinsertion professionnelle

Critères d'exclusion

- Être Ergothérapeute Diplômé d'Etat à la retraite
- Ne pas travailler auprès de personnes amputées traumatiques du membre supérieur
- Les personnes amputées du membre inférieur et/ou présentant de troubles cognitifs

2. Recherche des participants

La recherche s'est faite grâce à des recherches de lieux accueillant des personnes amputées dans un premier temps. Ensuite, j'ai appelé les lieux correspondant à ce critère, en demandant à être mise en relation avec les EDE du service. Parfois, on m'a demandé de leur envoyer un mail et j'ai eu des réponses positives directement. Dans ce cas, nous avons fixé un rendez-vous. Je leur ai ensuite envoyé le formulaire de consentement par mail en leur demandant de me le renvoyer signé.

D). Choix de l'outil de recueil de données

Dans l'optique de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche, j'ai souhaité utiliser l'entretien semi-directif. Il s'agit d'une technique permettant d'avoir le ressenti des acteurs ainsi que d'en connaître davantage qu'au travers des questionnaires. Toujours dans le souci d'accéder à ces ressentis, j'envisage des entretiens semi-directifs individuels puisqu'ils permettent, à mon sens, d'obtenir une proximité propice aux échanges.

Le guide d'entretien, composé de questions ouvertes et de questions de relance, permet de structurer et de garder un fil conducteur tout au long de l'entretien. (Annexe IV) Il est composé de onze questions, la première me permettant de connaître

l'expérience des EDE au sein de la structure. Un verbatim est mis en annexe à titre d'exemple (Annexe V).

Au travers les différentes questions, je souhaite savoir quels sont les outils et les types d'activités utilisés au cours de l'accompagnement de ce public.

Aussi, l'objectif est de savoir si le terme d'équilibre occupationnel est connu par les EDE, de connaître l'impact de l'arrêt de l'activité professionnelle sur l'équilibre occupationnel. Enfin, je souhaite savoir si l'équilibre occupationnel est évalué, afin d'avoir un comparatif entre le début et la fin de l'accompagnement. Cela me permet d'obtenir des éléments de réponse afin de valider ou de réfuter ma première hypothèse.

La partie des questions sur les MES écologiques a été créée dans l'objectif d'avoir le ressenti d'EDE de terrain sur l'utilisation de MES écologiques, savoir si elles sont utilisées fréquemment ou pas et savoir si nous partons avec les mêmes connaissances. Afin de bien nous comprendre, je donne une définition des mises en situation écologiques. Enfin, je voulais savoir si des MES écologiques sur le lieu de travail sont organisées et sous quelles conditions ou si des tâches de l'emploi de la personne sont reproduites au sein de la structure lors de MES.

Concernant l'appareillage, mes deux questions ont pour but de définir si la prothèse représente un frein ou un levier à la reprise professionnelle mais également à valider ou invalider une de mes hypothèses et de mieux discerner la réalité de terrain pour des personnes appareillées.

E). Modalités de passation des entretiens

Au vu des contraintes géographiques, quatre entretiens ont été réalisés par appel téléphonique. Un entretien s'est déroulé en présentiel. J'ai fait le choix d'entretiens individuels, afin de permettre aux EDE de pouvoir s'exprimer librement, et de ne pas manquer d'informations. Au préalable, j'ai demandé à chaque EDE de me transmettre par mail, la veille de l'entretien au plus-tard, le formulaire de consentement signé par eux et par moi-même (annexe III). Ces entretiens ont duré entre 33 et 57 minutes.

Au début de chaque entretien, je rappelle les modalités d'anonymisation et de traitement des informations recueillies et que l'entretien est enregistré (avec un dictaphone et un téléphone portable). De plus, je vérifie une nouvelle fois leur consentement. Les entretiens se sont déroulés sous forme de discussion, j'ai posé mes questions et je leur ai laissé la parole afin qu'ils puissent développer leurs réponses. A la fin, je les ai remerciés d'avoir répondu favorablement à ces entretiens et de m'avoir accordé du temps.

V. Présentation et analyse des résultats

A). Présentation des résultats

1. Présentation des participants

L'échantillon qui a participé à cette enquête se compose de deux hommes (E1 et E3) et de trois femmes (E2, E4 et E5). E2 a obtenu son diplôme en 1989, E5 en 2005, E1 et E4 ont tous deux obtenu leur diplôme en 2012 et E3 en 2017.

Ils ont exercé et exercent encore dans le milieu de la rééducation, que ce soit en Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou en Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation (CRMPR).

E1 a exercé auprès de personnes déficientes visuelles et est diplômé d'un Diplôme Universitaire en ergonomie depuis 2019. Il exerce depuis en unité Comète au sein d'un centre de rééducation dans laquelle il a accompagné un patient amputé du membre supérieur. E2 exerce depuis 12 ans dans un service dédié aux personnes amputées. E3 exerce actuellement dans un CRF et en libéral, auprès d'un public pédiatrique, il a rencontré un patient correspondant aux critères de ce travail. E4 travaille auprès d'un public amputé et blessé médullaire. Enfin, E5 exerce dans la structure où je suis en apprentissage (un CRMPR), depuis 17 ans. Elle a repris à 50% depuis son retour de congé maternité. Enfin, E2, E3, E4 et E5 travaillent dans des unités d'hospitalisation complètes.

2. Les différentes thématiques recensées

Les mises en situation

E1 : Elles lui « *parlent très bien* » à E1 car c'est « *être dans le pratico-pratique* ». Également, ça permet de « *se confronter à la réalité et [...] aux capacités de la personne* ». Il « *fait des MES professionnelle dans l'accompagnement vers le retour à l'emploi.* », ça s'appelle des « *essais encadrés* », c'est un outil validé par la CARSAT. En effet, ils ont « *droit à 14 jours ouvrés [...] renouvelable une fois* » durant lesquelles E1 essaie « *d'aller 2 à 3 fois* » sur le lieu de travail pour observer les patients en situation, « *à chaque fois c'est une demi-journée, donc 3h30* ». Pour lui, le lieu le plus pertinent pour ces MES écologiques, c'est le lieu de travail. Cependant, il ne fait « *pas forcément* » le lien entre l'utilisation de ces essais encadrés et la reprise professionnelle car « *ça [nous permet] de valider la reprise à un instant T.* » De plus, « *quelqu'un qui ne ferait pas de MES professionnelle [...], il irait juste voir le médecin du travail [qui lui] dirait [de reprendre] mais avec un mi-temps thérapeutique.* »

Il dit également que les personnes qui en font sont « *plus rassuré[e]s, plus de confiance et puis ça permet de dédramatiser [...] la reprise professionnelle [...], ça facilite le maintien dans l'emploi et on sait qu'il y aura pas de rechute.* »

E2 : Pour E2, les mises en situation écologiques, « *c'est une étape obligatoire mais rien ne vaut le retour à domicile, ce serait plus pertinent d'aller à domicile [...] ou d'aller sur le lieu de travail.* » Aussi, elle ajoute qu'« *on commence à les confronter à une réalité [...] qui était fantasmée.* » et que « *c'est vraiment à double tranchant* », « *ils voient qu'il [y] arrivent [...], ils sont contents ou alors [...], ça peut les chambouler parce qu'il se rendent compte à quel point ça va être difficile.* »

Elle explique que c'est « *notre grande force en ergo, [c'est] de pouvoir mettre les gens en situation.* » E2 utilise des MES « *quasiment à toutes les séances* » et elles durent « *1h, 1h15, plusieurs fois par jour* ». E2 explique que les MES sont un moyen thérapeutique mais qu'il est « *difficile de faire du vrai écologique* ».

E3 : Pour E3, les mises en situation sont « *le cœur du métier d'ergothérapeute* ». Il les utilise comme moyen thérapeutique, « *complètement* ».

Il les utilise environ « *une fois par semaine* » et elles durent aux « *alentours de trente minutes* ». E3 remarque que « *les patients sont souvent impliqués, car ce sont des activités qui leur parlent* ». Il ajoute que c'est « *important de voir [...] comment le patient se débrouille dans certaines situations* ».

Il fait les mises en situation sur son lieu de travail, « *au centre de rééducation, on a tout sur place* », mais « *le plus pertinent resterait le domicile et l'environnement connu par la personne* ».

E4 : E4 « *fait énormément* » de mises en situation. Elle les utilise également comme moyen thérapeutique, car elles sont, pour elle, « *nécessaires dans notre profession* ». Elles durent en général « *une heure* », « *dans l'établissement, on peut aller au domicile des patients* ». De plus, elle explique qu'« *une fois qu'ils sont appareillés, c'est quasi que des MES* ». Pour elle, le lieu le plus pertinent, c'est le domicile du patient, « *comme ça, on est avec leurs outils, leurs locaux* ». E4 a déjà fait des mises en situation sur le lieu de travail de ses patients, « *ça permet de jauger leurs capacités et ça enclenche plein de trucs, ils y sont allés, ils ont essayé* ».

E5 : E5 explique que les MES « *sont différentes en fonction des patients, de leurs loisirs et de leur travail* ». Aussi, elle ajoute que « *[sa] prise en charge, elle est basée pour les trois-quarts là-dessus* ». Pour elle, « *[c'est] essentiel, tu ne peux pas faire l'impasse dessus* ». E5 utilise les MES « *deux fois par semaine* » et elles durent « *trois quarts d'heure à une heure* ». Enfin, elle ajoute que le lieu le plus pertinent pour réaliser ces MES est le domicile, « *par rapport au transfert des acquis qui sera plus efficient si c'est dans les conditions réelles.* »

L'équilibre occupationnel

E1 : Pour E1, « *c'est la première fois qu'[il] entend ces termes* ». Il explique « *l'importance d'avoir l'activité de travail pour aussi avoir un peu cet équilibre-là* ». En étant en arrêt maladie, les personnes « *se retrouvent [...] dévalorisées et puis il y a une perte de ressources donc il y a plein de choses au niveau familial* ». De ce fait, « *cet équilibre-là, il peut être perturbé* ». Il n'évalue pas l'EO, « *j'utilise pas de bilan pour [l']évaluer* », « *on part de leur satisfaction* ». E1 explique qu'[il] « *amorce quelque chose dans la quête de cet EO* ».

E2 : E2 n'a jamais entendu parler de l'équilibre occupationnel, « *ou alors quelqu'un m'en a parlé mais j'ai déjà oublié* ». Pour elle, les « *séances d'ergo servent, par rapport à cet équilibre occupationnel, par rapport au bien-être, [...] à ce projet dans la reprise des rôles, [...] des activités.* » Concernant son évaluation, elle indique qu'« *à l'arrivée du patient, on fait une évaluation [où] on questionne justement [...] les activités habituelles au sein de la famille, les rôles, l'activité professionnelle, les projets.* »

E3 : E3 ne sait pas ce qu'est l'équilibre occupationnel à l'évocation du terme. De son expérience, il explique que l'EO de son patient n'est pas maintenu, notamment « à cause de cette prothèse » car « elle le bloque pour tout » et « il ne peut toujours pas reprendre son travail, ça l'embête énormément. » E3 « n'utilise pas d'évaluation validée », cependant il « l'évalue [en passant] par un entretien. » E3 explique que « l'équilibre qui le passionnait », c'était « [...] la moto ».

E4 : E4 « [n'a] pas plus de notion que ça » concernant l'EO, bien qu'elle explique être sensibilisée aux occupations. Elle explique que c'est « souvent en lien avec le fait de ne plus conduire », que « l'EO est bien perturbé chez un amputé de membre supérieur ». De son expérience, elle explique que les impacts de l'arrêt de l'activité professionnelle sur l'EO est la « perte de rôle » et la « perte de l'estime de soi. » Elle estime l'évaluer au travers la passation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), et « via le moral des patients ». Elle réalise cette passation au moment des bilans intermédiaire et final.

E5 : A l'évocation de ce terme, E5 explique que « ça ne [lui] parle pas du tout ». Remis dans le contexte, elle dit que « la plupart du temps, c'est bancal », « on reprend élément par élément : les activités de vie quotidienne, l'autonomie, [...], question psychologique [...] ». Aussi, elle complète en disant « quand toi, tu n'es pas bien, [...], tout le reste autour de ton équilibre occupationnel qui est chamboulé. » De ces expériences, elle explique aussi que « l'arrêt de l'activité professionnelle a un impact sur l'équilibre occupationnel ». E5 explique l'évaluer au travers des « entretiens, l'expérience qu'on a avec le patient. »

La reprise professionnelle

E1 : E1 dit que le travail apporte une « stabilité financière et économique ». Il pointe « l'importance du travail, parce que ça représente quand même en général 7 à 8 heures par jour » et que ça représente un « lien social très important ». La fin de son accompagnement, c'est « très concret », « soit il y aura eu un retour au travail [qui] pour moi, [est] la finalité ; [...] soit à temps partiel thérapeutique ou bien de manière définitive mais elle est retournée dans son entreprise ; ou bien [...] une réorientation professionnelle, [...], une entrée en formation. »

E2 : Elle explique que pour « quelqu'un qui va perdre toutes ses capacités dans les activités élémentaires, le travail ne va pas être la priorité. » Cependant, si « à l'inverse, [la reprise] s'annonce bien organisée, c'est plutôt motivant et favorise

<p><i>l'EO</i> ». E2 explique que cette reprise est « <i>à distance d'[elle]</i> » et que cela représente une « <i>très petite population</i> »</p>
<p>E3 : E3 affirme que « <i>si la prothèse myoélectrique n'est pas adaptée à la personne, il n'y a pas de reprise</i> », « <i>tout dépend de la profession et de l'adaptation de la prothèse</i> ».</p>
<p>E4 : Elle explique que pour certains, « <i>le rôle professionnel est très important</i> » et que « <i>le rôle socio-professionnel est souvent nécessaire pour l'estime de soi</i> », car c'est « <i>quand même là où on passe le plus d'heures dans notre journée</i> ». D'après son expérience, « <i>tous ceux qui ont repris le travail appareillés étaient jeunes</i> » et que ce sont « <i>des gens qui aiment leur travail, qui veulent reprendre vite</i> ». Enfin, E4 trouve qu'il y a une corrélation entre des MES sur le lieu de travail et la reprise professionnelle : « <i>ah mais carrément, [...] ça enclenche plein de trucs, ils y sont allés, ils ont essayé</i> » ; « <i>l'idée, c'est que ça favorise une reprise plus rapide</i> ».</p>
<p>E5 : D'après ses expériences, E5 dit que « <i>l'arrêt de l'activité professionnelle a un impact psychologique</i> », « <i>ça apporte beaucoup d'incertitudes, d'angoisse, de stress par rapport à l'avenir</i> ». Pour elle, la reprise professionnelle est « <i>plus difficile pour un amputé de bras plutôt qu'un amputé d'avant-bras</i> ».</p>

L'appareillage
<p>E1 : D'après E1, l'appareillage arrive en « <i>second plan pendant la rééducation</i> », et que cela « <i>[peut] faciliter certaines choses</i> ». Cependant, le fait que son patient « <i>était appareillé n'a pas forcément contribué à la poursuite de son activité [professionnelle]</i> »</p>
<p>E2 : E2 explique que « <i>l'appareillage [...] n'est pas du tout fait pendant l'hospitalisation</i> ». « <i>Le choix de l'appareillage se fait avec le patient [...] et toute l'équipe</i> ». De plus, il faut que « <i>la prothèse soit compatible avec le travail et inversement</i> ». Elle ajoute « <i>je ne suis pas sûre que la prothèse apporte autant qu'espéré pendant l'apprentissage</i> » mais que « <i>la prothèse myoélectrique ne peut pas être un frein, parce qu'on peut toujours l'enlever et travailler sans</i> ». Elle trouve également important que les patients « <i>voient les limites de la prothèse</i> ». Elle dit aussi que « <i>plus l'amputation est haute, plus l'appareillage est compliqué.</i> »</p>
<p>E3 : Dans l'expérience de E3, « <i>[la prothèse] bloque [le patient] pour tout</i> ». Il « <i>pense que ça peut être [facilitateur et un frein]</i> », que « <i>tout dépend de la profession et de l'adaptation de la prothèse</i> »</p>

E4 : E4 explique « *qu'il y en a pour qui, il va falloir un appareillage, pour d'autres, ça va être plus limitant dans une journée* », « *ça peut être utile pour le regard des autres* ». Pour elle, « *c'est une aide-technique, donc si ça leur est utile et si ce n'est pas facilitateur, ils ne vont pas la porter, donc pour moi, ça ne sera pas un frein.* »

E5 : E5 exprime que « *le choix se fait par rapport aux activités du quotidien du patient* », « *dans la plupart du temps, [la prothèse] a été facilitateur* », « *je dirai que [la prothèse est] facilitateur quand tu as une amputation d'avant-bras et je pense que c'est [...] plus difficile quand c'est une amputation de bras, car la prothèse est plus lourde, tu fais moins de choses* ».

Les principes de l'accompagnement en ergothérapie

E1 : E1 explique qu'il débute son accompagnement par un bilan socio-professionnel « *pour faire [...] le point sur leur situation* » car cela lui donne des informations concernant le délai d'intervention, « *[qui est] important de savoir* ». « *On poursuit l'accompagnement [...] jusqu'à la reprise du travail* ». Certaines de ses tâches sont du « *travail administratif, [...] sans le patient* », notamment des « *compte-rendu d'études de poste dans lequel on va faire nos préconisations, nos propositions d'amélioration* ». Il fait des « *entretiens d'une demi-heure à une heure* ». Enfin, il explique que « *les personnes sont les mieux placées hein pour parler de leur travail puisqu'elles y sont au quotidien* ».

E2 : E2 dit que dans son accompagnement débute par un entretien et il y a « *tout le quotidien à voir rapidement, comment ben manger, écrire, s'habiller, se laver* », mais qu'elle met les patients « *en situation dans des gestes [...] plus compliqués* », afin de « *développer l'habileté et le sens pratique* ». Elle explique aussi qu'il y a un « *travail important avant l'appareillage* », que cette « *étape [...] est majeure* ».

E3 : E3 explique qu'il fait un entretien, un « *travail sur la sensibilité, [...] sur la douleur du membre fantôme* ». Il utilise le « *vibralgique, c'est un outil [...] qui permet de désensibiliser la zone cutanée* ». Enfin, il explique que quand la prothèse est là, « *on [...] commence à travailler sur tout ce qui [est] préhensions globales [...], utilisation de cônes, plein d'exercices du quotidien* ».

E4 : E4 commence son accompagnement par un entretien, et que quand « *ils ne sont pas encore cicatrisés, on fait [...] le travail de relatéralisation si besoin* », « *autonomie en mono-manuel, [...] démonstration et acquisition d'aides-techniques, plusieurs MES* », « *travail de pré-appareillage avec suivi des volumes du moignon,*

le port du compressif, la recherche des points moteurs », « régularisation du permis de conduire ». E4 explique qu'il est important pour elle de « [se baser] sur leurs habitudes de vie antérieures. »

E5 : Elle explique commencer son accompagnement par un « entretien, un bilan des activités de vie quotidienne [et] un bilan des points moteurs » puis qu'il y a un « entraînement à ces contractions-là, qui serviront pour contrôler la prothèse plus tard », qu'elle « fait un comparatif sur des activités du quotidien » et que le « projet de la conduite [est abordé] ». De plus, E5 explique que « la prise en charge, elle est au départ un peu analytique, pour qu'ils arrivent à comprendre comment utiliser la prothèse avec les contractions ».

Le travail en interprofessionnalité

E1 : E1 apporte des éléments sur le travail interprofessionnel : « je m'appuie sur les bilans faits par les collègues », « on travaille très en lien avec l'assistante sociale, avec les autres rééducateurs », « de faire [...] un retour [...] aux rééducateurs [...] pour donner un peu des conseils et guider les collègues dans les exercices de rééducation ». Au-delà du travail interprofessionnel au sein de sa structure, il ajoute « si ça aboutit, [...] en lien avec l'entreprise on voit, on se coordonne. »

E2 : « Le choix [...] se fait en équipe », « travail de l'équipe », « c'est-à-dire que dans l'équipe de mon service, il y a des kinés, une prothésiste, une APA, une psychologue [...], nous, médecin, infirmières, aides-soignants et [tout] le monde va faire le point »

E3 : « On a rencontré le prothésiste qui travaillait très souvent avec nous », « avec la médecine du travail », « il avait des soins kiné ».

E4 : E4 explique qu'elle travaille « avec le prothésiste pour le moulage, la fabrication de la prothèse d'essai et l'apprentissage du chaussage et de l'utilisation de la prothèse. »

E5 : E5 dit que « c'est un travail d'équipe qui est très intéressant, c'est très global et complet. », « on a un travail avec le médecin et l'orthoprothésiste ». Elle ajoute : « on a une unité Comète dans l'établissement, donc après ils prennent le relais. »

Les rôles de l'ergothérapeute
E1 : Il explique qu'il « <i>prend contact avec le médecin du travail, [...] les responsables RH</i> » et qu'il va « <i>visiter le poste de travail.</i> »
E2 : E2 explique que notre « <i>rôle à jouer dans l'accompagnement et dans la réalisation de la possibilité des projets</i> », qu'« <i>on est là pour [...] leur donner des astuces, les mettre en situation, les rassurer [...], les confronter une réalité</i> ».
E3 : /
E4 : E4 explique qu'« <i>on est là pour essayer [d']améliorer [l'EO].</i> »
E5 : Elle explique « <i>on essaie [...] de les accompagner dans cette reconstruction, cette résilience.</i> »

B). Choix de la méthode d'analyse des données

J'ai fait le choix d'analyser les données recueillies par thématique, me permettant ainsi d'analyser la totalité des entretiens. Après la retranscription des entretiens et plusieurs lectures, plusieurs thématiques sont ressorties, me permettant ainsi de les classer par catégorie.

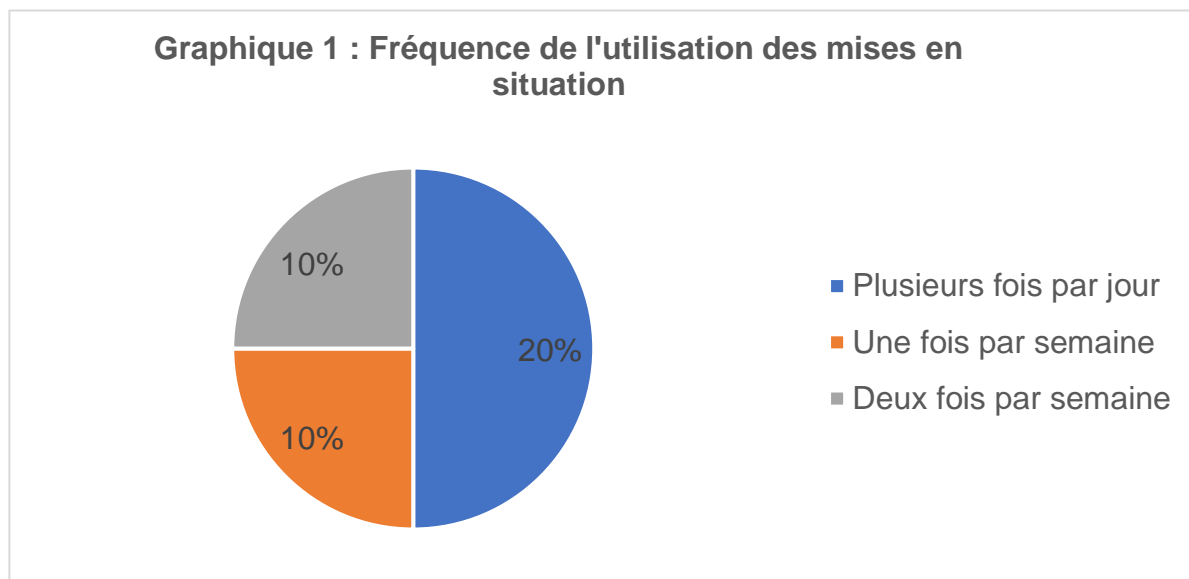
C). Analyse et interprétation

1. Les mises en situation

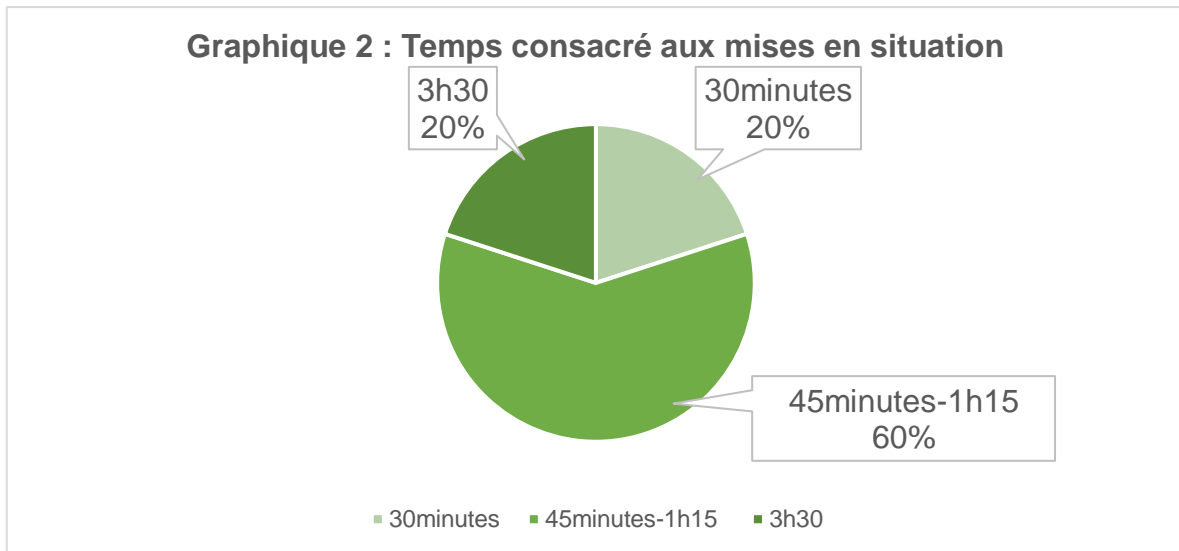
Pour les participants, les MES représentent une étape primordiale et indispensable dans leur accompagnement. Pour 20% des EDE, elles permettent de confronter les personnes à la réalité. Pour 100% des EDE, elles sont utilisées comme moyen thérapeutique. Il est pertinent de notifier que la mise en œuvre de mises en situation comme un moyen thérapeutique est réfléchi. En effet, l'ergothérapeute doit saisir les MES comme un levier lorsqu'il sent que le patient pourra accueillir une réalité qu'il avait sûrement idéalisée.

Avec les expériences des participants, nous pouvons dire que l'utilisation de MES est fréquente (au minimum une fois par semaine pour 80% des participants) (Graphique 1). Pour E1, c'est différent, puisqu'il travaille en unité Comète, de ce fait, il n'exerce pas de la même façon que 80% des ergothérapeutes. De plus, en terme de

temporalité, E1 intervient plus tard puisque son accompagnement se fait en grande partie ultérieurement à la fin des soins, de la rééducation et du retour à domicile. Il essaie de se rendre deux à trois fois sur place lors des essais encadrés des personnes qu'il suit.



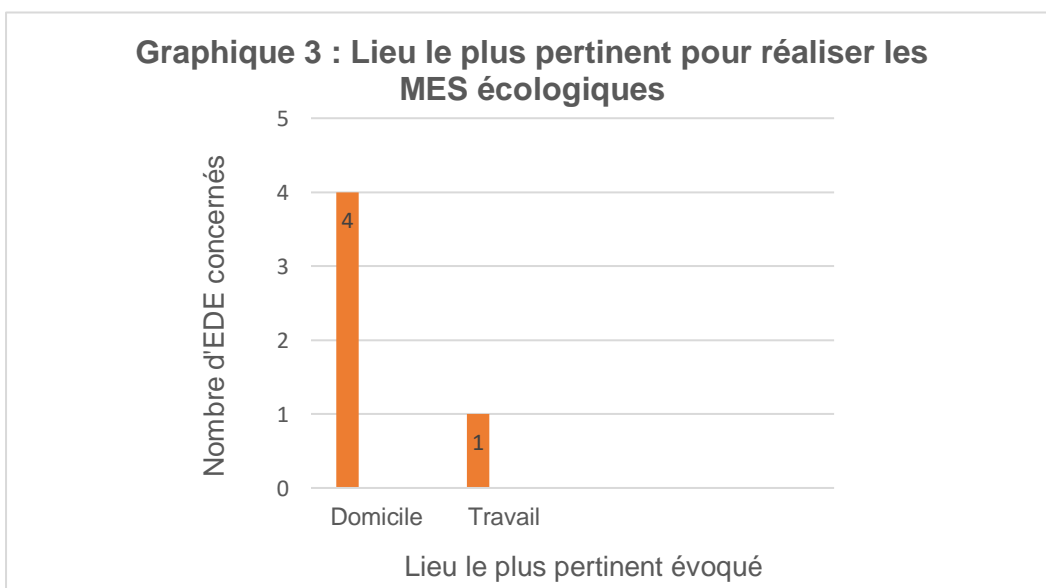
20% des EDE remarquent que lors des MES, les patients sont plus impliqués, elles leur permettent d'être rassurés et qu'ils reprennent confiance en eux. Les MES peuvent soit leur permettre de constater qu'ils peuvent faire des choses, mais elles peuvent également les mettre en difficulté. En effet, en étant face à la réalité, certains patients se rendent compte qu'ils ne peuvent plus faire telle ou telle activité comme ils pouvaient le faire auparavant, et cela peut être très difficile à accepter. Le temps dédié pour chaque MES est variable, mais trois EDE sur cinq y consacrent quarante-cinq minutes à une heure (Graphique 2).



De plus, les lieux les plus pertinents pour réaliser les MES écologiques ont été évoqués. Deux lieux ressortent : le domicile et le lieu de travail (Graphique 3).

En effet, à l'heure actuelle, 80% des participants réalisent majoritairement leurs MES au sein des structures dans lesquelles ils exercent. Certains disent que cela est plus simple. 10% des EDE, soit une seule des EDE semble avoir plus de facilités à pouvoir réaliser des MES à l'extérieur, voire au domicile des patients.

Aussi, 40% des participants attestent recommander des mises en situation aux patients lors des permissions les week-end et de partager leurs ressentis sur l'expérience.



2. L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est un terme que les cinq ergothérapeutes n'ont jamais entendu. La définition qui leur a été donnée leur a permis de comprendre les éléments qui le constituent. Aucun n'utilise de bilans validés le concernant. 80% des EDE estiment l'évaluer au travers d'entretiens, de la satisfaction des patients et de l'expérience qu'ils ont avec eux. 1/5 EDE est formée à la MCRO et l'utilise en bilan intermédiaire et final, et explique que l'équilibre occupationnel est évalué par le biais de cette passation.

Concernant l'EO des personnes qu'ils ont rencontrées, 80% des EDE évoquent qu'il n'est pas stable, voire pas maintenu. Aussi, quatre EDE expliquent voir des impacts de l'arrêt de l'activité professionnelle sur l'EO, tels qu'une dévalorisation, une perte de l'estime de soi, une perte de revenu ayant un impact sur l'équilibre psychologique.

De plus, la conduite automobile est un élément qui est cité plusieurs fois, que ce soit concernant l'équilibre occupationnel ou les principes de l'accompagnement. En effet, cela semble être un élément important pour certains patients. Une des participantes met en avant que parfois, le fait de ne pas pouvoir conduire se pose comme problématique avant la reprise professionnelle. Nous pouvons rapprocher cela du fait que la conduite automobile est une nécessité si l'on souhaite réaliser une grande partie des occupations : aller travailler, faire ses courses, aller chercher ses enfants à l'école ou encore se promener. A contrario, la reprise professionnelle représente une nécessité pécuniaire et n'est pas une priorité pour certains patients.

3. La reprise professionnelle

La reprise professionnelle est à mettre en lien avec le travail et l'EO. En effet, nous observons un lien étroit entre l'arrêt de l'activité de travail et l'équilibre occupationnel. Le travail représente une occupation dans laquelle nous avons des relations sociales, une rémunération, nous y consacrons la majeure partie de notre temps. De plus, l'activité de travail occupe une place importante dans la vie sociale d'un individu. Cela corrobore avec les éléments du cadre conceptuel, notamment sur le fait que le travail est une occupation essentielle à la vie des Humains. Avec ce constat, 40% évoquent que c'est l'endroit où nous passons le plus de temps, de plus, pour certaines personnes, le rôle de travailleur est très important. 1/5 EDE indique que

l'arrêt de l'activité professionnelle engendre des impacts psychologiques, pourvoyeur de stress et d'incertitudes concernant l'avenir. 1/5 EDE explique que la reprise du travail n'est pas la priorité de tous les patients.

De plus, la reprise professionnelle est en lien étroit avec l'appareillage. Pour E5, le niveau d'amputation a un impact sur la reprise professionnelle.

4. L'appareillage

L'appareillage n'est pas la priorité lors de l'hospitalisation, elle arrive en second plan pour 40% des EDE interrogés. Il est expliqué que pour certains patients, elle représente une aide pour le regard d'autrui. Le choix se fait avec le patient et en équipe, par rapport aux occupations de la personne (activité professionnelle, activités de vie quotidienne, loisirs).

Concernant la reprise professionnelle, deux EDE rapportent que l'appareillage doit être adapté à la profession ainsi qu'aux tâches inhérentes réalisées par la personne.

Pour 2/5 EDE, la prothèse myoélectrique peut être facilitatrice ou représenter un frein. Cependant, 40% des répondants expliquent qu'elle ne peut pas être un frein. En effet, s'agissant d'une aide-technique, si elle n'est pas facilitatrice, les personnes ne la portent pas, elle peut être retirée.

Enfin, 40% des participants expliquent que, d'après leurs expériences, plus l'amputation est haute sur le MS, plus l'appareillage est compliqué. Cela se confirme par la littérature « *Upper limb amputation causes substantial functional impairments for patients, which increases as the level of amputation is located higher up the arm* »⁷ (Gaine et al., 1997, cité dans Gaudet et al., 2018)

Nous pouvons ici faire le lien avec le travail en équipe. En ce qui concerne l'appareillage, travailler conjointement avec l'orthoprothésiste devrait permettre de surmonter la difficulté de l'emplacement de l'amputation.

⁷ Traduction libre : Les amputation de membre supérieur cause d'importants handicaps fonctionnel pour les patients, qui augmentent plus le niveau d'amputation est localisé haut sur le bras.

5. Les principes de l'accompagnement en ergothérapie

Certaines étapes sont communes à chaque EDE ayant été interviewé : l'entretien d'entrée, les bilans, les MES. E2, E4 et E5 expliquent que l'étape pré-appareillage est « majeure ». Durant celle-ci, ils proposent des MES, relatéralisation, gestion de la douleur, « recherche des points moteurs ». Aussi, les mises en situation prennent une grande part de l'accompagnement, que ce soit en phase pré-appareillage ou après prothétisation. E1 précise qu'une grande partie de son travail consiste en des tâches administratives, qu'il réalise sans la présence du patient. En effet, au travers de son activité en unité Comète, il est amené à réaliser des tâches tels que la prise de contact avec le médecin du travail, avec l'entreprise, la visite du poste de travail et la rédaction de compte-rendu.

Cependant, 80% des EDE n'utilisent pas de modèle conceptuel dans leur pratique. Une seule des participantes a notifié être formée et utiliser la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). Elle a expliqué que cela lui permettait de connaître de niveau de satisfaction et de rendement des patients. Le MOH n'a pas été cité comme un moyen utilisé pour accompagner les personnes. De ce fait, je n'ai pas obtenu d'éléments factuels entre l'utilisation du MOH avec l'accompagnement des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur et appareillées. Nous pouvons nous questionner sur la non-évocation du MOH lors des entretiens. En effet, les modèles occupationnels et les sciences de l'occupation sont enseignés depuis 2010, après l'Arrêté relatif au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute. 60% des participants ont été diplômés après 2010 et pourtant seule une d'entre-eux évoque l'utilisation de la MCRO.

6. Le travail interprofessionnel

Le travail interprofessionnel est un point qui est revenu chez 100% des ergothérapeutes. En effet, tous l'ont cité dans leur accompagnement auprès du public cible, que ce soit avec l'orthoprothésiste, avec le médecin et la médecine du travail, les soignants, les autres rééducateurs. Une des EDE cite même l'ensemble des membres composant son équipe. Le travail en collaboration avec l'orthoprothésiste, notamment pour la prothétisation est cité par 40% des personnes interrogées. Un ergothérapeute travaille en collaboration également avec l'assistante sociale, les

rééducateurs, les entreprises. 40% des personnes interrogées citent le travail en collaboration avec le masseur-kinésithérapeute.

Le travail interprofessionnel semble nécessaire pour proposer un accompagnement complet pour les personnes. Afin de mener ce travail d'équipe, il est primordial de coordonner les actions de chacun et de maintenir une communication efficace (au travers de réunion d'équipe et de mails).

7. Les rôles de l'ergothérapeute

Les participants expriment tous le fait d'exercer différents rôles au cours de leurs accompagnements. Chacun d'entre-eux en a cité des plusieurs, souvent différents. Nous pouvons rapprocher cela du fait qu'ils ne pratiquent pas tous au même endroit, ni dans le même type de structure. De plus, chaque ergothérapeute a des expériences variées, en fonction de son ancienneté dans le métier, ses anciens postes ou même ses appétences. Parmi ces multiples rôles, voici ceux cités : donner des astuces, mettre en situation, rassurer, confronter à la réalité, essayer d'améliorer l'EO, accompagnement dans la reconstruction, la résilience. De plus, l'ergothérapeute, conjointement avec l'orthoprothésiste et la personne accompagnée, participe aux choix de la prothèse au travail rééducatif moteur et sensitif.

A travers les entretiens, nous nous rendons compte que l'ergothérapeute revêt de multiples rôles et participe à de nombreuses étapes du parcours de soins, de rééducation et de réadaptation de la personne.

VI. Discussion

Les entretiens ont permis d'apporter des éléments de réponses concernant les hypothèses de recherche. Dans cette partie, nous allons pouvoir mettre en corrélation chaque hypothèse avec les éléments rapportés par les Ergothérapeutes Diplômés d'Etat interrogés.

A). Rappel des hypothèses

Hypothèse n°1 : L'accompagnement vers une reprise professionnelle favorise l'équilibre occupationnel des personnes actives, amputées traumatiques, appareillées du membre supérieur.

Dans un premier temps, il a été relevé, au travers des différents entretiens, que l'arrêt de l'activité professionnelle a un impact sur l'équilibre occupationnel chez le public cible de patients. Cela sous-entend que l'activité professionnelle est une occupation importante dans le maintien de l'équilibre occupationnel.

L'accompagnement vers une reprise professionnelle, que ce soit la reprise de l'ancien poste avec ou sans aménagement(s), la reprise d'un nouvel emploi ou la reprise d'une formation, lorsqu'il s'agit d'un objectif pour le patient, est un levier que peut utiliser l'ergothérapeute dans son accompagnement. En effet, en tant que professionnel des occupations, l'ergothérapeute accompagne le patient dans le but de répondre à ses problématiques, pour qu'il puisse avoir un équilibre occupationnel qu'il juge satisfaisant. Pour cela, l'EDE peut assister le patient dans des recherches sur ses souhaits pour l'avenir et par la mise en œuvre de mises en situation écologiques.

Pour une personne active, voir qu'il y a des possibilités professionnelles pour la suite, des solutions, notamment financières, grâce à la reprise d'un emploi, a un impact ne serait-ce que psychologique. De ce fait, cela ouvre des perspectives concernant cet équilibre occupationnel et favorise sa stabilité.

L'activité professionnelle est une occupation, qui peut être signifiante pour certaines personnes. Lorsque c'est le cas, l'arrêt de cette activité entraîne un déséquilibre occupationnel. L'accompagnement vers cette reprise, dans lequel participe l'ergothérapeute, permet, psychologiquement, de déclencher certains éléments : réinvestissement de rôles, projection et adhésion au projet thérapeutique.

De ce fait, l'hypothèse n°1 est **validée**.

Hypothèse n°2 : La mise en œuvre de mises en situation écologiques favorise la reprise professionnelle des personnes actives, amputées traumatiques, appareillées du membre supérieur.

Tout d'abord, la définition de mises en situation écologiques n'est pas claire. En effet, lorsque j'évoquais les MES écologiques, 60% des EDE parlaient des MES au sein du centre de rééducation. 10%, soit 1/5 des EDE évoquait que ce n'était pas de l'écologie au sein du CRF. 10% des EDE, de par son lieu d'exercice, réalise de véritables MES écologiques puisqu'il les réalise sur le lieu de travail des patients. Tous sont conscients que les lieux les plus pertinents restent le domicile et le lieu de travail des personnes accompagnées. Avec leurs conditions de travail, 80% des EDE font des MES dans le centre de rééducation. Lorsque c'est un objectif pour le patient, certains essaient de reproduire certaines tâches de l'activité de travail.

Que la reprise professionnelle aboutisse ou non, les mises en situation permettent, lorsqu'il s'agit d'un objectif pour la personne, de se projeter vers l'avenir professionnel, d'expérimenter, de passer outre certains blocages et de prendre conscience des activités possibles, celles qui ne le sont pas et de découvrir les moyens de compensation. Cependant, le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en œuvre de ces mises en situation est d'organiser, de réfléchir à la pertinence de les proposer à cet instant précis et pas un autre et de les préparer. En effet, la personne accompagnée doit pouvoir accueillir une réalité qui peut être difficile à vivre si la MES se révèle plus difficile qu'imaginée par le patient.

Cependant, il a été évoqué que les mises en situation écologiques sur le lieu de travail matérialisées par des essais encadrés ne sont pas obligatoires pour toutes les personnes passant par l'unité Comète. En effet, une personne qui ne passerait pas par cette unité pourrait reprendre son activité de travail, avec l'accord d'un médecin du travail, sous forme d'un mi-temps thérapeutique. Dans ce cas, ce-dernier aurait les mêmes objectifs qu'une mise en situation.

On observe donc qu'il n'y a pas de corrélation systématique entre le fait de réaliser des MES et la reprise du travail.

De ce fait, l'hypothèse n°2 est **invalidée**.

B). Biais, limites et perspectives de l'étude

1. Biais

Dans toute étude, des biais sont identifiés. Ils correspondent à une « *erreur dans la méthodologie de l'étude [...] une distorsion dans le traitement ou l'analyse d'une information, consciente ou inconsciente* ». (Les biais – éval, 2023)

Il y a un biais d'échantillonnage car deux EDE sur cinq n'ont eu qu'une expérience avec un patient amputé traumatique de membre supérieur. Cela impacte leurs réponses à certaines questions. De plus, la définition des MES écologiques n'est pas suffisamment claire. En effet, dans la définition que je donne, je ne parle pas de l'environnement connu du patient (domicile et lieu de travail). Seule une EDE m'a expliqué qu'elle ne fait pas de l'écologie car c'est difficilement conciliable avec l'institution. Aussi, compte-tenu du lieu d'exercice de E1, il est le seul à faire des MES écologiques car il se rend sur le lieu de travail des personnes qu'il accompagne. Il n'a donc pas les mêmes conditions de travail que les autres EDE. De ce fait, il est difficile de comparer les éléments qu'il a pu apporter avec ce qui a été dit par les autres EDE.

Quatre des entretiens ont été réalisés par appel téléphonique et un en présentiel. Ce dernier permet d'avoir accès à des éléments gestuels, auxquels nous n'avons pas accès lorsque les entretiens se font par appel téléphonique. Il représente un biais de modalités de passation, car les entretiens ne se sont pas tous déroulés dans les mêmes conditions.

Une des EDE travaille dans la structure où je réalise mon apprentissage, de ce fait, je la connaissais avant l'entretien. Cette situation représente un biais d'objectivité.

2. Limites

Certaines limites ont été repérées au cours de cette phase expérimentale. Dans un premier temps, cinq entretiens ont été réalisés, ce qui représente un échantillon limité. Si j'avais eu l'occasion d'interroger une population plus grande d'Ergothérapeutes Diplômés d'Etat, cela m'aurait permis d'avoir davantage de réponses et d'éléments signifiants pour valider ou invalider les hypothèses de recherche.

Un seul des EDE vient d'une unité Comète, ce qui ne permet pas de comparer les données. De ce fait, ses conditions de travail, les outils qu'il peut utiliser et la temporalité d'action, comparée aux autres EDE sont très différents. Peu d'EDE exerçant en unité Comète accompagnent des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur et appareillées.

Le temps de la phase expérimentale est court, ce qui oblige à restreindre la taille de l'échantillon.

Enfin, j'ai trouvé peu d'EDE travaillant auprès d'un public actif, amputé traumatique du membre supérieur et appareillé. Soit les EDE exerçaient en unité pour des patients amputés mais n'accompagnaient que des patients amputés du membre inférieur, soit leurs expériences étaient avec des patients inactifs, soit les patients avaient repris une activité de travail mais sans appareillage.

3. Pistes d'amélioration et perspectives de l'étude

Après avoir réalisé ce travail d'initiation à la recherche, certaines pistes d'amélioration sont à notifier. Cibler davantage la population d'Ergothérapeutes Diplômés d'Etat, aurait permis d'interroger plus d'EDE travaillant en unité Comète et des EDE ayant plus d'expériences auprès du public cible. Ainsi le biais d'échantillonnage aurait été évité. De plus, nous aurions obtenu davantage d'éléments factuels pour valider ou invalider les hypothèses de recherche.

De plus, il serait intéressant d'avoir des études plus avancées, à une plus grande échelle par exemple sur le sujet et notamment, concernant l'épidémiologie et l'étiologie.

Par ailleurs, certains concepts évoqués dans mon cadre conceptuel n'ont pas été évoqués lors des entretiens, notamment celui de résilience et d'identité. Cela me questionne, car lors de la rédaction de ce travail, la résilience est un terme qui revenait souvent dans les écrits et pourtant, sur le terrain, il n'a été évoqué qu'une fois. Est-ce que mes questions étaient bien choisies ?

Enfin au moment des questions sur l'équilibre occupationnel et sur les principes de l'accompagnement, plusieurs des participants ont évoqué la conduite automobile. On sait qu'avoir le permis de conduire et être véhiculé sont souvent des éléments

corrélés avec le fait d'exercer une activité de travail. De ce fait, peut-être que la notion de conduite automobile arrive en premier lieu chez certains patients avant de pouvoir envisager une reprise professionnelle.

4. Apports personnels et professionnels

Sur le plan personnel, réaliser ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'augmenter mes connaissances sur le domaine des amputations, au-delà des amputations spécifiques au membre supérieur. De plus, il m'a permis de mettre en place une méthodologie de recherche, que je sais bénéfique pour toute pratique professionnelle, grâce à la rigueur et la régularité qu'elle impose.

Sur le plan professionnel, réaliser ce travail me permettra potentiellement de participer à d'autres études ou à la rédaction d'articles scientifiques. De plus, si j'exerce dans ma future pratique auprès de ce public, je serais particulièrement attentive à leur équilibre occupationnel. Enfin, cela m'a sensibilisée sur la multitude de rôles qu'exerce l'ergothérapeute.

Conclusion

Une amputation, quelle qu'elle soit, a des répercussions dans la vie de l'individu, que ce soit sur le plan physique, psychologique ou encore sur le plan social. De ce fait, toutes les sphères de la vie de la personne sont touchées. L'objectif de cette recherche était de connaître les liens entre l'accompagnement en ergothérapie, la reprise professionnelle, l'équilibre occupationnel et les mises en situation écologiques chez des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur et appareillées. Pour cela, nous avons établi une question de recherche :

Dans quelle mesure l'ergothérapie participe-t-elle à la reprise professionnelle chez des personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur appareillées ?

Deux hypothèses de recherche ont été posées pour y répondre. La première étant : « L'accompagnement en ergothérapie vers une reprise professionnelle favorise l'équilibre occupationnel des personnes actives, amputées traumatiques, appareillées du membre supérieur. » La seconde est : « La mise en œuvre de mises en situations écologiques en ergothérapie favorise la reprise professionnelle des personnes actives, amputées traumatiques, appareillées du membre supérieur. »

Au travers de la phase expérimentale, nous avons pu constater que l'accompagnement en ergothérapie vers une reprise professionnelle favorise l'EO, bien que l'occupation de la conduite automobile soit potentiellement un élément prioritaire pour certains patients. Néanmoins, la mise en œuvre de mises en situation écologiques n'est pas à corrélérer systématiquement avec une reprise de l'activité de travail.

Il apparaît clairement que les MES sont un outil fréquemment utilisé. Cependant, il a été relevé que de les mettre en œuvre au domicile des patients et sur leur lieu de travail seraient plus pertinent, notamment pour le transfert des acquis.

Tout au long de cette étude, nous avons compris que l'ergothérapeute a sa place auprès d'un public actif, amputé traumatique de membre supérieur et appareillé. En effet, il participe à de nombreuses étapes du parcours de la personne. Notamment dans le fait qu'il soit expert des occupations et de l'équilibre occupationnel ; élément indispensable à prendre en compte.

Suite à la validation d'une hypothèse, nous pourrions envisager une étude à plus grande échelle, c'est-à-dire avec un échantillon plus complet et diversifié, avec des EDE de structures différentes, diplômés peut être récemment, afin de connaître l'impact de l'utilisation d'un modèle conceptuel avec ce type de public. Cette dernière nous permettrait d'avoir éventuellement des résultats plus complets.

Enfin, l'aboutissement de ce travail me mène à me questionner concernant les MES écologiques sur le lieu de travail. En effet, pourquoi est-ce que les EDE exerçant sur les plateaux techniques n'en réalisent pas ? Pourquoi ne sont-elles réservées qu'aux EDE pratiquant en unité comète ?

Bibliographie

Livres/Ouvrages

- Albanese, J.-B. (2016). Insertion professionnelle et handicap : L'ergothérapeute au coeur d'un réseau. In *Agir sur l'environnement pour mettre les activités* (1ère édition, p. 347-358). De Boeck Supérieur.
- Croizon, P. (2006). *J'ai décidé de vivre* (Vol. 1).
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides.
- Meyer, S. (2013). Le contrat social du « faire » : Les rôles et la participation. In *De l'activité à la participation* (1ère édition, p. 161-176). De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème édition). De Boeck Supérieur.
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité en sciences humaines: Vol. 9e éd.* (p. 338). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-identite--9782130620808-p-3.htm>
- Offenstein, E. (2016). Accompagner le changement. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (1ère édition, p. 242-263). De Boeck Supérieur.
- Tétreault, Guillez, S., Pascal. (s. d.). Apprivoiser la recherche. In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 49-69). De Boeck Supérieur.
- Trouvé, E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/agir-sur-l-environnement-permettre-les-activites--9782353273553.htm>

Articles

- Alexandre Bruyant, Matthieu Guemann, Alexandre Malgoyre. (2022, mai 9). *Etude épidmiologique des amputations majeures des membres suprieur et infrieur en France | Elsevier Enhanced Reader*. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.05.014>
- Anaut, M. (2005). Résilience et personnes en situation de handicap. *Reliance*, 15(1), 16. <https://doi.org/10.3917/reli.015.0016>
- Castra, M. (2012). Identité. *Sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/1593#article-1593>
- Drouin-Hans, A.-M. (2006). Identité. *Le Télémaque*, 29(1), 17. <https://doi.org/10.3917/tele.029.0017>
- Elsevier Enhanced Reader*. (s. d.). <https://doi.org/10.1016/j.engappai.2017.10.017>
- Gaine, W. J., Smart, C., & Bransby-Zachary, M. (1997). Upper Limb Traumatic Amputees : Review of prosthetic use. *Journal of Hand Surgery*, 22(1), 73-76. [https://doi.org/10.1016/S0266-7681\(97\)80023-X](https://doi.org/10.1016/S0266-7681(97)80023-X)
- Gaudet, G., Raison, M., & Achiche, S. (2018). Classification of Upper limb phantom movements in transhumeral amputees using electromyographic and kinematic features. *Engineering Applications of Artificial Intelligence*, 68, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.engappai.2017.10.017>
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185-194. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rne.023.0185>
- M.Unruh, A. (2004, décembre). « So...what do you do ? Occupation and construction of identity », *Canadian journal of occupational therapy*, vol.71. (P.290-295). <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/KtbxLzGHhZkKwhHdfQwhstnRWwRKKvqHjV?projector=1&messagePartId=0.1>

- Philippin, Y. (2006). Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *InfoKara*, 21(4), 163-166. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inka.064.0163>
- Pomares, G., Coudane, H., Dap, F., & Dautel, G. (2018). Epidemiology of traumatic upper limb amputations. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 104(2), 273-276. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.12.014>
- Pomares, G., Coudane, H., Dap, F., & Dautel, G. (2020). Les victimes d'une amputation traumatique du membre supérieur: Le processus vers l'acceptation. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, 106(7), 878-883. <https://doi.org/10.1016/j.rcot.2020.09.016>
- Raichle, K. A. (2008). Prosthesis use in persons with lower- and upper-limb amputation. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(7), 961-972. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2007.09.0151>

Autres

- À partir de quel âge peut-on travailler ? (s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1649>
- Amputations Du Membre Supérieur—Amputations du membre supérieur H Barouti M Agnello P Volckmann R - Studocu.* (s. d.). Consulté 31 janvier 2023, à l'adresse <https://www.studocu.com/row/document/international-institute-for-higher-education-in-morocco/corporate-law/amputations-du-membre-superieur/42222510>
- Conséquences psychologiques. (2011, juillet 27). ADEPA. <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>

Définition—Population active / Actifs / Actifs | Insee. (s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1946>

Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle. (2015, janvier 13). <https://www.cometefrance.com>

Doussin, A. (2020). *Introduction au Modèle de l'Occupation Humaine.*

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances | handicap.gouv.fr. (s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <http://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>

Leduc, S. (s. d.-a). *Amputation—Membres inférieurs et supérieurs.* Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

Leduc, S. (s. d.-b). *Amputation—Membres inférieurs et supérieurs.* Consulté 6 mai 2023, à l'adresse <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

Les biais – EVAL. (s. d.). Consulté 1 mai 2023, à l'adresse <https://www.eval.fr/les-biais/>

Membre supérieur. (2011, juillet 16). ADEPA. <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/membre-superieur/>

Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval. (s. d.). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine.* Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Myoélectriques – Appareillages prothétiques. (s. d.). Consulté 28 décembre 2022, à l'adresse <http://uf-mi.u-bordeaux.fr/ter-2016/mazouffre-figus/protheses/myoelectriques/>

NantesUniv (Réalisateur). (2015, juin 1). *Boris Cyrulnik—La résilience dans les situations extrêmes*. <https://www.youtube.com/watch?v=AM4JSsNIJ3E>

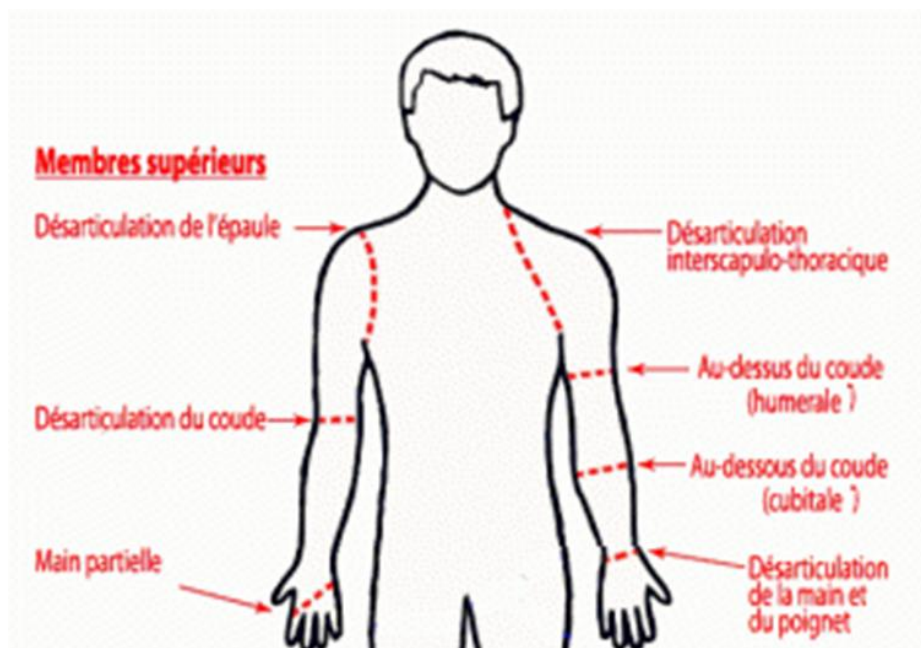
Qu'est ce que l'ergothérapie. (s. d.). ANFE. Consulté 8 janvier 2023, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Réducation après l'amputation d'un membre—Fondamentaux. (s. d.). Manuels MSD pour le grand public. Consulté 27 décembre 2022, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/fondamentaux/r%C3%A9%C3%A9ducation/r%C3%A9%C3%A9ducation-apr%C3%A8s-l-amputation-d-un-membre>

VII. Annexes

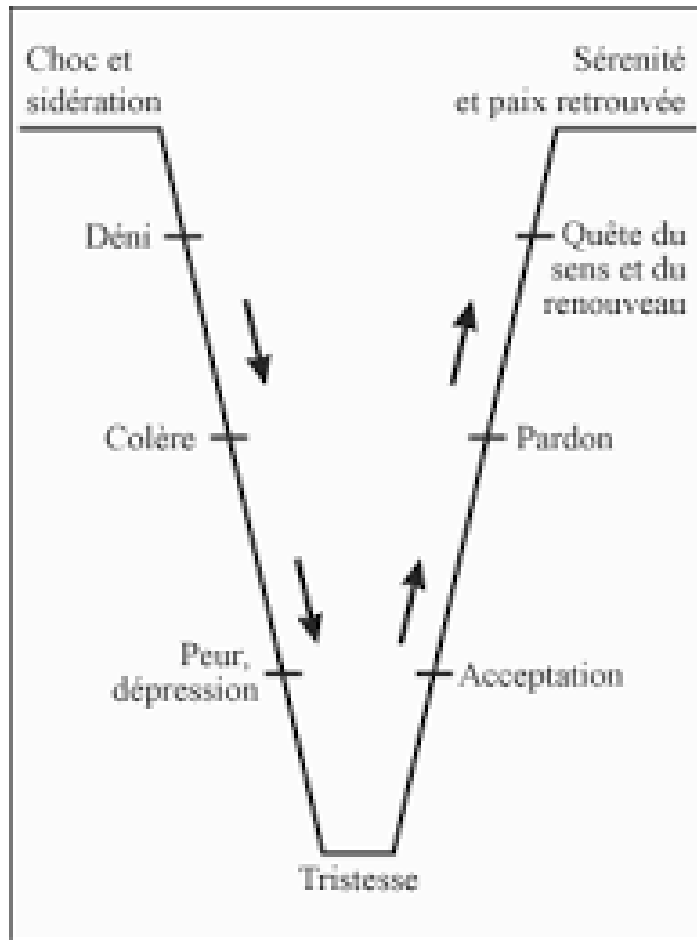
Annexe I : Schéma des différents niveaux d'amputation du membre supérieur	1
Annexe II : Schéma du processus de deuil - Elisabeth Kübler-Ross	2
Annexe III : Formulaire de consentement	3
Annexe IV : Grille d'entretien	5
Annexe V : Verbatim de l'entretien n°4	8

Annexe I : Schéma des différents niveaux d'amputation du membre supérieur



Source : <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/membre-superieur/>

Annexe II : Schéma du processus de deuil - Elisabeth Kübler-Ross



Source : <https://toutpresdesoi.weebly.com/uploads/4/0/0/4/40045663/la-courbe-du-deuil-e-kubler-ross.pdf>

Formulaire de consentement

Je m'appelle Laurie Sainte Foi et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie.

Je sollicite votre expérience professionnelle et vos connaissances afin de pouvoir valider ou invalider mes hypothèses, dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études sur le thème de l'ergothérapie dans l'accompagnement aux changements chez des personnes actives ayant vécu une amputation traumatique de membre supérieur.

Cet entretien sera réalisé par moi-même et durera entre 30 et 45 minutes. Le créneau sera à définir selon vos disponibilités, par téléphone, en visioconférence ou en présentiel.

Si vous acceptez, vous participerez à un entretien en individuel où je vous poserais des questions concernant votre pratique, votre expérience et votre vécu.

Votre participation est totalement basée sur le volontariat et vous êtes libre de changer d'avis à tout moment.

Vos propos seront retranscrits par mes soins, mot à mot, de façon confidentielle. Aussi, aucun jugement ne sera porté sur vos dires. Concernant vos réponses, elles seront traitées de façon anonyme et uniquement par moi-même. Elles seront exploitées dans le cadre de ce travail et détruites par la suite.

Merci de cocher chaque case :

Je donne mon consentement à ce que Laurie Sainte Foi utilise mes propos dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études à condition que mes propos soient anonymisés (que mon nom soit remplacé par un nom d'usage et que les lieux et dates soient modifiés)

Je suis d'accord pour participer à cette étude.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais de façon anonyme de certains de mes propos de l'entretien dans un mémoire ou une publication.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription de cet entretien.

Signature du participant :

Signature de Laurie Sainte Foi

Date :

Date :

Annexe IV : Grille d'entretien

Grille d'entretien pour le mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études d'ergothérapie

Bonjour, je m'appelle Laurie Sainte Foi et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie. Je vous remercie de m'accueillir et de prendre le temps pour cet entretien.

Vous êtes bien M/Mme _____, Ergothérapeute Diplômé(e) d'Etat au sein de la structure _____ ? Vous travaillez bien (entre autre) auprès d'une population active, amputée du membre supérieur ?

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études sur le thème de l'ergothérapie dans l'accompagnement aux changements chez des personnes ayant vécu une amputation de membre supérieur, je sollicite votre expérience professionnelle et vos connaissances afin de valider ou invalider mes hypothèses.

Cet entretien durera entre 30 et 45 minutes.

Tout ce qui sera dit lors de cet entretien sera traité de façon anonyme et uniquement par moi-même. Concernant vos réponses, elles seront exploitées uniquement dans le cadre de ce travail et seront détruites par la suite.

Êtes-vous toujours d'accord pour participer ?

Nous allons commencer.

1. Pouvez-vous présenter brièvement votre parcours professionnel ?
 1. *Depuis quand êtes-vous diplômé ?*
 2. *Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette structure ?*

2. Décrivez-moi l'accompagnement que vous réalisez auprès de personnes actives, amputées traumatiques du membre supérieur ?
 1. *En groupe, en individuel, quels types d'activités, fréquence ?*

3. Que savez-vous de l'équilibre occupationnel ?

L'équilibre occupationnel un concept clé du cœur de la profession d'ergothérapeute, sur lequel cette-dernière base ses accompagnements. Il est considéré comme un élément de bien-être en lien avec la santé. Il peut être difficile à atteindre et à maintenir. C'est une notion subjective, propre à chacun. Il est défini comme atteint lorsque les interactions entre les occupations de divers domaines, les rôles, les contextes de vie et les valeurs sont jugés satisfaisants pour l'utilisateur

4. Que pouvez-vous me dire sur l'équilibre occupationnel des personnes que vous accompagnez avant la reprise professionnelle ?

1. *Reprise professionnelle : reprise de l'ancien poste, reconversion professionnelle, poste aménagé*
2. *Quel(s) est/sont le/les impact(s) de l'arrêt de l'activité professionnelle sur l'équilibre occupationnel ?*

5. Comment évaluez-vous l'équilibre occupationnel ?

1. *Utilisez-vous des bilans ?*
2. *Si oui, lesquels ?*
3. *A quels moments l'évaluez-vous ?*
4. *Quelles sont les différences entre l'évaluation initiale et l'évaluation finale ?*
5. *Si vous ne l'évaluez pas, quelles en sont les raisons ?*

6. Que pouvez-vous me dire sur les mises en situation écologiques ?

Les mises en situation écologiques sont une méthode d'évaluation ou d'exercice visant à mettre une personne (ou un groupe de personnes) en situation concrète dans un contexte donné.

1. *Qu'en pensez-vous ?*
2. *Les utilisez-vous comme moyen thérapeutique ?*
3. *Quels genres de mises en situation écologiques utilisez-vous ?*
4. *Pourquoi ?*
5. *Que constatez-vous ?*
6. *A quelle fréquence les utilisez-vous ?*
7. *Combien de temps durent-elles en moyenne ?*
8. *Si non, pourquoi ?*

7. Dans quel(s) lieu(x) pratiquez-vous les mises en situation écologiques ?

1. *Pourquoi ?*
2. *Dans quel(s) but(s) ?*

8. Quel serait, pour vous, le lieu le plus pertinent pour réaliser ces mises en situation écologiques ?

1. *Pourquoi ?*

9. Faites-vous un lien entre l'utilisation de mises en situation écologiques lors de vos accompagnements et la reprise du travail ?

1. *A votre sens, pourquoi ?*

10. Quel(s) lien(s) faites-vous entre la mise en place d'une prothèse myoélectrique de membre supérieur et la reprise professionnelle ?

1. *Trouvez-vous que la prothèse est un élément facilitateur à la reprise professionnelle ou au contraire un frein ? Pourquoi ?*

11. Quelles particularités remarquez-vous dans la reprise professionnelle chez des personnes appareillées d'une prothèse myoélectrique ?

Annexe V : Verbatim de l'entretien n°4

Retranscription de l'entretien n°4

L : Je m'appelle Laurie Sainte Foi, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie. Je vous remercie de m'accorder le temps pour cet entretien. Vous êtes bien E4., Ergothérapeute Diplômée d'Etat ?

E4 : Oui, depuis 2012.

L : D'accord, vous travaillez bien, entre-autre auprès d'une population active, amputée du membre supérieur ?

E4 : Oui.

L : D'accord. Donc dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études, je sollicite votre expérience professionnelle et vos connaissances pour valider ou invalider mes hypothèses. Cet entretien durera entre 30 et 45 minutes. Tout ce qui sera dit lors de ce de cet entretien sera traité de façon anonyme et uniquement par moi-même. Concernant vos réponses, elles seront exploitées uniquement dans le cadre de ce travail et elles seront détruites par la suite.

E4 : Ok.

L : On va pouvoir commencer. Présentez brièvement votre parcours professionnel.

E4 : Ben alors, j'ai fait des CDD après mon diplôme donc j'ai travaillé en SSR dans le secteur amputé, ensuite je suis partie dans un secteur main sur un autre centre, mais il n'y avait pas d'amputés.

L : Ok.

E4 : C'était en post-chirurgie de main. Ensuite j'ai fait un SSR gériatrique et là je suis dans ce SSR, depuis 8 ans maintenant.

L : D'accord.

E4 : Et auprès du coup d'amputés membre supérieur et de membre inférieur, et blessés médullaires.

L : Mmh, ok.

E4 : Pour le coup moi j'avais vu des amputés de membre supérieur en stage, donc j'ai connu là-bas, après j'ai dû transposer mes connaissances d'un premier stage, lors d'un autre stage où l'ergo ne connaissait pas et avait une amputée de membre supérieur et du coup, quand je suis arrivée dans le centre où je suis actuellement, on en a un aussi donc je l'avais pris et j'ai formé une autre collègue, parce qu'on en a beaucoup maintenant et toute seule c'était pas c'était pas possible.

L : D'accord. Du coup, mon mémoire se centre vraiment sur l'amputation traumatique de membre supérieur et sur des personnes qui sont appareillées de prothèse myoélectrique. Décrivez-moi l'accompagnement que vous réalisez du coup auprès de ces personnes ?

E4 : Du coup, on les reçoit. Il y a plusieurs cas de figure soit les reçoit en phase de post-amputation, donc il y a toute la cicatrisation, donc le temps qu'ils sont chez nous et pas encore cicatrisés, on fait tout ce qui est travail de relatéralisation si besoin. Puis autonomie en mono-manuel donc démonstration et acquisition d'aides-techniques plusieurs mises en situation. Ensuite, on fait tout le travail pré-appareillage donc avec le suivi des volumes du moignon, le port du compressif, la recherche des points moteurs et le travail d'endurance. Donc en général, on fait des séances bi-quotidiennes, qui sont assez courtes parce que ça fatigue vite et voilà, travail de dissociation des points moteurs, apprentissage des moyens de communication avec une main sur socle et divers logiciels d'apprentissage. Ensuite, une fois que les volumes sont à peu près stables, tout ce qui est travail avec le prothésiste, pour le moulage, la fabrication de la prothèse d'essai et l'apprentissage du chaussage et de l'utilisation de la prothèse avec le fonctionnement des différents effecteurs terminaux, que ce soit des mains ou des outils.

L : D'accord.

E4 : Puis, tout ce qui est régularisation du permis de conduire, on a un simulateur.

L : D'accord. Est-ce que vous avez des choses à rajouter pour cette partie ?

E4 : Je crois que j'ai rien oublié.

L : Du coup, est-ce que vous faites des séances en groupe en individuel ? Quel type d'activités ?

E4 : C'est rare qu'on en ait plusieurs en temps quand même.

L : D'accord.

E4 : Ça peut arriver qu'on les mette en contact quand on a plusieurs, mais c'est vrai que c'est rare. Du coup, je te disais, soit ils arrivent en phase post-amputation, soit c'est des gens qui viennent pour des essais de nouvelles mains ou des problématiques qu'ils ont chez eux qu'on essaie de régulariser sur des séjours plus courts, avec des essais de matériel

L : D'accord. Quel type d'activité vous faites avec les patients amputés du membre supérieur ?

E4 : Pour le coup, non on est très libres au niveau de nos moyens donc il y a vraiment énormément de choses, je suis allée faire un squash avec un patient amputé, une fois je les mets en cuisine assez régulièrement, simulateur de conduite et après ça dépend de leurs habitudes de vie antérieure et de ce qu'ils veulent faire. Je fais du piano avec un patient, donc il en action donc c'est très diversifié en fonction de ce qu'ils aiment.

L : Ah oui, vous vous basez quand même sur leurs habitudes de vie ?

E4 : Tout à fait.

L : Ok.

E4 : C'est la base de notre métier quand même.

L : Oui, je suis assez d'accord. Que savez-vous de l'équilibre occupationnel ?

E4 : Qu'est-ce que je sais de l'équilibre occupationnel ?

L : Oui.

E4 : Euh, j'ai des grands mots sur l'occupation après équilibre occupationnel...enfin nous on est formé à la MCRO donc enfin voilà.

L : D'accord.

E4 : Au niveau de l'occupation, on sait que c'est important et on y prête attention. Après équilibre occupationnel, j'ai pas plus de notions que ça sur ce terme.

L : D'accord, pas de souci. J'ai prévu une petite définition pour que on puisse partir sur les mêmes bases et pour les questions d'après. C'est un concept de la profession sur lequel donc on base nos accompagnements. Il est considéré comme un élément de

bien-être, en lien avec la santé. Il peut être difficile à atteindre et à maintenir. C'est une notion qui est subjective, elle est propre à chacun. Il est défini comme atteint lorsque les interactions entre les occupations de tous les domaines de vie de la personne, ses rôles, les contextes de vie et les valeurs sont jugés satisfaisants pour l'utilisateur.

C'est suffisamment clair ?

E4 : Oui, oui c'est bon.

L : Parfait, on va pouvoir passer à la question d'après.

E4 : Ben en gros, nous avec la MCRO, on voit s'ils sont satisfaits de leur rendement et s'ils sont satisfaits de la façon dont il réalise leurs occupations et dans les différents domaines de leur vie.

L : Avec cette définition, que pouvez-vous me dire sur l'équilibre occupationnel des personnes amputées du membre supérieur, avant la reprise professionnelle ?

E4 : Avant la reprise professionnelle ?

L : Ouais.

E4 : Ben, alors, pour le coup, c'est aussi souvent un lien avec le fait de ne pas pouvoir conduire, ils sont souvent pas satisfaits. Une amputation traumatique, c'est suite à un accident, c'est assez bref quoi. Ben souvent ils sont quand même très limités au niveau de leur autonomie et avant de d'envisager la reprise du travail, parce que ils savent plus vont être appareillés). Mais ils sont déjà limités par le fait de ne pas pouvoir conduire.

L : D'accord.

E4 : Parce que ça veut dire avoir une boîte automatique. Donc l'équilibre occupationnel est bien perturbé chez un amputé de membre supérieur.

L : Ok. Quel est/sont le ou les impacts de l'arrêt de l'activité professionnelle sur l'équilibre occupationnel ?

E4 : C'est très dépendant des gens, mais il y en a pour qui le rôle le professionnel est super important. C'est quand même là où on passe le plus de d'heures dans notre journée, donc c'est différent entre quelqu'un qui n'aime pas de son travail et quelqu'un qui est patron de sa propre entreprise.

L : Oui. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

E4 : Tu peux me répéter la dernière question ?

L : Oui, quel est ou sont le ou les impacts de l'arrêt de l'activité professionnelle sur l'équilibre occupationnel ?

E4 : Ok, ben perte de rôle, direct.

L : D'accord.

E4 : Du coup, perte de l'estime de soi enfin voilà. Souvent, on a besoin de travailler, rien qu'au niveau financier. Le rôle socio-professionnel est souvent nécessaire pour l'estime de soi etc.

L : D'accord, ça marche. Comment évaluez-vous l'équilibre occupationnel ?

E4 : Alors, comment on l'évalue ?

L : Même si vous passez pas forcément par bilan enfin.

E4 : Ben du coup, en soit, il y a le bilan MCRO, soit en réalisant des entretiens hein. Quand on fait des mises en situation, on peut leur apporter les adaptations, on voit si ça leur convient. Juste un entretien aussi individuel, en discutant de séances qui sont passés.

L : A quel moment vous allez procéder ? Même si c'est pas une évaluation fixe, ou à quel moment vous vous l'évaluer ?

E4 : C'est très soulant quand même.

L : Déjà si vous me parlez déjà de la MCRO, est-ce que vous la faites passer uniquement entretien initial ou est-ce que vous la faites repasser en bilan intermédiaire ?

E4 : Intermédiaire et final plutôt.

L : D'accord.

E4 : Je le fais rarement en initial car il ne se projette pas, ils ont moins de recul.

L : Oui, en effet

E4 : Sur ce qu'ils peuvent faire, pas faire. Et en plus, la MCRO, elle est bien mieux sur des gens qui sont rentrés chez eux.

L : D'accord.

E4 : Pour des patients qui ont pu expérimenter la vie avec un bras en moins.

L : Quelles sont les différences que vous pouvez retrouver entre l'évaluation intermédiaire et l'évaluation finale ?

E4 : Sur l'équilibre occupationnel ?

L : Oui tout à fait.

E4 : On est là pour essayer de l'améliorer. En général, il s'améliore, en tout cas c'est l'objectif.

L : Du coup, vous voulez évaluer via justement l'échelle de satisfaction et de rendement de la MCRO.

E4 : Oui ou via le moral du patient, via sa projection vers l'extérieur.

L : D'accord. Avez-vous des éléments à rajouter ?

E4 : c'est bon pour moi.

L : Que pouvez-vous me dire sur les mises en situation écologiques ?

E4 : Ce que je peux vous dire ?

L : Oui.

E4 : On fait énormément. Ça permet aux patients de d'évaluer ses capacités, de voir comment compenser et de se projeter pour la suite. Elles sont nécessaires dans notre profession. Ils reprennent confiance, ils voient qu'ils peuvent faire des choses. Parfois ils voient qu'il faut faire autrement ou qu'ils ne peuvent plus faire mais ça permet de cheminer et tout ce qui est travail de deuil.

L : Ok. Est-ce que vous les utilisez comme moyen thérapeutique ?

E4 : Ben oui.

L : D'accord. Quels genres de mise en situation écologique utilisez-vous ?

E4 : Ben, ça dépend vraiment des gens parce qu'on est très libre sur les moyens.

L : Par exemple pour des patients amputés traumatiques du membre supérieur, quel genre de mise en situation (même si ça dépend des patients) faites-vous ?

E4 : Du coup, ben ça peut être soit en lien avec la gestion du foyer, cuisine, courses, sport, bricolage, jardinage, ça on fait régulièrement.

L : D'accord, à quelle fréquence utilisez-vous les mises en situation écologiques ?

E4 : Alors, ça dépend dans quelle phase on se situe, mais une fois qu'ils ont un appareillage, c'est quasi que des MES hein.

L : D'accord.

E4 : En phase pré-appareillage non mais après on évalue les effecteurs et il utilise la prothèse donc c'est que des mises en situations.

L : Ok, d'accord et combien de temps durent-elles en moyenne ?

E4 : En général, c'est 1h00 la séance mais on si on sort ou quoi, ça peut ça peut être plus longtemps. On est pas assez libre sur l'emploi du temps.

L : D'accord. Dans quel(s) lieu(x) pratiquez-vous les mises en situation écologiques ?

E4 : Mais alors ça c'est dans l'établissement.

L : D'accord.

E4 : Soit on peut aller au domicile du patient, soit dans une salle de sport. Il suffit qu'on demande un ordre de mission, on demande l'autorisation. Ça nous est accordé ou pas, mais y a pas de limite, à part la distance.

L : Et est-ce que les mises en situation au domicile des patients, c'est quelque chose que vous faites régulièrement ?

E4 : Oui.

L : D'accord. Quel serait, pour vous le plus pertinent pour réaliser les mises en situation écologiques ?

E4 : Bah chez eux du coup, dans leur environnement.

L : Et pourquoi ?

E4 : Ben comme ça, on est avec leurs outils, leurs locaux, c'est un bon entraînement pour le retour à domicile.

L : D'accord.

E4 : Ça les confronte à leurs problématiques, dans leur environnement. On a une cuisine thérapeutique donc les placards peuvent être adaptés mais chez eux, c'est pas

forcément le cas. C'est là où ils vont développer des solutions, mettre plus bas certaines choses. C'est plus pertinent si on est directement chez eux.

L : En effet. Faites-vous un lien entre l'utilisation de mise en situation écologique pendant vos accompagnements et la reprise du travail ?

E4 : Oui, oui, oui, on peut oui. Pour un patient, on avait utilisé une minipelle, car c'était son métier et du coup voilà, on voulait voir pour l'utilisation du joystick. Ça faisait partie de son métier et il se demandait s'il pourrait encore piloter cet engin, du coup on l'avait testé sur son lieu de travail.

L : Est-ce que vous trouvez que pour ces patients pour qui vous avez fait des mises en situation sur le lieu de travail, qu'il y a une corrélation entre ces mises en situation et la reprise professionnelle ?

E4 : Ah mais carrément car ça permet de jauger leurs capacités et ça enclenche plein de trucs : ils y sont allés, ils ont essayé.

L : Oui, même psychologiquement pour eux, de se dire que c'est possible ou pas, mais ça permet de donner des réponses à des choses qui restent en suspens sinon.

E4 : Tout à fait !

L : D'accord et c'est quelque chose que vous faites régulièrement d'aller sur le lieu de travail ?

E4 : Ben c'est pareil, si ça peut poser problème, oui on y va. Après on a une unité Comète dans l'établissement, donc après qui prennent le relais, si le travail ne rentre pas de suite en ligne de compte sur le début de la prise en charge, ce qui parfois est le cas, parce que les gens, ils n'ont pas toujours le souhait de reprendre très vite le travail. Donc parfois c'est Comète qui le suit.

L : Du coup, quel est le lien que vous faites entre l'utilisation de ces mises en situation et la reprise du travail ?

E4 : L'idée, c'est que ça favorise une reprise plus rapide.

L : Pourquoi ?

E4 : Car le patient voit que c'est possible ou pas et dans ce cas, il se penchera sur une reconversion et il aura des réponses.

L : Ok, très bien.

E4 : Souvent, c'est en mettant les gens en situation qu'ils se rendent compte des choses. On pourra leur dire tout ce qu'on veut, il faut qu'ils expérimentent.

L : Ok. Quel(s) lien(s) faites-vous entre la mise en place d'une prothèse myoélectrique de membre supérieur et la reprise professionnelle ?

E4 : Parfois c'est utile, parfois pas. Ça dépend vraiment des gens.

L : Pourquoi ?

E4 : Pour moi il y a pas de liens directs, ça dépend vraiment des cas. Il y en a pour qui, il va falloir un appareillage, pour d'autres, ça va être plus limitant dans leur journée qu'autre chose. Ça dépend vraiment du métier de chacun.

L : D'accord. Trouvez-vous que la prothèse myoélectrique est un élément facilitateur à la reprise professionnelle ou au contraire un frein et pourquoi ?

E4 : J'ai tout vu. Dans tous les cas, quand c'est un frein il ne la mette pas. Donc pour moi, ce n'est pas vraiment un frein. Ils la mettent que ça sert d'aide-technique, ça ne va pas remplacer un bras. Pour moi, c'est une aide-technique, donc si ça leur est pas utile et si ce n'est pas facilitateur, ils ne vont pas la porter donc pour moi, ce ne sera pas un frein.

A partir du moment où il va y avoir des activités bimanuelles sur un métier, soit il ne peut pas le faire, auquel cas il faut changer sa fiche de poste. Soit il va pouvoir le faire et dans ce cas c'est facilitateur. Dans tous les cas, ça ne peut être que facilitateur, sinon ça sert à rien. Le frein, pour moi, c'est le port de charge, les activités bimanuelles etc.

L : Ok, d'accord.

E4 : Après, elle peut aussi être utile pour le regard des autres. Certains patients ont besoin de l'avoir, ça protège niveau social mais ne va pas être utile en mode fonctionnel. Donc ils ont une prothèse myoélectrique mais qui ne sera pas allumée. Par exemple, un commercial, il ne va peut-être pas avoir besoin de l'allumer mais au niveau du regard des autres, il voudra quelque chose qui fait un peu robotisé. Certains ont besoin de ça aussi.

L : D'accord. Quelles particularités remarquez-vous dans la reprise professionnelle chez des personnes amputées traumatiques du membre supérieur, qui sont appareillées d'une protéine myoélectrique ?

E4 : Tu peux préciser un petit peu ?

L : J'essaie de ne pas trop influencer vos réponses.

E4 : Déjà ils sont jeunes en général.

L : D'accord.

E4 : Tous ceux qui ont repris le travail appareillés étaient jeunes. Après ils se servent de la prothèse que sur des cas précis. Il y en a un, c'était pour tenir ta tablette. Après, on cible les tâches pour lesquelles ils vont avoir besoin de la prothèse.

L : D'accord.

E4 : C'est des gens qui aiment leur travail, qui veulent reprendre vite en général et qui vont avoir la prothèse comme aide pour certaines tâches. Après oui, là c'est plutôt une population jeune.

L : Est-ce que vous auriez un ordre d'idée à peu près du nombre de personnes appareillées qui reprennent le travail (sur 10 patients par exemple) ?

E4 : Ben alors attends je vais regarder avec ma liste, ça va m'aider. Sur 10, je dirai 5.

L : Ils ont repris le travail ou ils ont repris le travail appareillés ?

E4 : 3 avec une prothèse.

L : D'accord.

E4 : Les autres, c'est qu'ils étaient retraités quand ça leur ait arrivé.

L : D'accord ! Merci pour cet entretien ! Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

E4 : Merci à toi, bonne continuation.

L'ergothérapie chez des personnes ayant vécu une amputation traumatique de membre supérieur : l'accompagnement aux changements.

Sainte Foi Laurie

Résumé : De nos jours en France, les amputations traumatiques de membre supérieur représentent environ 10 à 15% des amputations dont deux-tiers touchent des personnes de moins de 40 ans. Toutefois, peu d'études leur sont consacrées. L'objectif de cette étude est de comprendre l'accompagnement des ergothérapeutes auprès des personnes amputées traumatiques du membre supérieur appareillées et d'observer la corrélation entre l'utilisation de mises en situation écologiques et la reprise professionnelle. Dans le cadre de cette étude qualitative, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cinq ergothérapeutes. Ils avaient pour objectif d'étudier l'accompagnement en ergothérapie auprès du public ciblé. L'analyse de ces résultats met en évidence l'utilisation fréquente de mises en situation et que l'arrêt de l'activité professionnelle impacte l'équilibre occupationnel. Cependant, il serait pertinent d'approfondir les recherches car certains concepts, pourtant très présents dans la littérature, ne sont pas ressortis lors de la phase expérimentale.

Mots-clés : amputation traumatique de membre supérieur, équilibre occupationnel, mises en situation écologiques, ergothérapie, modèle de l'occupation humaine

Occupational therapy for people with traumatic upper-limb amputation : support for changes.

Abstract: Nowadays in France, traumatic upper-limb amputations represent 10 to 15% of amputations and two-thirds of people are under forty. However, few research have been devoted to them. The purpose of this study was to understand the management of occupational therapists (OT) with amputees and to examine the correlation between using simulation exercises and vocational reintegration of them. We conducted qualitative research in which five OT were interviewed with semi-structured interviews. Analysis of the results emphasized that use of simulation exercises and that stopping professional activity had an impact on occupational balance. Nevertheless, it would be relevant to deepen research since some concepts, yet very present in the literature, did not emerge during the experimental phase.

Keywords: traumatic upper-limb amputation, occupational balance, simulation exercises, occupational therapy, model of human occupation