



Aix-Marseille Université
Faculté des sciences médicales et paramédicales
École des sciences de la réadaptation
Formation d'Ergothérapie

Marine PRADEILLES

UE 6.5 S6 :
Mémoire d'initiation à la
recherche
Le 22 mai 2023

**Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie
chez la personne amputée**

Sous la direction de Mr PAVÉ Julien et Mme SICCARDI Pauline
Diplôme d'État d'Ergothérapie

Remerciements

Je remercie grandement M. PAVE pour sa bienveillance, son accompagnement, sa disponibilité à toute épreuve et sa pédagogie très efficace.

Je remercie également Mme SICCARDI d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, pour son implication, son partage d'expérience et son intérêt pour ce mémoire.

J'adresse également mes sincères remerciements à tous les ergothérapeutes ayant participé de près ou de loin à ce travail.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique : Mme GIRAUDIER pour son aide dans ce travail d'initiation à la recherche, Mme BLANC et Mme DESPRES pour leurs enseignements et leur pédagogie tout au long de ces trois années.

Un immense merci à mes amies : Linda, Morgane, Emma, Saskia, Stella, Marie avec qui j'ai partagé de merveilleux moments au long de ces trois ans, pour leur soutien sans faille sans lequel je n'aurais pas pu terminer ce mémoire dans de bonnes conditions. Je tiens également à remercier l'ensemble de ma promotion, avec laquelle j'ai pu grandir et évoluer, en tous points.

Enfin, je remercie ma famille pour leur aide, leur patience et leur soutien, sans qui rien n'aurait été possible.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Émergence du thème	1
1.2 Point de rupture et problématique professionnelle	1
1.3 Thème, champs disciplinaires impliqués et définitions des termes.....	1
1.3.1 Thème	1
1.3.2 Champs disciplinaires	2
1.3.3 Définition des termes	2
1.4 Résonance de l'objet d'étude	3
1.4.1 Question socialement vive (QSV)	3
1.4.2 Utilité	4
1.4.3 Enjeux, impacts, intérêts.....	4
1.5 Revue de littérature méthodologique.....	5
1.5.1 Bases de données mobilisées	5
1.5.2 Équation de recherche	5
1.5.3 Filtres et critères d'inclusion / exclusion	6
1.5.4 Articles retenus dans la revue de littérature	6
1.6 Analyse critique de la revue de littérature	6
1.6.1 Image corporelle et qualité de vie	7
1.6.2 Image corporelle et aspect psychosocial	9
1.6.3 Image corporelle, prothèses et méthodes de rééducation	11
1.7 Conclusion de la revue de littérature.....	13
1.8 Enquête exploratoire	15
1.8.1 Objectifs de l'enquête exploratoire.....	15
1.8.2 Choix de la méthode	16
1.8.3 Choix de l'outil de recueil de données (ORD).....	16
1.8.4 Biais de l'ORD	17
1.8.5 Population cible et sites d'exploration	17
1.8.6 Matrice de questionnement	17
1.8.7 Outils de traitement de données	18

1.8.8	Méthode de rédaction et phase de test	18
1.8.9	Déroulement de l'enquête exploratoire	19
1.8.10	Résultats de l'enquête exploratoire.....	19
1.8.11	Analyse et discussion des résultats de l'enquête exploratoire	21
1.8.12	Analyse critique du dispositif d'enquête	22
1.8.13	Finalisation de la problématisation pratique	22
1.9	Cadre de référence	23
1.9.1	Deuil	23
1.9.2	Image corporelle	26
1.9.3	Acceptation et image corporelle	28
1.10	Problématisation théorique	31
1.11	Recontextualisation	32
1.12	Question et objet de recherche	32
2.	Matériel et méthodes	33
2.1	Objectifs de la recherche.....	33
2.2	Méthodes	33
2.3	Déroulé de la recherche.....	35
2.4	Population cible et sites d'exploration	36
2.5	Section quantitative	37
2.5.1	Choix de l'outil théorisé de recherche de données (OTRD)	37
2.5.2	Biais.....	37
2.5.3	Hypothèse générale, opérationnelle	37
2.5.4	Variables.....	38
2.5.5	Matrice de questionnement	38
2.5.6	Choix des outils de traitement et d'analyse des données	39
2.5.7	Phase de test	39
2.5.8	Déroulement de la recherche	40
2.6	Section qualitative	40
2.6.1	Choix de l'outil théorisé de recherche de données (OTRD)	40
2.6.2	Biais.....	40

2.6.3 Cadre d'écoute	41
2.6.4 Guide d'entretien	41
2.6.5 Choix des outils de traitement et d'analyse des données	41
2.6.6 Phase de test	42
2.6.7 Déroulement de la recherche	42
3. Résultats	43
3.1 Analyse quantitative	43
3.1.1 Analyse descriptive	43
3.1.2 Analyse statistique principale.....	46
3.1.3 Analyse statistique secondaire.....	47
3.2 Analyse qualitative	48
3.2.1 Connaissance des participants.....	48
3.2.2 Analyse thématique	49
3.2.3 Analyse verticale	49
3.2.4 Analyse horizontale	53
3.2.5 Cas clinique	53
3.3 Comparaison des résultats.....	54
4. Discussion	55
4.1 Discussion selon la revue de littérature	55
4.2 Discussion selon l'enquête exploratoire.....	56
4.3 Discussion selon le cadre conceptuel.....	58
4.4 Éléments de réponses à la question de recherche	59
4.5 Critique du dispositif de recherche et discussion des résultats	60
4.6 Intérêts, apports et limites pour la pratique professionnelle.....	60
4.7 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle.....	61
4.8 Perspectives de recherche	61
Bibliographie.....	62
Table des matières des annexes	68

1. Introduction

1.1 Émergence du thème

J'ai toujours été intriguée par la capacité d'adaptation que chacun porte en soi. Celle-ci prend une grande place dans notre quotidien, chaque fois que nous sommes confrontés à une nouvelle situation. De plus, j'avais pour objectif de réaliser mon mémoire sur un sujet concret, qui attise ma curiosité, mais aussi qui pourrait me servir dans ma future posture professionnelle : idéalement en soins médicaux et de réadaptation (SMR). C'est ainsi que le sujet de l'amputation a fait surface. Je garderai à l'esprit le rapport implication/distanciation lors de l'ensemble de ce travail, afin de rester objective dans mes recherches et de rester globale quant au sujet de l'amputation.

1.2 Point de rupture et problématique professionnelle

La formation en ergothérapie inclut plusieurs heures ayant pour sujet l'amputation. Nous avons beaucoup appris sur la prise en soin spécifique en ergothérapie, la mise en place de prothèses, le retour à domicile ainsi que les répercussions que cela avait au quotidien. Cependant, nous n'avons pas beaucoup abordé l'aspect de la santé mentale et de la représentation de l'image corporelle de la personne amputée. Je me suis alors posé la question de l'importance et de la prise en compte du regard que la personne amputée pose sur sa condition et plus particulièrement son image corporelle (nouvelle ou non) en ergothérapie. La problématique professionnelle suivante est donc apparue : « En quoi la représentation de l'image corporelle chez la personne amputée est-elle prise en compte dans la pratique ergothérapique ? ».

1.3 Thème, champs disciplinaires impliqués et définitions des termes

1.3.1 Thème

C'est à la suite de cette problématique professionnelle que le thème de mémoire suivant est né : « Ergothérapie et représentation de l'image corporelle chez la personne amputée ».

Tout d'abord, la population concernée par ce thème sont les personnes amputées en globalité. En effet, il est judicieux, à ce stade de développement du mémoire, de ne pas préciser et donc contraindre la recherche à un niveau d'amputation ou à un contexte spécifique. Il en est de même concernant le lieu géographique de la thématique qui est ici mondial.

1.3.2 Champs disciplinaires

Les champs disciplinaires reliés au thème de mémoire sont tout d'abord les sciences médicales et paramédicales par la présence des termes « amputation » et « ergothérapie ». Les sciences de l'occupation sont aussi abordées par la présence du terme « ergothérapie ». Le thème est aussi relié à la psychologie de par l'impact que peut avoir l'amputation sur le moral, le bien-être et la représentation de l'image corporelle chez la personne. La sociologie et l'anthropologie sont également concernées par l'implication et le potentiel impact du regard de la société sur le handicap visible. Pour finir, le champ disciplinaire de l'éthique intervient dans la limite où s'inscrit la place de l'ergothérapie dans la représentation de l'image corporelle chez la personne amputée, le but étant de trouver le meilleur compromis pour une collaboration thérapeute/patient favorable.

1.3.3 Définition des termes

Le choix des termes a une importance capitale. En effet, la suite de ce mémoire reposera sur les champs disciplinaires et les définitions proposées ici :

- Ergothérapie (*occupational therapy selon MeSH terms*) : « Profession paramédicale qui consiste à accompagner les personnes dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale. Celle-ci a pour objectif de favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leurs occupations et activités de la vie quotidienne, de façon sécurisante et efficace » selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (1). Cette définition est extraite à partir des champs disciplinaires suivants : sciences paramédicales et de l'occupation.

- Image corporelle (*body image selon MeSH terms*) : « la perception qu'une personne a de son propre corps, l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense » selon le Gouvernement du Québec (2). Cette définition est extraite des champs disciplinaires de la psychologie, sociologie et anthropologie.

- Amputation (*amputation selon MeSH terms*) : « opération chirurgicale qui consiste à retirer une partie ou l'entièreté d'un organe/membre, désigne aussi le résultat de cette opération : l'absence de cet organe/membre » selon l'association des paralysés de France (APF) (3). Cette définition est extraite des champs disciplinaires des sciences médicales et paramédicales.

1.4 Résonance de l'objet d'étude

1.4.1 Question socialement vive (QSV)

Aucun recensement n'existe actuellement sur les personnes concernées par l'amputation. Cependant, quelques chiffres ont été estimés. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'amputation aurait concerné environ 1 milliards de personnes dans le monde en 2011 (4). Une étude plus récente de Mc Donald et al (5) a estimé que 65 millions de personnes vivaient avec des amputations de membres dans le monde en 2020. Cela représente près d'1,6 million d'individus aux Etats-Unis, 44 430 personnes amputées du membre inférieur au Canada en 2017 selon le consortium national de formation en santé du volet de l'université d'Ottawa (6) et 3 594 nouvelles amputations réalisées en France en 2008 selon la Haute Autorité de santé (HAS) (7).

En tout, il est estimé entre 200 et 500 millions d'amputations majeures pratiquées mondialement chaque année selon le consortium national de formation en santé du volet de l'université d'Ottawa (6). L'article de revue de Gourinat exprime que l'amputation est à 80% du temps due à des maladies diverses, tandis que les 20% restants sont d'ordre traumatique (8). De plus, l'article expose que l'amputation des membres inférieurs s'élève à 85% contre 15% concernant les membres supérieurs.

En ce qui concerne le niveau d'amputation des membres supérieurs : la fréquence d'amputation est constituée de 27% d'amputation de doigts, 25% pour d'amputations trans-humérales et de 18% d'amputations trans-radiales selon la « National Amputee Statistical Database » (NASDAB) (7). En ce qui concerne les membres inférieurs : 52% sont trans-fémorales et 38% trans-tibiales. La thèse de Hiani Aniss (9) ajoute également que la majorité des amputations concerne les hommes (entre 64%-70%), avec une majorité de personnes âgées de plus de 55 ans pour les membres inférieurs, et de moins de 54 ans pour les membres supérieurs. Ainsi, de nombreuses recherches, mémoires et thèses sont réalisés chaque année depuis des décennies, ce qui prouve le questionnement constant de la problématique des personnes amputées.

L'image corporelle est un objet d'étude très actuel étant donné la quantité d'études et mémoires datant de moins de trois ans (plusieurs d'entre eux vont d'ailleurs être cités à la suite de ce mémoire). De plus, ce sujet intervient dans des contextes très diversifiés tels que l'obésité (10), le cancer du sein (11) et les pathologies veineuses (12). La diversité s'inscrit également dans les

populations impliquées : tout d'abord les jeunes (13), mais aussi plus largement au niveau mondial avec le lien reliant l'image corporelle et les réseaux sociaux (14).

1.4.2 Utilité

Une image corporelle saine et positive est utile sur plusieurs plans. Tout d'abord, selon le Gouvernement du Québec (2), elle est définie comme : « aimer son corps tel qu'il est, le voir tel qu'il est, accepter celui-ci, accepter les habiletés et particularités de celui-ci, traiter son corps avec bienveillance ». Ainsi, une bonne image corporelle permet de se sentir bien dans son corps et d'avoir une meilleure santé mentale : il y a donc un lien fort entre l'image corporelle et le bien-être. Selon l'ANFE (15), le bien-être est un des facteurs influençant la capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne (AVQ). Étant donné que l'ergothérapie même est basée sur les AVQ, il est donc pertinent de s'intéresser à la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique (et le bien-être indirectement). Pour finir, une bonne image corporelle sera utile pour une prise en soin globale plus efficace : en ergothérapie mais pas seulement. En effet, le bien-être est un des facteurs les plus importants impactant la santé selon l'OMS (16), qui le définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, prendre en compte l'image corporelle en ergothérapie serait utile pour une prise en soin plus globale, complète, efficace et correspondant potentiellement davantage aux besoins et demandes des personnes prises en soins.

1.4.3 Enjeux, impacts, intérêts

Les enjeux de cet objet d'étude concernent tout d'abord le domaine de la santé, en commençant par la santé mentale. En effet, une mauvaise image corporelle a un impact négatif sur la santé mentale et l'estime de soi selon l'article du journal « pédiatrie et santé infantile » (17). La santé physique se retrouve également impactée. En effet, la santé mentale et la santé physique sont étroitement liées selon un compte rendu des semaines d'information sur la santé mentale de l'Association Française de Psychiatrie (18).

Cette thématique comporte aussi un enjeu social. En effet, la vision/normes de la société ont un impact sur la représentation de l'image corporelle selon la revue l'Encéphale (14).

Pour finir, le bord socio-économique est aussi abordé dans ce thème. Comme explicité avant, la santé mentale influe sur la santé physique. La prise en compte de l'aspect mental des personnes

amputées pourrait induire une prise en soin plus efficace, moins longue et donc moins coûteuse en finalité. Nous pouvons ici faire un parallèle avec les thérapies holistiques, qui consistent à prendre en compte la personne en globalité, avec son aspect physique, psychique et spirituel. Ces thérapies sont étroitement liées à la notion de santé humaine, qui selon la définition de l’OMS (16) est relié de très près au bien-être. Ainsi, l’OMS valide la nécessité de la considération des diverses substances de l’homme dans la prise en compte de sa bonne condition. L’ensemble des enjeux de cette thématique sont donc de type identitaire, car ils interviennent dans le positionnement que prend un individu dans la relation, qui engage l’image corporelle.

1.5 Revue de littérature méthodologique

1.5.1 Bases de données mobilisées

Les bases de données suivantes ont été sélectionnées en fonction des champs disciplinaires cités plus haut. Les bases de données Summon, PubMed et ScienceDirect ont été utilisées pour récolter des articles de type sciences médicales et paramédicales. Pour ce qui est des sciences de l’occupation, OTseeker a été employé. Psycinfo et Psycarticles ont été sollicités pour les données reliées à la psychologie. CAIRN et Isidore ont été utilisés pour les domaines de la sociologie et de l’anthropologie. CAIRN, Psycinfo et Psycarticles ont été sollicités pour le domaine de l’éthique. Ces bases de données permettront à terme d’enrichir ce mémoire de données probantes de tout type (littérature scientifique, professionnelle et/ou grise).

1.5.2 Équation de recherche

L’équation de recherche comporte les mots clés suivant : ergothérap*, image corporelle et amput*. Cette équation contient des astérisques : ceux-ci permettent d’ étoffer la recherche en incluant les termes déjà inscrits dans l’équation, suivis de diverses terminaisons (exemple avec amput* : amputé, amputation...). L’opérateur booléen choisi est « ET ». Le choix de la langue de l’équation est réalisé en fonction des bases de données (françaises ou anglophones) pour maximiser le nombre de résultats pertinents. Les MeSH terms employés sont les suivants : occupational therap*, body image et amput* (cf annexe 1 : tableau récapitulatif des équations de recherches). Les équations de recherche employées sont donc : « ergothérap* » ET « image corporelle » ET « amput* » / « occupational therap* » AND « body image » AND « amput* ».

1.5.3 Filtres et critères d'inclusion / exclusion

La portée de l'objet d'étude est mondiale, c'est pourquoi aucun filtre de localisation ou de langue ne sera employé. Cependant, les études retenues seront dans la mesure du possible récentes : le filtre utilisé sera « datant de moins de trois ans ». Il est à noter que les filtres seront appliqués lorsque les résultats seront suffisants/pertinents. Autrement, ils seront désactivés, certains articles pourront donc être plus anciens.

En ce qui concerne les critères d'inclusion, les écrits doivent traiter de l'amputation et de l'image corporelle, plus précisément de l'aspect psychique et de la santé mentale. Les critères d'exclusion sont les écrits discutant de chirurgie, post-opératoire (etc...) qui ne traitent que de l'aspect physique et fonctionnel de l'amputation.

1.5.4 Articles retenus dans la revue de littérature

Onze articles ont été retenus pour faire partie de la revue de littérature. Six font partie de la littérature scientifique (études), trois de la littérature professionnelle (revues) et deux de la littérature grise (mémoires et thèses). Un article fait partie de la littérature nationale (France) et dix sont internationaux (voir tableau des résultats des banques de données cf. annexe 2).

Ces articles ont été analysés indépendamment afin de repérer leur : objet d'étude, population impliquée, méthode utilisée, approches théoriques utilisés, niveaux de scientificité etc... L'ensemble de ces informations ont été organisées dans le tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature (cf. annexe 3). La majorité des articles sélectionnés sont d'un niveau de scientificité élevé. Leurs styles de rédaction correspondent au style IMRAD (spécifique aux études), l'argumentation des méthodes utilisées ont un niveau d'exigence scientifique. Les articles sélectionnés reposent également sur de nombreuses autres données probantes. On notera que trois textes de la revue de littérature ont un niveau de scientificité non vérifié. Ce facteur de scientificité des articles est à prendre en compte tout au long de la critique de la revue de littérature.

1.6 Analyse critique de la revue de littérature

Afin de réaliser une critique organisée de la revue de littérature, nous la diviserons en trois sous-thématiques distinctes : image corporelle et qualité de vie, image corporelle et aspect psychosocial,

image corporelle prothèses et méthodes de rééducation. Cette partie repose sur le tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature (cf. annexe 3).

1.6.1 Image corporelle et qualité de vie

Focalisons-nous tout d'abord sur le concept d'image corporelle. Il paraît intéressant de comparer les différentes définitions sur lesquelles reposent la revue de littérature. Selon Jeannerod (19), l'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même et dépend de sa connaissance de son propre corps. Cela entre en corroboration avec Demirdel et Ülger (20) qui la définissent comme un concept multidimensionnel, avec des composantes perceptives affectives cognitives évaluatives et comportementales.

Gourinat (8) ajoute que l'amputation traumatique est vécue comme plus violente pour les personnes, comme un membre « arraché du corps ». Selon Burçak, Kesikburun, Köseoğlu, Öken et Doğan (21), l'amputation est un événement néfaste qui affecte considérablement la qualité de vie. Cela entre en corroboration avec McDonald, Sharpe, MacCann, Blaszczyński (22) qui soulignent qu'il existe une relation directe entre le changement objectif d'apparence et la perturbation de l'image corporelle. L'étude de Gozaydinoglu, Hosbay et Durmaz réalisée en 2019 en Turquie traitant de la perception de l'image corporelle, de la conformité de la prothèse et des performances cognitives chez les personnes amputées au niveau transfémoral (23) souligne qu'une satisfaction accrue à l'égard de l'apparence physique chez les amputés diminue les effets des résultats négatifs liés à la dépression, au stress, à l'isolement social, aux problèmes de sommeil et de douleur. Cela entre en corroboration avec l'article sorti en Turquie en 2020 (21) traitant de la qualité de vie, de l'image corporelle et de la mobilité des personnes amputées du membre inférieur, qui exprime que la satisfaction est associée à l'image corporelle et au bien-être psychologique de l'individu.

Il paraît désormais intéressant de nous pencher sur l'étendue des personnes concernées par ces problématiques d'image corporelle. Selon l'étude traitant du « rôle de l'image corporelle sur les résultats psychosociaux chez les personnes atteintes de diabète et les personnes amputées » suivie en Australie en 2021 (22), l'image corporelle concerne autant les personnes amputées, diabétiques, avec un cancer ou encore une sclérose en plaque. Cette « multitude » de publics concernés entre en corroboration avec Gourinat qui fait le même constat dans un article paru dans la revue « Sociétés » en 2014 (8) . De plus, l'article de Jeannerod paru en 2010 visant à montrer l'évolution du terme

d'image du corps à image de soi (19) ajoute que l'image du corps concerne autant les personnes « pathologiques » (amputés, AVC, schizophrènes) que les personnes « saines ».

En ce qui concerne le handicap, les habitudes de vie et l'environnement plus précisément : selon l'article paru dans la revue française « Sociétés » publié en 2014 (8), ce qui est vécu comme le plus problématique n'est pas le membre qui manque, mais les activités que la personne pouvait réaliser « avant ». Cela entre en corroboration avec la thèse de Groud publiée en 2020 (24), qui exprime que la majorité des personnes amputées se sont accoutumées à mettre en place diverses adaptations, réaménagements et stratégies au quotidien pour pallier les situations de handicap. Ces dires entrent en corroboration avec l'étude étudiant l'influence des articulations prothétiques du genou sur la performance perçue par les personnes amputées transfémorales de Theeven, Hemmen, Geers, Smeets, Brink et Seelen (25), qui exprime que les personnes amputées d'une jambe ont adapté leur mode de vie afin de gérer les limitations fonctionnelles qui accompagnent la perte d'un membre. Cela rejoint les dires de Jeannerod dans son article publié en 2010 (19) qui expose que le fait de se sentir auteur d'actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps. Selon l'étude quantitative traitant de la perception de l'image corporelle en fonction de la conformité de la prothèse et les performances cognitives des personnes amputées transfémorales suivie en Turquie en 2019 (23), il a été conclu que l'estime de soi d'un individu peut être affectée dans l'utilisation délibérée des fonctions cognitives en améliorant l'orientation vers l'environnement pendant les activités de la vie quotidienne. Ces dires entrent en corroboration avec Abouammoh, Aldebeya et Abuzaid dans une étude menée en Arabie Saoudite en 2021 (26) qui soulignent l'importance de l'environnement dans l'amélioration de la qualité de vie. En effet, toujours selon cette étude, un environnement physique non adapté a pour conséquence un ressenti de « handicap » et d'inégalités pour les personnes amputées. Cela entre en corroboration avec l'article de revue française « Sociétés » de Gourinat (8) qui explique qu'il y a une notion d'acceptation du vécu mais aussi de cette nouvelle condition. Il y a donc un aspect psychosocial bien présent à prendre en compte dans cette thématique.

Pour rappel, l'ensemble des informations données ci-dessus proviennent de bases de données probantes. Leur niveau de scientificité est élevé, ce qui nous permet de prendre ces informations comme un socle solide pour continuer le développement de ce mémoire.

◇ Questionnement

Un questionnement a émergé à partir de l'analyse réalisée ci-dessus. Il se divise en trois parties distinctes : image corporelle, qualité de vie et ergothérapie.

L'image corporelle atteint-elle une maturité, si oui vers quel âge du développement de l'individu ? Y a-t-il des différences frappantes entre l'image corporelle de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte ? Si oui, en quoi consistent-elles ? L'image corporelle est multifactorielle, mais ces facteurs diffèrent-ils entre chaque individu ? L'image corporelle est propre à chacun, mais a-t-elle des généralités ?

En ce qui concerne la qualité de vie, en quoi consistent les réaménagements et stratégies utilisés par les personnes amputées concrètement ?

Et en ce qui concerne l'ergothérapie, nous avons vu précédemment que la qualité de vie était l'un des piliers fondateurs et qu'elle était reliée à l'image corporelle. Alors, l'image corporelle est-elle prise en compte dans la pratique professionnelle de l'ergothérapie ?

1.6.2 Image corporelle et aspect psychosocial

Selon l'étude portant sur la perturbation de l'image corporelle chez les adolescents amputés de Demirdel, Senem, Ülger et Ozlem en 2021 (20) : l'image corporelle, l'adaptation psychosociale et la qualité de vie sont étroitement liées. Chirpaz (27) ajoute que, « le corps est l'interface entre soi et les autres, il nous définit et nous délimite. C'est par la confirmation d'un autre, que naît notre sentiment d'exister. Elle donne valeur à notre identité ». C'est pourquoi, il est important que l'image corporelle soit positive pour ne pas impacter le quotidien de la personne selon la revue de Demirdel, Senem, Ülger et Ozlem (20).

Ainsi, il paraît intéressant de comprendre la place de l'image corporelle dans l'aspect psychosocial de la personne amputée. Pour commencer, l'article de 2014 analysant la déstructuration et restructuration identitaire du corps prothétique de Gourinat (8) inclut la notion de corps social. En effet, les interprétations face au regard des autres permettent de repérer l'acceptation et la reconstruction du corps social. Cela entre en corroboration avec la revue publiée en Arabie Saoudite en 2021 par Abouammoh, Aldebeya et Abuzaid (26), qui exprime que l'adaptation de l'image corporelle peut être utilisée comme une mesure de l'adaptation psychologique. De plus, selon la thèse française de Groud en 2020 (24), vivre amputé et appareillé est une problématique contemporaine car le regard des autres peut avoir un impact négatif dû aux normes validocentrées

de visibilité sociale du corps. Le mémoire de Choumon, Fischer, Greco, Ritz et Bérard en 2006 portant sur le « parcours de vie d'adultes présentant une agénésie unilatérale d'avant-bras » (27) ajoute que le regard des autres apparaît comme la source principale du sentiment d'être différent : les personnes amputées se sentent alors en situation de handicap physiquement et socialement. Cela entre en collaboration avec l'étude de 2019 suivie en Turquie par Gozaydinoglu, Hosbay et Durmaz (23), qui exprime que la chirurgie de l'amputation affecte l'individu non seulement physiquement, mais également émotionnellement et socialement.

Selon la thèse de Groud suivie en 2020 (24), les personnes amputées ont donc tendance à adapter des stratégies pour pallier ces difficultés, comme en rendant « invisible » la prothèse lors des interactions sociales. De plus, selon l'étude de McDonald et al. suivie en Australie en 2021 (22), l'expérience de l'image corporelle est plus compliquée à vivre pour les personnes amputées que pour les personnes diabétiques, de par le handicap visible. De plus selon Gozaydinoglu, Hosbay et Durmaz (23), l'adaptation psychosociale, les fonctions cognitives et les scores de satisfaction prothétique sont liés. Cela entre en collaboration avec l'étude quantitative suivie en Turquie en 2020 sur la qualité de vie, l'image corporelle et la mobilité des personnes amputées des membres inférieurs utilisant des prothèses de haute technologie (21) qui exprime que la prise en compte du poids, esthétique et fonctionnalité de la prothèse augmentent la satisfaction individuelle : cette satisfaction améliore la mobilité et la participation à la vie sociale.

Alors, quels sont les facteurs impactant le bien-être psychosocial des personnes amputées ? Selon l'article de revue de Gourinat publié en 2014 (8), l'entourage a un impact fondamental dans la motivation et l'utilisation de la prothèse chez la personne amputée. Cela entre en corroboration avec l'étude poursuivie en Arabie Saoudite en 2021 par Abouammoh, Aldebeya et Abuzaid, qui exprime que les besoins principaux des personnes amputées sont le soutien familial, communautaire, religieux et culturel (26). En effet, l'article de Jonhson, Peters et Banch-Vital publié en 2014 aux États-Unis portant sur la considération de l'influence de la culture sur l'image corporelle (28) appuie ce propos en soulignant que les cultures exercent une influence sur l'image corporelle. Les antécédents culturels et sociaux d'un individu influencent ses croyances et ses perceptions de l'image corporelle. De plus selon le mémoire français de Choumon, Fischer, Greco, Ritz et Bérard en 2006 (27), les rencontres occupent un rôle déterminant qui permettent aux personnes amputées de se sentir acceptées dans la différence. Cela entre en corroboration avec la thèse française de Groud en 2020, qui exprime l'importance de la dimension sociale dans les

interactions hors du centre de rééducation (24). En effet toujours selon le mémoire français, les personnes recherchent pour la plupart à fonder une famille pour trouver un statut social au sein d'un couple ou dans le rôle de parent (27).

◇ Questionnement

Un questionnement a émergé à partir de l'analyse de cette deuxième sous-thématique :

A quel degré le regard des autres et de la société impacte les personnes amputées ? Y-a-t-il une notion de singularité du vécu de ce regard, ou une certaine interprétation spécifique à chacun ? En ce qui concerne la prise en soin globale, le choix de « cacher » le handicap visible n'est-il pas un retour en arrière sur l'image corporelle ? Cela crée un dilemme avec la liberté de choix des personnes en ergothérapie : serait-il possible de suivre la personne dans son choix afin qu'elle garde une certaine motivation, satisfaction et lien de confiance avec son thérapeute ?

1.6.3 Image corporelle, prothèses et méthodes de rééducation

Rôles associés aux prothèses

Tout d'abord, selon l'étude de Burçak, Kesikburun, Köseoğlu, Öken et Doğan suivie en 2020 en Turquie (21), la technologie prothétique permet un niveau fonctionnel plus élevé pour les personnes amputées. Cela entre en corroboration avec l'article publié dans la revue français « Sociétés » de Gourinat (8), qui exprime que le but principal de la prothèse est de retrouver la fonctionnalité du membre. En effet, la prothèse permet d'aider le patient à surmonter sa double mutilation (physique et identitaire) et de réinvestir son propre corps, environnement quotidien (activités quotidiennes, alimentation, lieu de vie) mais aussi son espace social (entourage). Cependant, le mémoire français publié en 2006 de Choumon, Fischer, Greco, Ritz et Bérard (27) est en opposition avec les articles précédents. Celui-ci expose que la prothèse est plutôt une recherche de normalité pour certains, et que pour d'autres elle sert à l'ajustement de la présentation de soi en situation sociale.

Aspects positifs associés aux prothèses

Selon l'étude de Burcu Burçak et al. paru en 2020 en Turquie (21), l'utilisation de prothèses de hautes technologies, MPK (prothèse de genou électronique) et VASS (système de suspension transtibiale assistée), montrent une meilleure qualité de vie, performances fonctionnelles,

satisfaction, image corporelle. Ces résultats entrent en opposition sur certains points avec l'étude suivie en Turquie en 2020 de Burcu Burçak et al. (21) qui ne mentionne pas de différence frappante ressentie par les différentes personnes de l'étude. De plus, l'étude suivie aux Pays-Bas en 2012 par Theeven et al. (25) exprime que la prothèse MPK semble avoir des effets divers sur les participants.

Aspects négatifs associés aux prothèses

Ainsi, les prothèses ne sont pas si pertinentes que cela dans certains cas et peuvent même présenter des aspects négatifs. En effet, Gourinat exprime dans son article publié en 2014 (8) que : « la prothèse peut avoir une connotation négative due à son contexte de mise en place (source de souffrance et de doutes) ». Groud, lors de sa thèse menée en France en 2020 (24) entre en corroboration avec ces résultats en ajoutant la création de douleurs et de situations de handicap lors du port de la prothèse. Cependant, il est aussi spécifié que le temps joue sur l'adaptation corps/prothèse. En effet, selon la revue française menée en 2014 par Gourinat (8), le schéma corporel est assez flexible et est capable d'intégrer des objets externes. Cela dépend aussi de la personne qui peut exercer un rejet. D'autres facteurs peuvent également influencer l'image corporelle, comme l'âge d'ajustement de la première prothèse et la raison de l'amputation selon les dires de l'étude de Demirdel et Ülger (20). Gozaydinoglu, Hosbay et Durmaz (23) ajoutent aussi les facteurs de l'âge, du niveau d'amputation, des autres maladies chroniques associées et des facteurs physiques affectant la conformité prothétique. Ils ajoutent aussi qu'un bon état émotionnel a des effets positifs sur la compliance de la prothèse. Gourinat expose en effet dans son article publié en 2014 (8) l'importance des avancées technologiques et de l'esthétique de la prothèse.

Méthodes de rééducation et image corporelle

Il existe, en plus de la mise en place d'une prothèse, d'autres méthodes de rééducation. Selon l'étude menée en Australie en 2021 par McDonald, Sharpe, MacCann, Blaszczynski (22), l'image corporelle pourrait être une cible importante d'intervention. Pour cela, les interventions cognitivo-comportementales pour la perturbation de l'image corporelle se sont révélées prometteuses. L'article de Jeannerod publié en France en 2010 (19) expose aussi les bienfaits de la thérapie miroir, qui rétablit l'image du corps, l'illusion de « revoir » le membre et de le sentir. La thèse de Groud publiée en France en 2020 (24) a aussi ajouté l'importance des rencontres pairs aidants : c'est un élément essentiel lors de la période de rééducation, qui permet l'échange et le partage d'expériences

et vécus. Pour finir, l'étude analysant les expériences et besoins des personnes amputées menée en 2021 en Arabie Saoudite par Abouammoh, Aldebeya et Abuzaid (26) ajoute aussi l'importance de l'inclusion de la famille et de l'aspect spirituel dans le milieu du soin.

◇ Questionnement

Quelques questions ont émergé à partir de l'analyse de la troisième sous-thématique :

En ce qui concerne les techniques de rééducation : existe-t-il un protocole spécialisé pour la prise en soin des personnes amputées en ergothérapie ? Du moins, existe-il un recensement de l'ensemble des techniques/méthodes utilisées dans le domaine de l'amputation ? Autrement, existe-t-il des méthodes en ergothérapie spécifiques à l'image corporelle ? Si oui, ces méthodes sont-elles utilisées dans la pratique professionnelle ? L'image corporelle en elle-même est-elle prise en compte dans la pratique de l'ergothérapie sur le terrain ? Si oui dans quelles proportions ?

1.7 Conclusion de la revue de littérature

Retournons désormais à la résonance du thème. À la lumière des nombreuses informations référencées ci-dessus, les différents enjeux impliqués dans la thématique de mémoire sont :

Enjeux de santé :

- Santé mentale : d'après l'analyse critique de la revue de littérature réalisée ci-dessus, l'amputation a un impact négatif sur l'image corporelle et donc la santé mentale et l'estime de soi. En effet, la majorité des articles emploient les termes de qualité de vie, d'image corporelle et de bien-être qui influent sur la santé mentale. Ainsi, l'amputation impacte la qualité de vie et la santé mentale de l'individu. La participation à la vie sociale et la satisfaction de la prothèse ont quant à elles un impact positif sur le bien-être des personnes amputées, leur qualité de vie et leur santé mentale.
- Santé physique : la santé mentale et la santé physique sont étroitement liées. Ainsi, la santé mentale étant impliquée dans la thématique, valide la présence d'un enjeu de santé physique. De plus comme explicité auparavant, les personnes amputées se sentent assez fréquemment en situation de handicap (physique et psychique), ce qui crée une inégalité occupationnelle. Pour finir, les notions de réadaptation, réinsertion, adaptation, prothèse sont souvent employées dans les articles de la revue de littérature.

Enjeux socio-économique :

- Social : comme l'explique la deuxième sous-thématique développée précédemment, la vision et les normes de la société ont un impact prépondérant sur la représentation de l'image corporelle des personnes amputées (car présence d'un handicap visible). L'aspect psychosocial est lui aussi fréquemment employé dans les textes sélectionnés, et représente l'un des facteurs principaux de l'acceptation de la nouvelle image corporelle projetée. Ainsi, la thématique du mémoire inclue l'aspect social (plus précisément psycho-social).

- Socio-économique : l'amélioration de l'image corporelle permet une meilleure santé mentale, qui permet ainsi une amélioration de la santé physique. Ainsi, si l'image corporelle est prise en compte dans le milieu du soin, la personne serait sûrement mieux dans sa peau, plus satisfaite et en état de bien-être. Les prises en soin seront alors plus efficaces, moins longues et donc moins coûteuses pour l'État. Le thème de ce mémoire inclut donc des enjeux socio-économiques.

Conséquences

La prise en compte de l'image corporelle dans le quotidien de la personne amputée est fondamentale (pas seulement dans le milieu du soin mais aussi et surtout dans l'entourage et l'environnement). En effet, une mauvaise image corporelle a des impacts sur la santé mentale de l'individu (risque de dépression très élevé) mais aussi sur les relations sociales et la qualité de vie comme dit précédemment. Il paraît donc important de (ré)acquérir une bonne image corporelle, dans l'objectif d'un bien-être global, d'une meilleure santé mentale et physique et une augmentation de la volition et de l'engagement lors de la prise en soin. À la lumière de cela, nous pouvons nous interroger : une amélioration de l'efficacité de la réadaptation et de la qualité de vie de la personne amputée serait-elle bénéfique pour son image corporelle ?

Utilité et question socialement vive (QSV)

Au regard des informations analysées précédemment, nous pouvons dire que la thématique de mémoire a à la fois une utilité sociale, mais aussi professionnelle. En ce qui concerne l'aspect social : nous avons vu que l'amputation induit de nombreuses problématiques d'image corporelle. Or, celle-ci est fortement impliquée dans les relations et les interactions sociales. De plus, Groud (24) ajoute que « vivre amputé et appareillé est une problématique contemporaine ». La thématique a également une utilité professionnelle de par le développement actuel de la question de

l'implication de l'image corporelle dans la prise en soin des personnes amputées. Cette question concerne donc l'ensemble du personnel soignant, comprenant les ergothérapeutes. Cette utilité professionnelle est socialement vive comme l'explique Gozaydinoglu, Hosbay et Durmaz (23): « au cours des dernières années, les études évaluant l'image corporelle, la dépression, le stress et les fonctions cognitives ont gagné en importance pour les amputés ». De plus, l'apparition et la démocratisation des prothèses de hautes technologies suggèrent également un sujet socialement vif et actuel. Pour finir, nous avons pu observer que la problématique de l'image corporelle concernait chacun de nous (personnes amputées, brûlées, cancer, SEP, déficit de formation de membres congénitaux, personnes « saines »), dans le monde entier malgré les différences de cultures.

Quelques questionnements supplémentaires sont apparus au terme de cette revue de littérature : Qu'en est-il de la discipline de l'ergothérapie ? L'image corporelle est-elle prise en compte actuellement dans la pratique chez les personnes amputées, ou est-elle du moins en cours de discussion pour sa mise en place future ? Si oui dans quelles proportions ? L'aspect psychosocial et la qualité de vie sont-ils pris en compte en ergothérapie ? Si oui, comment et dans quelles proportions ? Existe-t-il une pratique spécifique à la personne amputée en ergothérapie ? Existe-t-il une approche de réadaptation spécifique à l'image corporelle, l'adaptation et la qualité de vie ?

Une reformulation de thématique semble pertinente afin de gagner en justesse quant à l'importance de la qualité de vie dans cet objet d'étude : « Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie chez la personne amputée ».

1.8 Enquête exploratoire

1.8.1 Objectifs de l'enquête exploratoire

L'objectif principal de l'enquête exploratoire est de recueillir davantage d'informations sur la pratique de l'ergothérapeute, qui peut parfois varier de la théorie. Voici les objectifs généraux et spécifiques de l'enquête exploratoire qui va suivre :

Objectifs généraux

- Confronter les données scientifiques avec la réalité du terrain. En effet, la revue de littérature a démontré que l'image corporelle avait déjà fait ses preuves et prouvé des bénéfices dans la prise

en soin des personnes amputées en ergothérapie : mais est-elle réellement mise en place dans la pratique professionnelle ?

- Faire l'état des lieux des pratiques (étant donné que l'apparition de l'image corporelle en ergothérapie est assez récente, il est intéressant de se pencher sur les connaissances actuelles)
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, la pertinence ou la vivacité de la question de recherche

Objectifs spécifiques

- Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes prenant en compte la qualité de vie, de l'aspect psychosocial dans la pratique professionnelle chez la personne amputée
- Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes incluant / qui souhaiteraient inclure la prise en compte de l'image corporelle dans leur pratique professionnelle chez la personne amputée
- Identifier les supports sur lesquels se basent les ergothérapeutes pour prendre en compte l'image corporelle dans leur prise en soin chez la personnes amputée (ex : ouvrages, méthodes, formations, outils, évaluations...)

Pour répondre à ces objectifs, nous utiliserons une enquête de type exploratoire. Cette enquête permettra à terme de déterminer s'il est pertinent d'étudier le sujet en profondeur par la suite.

1.8.2 Choix de la méthode

Le choix de méthode reposera sur les objectifs rédigés plus haut. Nous pouvons remarquer des verbes se rapprochant de la voie des proportions. En effet, la revue de littérature a apporté de nombreuses informations sur le fait que l'image corporelle avait prouvé des bienfaits, mais qu'en est-il des proportions et de l'image corporelle en ergothérapie ?

Il paraît donc pertinent de se diriger vers une méthode quantitative et un outil de recueil de données (ORD) venant récolter des données en grande quantité.

1.8.3 Choix de l'outil de recueil de données (ORD)

Le choix de l'ORD s'est porté vers le questionnaire, qui est un outil quantitatif. Celui-ci permettra alors de compléter les données de la littérature, cette fois-ci vu sous le prisme de l'ergothérapie.

Les avantages de l'utilisation du questionnaire sont les suivants : respect de l'anonymat des répondants, atteindre un public étendu, éliminer la contrainte de la distance (recueil international possible), les biais sont relativement restreints (pas de présence de l'enquêteur comme pour les entretiens / temps de réflexion libre / liberté de répondre quand les personnes le peuvent). Le questionnaire présente également des inconvénients tels que la difficulté de formuler des questions claires et concises tout en étant précises, l'incertitude que la personne répondante est bien la personne visée, pas beaucoup de place laissée à la spontanéité, les résultats sont chiffrés uniquement (intéressant à compléter avec des questions semi-ouvertes).

1.8.4 Biais de l'ORD

Selon le centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique (CEDIP) (29), les biais potentiels qui pourraient apparaître lors de l'enquête exploratoire sont le biais méthodologique, le biais de désirabilité sociale et le biais de confirmation d'hypothèses. Ces biais sont développés plus précisément en annexe (cf annexe 4).

1.8.5 Population cible et sites d'exploration

Afin que les résultats correspondent à la thématique et objectifs de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis. Les personnes concernées doivent être ergothérapeutes DE (diplômés d'état) travaillant au contact des personnes amputées. Les critères d'exclusion sont les autres professionnels de santé et les personnes ne travaillant pas auprès des personnes amputées. En ce qui concerne les sites d'exploration : aucun type de structure (ex : clinique, hôpital, centre spécialisé...) n'est exclu. L'enquête exploratoire cerner le territoire national (France) mais aussi l'international francophone (pour éviter les biais d'incompréhension entre langues) si possible.

1.8.6 Matrice de questionnement

Une matrice de questionnement a alors été rédigée pour présenter l'ensemble du questionnaire. Les questions ont été divisées en cinq séquences. Dans l'ordre chronologique : recueil des informations sur la population interrogée, qualité de vie, aspect psychosocial, image corporelle, outils utilisés pour prendre en compte l'image corporelle dans la pratique.

A terme, le questionnaire comprend 17 questions dont : douze questions fermées, trois questions semi-ouvertes et deux questions ouvertes. Cela permettra d'une part de répondre à l'ensemble des objectifs définis auparavant, et d'une autre part de réduire le risque d'un recueil d'information insuffisant ou incomplet.

La matrice de questionnement complète est disponible en annexe (cf annexe 5). Plusieurs modalités de réponses sont proposées, comme : les questions à choix multiple avec un choix possible, réponses binaires (oui/non), semi-ouvertes (réponse courte proposée), ouvertes (réponse longue proposée) et échelle numérique (allant de 0 à 10).

1.8.7 Outils de traitement de données

Les réponses fermées (QCM et échelles) ont été analysées avec l'outil Excel ®. Les moyennes et écarts-types ont été calculées par le chercheur. Les questions semi-ouvertes ont également été analysées par le chercheur, en classant les réponses dans différentes catégories.

1.8.8 Méthode de rédaction et phase de test

La matrice de questionnement validée par un avis extérieur (réfèrent méthodologique de mémoire), la phase de test a pu être lancée. Cette phase permettra par la suite de modifier et de perfectionner le questionnaire pour minimiser les biais et éliminer les défauts potentiels repérés.

Le logiciel Google Forms ® a été utilisé pour réaliser le questionnaire. En effet, il apporte de nombreux avantages tels que : l'accessibilité (il faut seulement avoir accès au lien pour répondre), une présentation claire et sans distractions (publicités par exemple), la gratuité de création du questionnaire et une présentation synthétique et concise des résultats principaux.

Au total, sept personnes ont répondu à cette phase de test. Cela a permis de mettre en lumière plusieurs incohérences qui ont été modifiées avant l'envoi définitif du questionnaire, notamment : la modification de la question « êtes-vous ergothérapeutes depuis plus d'un an » en « depuis combien de temps ». En effet, seulement deux réponses sur sept étaient éligibles lors de la phase de test (un critère d'inclusion supplémentaire avant la phase de test était : ergothérapeute depuis plus de cinq ans). Ainsi, par soucis de cohérence de population répondante au questionnaire et de récolte de données, ce critère d'inclusion a été éliminé.

1.8.9 Déroulement de l'enquête exploratoire

Après modification des incohérences soulevées par la phase de test, le questionnaire est désormais prêt à l'envoi. Plus d'une centaine de contacts d'ergothérapeutes/structures accueillant des personnes amputées ont été récoltés sur Internet. Un appel téléphonique a été passé pour chaque personne/structure afin d'expliquer le but du questionnaire de vive voix et d'augmenter la probabilité de réponse.

Un mail contenant le lien du questionnaire et un texte d'accompagnement ont donc été transmis à chacun d'eux. Le texte d'accompagnement est très important : il tient une grande part dans la probabilité de réponse au questionnaire. Ce texte a donc été rédigé volontairement de manière synthétique. Globalement, celui-ci s'est composé d'une présentation de la démarche et de la thématique, des personnes concernées par ce mail et de remerciements pour les personnes ayant pris le temps de lire le mail/répondre au questionnaire/transmettre le mail aux personnes concernées.

1.8.10 Résultats de l'enquête exploratoire

Les résultats principaux vont être présentés de manière synthétique sans interprétation. L'ensemble des résultats sont disponibles en annexe, sous forme de représentations graphiques (cf annexe 6). Trente personnes ont répondu au questionnaire lors de la phase d'enquête, dont vingt-neuf en France et un à l'étranger. Tous correspondent aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Commençons par la connaissance du public répondant : 12/30 exercent depuis 0 à 4 ans, 8/30 depuis 5 à 14 ans et 10/30 depuis 15 ans en plus. Ainsi, la population d'ergothérapeutes est assez hétérogène, on notera cependant une majorité de jeunes ergothérapeutes. En ce qui concerne le lieu d'exercice des ergothérapeutes répondants : globalement 11/30 travaillent en services de soins médicaux et de réadaptation (SMR), 9/30 en centre de rééducation, 5/30 en hôpital et 3/10 en clinique. 5/30 ergothérapeutes travaillent uniquement auprès de personnes amputées.

Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes prenant en compte la qualité de vie dans leur pratique professionnelle auprès de la personne amputée

L'estimation de la fréquence de prise en compte de la qualité de vie dans la pratique professionnelle a été récoltée sur une échelle de 1 à 10 (1 étant absente et 10 constante). La moyenne des réponses

des ergothérapeutes obtenues est de 8,06/10. La variance est de 2,53 avec un écart type de 1,59. Rappelons que l'écart type permet d'effacer les extrêmes, au contraire de la moyenne. Ainsi, l'écart moyen entre les réponses des ergothérapeutes est de 1,59.

Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes prenant en compte l'aspect psychosocial dans leur pratique professionnelle auprès de la personne amputée

La moyenne de fréquence de prise en compte de l'aspect psychosocial des ergothérapeutes répondants est de 7,7/10. La variance est de 3,48 avec un écart type de 1,86. Ainsi les résultats sont généralement inférieurs aux réponses sur la qualité de vie, avec plus de divergence.

Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes prenant en compte l'image corporelle dans leur pratique professionnelle auprès de la personne amputée

Nous allons désormais nous concentrer sur les réponses concernant l'image corporelle des personnes amputées. La fréquence de prise en compte de l'image corporelle dans la pratique des ergothérapeutes répondants est en moyenne de 7,06/10. La variance est de 4,99 et l'écart type est de 2,23. Ainsi, l'avis des ergothérapeutes est plus disparate que pour la qualité de vie et l'aspect psychosocial.

Identification des supports sur lesquels se basent les ergothérapeutes pour prendre en compte l'image corporelle dans leur pratique

Six catégories de moyens utilisés pour prendre en compte l'image corporelle dans la pratique professionnelle sont ressorties : l'écoute du ressenti/discours/expériences/demandes (17/30), l'utilisation de bilans (6/30), la pluridisciplinarité (6/30), la thérapie miroir (5/30), les médiations (4/30) et la mise en relation entre patients (3/30).

Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes qui souhaiteraient inclure la prise en compte de l'image corporelle dans leur pratique

Les avantages de la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique citée par les ergothérapeutes ont également été triés en sous-thématiques : l'acceptation sous plusieurs formes (17/30), la santé physique et mentale (6/30) et la rééducation/prise en soin (5/30). Les inconvénients à la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique cités par les ergothérapeutes sont : les

impacts sur la prise en soin (17/30), la prothèse (6/30), le manque de formation / connaissances / outils spécifiques (5/30) et le risque de contre-productivité (1/30). Pour conclure sur les résultats de ce questionnaire, 25/30 ergothérapeutes trouvent un réel intérêt à la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique professionnelle et 5/30 ergothérapeutes y trouvent un intérêt partiel.

1.8.11 Analyse et discussion des résultats de l'enquête exploratoire

Nous allons désormais confronter les résultats obtenus lors de l'enquête exploratoire avec ceux de la revue de littérature (RL) (pour une meilleure visualisation, cf tableau annexe 7). Avant tout, il est ressorti de la RL qu'il y avait une relation directe entre la perturbation de l'image corporelle et le changement objectif d'apparence (22). Nous pouvons relier cela avec les dires des ergothérapeutes qui ont exprimé que « l'amputation impactait la représentation de l'image corporelle ; contrairement à d'autres maladies, l'amputation est souvent soudaine (la personne n'a donc pas le temps de se préparer à la perte du membre) et elle peut difficilement la dissimuler ».

De plus selon la RL, l'image corporelle est reliée à l'adaptation psychosociale (20) : les ergothérapeutes ont ajouté que « l'aspect social est ici majeur puisque l'amputation va impacter la représentation que la personne a d'elle-même mais aussi de comment la société la perçoit ».

Toujours selon la RL, l'image corporelle est associée au bien-être (21), il y a une notion d'acceptation (8). Les ergothérapeutes expriment qu'il y a d'une part « un lien positif entre l'image corporelle et l'acceptation », mais également que la prise en compte de l'image corporelle apportait une « prise en soin plus holistique, prenant en compte l'aspect psychologique et le moral de la personne accompagnée (ce qui est très important dans le processus de soin du corps) ».

Concernant la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique en ergothérapie plus spécifiquement : on relève les mêmes moyens employés entre ceux cités dans la RL (19) (23) (24) et les réponses des ergothérapeutes. La RL souligne également qu'être auteur d'actions renforce le sens de la possession du corps (et de l'image corporelle) (19). Les ergothérapeutes ont ajouté que « l'engagement occupationnel et la participation occupationnelle de la personne vont dépendre de comment elle se perçoit (au niveau de ses forces et de ses faiblesses) ».

L'image corporelle pourrait être une cible importante d'intervention selon la revue de littérature (22) : cela entre en corroboration avec l'avis des ergothérapeutes répondants à l'enquête. De plus, les ergothérapeutes ont exprimé que l'utilisation de programmes de rééducation avec et sans prothèse était très important afin de travailler l'image corporelle. Les prothèses peuvent cependant

être source de souffrance selon la revue de littérature (8). Les ergothérapeutes ont ajouté que « la personne ne doit pas idéaliser la prothèse et la prendre pour un objet magique qui résout tout ». Pour clôturer cette analyse et discussion des résultats de l'enquête, nous pouvons souligner une cohérence assez élevée entre les données récoltées lors de la revue de littérature et les avis des ergothérapeutes obtenus lors de l'enquête.

1.8.12 Analyse critique du dispositif d'enquête

Ainsi, l'enquête a permis de récolter : des connaissances quantitatives sur la prise en compte de l'image corporelle en ergothérapie, quelques connaissances qualitatives sur la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique (avantages/inconvénients), des noms de bilans et d'évaluations utilisés pour prendre en compte l'image corporelle dans la pratique, un approfondissement des connaissances récoltées lors de la revue de littérature. Le questionnaire a donc permis de répondre à l'ensemble des objectifs rédigés précédemment.

Cependant, nous pouvons souligner certaines limites à cette enquête : le nombre de réponse étant assez réduit, les résultats exposés ne sont pas généralisables à la population mère. De plus, les résultats obtenus restent assez superficiels et sujets à l'interprétation du chercheur.

1.8.13 Finalisation de la problématisation pratique

Suite à l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire, un questionnement est apparu : il constitue la problématisation pratique.

Tout d'abord si nous reprenons les trois termes phares de cette enquête exploratoire, y a-t-il des interactions entre la qualité de vie, l'aspect psychosocial et l'image corporelle ? Si oui, comment se mettent-elles en place dans le quotidien des personnes amputées et dans la prise en soin (PES) en ergothérapie ? En ce qui concerne l'image corporelle plus spécifiquement, quelles sont les représentations de celle-ci chez les ergothérapeutes ? De plus, ces représentations ont-elles un impact sur la prise en compte de l'image corporelle dans la PES des personnes amputées ? En ce qui concerne la personne amputée plus précisément : la qualité de vie, l'aspect psychosocial et l'image corporelle ont-ils une place dans l'évolution des phases de deuil et d'acceptation ? En effet, comment les phases de deuil et d'acceptation influent sur l'image corporelle des personnes

amputées ? Et quelles sont les interactions entre le deuil et l'acceptation de l'image corporelle dans le quotidien des personnes amputées ?

Ce questionnement nous accompagne donc à formuler la question initiale de recherche (QIR) suivante : « Comment s'articulent les différentes phases de deuil et l'acceptation de l'image corporelle chez la personne amputée ? »

1.9 Cadre de référence

Commençons par se pencher sur le choix conceptuel qui formera le socle de ce cadre de référence. La question initiale de recherche présente trois thématiques : le deuil, l'image corporelle et l'acceptation. Nous allons donc développer chacun de ces concepts en nous appuyant sur des ouvrages et articles provenant de bases de données probantes. Cela nous permettra à terme de poursuivre notre questionnement, et d'avoir les données nécessaires à la suite du travail.

1.9.1 Deuil

Nous allons développer dans cette partie le concept du deuil. Il sera approfondi sous le prisme des champs disciplinaires de la psychologie, des sciences médicales et paramédicales (lien direct avec la santé physique et mentale), de la sociologie et de l'anthropologie (lien avec la société).

Rappel historique et définitions

Portons notre attention sur l'étiologie du deuil. Selon Bacqué et Hanus (30), « deuil » provient initialement du mot latin « dolere » (souffrir), à l'origine du mot dol qui a donné en français les mots « deuil » et « douleur ». Ainsi si l'on se fie à l'étiologie, le deuil est associé à un événement péjoratif et douloureux, qui fait souffrir. En 1915, Freud le définit comme « la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté etc... » (31). Pour Freud, c'est l'intégration de la perte qui paraît le plus important : le deuil n'est donc pas forcément lié à la mort comme il est communément pensé, mais à la perte. Cependant selon Bacqué et Hanus (30), cette définition s'est largement développée au cours des décennies et n'est plus unique. Le terme « deuil » comprend en réalité plusieurs sens. Pour exemple, la langue anglo-saxonne a différencié le mot deuil en trois substantifs différents dans la langue anglo-

saxonne : bereavement (perte en tant que telle), grief (tristesse éprouvante et douloureuse) et mourning (porter le deuil, participer aux funérailles, qui permet de distinguer la part « sociale » du deuil de sa part affective). La définition du deuil est en constante évolution. En effet selon Sylvie Metais (en 2017) (32), le deuil est défini comme « la perte d'un objet, au sens psychanalytique d'objet d'amour ». Il y a donc dans le deuil, une notion d'amour et d'attachement.

Mécanismes fondamentaux du deuil

Il paraît intéressant de se pencher sur les mécanismes fondamentaux mis en place lors d'un deuil. Freud, toujours dans son ouvrage écrit en 1915 (31), a mis en évidence qu'il se déroulait des modifications de la dynamique libidinale lors du deuil. En effet, l'objet perdu était investi émotionnellement par le sujet. Cependant lors du deuil, une partie de la libido dirigée vers cet objet disparu revient sur le Moi. Cela se traduit de manière comportementale par un ralentissement des activités ou une perte totale d'élan vital, un désintérêt global pour le monde et l'environnement extérieur et un repli narcissique. Bacqué et Hanus (30) ajoutent que le deuil de l'objet perdu passe par un travail conscient et inconscient de détachement qui est par définition, douloureux. Ainsi, la phase de dépression du deuil est normale car elle est liée à la reconnaissance de la réalité. En comparaison dans le cas d'une dépression pathologique, l'objet perdu n'est pas réel (perte inconsciente du Moi). Cependant cette vision du deuil a évolué au cours du temps. En effet dans son ouvrage, Freud (31) exprime un certain renoncement à l'objet perdu. Or, les conceptions postfreudiennes n'ont pas le même point de vue. Pour exemple, Mélanie Klein (33) met en lumière l'idée d'un rétablissement de l'objet perdu en soi : ce qui a été investi continue d'exister, autrement. Ainsi, le deuil est une tâche affective nécessitant une grande énergie psychique. En effet selon Janine Pillot (34) : il faut d'abord reconnaître la perte dans un premier temps, réagir à cette perte (souffrir, crier, tristesse) pour enfin se réinvestir, se reconstruire et accepter la perte ; « C'est remplacer la perte par une présence intérieure ». Le deuil requiert également une grande énergie physique. En effet selon Bacqué (35), le deuil a des répercussions sur la santé : de nombreuses études ont montré un lien entre la perte d'un être cher, la mortalité et les troubles physiques.

Les différentes phases du travail de deuil

Maintenant que nous avons défini le concept de deuil, nous allons étudier son déroulé, dit « travail de deuil » selon Freud (31). Le deuil est un phénomène très complexe, mais également « intime »

et singulier selon Bacqué et Hanus (30). Mais bien que le deuil soit vécu de manière subjective pour chaque individu, de nombreuses théories sur le travail du deuil ont fait leur apparition. Il paraît donc intéressant de développer plusieurs d'entre elles afin d'en repérer les différences. Les théories développées ci-dessous sont présentées dans l'ordre chronologique :

- Les trois étapes du deuil selon Freud (31) (1917) : la « confrontation à la réalité » (celle de la perte), la « rébellion compréhensible » liée à la nécessité d'abandonner toute libido pour l'objet, l'achèvement du travail de deuil : « le moi redevient libre et sans inhibition » (le principe de réalité a pris le dessus sur le deuil).
- Les cinq phases du deuil selon Elisabeth Kubler Ross (36) (1969) : le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation
- Les trois phases de deuil selon Janine Pillot (34) (1970) : prise de conscience et reconnaissance de la perte réelle de l'objet / souffrance de la perte, endeuillement / reconstruction (la personne se réinvestit sur le plan psychique et apprend à vivre sans l'objet perdu)
- Les cinq phases de deuil selon Hanus (37) (1976): le refus (déni de la réalité), la colère, la dépression, la régression, la fin du deuil.
- Les cinq étapes du deuil selon Bacqué et Hanus (30) (1994) : L'état de choc ou blocage somato-psychique (paralysie psychique et physique) / les comportements de recherche et la régression (l'endeuillé reste obnubilé par des pensées qui envahissent tout le champ mental) / l'agressivité et la colère (qui accompagnent les premiers moments du deuil et l'espoir de tenter encore de le retrouver) / l'expression du chagrin du deuil (état avec tous les symptômes connus de la dépression) / la terminaison du travail de deuil (notion d'acceptation, lorsque la tempête émotionnelle semble calmée et qu'il y a récupération des facultés invalidées par la dépression précédente).

Une maladie naturelle

Ainsi, nous pouvons désormais comprendre la remarque que fait Freud (31), en comparant le deuil à une maladie naturelle. Car bien que le deuil soit un événement qui vient inscrire une discontinuité dans le cours de l'histoire personnelle et familiale selon Bacqué et Hanus (30), une consonnance très péjorative et grave en termes de souffrance (comme vu précédemment), chacun traverse tout au long de sa vie des deuils de différentes intensités.

Composante sociale du deuil

Nous pouvons donc nous demander quelle est la place du deuil dans la société. Si l'on se fie aux différentes définitions exposées précédemment, le deuil a une grande part sociale. Selon Bacqué et Hanus (30), le deuil a en effet toujours été au centre des sociétés et des cultures, sous différentes formes. En effet, le deuil est assimilé à un passage initiatique de la vie mettant en première ligne les émotions consécutives au changement d'état, tout en le rendant acceptable par l'ensemble de la communauté. Daniel Lagache (38) a également appuyé le fait que les rites autour du deuil / rites de deuil permettent une séparation stricte entre l'avant et l'après (les vivants et les morts), limitant ainsi la culpabilité et la durée du deuil. Pour conclure sur cette part sociale du deuil, nous pouvons citer la phrase de Bacqué et Hanus (30) qui exprime que le deuil est un état « non seulement individuel mais social réglé par des pratiques codifiées ».

Réussite du travail de deuil et acceptation

Selon Bacqué et Hanus (30), le travail de deuil a un terme, bien qu'il soit difficile à définir et à percevoir nettement. L'acceptation est réalisée lorsque l'endeuillé peut évoquer mentalement l'objet perdu sans s'effondrer. En effet, un deuil réussi se traduit par l'acceptation de la possibilité de jouir à nouveau de la vie (investissement de la libido dans un autre objet). Cependant, toujours selon Bacqué et Hanus (30), il est important de garder en tête que malgré la réussite de ce deuil, la personne ne sera plus jamais « comme avant ». Ainsi, seul le respect des moments douloureux et la reconnaissance du temps nécessaire à cette récupération permettront le travail de deuil dans de bonnes conditions. L'acceptation a donc une place importante dans la finalisation du travail de deuil.

1.9.2 Image corporelle

Nous allons désormais nous intéresser au deuxième concept relié à la question initiale de recherche : l'image corporelle. Ce concept sera approfondi sous le prisme des champs disciplinaires de la psychologie (lien direct à la santé mentale), des sciences médicales et paramédicales (lien à la santé physique et mentale), de la sociologie et de l'anthropologie (avec le rapport entre l'image corporelle, la société, le regard des autres et le handicap visible). Rappelons que le concept d'image corporelle a déjà été abordé lors de la revue de littérature de ce mémoire (cf 1.6), c'est pourquoi nous allons le développer assez succinctement.

Définitions

Pour rappel, l'image corporelle est définie comme « la perception qu'une personne a de son propre corps, l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense » selon le Gouvernement du Québec (2). Jeannerod (19) exprime également que l'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même et dépend de sa connaissance de son propre corps.

Différences entre les termes d'image et de schéma corporel

Avant d'approfondir le concept d'image corporelle (autrement dit image du corps selon Catherine Morin (39)), il est ici intéressant de faire une parenthèse avec le schéma corporel. En effet, une confusion a fréquemment lieu dû à leur aspect « synonymes » au premier abord. Selon Coslett (40), le schéma corporel est défini comme une représentation non consciente du corps, qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial. Ainsi, le terme de schéma corporel appartient au domaine des sciences médicales et paramédicales étant donné son lien direct à la neurologie. L'image corporelle au contraire, relève plutôt de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. Catherine Morin (39) a également ajouté que les psychanalystes insistent sur le caractère anonyme du schéma corporel, par contraste avec l'image du corps qui est subjectivement investie.

Multi-dimensionnalisé du concept d'image corporelle

Ainsi, l'image corporelle est un concept subjectif, mais également multidimensionnel selon Demirdel et Ülger (20). En effet, il contient des composantes perceptives, affectives, cognitives, évaluatives et comportementales. Carrard, Bucher Della Torre et Levine (13) appuient cette multi-dimensionnalisé en ajoutant que l'image corporelle positive est un facteur associé au bien-être psychologique, favorisant les comportements de santé. En effet selon eux, l'image corporelle positive est plus complexe qu'une simple « absence d'insatisfaction corporelle ».

Enjeux de l'image corporelle

Selon Cheval, Monestès et Villatte (41), l'apparence physique est aujourd'hui porteuse d'enjeux cruciaux étant donné qu'elle détermine l'intégration par le groupe et le regard que chacun porte sur soi. Cependant en parallèle, les standards esthétiques s'éloignent de plus en plus de l'apparence et

de la morphologie de l'individu moyen, ce qui a pour conséquence une escalade comportementale et cognitive du « toujours plus ». En effet, la société est influencée par cet idéal et emploie une stratégie de lutte contre les défauts : à améliorer, réparer ou camoufler. De plus toujours selon Cheval, Monestès et Villatte (41), tous les individus sont susceptibles de souffrir d'une insatisfaction de l'apparence physique. En effet, les recherches effectuées sur le sujet ont montré que le degré de satisfaction lié à l'apparence physique n'est pas forcément corrélé à la présence d'une différence morphologique avérée. C'est l'expérience perçue de l'intégration au groupe et de l'assentiment d'autrui qui a le plus d'impact sur la satisfaction physique ressentie. Toujours selon les mêmes auteurs, la non-acceptation de l'image corporelle comporte d'énormes enjeux. En effet, 80% des personnes dysmorphophobes* souffrent d'idées suicidaires (41). L'image corporelle négative est alors synonyme de souffrances intenses.

**La dysmorphophobie est la « crainte obsédante d'être laid ou malformé » selon Racy (42).*

Aspect comportemental

L'image corporelle négative amène souvent à des stratégies comportementales chronophages et répétitives (vérification dans le miroir, soins, comparaison à autrui) comme l'expriment Cheval, Monestès et Villatte (41). Ces comportements peuvent avoir des répercussions importantes sur le quotidien, notamment sur la vie affective et sociale. Ces personnes vont éviter au maximum les interactions avec autrui. Ainsi, la véritable souffrance psychologique provient de la non-acceptation de l'image corporelle. Toujours selon Cheval, Monestès et Villatte (41) : « ce qu'une personne en quête de modification de son apparence cherche surtout à corriger, ce sont les pensées et les émotions négatives qui l'assaillent ».

1.9.3 Acceptation et image corporelle

Ainsi, l'acceptation de l'image corporelle fait l'objet de données à part entière. C'est pourquoi cette partie portera sur l'acceptation et son lien avec l'image corporelle.

Définitions de l'acceptation

L'acceptation est un terme assez générique, pouvant toucher énormément de domaines. Selon le centre national des ressources textuelles et lexicales (CNRTL) (43), le terme d'acceptation est défini de manière générale comme « l'action pour une personne ou une collectivité d'accepter (être

en accord) ». Mais l'acceptation a aussi un sens plus spécifique. Dans le contexte du plus ou moins concret, l'acceptation fait référence au domaine juridique. Dans le cas où l'objet est plus abstrait, l'acceptation concerne l'aspect de la condition humaine, psychanalyse, résignation au destin et soumission à une volonté extérieure. Dans le cadre de ce mémoire, le terme d'acceptation sera employé dans le sens aspect de la condition humaine et de psychanalyse. L'acceptation vue sous le prisme de la psychanalyse est définie comme « l'intégration de la réalité à sa vie consciente ». Selon Hayes (44), l'acceptation peut être décrite comme un processus actif d'accueil de tous les événements psychologiques, même les plus désagréables (pensées, émotions, sensations, souvenirs etc...). En effet selon Cheval, Monestès et Villatte (41), l'acceptation consiste en réalité à adopter une autre démarche que la lutte face à ces événements psychologiques déplaisants, de passer d'un besoin de modification du corps à une envie de changement du rapport à sa vie psychologique. Cordoba (41) ajoute également qu'« accepter son apparence, c'est (...) accueillir et embrasser tout ce qui provoquait préalablement la fuite ou l'évitement ; (...) en faire complètement l'expérience ». Selon Cheval, Monestès et Villatte (41), le processus d'acceptation consiste donc à modifier la relation entretenue avec ces événements : « on les considère comme des événements intimes à observer. Ils peuvent parfois être très désagréables, mais ils n'empêchent pas intrinsèquement de vivre une vie riche, dense et harmonieuse ». Pour illustrer ce processus, Cheval, Monestès et Villatte (41) ont proposé quelques exemples de non-acceptation tels que l'anxiété du regard de l'autre, la tristesse d'être rejeté, la colère d'être stigmatisé etc... Ces stratégies répondent toutes à l'inspiration d'éviter les événements psychologiques douloureux. Selon Hayes, Villatte, Levin et Hildebrandt (45), l'acceptation permet donc de dégager l'énergie consacrée à la lutte pour se tourner à nouveau vers ce qui compte réellement pour soi. De plus toujours selon Cheval, Monestès et Villatte (41), l'acceptation est un travail intime et laborieux. C'est un concept complexe étant donné qu'il constitue aussi bien une démarche qu'un aboutissement selon Hayes et Pankey (46). Il paraît ici intéressant de faire un parallèle avec le deuil. Reprenons le terme cité plus haut d'aboutissement. Elisabeth Kubler Ross (36) et Bacqué et Hanus (30) utilisent « l'acceptation » comme dernière étape du travail de deuil. Ainsi, l'acceptation est un concept fortement lié au deuil.

Composante sociale de l'acceptation

Tout comme pour le concept de deuil, l'acceptation comprend une part sociale. Les termes « anxiété du regard de l'autre », « tristesse d'être rejeté », « colère d'être stigmatisé » ont déjà pu

être cités plus haut. En effet toujours selon Cheval, Monestès et Villatte (41), l'apparence physique « agréable », qui se rapproche un maximum des normes de l'idéal sociétal, attribuée à la personne des caractéristiques de personnalité valorisées et l'approbation des pairs. Cela attribue alors à l'apparence physique une double valeur, d'autant plus importante en société.

Acceptation de l'image corporelle

Nous allons désormais approfondir nos connaissances sur l'acceptation de l'image corporelle plus spécifiquement. En effet, l'acceptation est bien corrélée à l'image corporelle selon Laroque et al. (47). Cheval, Monestès et Villatte (41) évoquent que l'acceptation a pour objectif d'améliorer la relation au corps et l'apparence physique même. Mais les impacts de l'acceptation ne s'arrêtent pas là : « l'acceptation améliore la qualité de vie en permettant rapidement de s'engager à nouveau dans des relations affectives, sociales ou professionnelles ». C'est pourquoi il paraît intéressant de développer le concept d'acceptation de l'image corporelle en thérapie.

Acceptation de l'image corporelle et thérapie

Selon Laroque et al. (47), les études s'intéressent de plus en plus à la variable d'acceptation des émotions et des pensées difficiles (ou flexibilité psychologique) : il y a donc un intérêt à se pencher sur la prise en compte de l'acceptation de l'image corporelle dans le cadre d'une thérapie. Laroque et al. (47) ajoutent la notion de nécessité de la place de l'image du corps et de l'acceptation dans les axes d'éducation thérapeutique et de management psychosocial.

Acceptation de l'image corporelle et personnes amputées

Nous avons désormais l'ensemble des informations nécessaires pour approfondir le principe d'acceptation à la situation spécifique des personnes amputées. Pomares et al. (48) expriment que « le pronostic à long terme de ces amputations repose sur la capacité du patient à accepter cette nouvelle situation ». Le terme d'acceptation sous-entend ici l'acquisition de la cicatrisation du moignon, et bel et bien l'acceptation par le patient de sa nouvelle identité. En termes de proportion, cette « guérison » complète concernerait moins de la moitié des patients amputés du membre supérieur dans un contexte traumatique. Aucune affirmation n'est encore possible concernant une quelconque chronologie entre la décision de réaliser l'amputation et l'acceptation de la situation. Ainsi toujours selon Pomares et al. (48), il semble indispensable d'encadrer les patients dès les

premières minutes et de prolonger le suivi bien au-delà du délai de cicatrisation. En effet, la cicatrisation de cette blessure narcissique est bien plus longue que la cicatrisation corporelle et cutanée à proprement parler. Un programme de soins précoce, actif et prolongé est alors priorisé dans les situations des personnes amputées. L'acceptation de l'image corporelle présente donc des enjeux cruciaux pour les personnes amputées. Nous pouvons désormais nous poser la question des facteurs pouvant influencer cette acceptation de l'image corporelle.

Tout d'abord selon Detammaecker (49), le degré d'acceptation de l'image corporelle chez la personne amputée dépend à la fois du ressenti psychologique, de l'aspect esthétique et du résultat fonctionnel. Pomares et al. (48) ont également dressé une liste non exhaustive des différents facteurs influençant négativement l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées comme les critères : physiques (douleurs), psychologiques (douleurs psychologiques), fonctionnels (difficultés à réaliser certains gestes, perte de force et perte d'autonomie), esthétiques, sociaux (retentissement professionnel, sur la vie affective et les loisirs et le sport) et épidémiologiques (sex-ratio, âge, membre dominant). Pomares et al. (48) ont également cerné différents facteurs influençant positivement l'acceptation de l'image corporelle comme les : critères chirurgicaux (amputation secondaire, exérèse d'un névrome, reprise du moignon) / critères prothétiques (prothèse fonctionnelle, prothèse esthétique), critère psychiatrique (suivi psychiatrique) et le critère personnel (acceptation spontanée).

Pour clôturer cette partie, nous pouvons réaliser une ouverture sur la résilience, définie selon Anaut et Cyrulnik (50) comme « la possibilité de se remettre à vivre après une agonie psychique traumatique ou dans des conditions adverses ». En effet, la résilience n'aurait-elle pas, elle-aussi, un impact dans le deuil et l'acceptation de la nouvelle image corporelle des personnes amputées ?

1.10 Problématisation théorique

À la lumière de l'ensemble de ce cadre de référence, nous pouvons mettre en tension les différents concepts développés. Un questionnement a alors émergé : Comme nous l'avons vu, un deuil peut ne pas aboutir, ou aboutir à une temporalité variable. Alors, durant ce travail de deuil : l'image corporelle, en soi, est-elle impactée ? De plus, le deuil pouvant être relié à une perte quelconque, aurait-il un impact sur l'image corporelle bien qu'elle ne soit pas directement impliquée dans l'évènement ? Au contraire, une image corporelle négative a-t-elle un impact direct sur le travail

de deuil ? En effet ces deux concepts étant instables et mouvants dans le temps pourraient-ils être reliés ? Si oui en quoi et à quel point ? De plus, étant donné que l'image corporelle est modulable tout au long de la vie et du vécu, l'acceptation pourrait-elle se retrouver modifiée également ? En effet, l'acceptation, une fois considérée comme acquise, reste-t-elle constante ?

1.11 Recontextualisation

Un autre questionnement a émergé au regard de la problématisation pratique réalisée plus tôt lors de ce mémoire (cf 1.8.13). La littérature reflète-t-elle la réalité ?

Dans le domaine du soin (ou autre), étant donné que le travail de deuil et d'acceptation est un travail intime et singulier, est-il pertinent de le prendre en compte et d'accompagner la personne endeuillée au risque d'être intrusif voire contreproductif dans sa prise en soin ? De plus, qu'en est-il de l'accompagnement de l'entourage proche de la personne étant donné que l'entourage traverse également un deuil sous une autre forme ?

Quand et comment prendre en compte le travail de deuil et l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées dans la pratique ergothérapique ? Comment favoriser l'avancée du travail de deuil à l'échelle de l'ergothérapie, sans le hâter au risque de ne pas respecter le rythme de la personne et de mettre à mal la prise en soin ?

De plus, où s'arrêtent les limites du champ d'action des ergothérapeutes en ce qui concerne le deuil et l'acceptation ? Une approche pluridisciplinaire aurait-elle un impact sur l'avancée du travail de deuil et de l'acceptation de la personne ? L'approche pluridisciplinaire serait-elle pertinente étant donné qu'elle peut apporter à la fois des bénéfices et des points négatifs (sensation d'intrusion) ?

1.12 Question et objet de recherche

L'ensemble de ce questionnement nous amène à la question de recherche suivante : « Quelles sont les perceptions de l'ergothérapeute concernant le lien entre la considération de l'image corporelle dans sa pratique et l'acceptation du corps de la personne amputée ».

L'objet de recherche associé à cette question est donc l'« étude des perceptions de l'ergothérapeute concernant le lien entre la considération de l'image corporelle dans sa pratique et l'acceptation du corps de la personne amputée ».

2. Matériel et méthodes

L'objectif principal de cette partie est de décrire, avec précision, l'ensemble des étapes que le travail de recherche va traverser par la suite, en passant par la construction méthodique du dispositif de recherche et son argumentation. L'ensemble de cette partie reposera sur la question de recherche décelée précédemment.

2.1 Objectifs de la recherche

Avant tout, il est important d'établir les différents objectifs que devra aborder ce travail de recherche, afin de répondre aux thématiques abordées par la question de recherche établie précédemment.

Dans le cadre de ce travail de recherche, l'objectif principal est d'identifier les déclarations des ergothérapeutes sur les actions mises en place dans leur pratique pour considérer l'image corporelle, et de comprendre les perceptions de ceux-ci concernant la considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique, l'acceptation du corps amputé de la personne accompagnée et le lien entre ces deux variables. Nous pouvons également rédiger trois objectifs plus spécifiques :

- Connaître la proportion d'ergothérapeutes considérant l'image corporelle (IC) dans leur pratique (bord quantitatif)
- Identifier le discours des ergothérapeutes sur les actes / moyens mis en place dans leur pratique pour considérer l'IC de la personne amputée (bord quantitatif et qualitatif)
- Connaître et comprendre les perceptions des ergothérapeutes concernant la considération de l'IC dans la pratique / l'acceptation de l'IC de la personne amputée en ergothérapie / lien entre ces deux variables (bord qualitatif)

C'est sur le socle de ces objectifs que nous allons construire notre dispositif de recherche.

2.2 Méthodes

Afin de déceler la méthode la plus pertinente en rapport avec la question de recherche citée précédemment, nous allons désormais sélectionner puis argumenter la méthode la plus adaptée pour cette recherche.

◇ Méthode quantitative

Avant tout, il est important de rappeler que le concept d'image corporelle est assez novateur dans le milieu du soin et de l'ergothérapie, comme en témoignent les dates récentes de publication des articles portant sur ce sujet (cf 1.4.1 question socialement vive et 1.6 critique de la revue de littérature méthodologique). Ainsi, étant donné que nous avons obtenu peu de données concernant l'image corporelle en ergothérapie, une méthode quantitative paraît pertinente pour récolter des données chiffrées (avec un grand nombre de résultats). Cela permettra à la fois de récolter les avis et perceptions des ergothérapeutes (de manière superficielle) et de faire l'état des lieux des pratiques en ergothérapie (du moins en ce qui concerne les ergothérapeutes qui participeront à l'étude, car les résultats obtenus ne seront pas généralisables, étant donné qu'une cohorte n'a pas été réalisée en amont de la recherche). De plus, il paraît intéressant d'utiliser une méthode qui permettra, lors de l'analyse des résultats, d'apporter de nouvelles données à celles déjà existantes dans la littérature concernant de potentiels liens de corrélations entre différentes variables.

Ainsi, l'utilisation de la méthode différentielle à visée descriptive et corrélative, paraît pertinente dans le cadre de notre objet d'étude.

◇ Méthode qualitative

De plus, il est également primordial de garder en tête que les concepts abordés dans ce mémoire (image corporelle, deuil et acceptation) sont très complexes (cf 1.9 cadre de référence). Les résultats obtenus à base d'une méthode quantitative seulement risqueraient donc d'être maigres et peu précis, en opposition avec les données complexes des différents concepts. Ainsi, la méthode qualitative paraît également intéressante à employer, car elle permettra d'apporter de la matière sur les explications des avis et perceptions des ergothérapeutes concernant les différentes thématiques, tout en prenant en compte la subjectivité de l'individu (ce qui n'est pas le cas avec la méthode quantitative).

Ainsi, l'utilisation de la méthode clinique à visée exploratoire (centrée sur le vécu et le sens du sujet) paraît pertinente dans le cadre de notre objet d'étude.

◇ Méthode mixte (quantitative et qualitative)

Au terme de cette réflexion, la méthode mixte (quantitative et qualitative) paraît donc être la méthode la plus pertinente à utiliser dans le cadre de notre objet d'étude. Ce choix de méthode permettra à la fois de :

- Connaitre les perceptions (de manière superficielle et approfondie)
- Obtenir des données sur les proportions de perceptions des ergothérapeutes
- Connaitre les expériences, le vécu et les stratégies singulières des ergothérapeutes

Cette complémentarité quantitatif et qualitatif apportera, pour sûr, une richesse d'autant plus grande de données, pour une analyse des résultats plus complète. Cela aboutira peut-être à terme, dans l'idéal, à une ouverture sur de potentielles nouvelles pistes et hypothèses concernant la considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique, ainsi que de potentiels liens entre la considération de l'image corporelle en ergothérapie et l'acceptation de l'image corporelle de la personne amputée, pas encore représentées dans la littérature à l'heure actuelle.

2.3 Déroulé de la recherche

Le déroulé de la recherche se fera respectivement dans l'ordre de la méthode quantitative, puis qualitative. En effet, cela sera plus pertinent : le recueil des données quantitatif se fera dans un premier temps afin d'avoir des pistes de résultats à grande échelle (mais pas précis). L'approfondissement de ces résultats se fera ensuite dans un deuxième temps de manière plus précise par le biais de la méthode qualitative (type explicative).

- Lancement de la méthode quantitative
- Début de l'analyse des résultats quantitatifs et lancement de la méthode qualitative (en effet, le temps disponible pour réaliser cette recherche ne laissera pas le luxe d'attendre la fin de l'analyse des résultats quantitatifs pour commencer la méthode qualitative)
- Fin de l'analyse des résultats de la méthode quantitative
- Analyse des résultats de la méthode qualitative
- Discussion et comparaison des résultats des deux méthodes

L'ordre de ces étapes a également été choisi pour des questions de faisabilité quant au temps disponible pour réaliser cette recherche (en effet, l'analyse des résultats qualitatifs prendra sûrement plus de temps que les résultats quantitatifs, ce qui retardera d'autant plus l'avancée du mémoire dans les temps).

2.4 Population cible et sites d'exploration

Afin de récolter des données pertinentes par rapport aux objectifs visés par la recherche, nous devons déterminer les critères d'inclusion/exclusion de la population visée et les sites d'exploration en amont.

En ce qui concerne les critères d'inclusion/exclusion de la population visée par la recherche : les personnes répondantes doivent impérativement être diplômées ergothérapeutes DE et travailler (ou ayant déjà travaillé) auprès de personnes amputées. Au contraire, les critères d'exclusion sont les personnes non-diplômées ergothérapeutes, les étudiants (en ergothérapie ou autre) et les autres professionnels de santé. De plus, les ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé auprès de personnes amputées sont exclus de l'étude.

Les sites d'exploration employés pour récolter le contact d'ergothérapeutes répondants aux critères d'inclusion/exclusion sont : la banque d'emails utilisée lors de l'enquête exploratoire (services d'ergothérapeutes en centre de rééducation, hôpitaux, centres spécialisés, clinique...), la récolte de contacts du réseau de la référente professionnelle de ce mémoire, ainsi que des recherches internet supplémentaires. Chaque service sera contacté par téléphone, en amont du mail explicatif, pour optimiser le nombre de réponses au questionnaire. Pour le bord qualitatif, les contacts d'ergothérapeutes intéressés pour un entretien seront récoltés à la fin du questionnaire (ils seront sélectionnés dans l'ordre, afin de minimiser le biais de sélection).

Afin d'apprécier la pertinence de cette recherche, rappelons que celle-ci respecte la réglementation, notamment la loi Jardé (51) qui vise à protéger les personnes humaines impliquées dans les recherches : en effet, la recherche ne touche pas directement le public visé (personnes amputées), mais les ergothérapeutes accompagnant des personnes amputées. De plus, la loi RGPD (règlement général sur la protection des données) est respectée de par la confidentialité des ergothérapeutes participant et l'engagement à la suppression des données (52).

2.5 Section quantitative

Pour rappel, la méthode quantitative sélectionnée est de type différentielle, à visée descriptive et corrélative.

2.5.1 Choix de l'outil théorisé de recherche de données (OTRD)

Le choix de l'outil théorisé de recherche de données (OTRD) s'est porté sur le questionnaire pour plusieurs raisons. En effet, celui-ci permettra à la fois d'ajouter de la matière au concept de l'image corporelle (apparu récemment dans le domaine du soin et de l'ergothérapie). De plus, le grand nombre de résultats permettra à terme de cerner de potentiels liens de corrélation entre plusieurs variables, afin de peut-être apporter des pistes d'amélioration quant à la considération de l'image corporelle en ergothérapie.

Selon Singly (53), les avantages principaux du questionnaire sont : l'accès à un public nombreux, avec une accessibilité facilitée (à l'étranger par exemple) et le respect de l'anonymat avec la minimisation de certains biais. L'inconvénient principal du questionnaire est la récolte de résultats chiffrés (pas de précision, ni d'explication de ces résultats possible par les répondants). Ces résultats superficiels peuvent être partiellement comblés par des questions semi-ouvertes, mais cela risque de rester insuffisant dans le cadre du concept de l'image corporelle, qui est très complexe.

2.5.2 Biais

Les biais de la CEDIP (2014) (29) de ce questionnaire sont les mêmes que pour l'outil de recueil de données de l'enquête exploratoire vus précédemment. Ceux-ci sont disponibles en annexe (annexe 4). Ainsi, la majorité des biais impliquent l'enquêteur. Il est donc important de rester attentif, ne pas influencer ou interpréter les réponses pour rester objectif afin de minimiser les biais.

2.5.3 Hypothèse générale, opérationnelle

En méthode différentielle, il est nécessaire de rédiger différentes hypothèses pour guider la construction de l'outil théorisé de recueil de données (OTRD). Ici :

- Hypothèse générale = La considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique (variable indépendante invoquée*) a un impact sur l'acceptation de l'image corporelle du corps amputé des personnes accompagnées (variable dépendante*).

- Hypothèse opérationnelle = Les perceptions des ergothérapeutes s'orientent vers un lien positif entre la considération de l'IC dans leur pratique et l'acceptation de l'IC du corps amputé de la personne accompagnée.

2.5.4 Variables

*Nous allons désormais cerner et déterminer le type des variables présentes dans ces hypothèses. Cela nous permettra par la suite de savoir sur quoi axer les questions de l'OTRD en précision.

- « La considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique » est une variable indépendante invoquée : la recherche n'a pas pour but d'agir pas dessus, elle a des caractéristiques naturelles. C'est une variable de type inter-individuelle (analyse des différences entre les individus) et dimensionnelle (avis propres aux personnes, avec une finesse discriminative).

- « L'acceptation de l'image corporelle du corps amputé de la personne accompagnée » est la variable dépendante : en effet, la recherche a pour objectif d'étudier les variations de cette variable en fonction de la considération de l'image corporelle des ergothérapeutes, qui est la variable indépendante. C'est une variable intra-individuelle (analyse des différences internes à chaque individu) et dimensionnelle.

Plusieurs sous-variables dépendantes, qui nous aiderons à approfondir les deux variables principales vues ci-dessus, sont disponibles en annexe (cf annexe 8). Chaque variable a été placée dans un tableau récapitulatif, présentant les indicateurs observables, sources et supports individuels à construire (cf annexe 9).

2.5.5 Matrice de questionnement

La matrice de questionnement établie présente en totalité : 30 questions, dont 29 fermées (pouvant contenir une modalité « autre ») et 1 semi-ouverte. Celle-ci aborde : la connaissance de la population questionnée, le concept d'image corporelle, le concept de deuil et d'acceptation de

l'image corporelle de la personne amputée. Pour conclure, il est proposé aux répondants de participer à un entretien concernant ces mêmes concepts.

Les modalités de réponses varient : binaire, échelle numérique, échelle de Likert, question à choix multiple avec un choix possible ou plusieurs choix possibles, et une question semi-ouverte pour récolter le mail des ergothérapeutes intéressés pour participer à un entretien. Pour plus de précision, la matrice de questionnement complète présentant les variables, sous-variables impliquées, indices, intitulés et objectifs de chaque question est disponible en annexe (cf annexe 10).

2.5.6 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Étant donné que le questionnaire a été réalisé sur Google Forms ®, nous utiliserons l'outil Google Sheets ® afin de créer un tableau Excel ® récapitulant l'ensemble des résultats récoltés. Nous utiliserons Excel ® pour analyser les données de manière descriptives, afin de faire divers schémas représentatifs etc...

Par la suite, en ce qui concerne l'analyse de corrélation des données, qui est une analyse plus poussée, nous utiliserons le logiciel « Jamovi ® », défini comme un outil d'analyse statistique open-source et multiplateforme selon l'université de Genève (54). Il permet entre autres de mettre en place plusieurs types d'analyse de données comme des analyses de : Pearson, Spearman, Chi2, ANOVA, Test t etc...

2.5.7 Phase de test

La phase de test a pour but de perfectionner/éliminer les incohérences de l'OTRD avant son envoi, et la récolte de données définitives. La phase de test a obtenu 10 réponses. De plus, elle a été complétée de remarques et commentaires supplémentaires d'ergothérapeutes, et d'une révision du questionnaire avec la référente professionnelle de ce mémoire. Suite à cela, plusieurs incohérences ont émergé. Certaines questions ont notamment été supprimées par manque de pertinence (l'analyse de l'état émotionnel des patients par pourcentage n'étant pas assez parlant par exemple). De plus, la question du lieu d'exercice a été rajoutée à la suite de la récolte de mail supplémentaires d'ergothérapeutes à l'étranger (afin de présenter un intérêt dans l'analyse des données par la suite). Diverses variables ont également été ajoutées (prothèse, douleurs fantômes...) pour compléter les données récoltées lors du cadre de référence développé plus haut (cf 1.9). La matrice de

questionnement finale a ensuite été vérifiée et validée par des avis extérieur (réfèrent méthodologique et professionnel de mémoire) afin de s'assurer de sa cohérence.

2.5.8 Déroulement de la recherche

Une fois la phase de test terminée et les incohérences modifiées, le questionnaire a ensuite été envoyé par mail aux contacts d'ergothérapeutes récoltés précédemment. La récolte des données s'est déroulée sur une période de deux semaines, avec deux envois à une semaine d'intervalle.

Le questionnaire a été envoyé avec un texte d'accompagnement (cf annexe 11) rédigé volontairement de manière synthétique afin de faciliter sa lecture et sa requête principale.

2.6 Section qualitative

Pour rappel, la méthode qualitative sélectionnée est de type clinique, à visée exploratoire.

2.6.1 Choix de l'outil théorisé de recherche de données (OTRD)

L'OTRD choisi doit pouvoir répondre aux objectifs de la recherche. De plus, il doit permettre de compléter les données récoltées par le questionnaire vu précédemment. C'est ainsi que ce choix s'est porté vers l'entretien. En effet, il permettra d'aborder les concepts complexes de manière développée et précises afin de compléter les données superficielles du questionnaire. De plus selon Blanchet (55), l'entretien permet une certaine liberté aux ergothérapeutes de développer/faire transparaître de nouveaux thèmes (pas forcément présents initialement dans la littérature/questionnement du chercheur). Le type d'entretien choisi est « semi-directif ». En effet, cela permet de garder une marge de manœuvre afin de survoler l'ensemble des trois grandes thématiques abordées : l'image corporelle, le deuil et l'acceptation de l'image corporelle.

2.6.2 Biais

Les biais de la CEDIP (29) induits durant la passation des entretiens sont : le biais de sélection, méthodologique, affectif, de désirabilité sociale, de confirmation d'hypothèse / effet de primauté / effet de récence, biais de halo / biais de similarité / biais de différence, biais de fixation d'objectifs.

Pour plus de précision, cf annexe 12.

Ainsi dans le cas de l'entretien, les biais impliquent à la fois l'enquêteur et la personne entretenue. Cependant, la marge d'action par rapport à ces biais se limitent à ceux du chercheur : il est important de rester objectif afin de minimiser les biais, sans influencer les réponses ni interpréter.

2.6.3 Cadre d'écoute

Avant de construire l'OTRD en lui-même, il est important de l'amorcer afin de contextualiser et de déterminer certains points importants en amont. Le cadre d'écoute dressé est disponible en annexe (cf annexe 13).

2.6.4 Guide d'entretien

Maintenant que nous avons amorcé la construction de l'OTRD, nous allons pouvoir le dresser de manière pertinente. Le guide d'entretien repose sur trois questions, portant sur les thèmes de l'image corporelle, de deuil et de l'acceptation de l'image corporelle. Pour plus de précision sur les intitulés des questions et leurs objectifs, un tableau récapitulatif présentant l'ensemble du guide d'entretien est disponible en annexe (cf annexe 14). Un texte d'introduction à l'entretien a aussi été rédigé afin de rappeler les informations importantes avant le déroulé imminent de l'entretien (cf annexe 15). La méthodologie inspirée pour mener les entretiens sera de type « compréhensive ». Selon Kaufmann et Singly (56), cette méthodologie consiste à considérer les interviewés comme des informateurs. Cela permettra ainsi d'inviter les ergothérapeutes à développer leurs idées sans jugement, afin de diminuer certains biais de désirabilité sociale, de confirmation d'hypothèses et de halo notamment.

2.6.5 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Les entretiens seront tout d'abord entièrement retranscrits afin de limiter les biais de confirmation d'hypothèse. Nous réaliserons ensuite une grille d'analyse d'entretien thématique afin de classer les dires des ergothérapeutes lors des entretiens. A la suite de cela, nous réaliserons une analyse verticale afin de comparer les propos des ergothérapeutes par rapport aux thématiques relevées précédemment. Nous réaliserons pour finir une analyse horizontale permettant de mettre en avant les informations principales pour chaque entretien.

2.6.6 Phase de test

La phase de test s'est composée d'un entretien avec une ergothérapeute située en Suisse. Celui-ci a permis de mettre en lumière des failles méthodologiques. En effet, l'ordre des étapes à suivre n'a pas été respecté : la fiche de consentement à faire signer par l'ergothérapeute a été envoyée après l'entretien, par oubli. De plus, l'entretien ayant eu lieu en Zoom a présenté certaines limites : les réunions personnelles sont limitées à 1h maximum, ce qui a entravé l'entretien (celui-ci a été coupé puis repris). L'adresse mail étudiante devra donc être utilisée par la suite pour permettre un temps plus long de réunion. Cette phase de test aura donc permis une meilleure organisation par la suite, lors du déroulement de la recherche.

2.6.7 Déroulement de la recherche

Le nombre visé d'entretien est d'un entretien test et de trois entretiens finaux. Les mails des ergothérapeutes intéressés pour participer ont été récoltés dans l'ordre chronologique (à la fin du questionnaire). Tous ont été contactés individuellement, avec un mail rappelant : le contexte, remerciements de la proposition de participation, proposition de modalités d'entretien, les disponibilités du chercheur, les thématiques qui seront abordées (avec leurs définitions) et l'objectif de l'entretien (cf annexe 16). Les informations principales des ergothérapeutes ont été récoltées par le questionnaire (lieu d'exercice, depuis combien de temps, avec quelle population...). Au total, trois entretiens ont eu lieu dont : un au téléphone, un en visioconférence et un en rencontre réelle.

Il est important de rappeler que cette recherche respecte la réglementation, notamment la loi Jardé (51) et la loi RGPD (52), énoncées précédemment. En effet, une fiche de consentement et d'information des droits a été envoyée à chaque participant, dans le mail informatif d'entretien (cf annexe 17). De plus, le chercheur s'est engagé à respecter la confidentialité des ergothérapeutes participants, ainsi qu'à supprimer les enregistrements dès que possible. Cela a été précisé dans le mail informant des modalités d'entretiens (cf annexes 16).

3. Résultats

Maintenant que nous avons argumenté les choix de méthodes pour ce travail d'initiation à la recherche, nous allons exposer les résultats obtenus, de manière synthétique et sans interprétation.

3.1 Analyse quantitative

Le questionnaire a reçu au total 42 réponses. Toutes correspondent aux critères d'inclusion et exclusion : les répondants se disent ergothérapeutes et travaillant auprès de personnes amputées.

3.1.1 Analyse descriptive

Avant de débiter l'analyse descriptive, il est important de préciser que l'ensemble des résultats ont été déposés en annexe, sous forme de représentations graphiques (cf annexes 18.1)

Connaissance de la population

Les ergothérapeutes répondants au questionnaire ont un nombre d'années d'exercice assez hétérogène, avec une majorité d'ergothérapeutes exerçant depuis 0 à 19 ans (31/42). En termes de lieu d'exercice, 24/42 ergothérapeutes répondants exercent en France (dont 1 en Martinique), 17/42 au Canada et 1/42 en Suisse. En ce qui concerne les structures d'exercice des ergothérapeutes : 18/42 se disent en soins médicaux et de réadaptation (SMR), 9/42 en centre spécialisé, 8/42 en hôpital, 4/42 en centre de réadaptation et 2/42 en clinique. Les séances des ergothérapeutes varient majoritairement entre 30 et 45 minutes (20/42) et 1h (21/42).

Considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique

Les estimations initiales des ergothérapeutes sur la considération de l'image corporelle dans leur pratique sont en moyenne de 6,60/10 avec une médiane de 7 et un écart-type de 1,78. Cependant, après l'exposition d'une définition des différentes manières de considérer l'image corporelle dans la pratique (cf matrice de questionnement annexe 10), les résultats se sont retrouvés modifiés : la moyenne passant à 7,64/10 la médiane à 8 et l'écart-type à 1,57. Ainsi, les ergothérapeutes ont généralement augmenté leur réponse, avec moins de divergences entre les réponses. Une courbe représentative comparant les résultats obtenus aux deux questions est disponible en annexe (cf annexe 18.1), et présente visuellement ces dires.

En ce qui concerne les actions et moyens mis en place pour considérer l'image corporelle dans la pratique ergothérapeutique : l'« écoute, discussion, prise en compte des ressentis » est ressorti à l'unanimité (42/42). La pluridisciplinarité (31/42), la thérapie miroir (29/42), l'utilisation de bilans (19/42) et le « partage d'expérience, mise en relation patient, patient expert, thérapies de groupe » (19/42) sont aussi ressortis. 4 réponses « autres » ont également été sélectionnées (cf annexe 18.1).

En ce qui concerne le temps disponible pour considérer l'image corporelle dans la pratique : 21/42 ergothérapeutes trouvent cela possible sans temps spécifiques dédiés dans la pratique, 9/42 trouvent cela possible selon les priorités au cas par cas, 8/42 trouvent cela possible avec des compétences organisationnelles supplémentaires et 4/42 trouvent cela possible avec des temps dédiés.

23/42 ergothérapeutes estiment que l'avantage principal de la considération de l'image corporelle est une meilleure qualité de vie et participation occupationnelle, 9/42 une prise en soin plus holistique et efficace, 5/42 une meilleure acceptation de l'image corporelle et 4/42 une meilleure santé physique et mentale. Quant à l'inconvénient principal à la considération de l'image corporelle dans la pratique : le « manque de formation, connaissances et outils spécifiques » a été soulevé par 23/42 ergothérapeutes, 11/42 ergothérapeutes ont sélectionné « aucun », 6/42 le « risque de contre-productivité » et 2/42 le « temps de prise en soin augmenté ». Ainsi, le manque de formation semble être l'inconvénient le plus présent à la considération de l'image corporelle dans la pratique auprès de la personne amputée.

Perceptions des ergothérapeutes concernant l'image corporelle des personnes amputées

Au cours de leur intervention auprès des personnes amputées, voilà ce que nous pouvons ressortir des perceptions des ergothérapeutes concernant l'évolution de l'image corporelle. 38/42 ergothérapeutes perçoivent une évolution dans le sens de l'image corporelle positive. En ce qui concerne les perceptions du temps d'évolution général de l'image corporelle des personnes amputées : 22/42 ergothérapeutes y voient une période variable et 19/42 ont répondu une période donnée variant de « 3 semaines » à « 3 mois et plus » avec un pic de 8 réponses à 1 mois de prise en soin. De plus, 29/42 ergothérapeutes trouvent que la mise en place de la prothèse fait évoluer l'image corporelle de la personne amputée dans le sens de l'image corporelle positive, 12/42 dans le sens de l'image corporelle négative et 1/42 sans évolution perçue. La prothèse aurait donc un

impact sur l'évolution de l'image corporelle des personnes amputées selon les ergothérapeutes répondants.

Perceptions des ergothérapeutes du deuil et de l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées

Au début de leur prise en soin, les ergothérapeutes perçoivent chez les personnes amputées : de la tristesse citée 31/42, du refus et de la colère pour 29/42, un sentiment d'injustice cité 24/42, un sentiment de délivrance cité 24/42, aucune émotion citée 10/42 et de l'apaisement cité 3/42. 7/42 ergothérapeutes ont coché la case « autre » dont 6 ont ajouté la notion de variabilité. Au terme de leur prise en soin, les ergothérapeutes perçoivent chez leurs patients amputés : de l'apaisement cité 28/42, de la tristesse citée 9/42, un sentiment d'injustice cité 8/42, du refus et de la colère cité 6/42 et aucune émotion citée 5/42 et « autre » 15/42. En nous référant à la courbe représentative des états émotionnels des personnes amputées perçus par les ergothérapeutes en début et en fin de PES (cf annexe 18.1), nous pouvons faire l'hypothèse d'une évolution des phases de deuil au cours de la prise en soin en ergothérapie selon les résultats de ce questionnaire.

Passons aux critères d'influence du phénomène d'acceptation de l'image corporelle de la personne amputée. Les critères sociaux ont été cités 39/42, les critères personnels 38/42, le critère contextuel 36/42, les critères psychologiques esthétiques et d'accompagnement 34/42, les critères physiques et fonctionnels 33/42, les critères prothétiques 32/42, les critères chirurgicaux 22/42, les critères épidémiologiques 20/42. Ainsi, la répartition des critères est plutôt uniforme, ce qui suggérerait un aspect plurifactoriel tout comme l'a exposé un des ergothérapeutes répondant au questionnaire.

Les perceptions des ergothérapeutes sont plutôt hétérogènes concernant les différences d'acceptation de l'image corporelle selon le sexe et l'âge des personnes. Cependant les douleurs fantômes pourraient amener à un cheminement plus difficile vers l'acceptation selon les réponses des ergothérapeutes.

Pour les perceptions de la résultante principale d'une meilleure acceptation de l'image corporelle chez la personne amputée : 23/42 ont sélectionné la « qualité de vie améliorée et participation occupationnelle », 9 /42 « prise en soin plus holistique et efficace, rééducation plus courte et moins difficile à vivre », 5/42 « meilleure acceptation de l'image corporelle », 4/42 « meilleure santé

physique et mentale ». Ainsi, la qualité de vie et la participation occupationnelle de la personne amputée semblent être l'une des résultantes les plus importantes d'une meilleure acceptation de l'image corporelle.

3.1.2 Analyse statistique principale

Maintenant que nous avons pris connaissance des résultats principaux du questionnaire, nous pouvons comparer les variables « considération de l'image corporelle » et « perceptions de l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées » entre elles, afin de déceler de potentiels liens de corrélation.

Pour commencer, nous nous baserons sur les questions sur la considération de l'image corporelle dans la pratique des ergothérapeutes répondants pour représenter la variable « considération de l'image corporelle ». Il paraît donc intéressant de comparer la question de la considération de l'image corporelle dans la pratique des ergothérapeutes avant et après la définition donnée. Cela nous permettra de savoir sur quels résultats nous baser pour les analyses statistiques à venir. Pour cela, nous utiliserons le « test t pour échantillons appariés ». Le test t apparié permet de comparer la moyenne de deux variables pour un seul groupe, ce qui est le cas ici. Nous allons pour cela nous focaliser sur la statistique de test « t » et la valeur « p-value », définie comme une valeur de probabilité permettant de réaliser un test d'hypothèse. La valeur-p varie de 0 à 1 et détermine si les résultats sont dus au hasard ou non. Il n'y a une signification que si $p\text{-value} < 0,05$ (5%).

L'analyse statistique obtenue pour ce test est disponible en annexe (cf annexe 18.2). Nous pouvons tout d'abord voir que la valeur « t » (mesurant l'ampleur de la différence par rapport à la variation des données de l'échantillon) équivaut à -4,39. Or, plus la valeur s'éloigne de 0, plus la preuve contre l'hypothèse nulle est grande. Ainsi, il y aurait peu de chance que les résultats soient répartis entre les catégories de manière uniforme. Afin de vérifier cela, concentrons-nous sur la valeur de p-value, équivalente à inférieure à 0,001, ce qui est inférieur à la valeur de signification de 0,05. Ainsi, l'hypothèse nulle est bien rejetée. Il y a une différence significative entre les deux moyennes.

Cette analyse justifie donc de se baser sur les résultats de la deuxième question pour continuer l'analyse statistique. Pour les analyses qui vont suivre, les résultats de cette question ont été

catégorisés par classe de deux par deux (1-2, 3-4 etc...). En effet, cela permettra d'obtenir des résultats plus significatifs à la vue du nombre de réponses obtenu.

Comparons désormais la considération de l'image corporelle des ergothérapeutes avec leur avis sur la résultante principale d'une meilleure acceptation de l'image corporelle. Nous devons ici comparer deux variables qualitatives, c'est pourquoi nous utiliserons l'analyse Khi-2. Ce type d'analyse permet de vérifier si deux variables sont susceptibles d'être liées entre elles ou non par un test d'hypothèse. Les résultats obtenus pour cette analyse sont disponibles en annexe (cf annexe 18.2). Focalisons-nous sur p-value, équivalente à 0,721 ici. Cette valeur étant supérieure à la valeur de signification de 0,05 : l'hypothèse nulle ne peut être rejetée, le résultat n'est pas significatif entre ces deux variables.

Nous pouvons également comparer la considération de l'image corporelle des ergothérapeutes avec leurs perceptions des états émotionnels en fin de prise en soin (cf annexe 18.2). Il paraîtrait que plus l'image corporelle est considérée en ergothérapie, plus ils perçoivent la phase d'acceptation de la personne amputée en fin de prise en soin. Cependant on notera que cette hypothèse est déclarative, non pas significative. En effet le nombre de sélection des états émotionnels n'est pas homogène, ce qui induit un impact important des extrêmes pour certains états émotionnels. Par exemple « aucune émotion » n'a été cité que 5 fois, dont un ergothérapeute estimant sa considération de l'image corporelle à 2/10 : cela peut fortement biaiser les résultats.

3.1.3 Analyse statistique secondaire

Passons désormais à l'analyse statistique secondaire. Pour cela, nous ferons l'analyse d'autres combinaisons de variables que celles de la question de recherche, paraissant intéressantes à étudier. Nous utiliserons l'analyse Khi-2 pour l'ensemble des comparaisons de variables qui vont suivre car ce sont toutes des données qualitatives. L'analyse Khi-2 permettra également de déceler de potentiels liens de corrélation entre plusieurs variables. L'ensemble des analyses sont disponibles en annexe (cf annexe 18.3).

Globalement aucun lien de corrélation n'est apparu entre la considération de l'image corporelle dans la pratique et : le nombre d'année d'exercice des ergothérapeutes, le lieu d'exercice (pays et structure). Un lien de corrélation potentiel ($p = 0,057$) a été cerné entre le temps de séance et les

perceptions des ergothérapeutes de la faisabilité du temps disponible pour considérer l'image corporelle dans la pratique. Aucun lien de corrélation n'est paru signifiant entre la résultante principale de la considération de l'image corporelle de la personne amputée dans la pratique, les années d'exercice et le lieu d'exercice.

3.2 Analyse qualitative

Nous allons désormais passer à l'exposition des résultats qualitatifs. Nous décrirons tout d'abord succinctement les ergothérapeutes interrogés lors des entretiens. Nous ferons ensuite une analyse thématique, verticale puis horizontale des données.

3.2.1 Connaissance des participants

Les ergothérapeutes interrogés seront nommés sous la forme « E n° » pour la suite de l'analyse. Le n° correspond à l'ordre chronologique du déroulé des entretiens réalisés.

E1 est une femme, exerçant depuis 27 ans en tant qu'ergothérapeute en France. E1 travaille depuis 15-20 ans dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) accueillant quotidiennement des personnes amputées, ainsi qu'un public en (poly)traumatologie, orthopédie et neurologie. L'entretien s'est déroulé par appel téléphonique et a duré 45mn25sec.

E2 est un homme exerçant depuis 4 ans en tant qu'ergothérapeute en France. E2 travaille actuellement en SSR gériatrique depuis 1 an. E2 travaillait auparavant dans un centre cardiovasculaire auprès de personnes amputées et d'autres pathologies variées. L'entretien s'est déroulé en réel, la rencontre a eu lieu en intérieur dans un environnement calme. L'enregistrement dure 1h29mn19sec.

E3 est une femme exerçant depuis 18 ans en tant qu'ergothérapeute au Canada. E3 travaille depuis 3 ans dans un centre de réadaptation en déficiences physiques accueillant une dizaine de personnes amputées au quotidien, et un public en (poly)traumatologie. L'entretien s'est déroulé en visioconférence par le biais de Zoom®, et a duré 39mn18sec.

3.2.2 Analyse thématique

Selon la méthode d'analyse thématique de Mucchielli (57), cinq sous-thèmes ressortent de l'analyse thématique (cf colonnes du tableau d'analyse textuelle des données en annexe 19). Nous les regrouperons en deux thèmes généraux pour une meilleure lecture :

- Amputation, image corporelle et prise en soin
- Deuil, acceptation et facteurs influents

3.2.3 Analyse verticale

Nous allons désormais analyser les informations récoltées, thème par thème (cf colonnes du tableau d'analyse textuelle des données annexe 19).

Amputation, image corporelle et prise en soin

L'image corporelle est perçue comme une composante essentielle et très importante, comportant beaucoup d'enjeux (E1 L°21-26 ; E2 L°96-99, 513-518, 902-903 ; E3 L°24-28, 29) pour les personnes amputées ou autre (E1 L°24-30, E3 L°29) selon les ergothérapeutes. Cependant, elle paraît plus importante à prendre en compte dans un second temps dans la prise en soin, lors de la phase de réhabilitation et de réinsertion (E2 L°202-206). L'image corporelle est perçue comme fortement liée au regard des autres, à l'interprétation de ces regards avec une notion d'interprétation négative des regards et au regard de soi sur soi (E1 L°318-347, E2 L°183-188, E3 L°30-57). Il y aurait également une notion de renvoi d'image, d'aura (E1 318-347, E2 788-808). Il est également précisé que s'il existe des « triches » pour aider à une meilleure image et schéma corporel, celles-ci sont employées volontiers (E2 L°489-497). L'image corporelle des personnes amputées est perçue comme négative et difficile psychologiquement en début de prise en soin (E1 L°35-36, 232-235 ; E2 L°465-476 ; E3 L°147-151). L'image corporelle est perçue comme liée aux activités et au lien entre les rôles entretenus au quotidien et la localisation de l'amputation (E1 21-26, 31-33, 47-54 ; E2 124-133, 506-513, 786 ; E3 75-79, 105,109, 113-126, 165-170). De plus, le schéma corporel est perçu comme se confondant à l'image corporelle, il est important d'avoir conscience des limites du corps dans l'espace et de ses capacités (E1 L°24-30, E2 L°247-252).

Tout d'abord, l'image corporelle est perçue comme non considérée « en tant que telle » dans la pratique, sans protocole spécifique suivi et variable selon les personnes (E1 L°42-43, E3 L°71-72). Plusieurs méthodes d'évaluation de l'image corporelle ont été citées comme : l'utilisation de bilans, discussion afin de devenir « personne ressource », canevas d'évaluation avec une composante « condition mentale » abordant l'image (E1 L°486-508, E2 L°29-40, E3 L°322-343). L'image corporelle est abordée dès lors que le patient en parle et qu'il se projette dans son futur (E2 L°141-152, 234-244) ou lors de l'abord des douleurs fantômes (E1 L°85-94). En ce qui concerne les moyens de considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapeutique : celle-ci se fait majoritairement à travers la discussion/discours et la confiance selon les dires des ergothérapeutes (E1 L°57-63 ; E2 L°75-95, 141-152, 207-224 ; E3 L°73-74). En effet, la relation et le cadre thérapeutique est primordial afin de bien connaître son patient (E2 L°156-165, 190-201, 392, 931-932). La prise de contact avec la famille est aussi parue comme importante (E2 L°393-417, 666-671, 693-701). L'humour peut aussi être employé (E2 L°289-298). L'importance de l'aspect pluridisciplinaire dans la considération de l'image corporelle dans la pratique a également été abordée (E1 L°43-44, 129-149, 152-170, 442-446 ; E2 854-862, 727-751 ; E3 L°219-242). Pour considérer l'image corporelle dans leur pratique, les ergothérapeutes utilisent aussi les mises en situation (E1 L°510-528, E2 L°346-362, E3 L°245-272, 356). Il est ajouté qu'il est important de stimuler l'aspect motivationnel et l'implication du patient dans son processus de soin en passant par le signifiant et la diversité des activités en donnant du sens (E2 L°168-175, 226-234, 419-428, 450-457, 541-544, 589-609, 673-688, 755-756, 1032-1068). Il est également important de garder en tête la théorie du flow (E2 L°1087-1101, 1118-1124). Il est également ajouté l'intérêt de conditionner le patient en croyant en ses capacités, « l'utilisation de la manipulation à l'usage des gens honnêtes » (E3 L°333-334). Un intérêt de se baser sur l'expérience d'autres patients, des pairs aidants et patients experts est perçu (E2 253-277, 430-431 ; E3 73-74). Quant aux douleurs fantômes : la thérapie miroir a été citée. Celle-ci est perçue comme bénéfique pour les personnes amputées (E2 L°366-374, E3 L°73-74, 213-215), mais également à éviter avec le public spécifique des personnes amputées (E1 L°172-217). L'imagerie motrice et le port de prothèse est également utilisé dans le cas de douleurs fantômes (respectivement E3 L°195-210, E2 L°96-120). En effet, l'image corporelle et les douleurs sont considérés comme reliés (E3 L°191-192). L'utilisation du toucher et du tactile par les soins d'hygiène a été cité pour considérer l'image corporelle de la personne amputée (E1 L°57-63 ; E2 L°307-333, 357-362, 368-374, 432). En fin de prise en soin,

il est transmis aux personnes amputées des contacts, notamment de fédérations handisports (E1 L°445-447, E2 L°842-852).

En ce qui concerne la prise en soin de la personne amputée plus globalement, il a été abordé l'importance de travailler et d'exister avec et sans prothèse (E1 L°404-423, E2 L°176-181, E3 L°163-164). De plus, il est précisé que l'apprentissage de la prothèse n'est pas de la rééducation mais plutôt de l'éducation à la marche étant donné que c'est une nouvelle manière de marcher (E2 L°226-234). L'importance de traiter les problèmes initiaux (qualité/hygiène de vie, équilibre occupationnel, idéalisation de la prothèse) des personnes avant d'inclure la prothèse a également été abordé (E2 L°376-392, 459-465 ; E1 L°224-232). La notion de vigilance a également été employée dans plusieurs contextes : vigilance par rapport au miroir durant la rééducation, par rapport à ce que la personne et son entourage renvoie (pas forcément représentatif de la réalité), par rapport à la manière de s'adresser/regarder les patients car cela peut avoir de grosses conséquences, par rapport à l'anticipation de séances et de justification des actes fournis (E1 L°75-84, 455-486 ; E2 L°189-190, 532-539, 701-706, 1009-1031). L'importance d'une prise en soin individuelle, individualisée et patient-centré est perçue (E2 L°641-652, 932 ; E3 L°275-281). En effet dans le cas où les apports de la structure ou de l'ergothérapeute ne seraient pas adaptés aux besoins des personnes amputées, il ne faut pas hésiter à léguer la prise en soin (E2 L°826-870).

Deuil, acceptation et facteurs influents

Tout d'abord, plusieurs types de deuils sont perçus par les ergothérapeutes comme le deuil d'un équilibre occupationnel, de la vie d'avant, du handicap, du membre, de la fonction et de l'image corporelle (E2 L°117-120, 551-552, 788-808, 968-1005 ; E3 L°149-151). Le deuil de l'image corporelle est perçu comme très important étant donné qu'il fait appel à l'utilité sociale (E2 L°941-945). Généralement, une évolution du deuil vers le positif est perçue par les ergothérapeutes, bien que très variable selon les personnes (E1 L°244-261, 289-304 ; E2 556-586 ; E3 L°157-165). Il est ajouté que le deuil est un processus difficile et compliqué à prévoir (E1 L°263-273, E2 L°722-725), qui nécessite un accompagnement psychologique (E2 L°727-743, E3 L°88-104). En effet, l'accompagnement au sens large représenterait environ un tiers de l'accompagnement du patient (E2 L°909-915). En ce qui concerne les phases de deuil, la colère est la phase perçue comme la plus fréquente en début de prise en soin, avec un lien avec l'esthétique et l'importance de l'intimité

(E2 L°835-841, E3 L°142-147,151). Le deuil n'est pas perçu comme linéaire, il est composé d'allers-retours entre les phases de colère/tristesse/marchandage ; au contraire, les phases de déni et d'acceptation sont généralement perçues comme acquises définitivement lorsqu'elles le sont (E2 L°611-626). Il est ajouté qu'il ne faut pas aborder le sujet d'image/schéma corporel à toutes les étapes du deuil, notamment le déni (E2 L°628-631). En effet, celui-ci est plutôt à provoquer par mise en situation afin de casser la routine d'acceptation d'une fatalité installée (E2 L°654, 706-714). En ce qui concerne la phase d'acceptation plus précisément : son évolution est perçue lorsque la personne se projette dans l'avenir, quand le patient est capable d'avoir un discours apaisant et constructif auprès d'un autre patient (E2 L°243-244, 277-289), lorsque la personne commence à faire des choses qu'elle n'était plus capable de faire et reprend le contrôle de son corps (E2 L°565-586, E3 L°169-170, 181-184) mais également avec le temps/la guérison/l'appareillage (E3 L°152-156). La notion d'explication du phénomène de deuil au patient et à la famille, par métaphores ou non, a aussi été abordée (E2 L°726, 758-763, 799-802, 955-965, 968-1005).

Les facteurs influençant le deuil et l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées sont divers. Tout d'abord, il est important de faire la distinction entre les agénésies congénitales et les amputations traumatiques : le deuil est différent entre quelque-chose qui n'a jamais été et quelque-chose de perdu, c'est le changement qui paraît influençant (E1 L°271-288, E2 L°916-930, E3 L°59-68). Le regard des autres dans la société et les différentes cultures a aussi été souligné comme un facteur influençant le deuil et l'acceptation (E1 L°351-376, E2 L°1070-1072, E3 L°309-318). Un autre facteur influençant ayant été cité est le rapport aux limitations occupationnelles, rendement occupationnel, aux activités menées après l'amputation (E1 L°365-376, E2 L°1042-1054, E3 L°300-306). Il a également été ajouté qu'il était important que les personnes comprennent qu'elles vont devoir faire des concessions dans leurs activités / manières de faire leurs activités (E2 L°1084). L'accompagnement a également été perçu comme un facteur influençant de l'évolution du deuil : que ce soit en psychologie ou en ergothérapie (E1 L°152-170, 397-405 ; E3 L°81-86). D'autres facteurs ont également été cités comme : de la personne, son caractère, son vécu, histoire/cause/ comment a été vécue l'amputation, la valeur émise auparavant dans l'aspect physique et l'image que les personnes avaient d'eux avant l'amputation, leurs valeurs de vie (E1 L°304-317, 385-394), l'humour (E2 L°1009-1031), la diminution des douleurs fantômes, le rôle des personnes, les supports autour (entourage), les rencontres entre pairs (E3 L°185-190, 289-293, 294-299).

3.2.4 Analyse horizontale

L'analyse horizontale, permettant d'étudier les informations de chaque ergothérapeute séparément est disponible en annexe (cf annexe 20). Celle-ci reprend les lignes du tableau d'analyse textuelle des données (cf annexe 19). En effet, les données obtenues lors de l'analyse verticale nous permettent déjà de croiser les données quantitatives précédentes. Nous nous baserons cependant sur l'analyse verticale et horizontale pour la partie qui va suivre.

3.2.5 Cas clinique

Ainsi, l'utilisation de la considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapeutique auprès des personnes amputées semble intéressante. En effet, l'image corporelle impacterait le quotidien et les activités des personnes amputées, ce qui est le socle de l'ergothérapie. La considération de l'image corporelle dans la pratique reste assez floue : elle n'est pas travaillée en tant que telle, secondairement, ou prise en compte en tant qu'axe d'intervention à part entière. Les moyens de considération de l'image corporelle sont sensiblement souvent les mêmes, notamment l'usage d'écoute et de discussions et l'aspect pluridisciplinaire. La notion de prudence et de vigilance par rapport aux actes et observations des personnes amputées est ressorti comme important, tout comme le fait de travailler avec et sans la prothèse. Les ergothérapeutes perçoivent généralement une évolution positive de l'image corporelle, du deuil et de l'acceptation de l'image corporelle au cours de leur intervention. La notion de variabilité selon les individus et les situations est également parue comme un point capital. Beaucoup de facteurs peuvent influencer le deuil et l'acceptation de l'ordre de la personne, de son vécu, de l'aspect culturel et des rôles occupés (société, personnel, professionnel), le regard des autres et de la société sur la différence, le fait que l'amputation soit prévue/de naissance ou non, mais également le fait de reprendre le contrôle de son corps et de ses activités. En thérapie, certains facteurs influenceraient positivement l'évolution du deuil et de l'acceptation vers le positif comme les pairs aidants et l'accompagnement pluridisciplinaire (et psychologique).

Revenons à la question de recherche : « Quelles sont les perceptions de l'ergothérapeute concernant le lien entre la considération de l'image corporelle dans sa pratique et l'acceptation du corps de la personne amputée ? ». A la lumière de ce cas clinique, nous pouvons nous diriger vers un lien positif entre la considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapeutique et l'acceptation du corps de la personne amputée. Cependant, ce lien ne peut pas être vérifié étant donné que les

trois ergothérapeutes interrogés considèrent l'image corporelle dans leur pratique, et n'ont pas abordé clairement le « lien » en lui-même, lors des entretiens.

3.3 Comparaison des résultats

Nous allons maintenant confronter les résultats de la partie quantitative avec la partie qualitative. Tout d'abord, la considération de l'image corporelle dans la pratique est ressortie à une moyenne supérieure après l'exposition d'une définition présentant quelques nuances des moyens pouvant être employés. Les ergothérapeutes interrogés lors des entretiens disent en effet tous plus ou moins considérer l'image corporelle, pas forcément en tant que telle dans leur pratique. On remarquera cependant que dans leur discours, ceux-ci considèrent tout de même l'image corporelle dans leur pratique. Ainsi, l'influence d'une méconnaissance de nuances des moyens pourraient expliquer les réponses du questionnaire. Aucun résultat statistique significatif n'est ressorti entre le pays d'exercice des ergothérapeutes et la considération de l'image corporelle dans la pratique. Cependant dans le cas des entretiens, E1 et E2 exerçant en France ont un profil plutôt « adhérent » (étant donné que la considération de l'image corporelle est plutôt secondaire/induite), tandis que E3 exerçant au Canada a plutôt un profil « adepte » de par l'évaluation de l'image corporelle en elle-même et l'action en conséquence.

Les données recueillies par le quantitatif et le qualitatif se rejoignent concernant les moyens de considération de l'image corporelle. L'écoute, la discussion et la pluridisciplinarité sont ressortis comme des moyens fortement priorisés par les ergothérapeutes dans le cadre de l'image corporelle. L'utilisation de bilans, de rencontre pairs aidants a également été citée. Cependant, on remarquera des résultats divergents entre le questionnaire et les entretiens concernant les mises en situations. En effet, ce moyen est apparu comme essentiel lors des entretiens, mais n'est ressorti qu'une fois sur les réponses des 42 ergothérapeutes du questionnaire. Cela pourrait s'expliquer par le fait de « ne pas penser à le citer ». En effet, les ergothérapeutes des entretiens n'ont pas directement abordé la mise en situation, mais l'ont abordé au cours d'une pensée ou d'un discours ayant abouti dessus. Autrement, les inconvénients principaux étant ressortis des deux analyses sont le risque de contre productivité et une certaine vigilance à garder au regard de l'image corporelle dans la pratique.

Au cours de leur intervention, une évolution de l'image corporelle vers le positif est généralement perçue par les ergothérapeutes répondants au questionnaire et aux entretiens. La notion de

variabilité est également prépondérante selon les résultats des deux méthodes. Concernant la prothèse, une certaine incohérence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont apparus. En effet, l'aspect positif de la prothèse était plutôt prôné dans les réponses du questionnaire, tandis que les entretiens expriment plutôt un aspect négatif de la prothèse si la personne n'est pas prête (étapes de deuil et problèmes initiaux non réglés).

Concernant les phases de deuil, nous pouvons encore une fois noter l'importance portée à la variabilité selon les individus, tant dans les réponses du questionnaire que lors des entretiens. En fin de prise en soin, une grande majorité des ergothérapeutes du questionnaire ont cité l'apaisement, que nous pouvons comparer à la phase d'acceptation. Dans le cas des entretiens, tous les ergothérapeutes ont énoncé l'acceptation. Une évolution positive de l'acceptation de l'image corporelle au cours de l'intervention ergothérapique est généralement perçue par les ergothérapeutes du questionnaire et des entretiens. Pour finir, l'aspect plurifactoriel des facteurs influençant cette acceptation sont ressortis, tant en quantitatif qu'en qualitatif.

4. Discussion

Discutons désormais les résultats obtenus lors de ce travail d'initiation à la recherche avec les précédentes étapes de ce mémoire. Nous critiquerons ensuite le dispositif de recherche à la lumière de ces informations, puis nous étudierons les intérêts, apports et limites de ce travail ainsi que sa transférabilité à la pratique professionnelle.

4.1 Discussion selon la revue de littérature

Nous diviserons cette partie en trois : l'image corporelle et la qualité de vie, l'image corporelle et l'aspect psychosocial, et image corporelle prothèses et méthodes de rééducation. Seuls les résultats principaux seront présentés dans cette partie. La discussion selon la revue de littérature (RL) est cependant disponible en son intégralité en annexe 21.

Tout d'abord, la RL expose que l'image corporelle est un concept multidimensionnel, ce qui ressort à la fois lors de l'analyse des résultats quantitatifs et qualitatifs. La RL présente également une relation directe entre le changement objectif d'apparence et la perturbation de l'image corporelle : cela corrobore avec les données des entretiens. La RL et les données qualitatives corroborent sur

le fait que l'image corporelle néfaste affecte la qualité de vie de la personne. Cependant, on notera une certaine opposition entre la RL et les données récoltées lors de la recherche, le terme de satisfaction n'ayant presque pas été employé, tout comme le terme de bien-être. Les ergothérapeutes interrogés et la RL se mettent d'accord sur le fait que l'image corporelle est une problématique pouvant toucher tout individu. La notion de réalisation d'activités paraît également très importante dans le cadre de l'image corporelle, tant dans les données de la RL que pour les ergothérapeutes du questionnaire et des entretiens.

L'aspect psychosocial, notamment le regard des autres, son interprétation négative et la notion de corps social de l'image corporelle est ressorti très fortement dans les données qualitatives, presque mot pour mot que lors de la RL. Les normes et l'impact de la société actuelle a également été soulevé lors de l'analyse de résultats qualitatifs, tout comme dans la RL. De plus toujours selon la RL, l'expérience de l'image corporelle est plus compliquée à vivre pour les personnes amputées de par le handicap visible : la notion de la différence d'attirance du regard des autres est fortement ressorti lors des entretiens. L'importance des supports de la personne dans les besoins des personnes amputées sont ressortis à la fois lors de la RL, mais aussi durant les entretiens. La RL a également exposé la notion de rôle, qui a été abordée en qualitatif.

Selon la RL, la prothèse permet d'aider le patient à surmonter sa double mutilation (physique et identitaire) et de réinvestir son propre corps, environnement quotidien (activités quotidiennes) et espace social (entourage). Cela a été confirmé par les résultats qualitatifs. La nécessité de considération des aspects négatifs des prothèses sont beaucoup ressortis dans les résultats qualitatifs, tout comme lors de la RL. L'importance de l'esthétique a également été souligné par la RL et les données qualitatives. L'image corporelle présenterait une cible importante d'intervention selon la RL et les résultats qualitatifs. Les méthodes de considération de l'image corporelle dans la pratique restent sensiblement les mêmes que celles citées lors de la RL. La RL assure également l'importance de l'inclusion de la famille et de l'aspect spirituel : seule la notion de famille a été partiellement abordée dans les résultats qualitatifs.

4.2 Discussion selon l'enquête exploratoire

Tout d'abord, le public visé par l'enquête exploratoire et la recherche est le même, c'est pourquoi il paraît d'autant plus intéressant de comparer ces résultats entre eux. Nous pouvons cependant

remarquer deux différences notoires : au niveau du nombre de réponse qui a été augmenté, tout comme le nombre de réponses à l'étranger.

En général, les ergothérapeutes sont tous en accord avec la définition de l'image corporelle donnée. En ce qui concerne la considération de l'image corporelle dans la pratique : la moyenne obtenue lors de l'enquête exploratoire est en moyenne de 7,06 et de 6,6 pour la recherche. Après l'exposition d'une seconde définition pour la recherche, la moyenne a évolué à 7,64. Nous pouvons dire que ces résultats sont plutôt équivalents. Les moyens de considération de l'image corporelle sont ressortis comme sensiblement les mêmes entre l'enquête exploratoire et la recherche. Cependant, la fréquence de sélection de ces moyens est bien plus élevée pour la recherche que lors de l'enquête. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela est dû aux lieux d'exercice des ergothérapeutes ayant participé au questionnaire, mais peut-être aussi de manière très minime à l'évolution des pratiques en l'espace de 6 mois.

Nous pouvons cependant observer une différence de perceptions des ergothérapeutes concernant les avantages à la considération de l'image corporelle. En effet, lorsque l'acceptation était la modalité de réponse la plus sélectionnée lors de l'enquête exploratoire, c'est la « meilleure qualité de vie et participation occupationnelle » qui a été majoritairement sélectionnée lors de la recherche. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que lorsque la modalité de réponse est proposée, cela fait changer d'avis les ergothérapeutes quant à leurs perceptions initiales. Les inconvénients ressortis à la considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique sont les mêmes lors de l'enquête et de la recherche. Cependant, on notera une hausse forte du manque de formation / connaissances / outils spécifiques et de risque de contre-productivité. En effet, ces deux informations sont ressorties tant dans le questionnaire que dans les entretiens de la recherche.

Pour conclure, tous les ergothérapeutes de l'enquête trouvent un réel intérêt ou un intérêt partiel à la considération de l'image corporelle dans la pratique. Cette question n'a pas été posée telle quelle dans le questionnaire de la recherche. Cependant, nous noterons qu'aucun ergothérapeute répondant n'a sélectionné « aucun avantage » ni « aucune résultante principale » à la considération de l'image corporelle. De plus, les trois entretiens vont également dans le sens d'un intérêt.

Ainsi, nous pouvons observer quelques différences entre les résultats obtenus lors de l'enquête exploratoire et lors de la recherche.

4.3 Discussion selon le cadre conceptuel

Nous diviserons cette partie en trois thématiques : le deuil, l'image corporelle et l'acceptation reliée à l'image corporelle.

En ce qui concerne le deuil, le cadre de référence (CR) exprime que le deuil est associé à un évènement péjoratif, qui fait souffrir. Cela entre en corroboration avec les dires des ergothérapeutes lors des entretiens, qui expriment que c'est un processus compliqué nécessitant un accompagnement. De plus selon le CR, c'est l'intégration de la perte qui paraît le plus important : les entretiens ont également fait ressortir cette idée en soulignant que le deuil de l'image corporelle est relié au deuil de la fonction, du membre, du handicap etc... Les ergothérapeutes ont aussi ajouté le fait que c'est le changement qui induisait un deuil de l'image corporelle plus difficile. Le deuil est également défini comme un phénomène complexe et une tâche affective nécessitant une grande énergie psychique selon le CR. Les ergothérapeutes ont ajouté que le deuil complet était compliqué et fastidieux, avec des aller-retours entre plusieurs phases. Il est dit dans le CR que le travail de deuil est intime et singulier, vécu de manière subjective pour chaque individu : cette idée de variabilité selon les individus est largement ressortie dans les résultats quantitatifs ainsi que qualitatifs. Concernant les phases de deuil : plusieurs ont été développées dans le CR, mais la représentation des ergothérapeutes se rapproche généralement plus de celle des cinq phases d'Elisabeth Kubler Ross et al. (36) : déni, colère, marchandage, dépression, acceptation. Le deuil est défini comme une discontinuité dans le cours de l'histoire personnelle et familiale : cela entre en corroboration avec les notions de rupture occupationnelle et de rôles exposés en qualitatif.

Concernant l'image corporelle, celle-ci est présentée comme diamétralement opposée au concept de schéma corporel dans le CR. Cependant, on notera que le terme de « schéma corporel » a plusieurs fois été employé dans les entretiens. De plus, un entretien entre en opposition avec les dires du CR, en exposant que le schéma corporel devient, et se confond avec l'image corporelle de la personne. Selon le CR, l'image corporelle est définie comme multidimensionnelle avec plusieurs composantes : nous avons déjà vu dans la discussion de la revue de littérature que les ergothérapeutes partageaient ce point de vue, en quantitatif comme en qualitatif. Selon le CR, l'image corporelle comporte beaucoup d'enjeux, notamment en lien avec la société actuelle. Les entretiens ont également souligné ce fait.

L'acceptation est considérée comme la dernière étape du travail de deuil selon plusieurs auteurs. Cette représentation semble être la plus intégrée par les ergothérapeutes interrogés en qualitatif. Le CR exprime que l'acceptation a pour objectif d'améliorer la relation au corps et l'apparence physique même mais également d'améliorer la qualité de vie en permettant rapidement de s'engager à nouveau dans des relations affectives, sociales ou professionnelles. Ces composantes ont été largement sélectionnées lors du questionnaire. Cependant, on remarquera que ces données n'ont pas été abordées lors des entretiens. Selon le CR, les études s'intéressent de plus en plus à la variable d'acceptation des émotions et des pensées difficiles : il y a une nécessité de la place de l'image corporelle et de l'acceptation dans les axes d'éducation thérapeutique et de management psychosocial. Ces données sont partagées par les données des entretiens et secondairement par les résultats du questionnaire, qui expriment un grand intérêt pour cette thématique. Selon le CR, le terme d'acceptation sous-entend ici l'acceptation par le patient de sa nouvelle identité : cela entre en collaboration avec les données recueillies en qualitatif. Le CR expose qu'aucune affirmation n'est encore possible concernant une quelconque chronologie entre la décision de réaliser l'amputation et l'acceptation de la situation. Cette variabilité est ressortie dans les données quantitatives et qualitatives. En ce qui concerne les facteurs influençant le degré d'acceptation de l'image corporelle : la notion de plurifactorialité est ressortie en quantitatif comme en qualitatif.

4.4 Éléments de réponses à la question de recherche

Rappelons la question de recherche : « Quelles sont les perceptions de l'ergothérapeute concernant le lien entre la considération de l'image corporelle dans sa pratique et l'acceptation du corps de la personne amputée ». A la lumière des résultats apportés ci-dessus, nous ne pouvons pas répondre clairement à cette question. En effet, les résultats quantitatifs n'ont montré aucun lien de corrélation entre la variable « considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapeutique » et l'« acceptation de l'image corporelle de la personne amputée ». De plus en ce qui concerne les données qualitatives, nous ne pouvons pas répondre à cette question étant donné que les ergothérapeutes n'ont pas abordé le lien direct entre ces deux variables. Nous pouvons seulement faire des hypothèses par rapport aux données récoltées, mais celles-ci seraient trop peu précises et sujettes à l'interprétation du chercheur.

4.5 Critique du dispositif de recherche et discussion des résultats

Il paraît désormais important de faire une critique du dispositif de recherche. En effet, le fait que la recherche ne puisse pas répondre à la question de recherche traduit certaines incohérences. Tout d'abord en ce qui concerne le questionnaire : celui-ci a fait preuve de biais méthodologiques. En effet, les modalités de réponses variant tout au long du questionnaire, certains liens de corrélations n'ont pas pu être analysés. De plus, trop de réponses « autres » sont restées disponibles à l'envoi final du questionnaire, ce qui a aussi freiné l'analyse statistique. Une certaine confusion quant à l'utilisation des statistiques a eu lieu lors de la construction de l'outil de recueil de données (OTRD). L'objectif s'est donc inconsciemment d'abord porté sur les liens de corrélation à étudier, plutôt que sur la question de recherche en elle-même.

Concernant la construction de l'OTRD qualitatif, le chercheur n'ayant pas eu l'occasion de se familiariser avec l'entretien avant sa construction a été mis à mal. En effet, la construction de questions s'est portée sur les deux variables, en pensant initialement que les ergothérapeutes aborderaient directement le lien. Cependant cela n'a pas eu lieu : un biais méthodologique entre en jeu. Une question abordant directement le lien entre les variables aurait permis des pistes de réponses à la question de recherche. De plus, on remarquera que trop peu d'informations ont été récoltées sur la description des ergothérapeutes entretenus. Les interprétations de leurs perceptions paraissent donc difficiles. Pour finir, par peur d'introduire trop de biais d'interprétation lors de la passation des entretiens, le chercheur s'est peut-être trop limité dans ses échanges, ce qui a pu réduire la quantité et la qualité des données récoltées en qualitatif.

4.6 Intérêts, apports et limites pour la pratique professionnelle

Ce travail apporte à terme un intérêt à la pratique professionnelle. En effet, la revue de littérature a permis d'illustrer, de rassembler et de faire l'état des lieux des données probantes concernant l'image corporelle de la personne amputée, ainsi que son lien avec la qualité de vie et l'aspect psychosocial. Les résultats de l'enquête exploratoire ont permis de mettre en lumière les bénéfices et l'intérêt porté à la considération de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique. Elle a également permis de faire une première comparaison entre la théorie et la pratique professionnelle. Le cadre conceptuel a quant à lui permis d'approfondir des concepts complexes pour une meilleure justesse pour la recherche. Les résultats de la recherche ont permis d'apporter des informations sur

les perceptions des ergothérapeutes concernant l'image corporelle, sa considération dans la pratique, le deuil et l'acceptation des personnes amputées. De plus, le questionnaire permet d'initier un état des lieux des pratiques des ergothérapeutes quant à la considération de l'image corporelle dans la pratique. Les limites de la recherche se rattachent au fait que ce travail soit une « initiation à la recherche », que les moyens mis en œuvre et le temps disponible pour la réaliser soient limités. En effet, il est important de rappeler que la population impliquée dans cette recherche n'est pas représentative de la population mère.

4.7 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Ce travail d'initiation à la recherche a permis au chercheur d'approfondir ses connaissances d'une part sur la population des personnes amputées, mais également sur les concepts d'image corporelle, de deuil et d'acceptation. Ces connaissances serviront pour sûr au chercheur dans sa future pratique professionnelle, qu'elle se fasse auprès du public amputé ou non, afin de construire son identité professionnelle plus sainement et d'avoir une posture professionnelle basée sur des données probantes. De plus, une nouvelle volonté de dynamique est née : celle de considérer à la fois l'aspect physique et psychique des personnes en thérapie. Ce travail a aussi permis au chercheur de se familiariser avec la recherche : la veille professionnelle sera alors largement facilitée plus tard de par l'utilisation de bases de données probantes et la compréhension de l'interprétation des différents résultats. Ce travail a également permis au chercheur de travailler ses capacités organisationnelles et de ténacité face aux difficultés, notamment en termes de temporalité.

4.8 Perspectives de recherche

Il aurait été intéressant de réaliser une étude en méthodologie d'observation comparant trois groupes : un groupe de personnes amputées prises en soin en ergothérapie sans considération de l'image corporelle, un groupe de personnes amputées avec considération de l'image corporelle en ergothérapie, puis un dernier avec un accompagnement pluridisciplinaire considérant l'image corporelle. Cela permettrait d'une part d'apporter des réponses à la question de recherche, mais aussi d'étudier l'intérêt perçu par les ergothérapeutes de l'aspect pluridisciplinaire. De plus, une étude probabiliste sur le sujet aurait été intéressante. Pour finir, il serait intéressant de réaliser des études similaires auprès d'autres publics ou à l'international, étant donné que l'image corporelle est une problématique « universelle ».

Bibliographie

1. ANFE A nationale F des ergothérapeutes. La profession d'ergothérapeute [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
2. Gouvernement du Québec. Image corporelle [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/image-corporelle>
3. APF. L'amputation acquise ou congénitale [Internet]. APF France handicap. 2017 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.apf-francehandicap.org/amputation-acquise-congenitale-1547>
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Banque Mondiale. Rapport mondial sur le handicap 2011 [Internet]. 2012 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/rapport_mondial_handicap_oms_2012.pdf
5. McDonald CL, Westcott-McCoy S, Weaver MR, Haagsma J, Kartin D. Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthet Orthot Int.* 1 avr 2021;45(2):105-14.
6. Consortium national de formation en santé - Volet Université d'Ottawa, Leduc S. Amputation - membres inférieurs et supérieurs [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>
7. HAS - Rapport protheses mb sup - 16 Septembre 2010.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/rapport_protheses_mb_sup_16_septembre_2010_v_finale_corrige_sl.pdf
8. Gourinat V. Déstructuration et restructuration identitaire du corps prothétique. *Sociétés.* 2014;125(3):127-35.
9. Hiani A. L'appareillage des amputations des membres en traumatologie - Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine [Internet]. [Maroc]; 2008 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/27388851-L-appareillage-des-amputations-des-membres-en-traumatologie-these-pour-l-obtention-du-doctorat-en-medecine.html>
10. Ben Salah D, Boujelben K, Mejdoub Y, Zargni A, Jdidi J, Dammak J, et al. Image corporelle des adultes obèses. *Ann Endocrinol.* 1 oct 2021;82(5):544.
11. Choimet C, Moreau E. Cancer du sein traité par chirurgie conservatrice et radiothérapie : représentation de la maladie et image corporelle. *Psycho-Oncol.* 2013;7(3):150-5.
12. Sfeir C, Priollet P. Esthétique/image corporelle en phlébologie : faut-il toujours répondre à

la demande des patients ? *JMV-J Médecine Vasc.* 1 mars 2019;44(2):111.

13. Carrard I, Della Torre SB, Levine M. La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes. *Santé Publique.* 2019;31(4):507-15.
14. Revranche M, Biscond M, Husky MM. Lien entre usage des réseaux sociaux et image corporelle chez les adolescents : une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale.* 1 avr 2022;48(2):206-18.
15. Olano S. Les médiations thérapeutiques en ergothérapie : favoriser le bien-être de nos aînés en EHPAD [Internet]. IFE Aix-Marseille Université; 2019 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269204>
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Constitution Gouvernance de l'OMS [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
17. St-Pierre J, Sirois M, Robert M, Paquin G. Les enfants et les adolescents souffrant d'obésité vivent plus d'intimidation en regard de leur image corporelle que les autres enfants en santé avant l'âge de 10 ans. *Paediatr Child Health.* juin 2019;24(Suppl 2):e3-4.
18. Semaines d'information sur la santé mentale - Santé mentale et santé physique : un lien vital [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.semaines-sante-mentale.fr/wp-content/uploads/2015/10/Sant%C3%A9-Mentale-et-Sant%C3%A9-Physique.-Un-lien-vital.pdf>
19. Jeannerod M. De l'image du corps à l'image de soi. *Rev Neuropsychol.* 2010;2(3):185-94.
20. Demirdel S, Ülger Ö. Body image disturbance, psychosocial adjustment and quality of life in adolescents with amputation. *Disabil Health J.* 2021;14(3):101068-101068.
21. Burçak B, Kesikburun B, Köseoğlu BF, Öken Ö, Doğan A. Quality of life, body image, and mobility in lower-limb amputees using high-tech prostheses: A pragmatic trial. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 janv 2021;64(1):101405.
22. McDonald S, Sharpe L, MacCann C, Blaszczynski A. The Role of Body Image on Psychosocial Outcomes in People With Diabetes and People With an Amputation. *Front Psychol.* 2020;11:614369.
23. Gozaydinoglu S, Hosbay Z, Durmaz H. Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. *Acta Orthop Traumatol Turc.* mai 2019;53(3):221-5.
24. Groud PF. De l'irréversibilité au devenir : diversité des expériences corporelles, prothétiques et du handicap des personnes amputées des membres inférieurs en France [Internet]

- [thesis]. Le serveur TEL (thèses-en-ligne). [Université Lumière Lyon 2]: Le serveur TEL (thèses-en-ligne); 2020 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03123987>
25. Theeven PJ, Hemmen B, Geers RP, Smeets RJP, Brink PR, Seelen HAM. Influence of advanced prosthetic knee joints on perceived performance and everyday life activity level of low-functional persons with a transfemoral amputation or knee disarticulation. *J Rehabil Med.* 2012;44(5):454-61.
 26. Abouammoh N, Aldebeya W, Abuzaid R. Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study. *East Mediterr Health J.* 2021;27(4):407-13.
 27. Choumon B, Fischer S, Greco J, Ritz A, Bérard C. Life experience of adults with unilateral agenesis of the forearm: effect of prosthesis on self image and social relations. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* févr 2006;92(1):27-32.
 28. Carra J, Ronald P, Angela BV. Considering the influence of culture on body image : a letter to the editor regarding Salmon et Al. [Internet]. <https://www.apa.org>. 2014 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.apa.org/search?query=Considering%20the%20influence%20of%20culture%20on%20body%20image%20:%20a%20letter%20to%20the%20editor%20regarding%20Salmon%20et%20Al>.
 29. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information - Ministère de la Transition écologique - Avril 2014 [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
 30. Bacqué MF, Hanus M. Le deuil [Internet]. 5e édition corrigée; 5e éd.; Paris: Presses universitaires de France; 2012 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/fxhCq4fk>
 31. Freud S, Douville O, Francoual H. Deuil et mélancolie [Internet]. Paris: In press; 2016 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/jTqRdbxX>
 32. Metais S. DEUIL. *Encycl Universalis* [Internet]. 2017 [cité 3 janv 2023];(Generic). Disponible sur: <https://go.exlibris.link/jLhWRm12>
 33. Klein M, Derrida M, Harrus-Révidi G. Deuil et dépression [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <http://univ-amu.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AwNtIz0EUrEwxMEs3T0szM01INjU3MTCzSgPVkioWhuXIKkkWSWQp495iHkYeHWWCEkStitzRiCKM0L7NMNzG3VC-tCN5tzM7PSAR3LXUhy2he9ZygB6C3KYBao2bGzMzsAKzpbkpCwOru6NziD->

wbwYa9rCwtAC2fqAcS1AzH3ogD1zSGMEHyxsB28ggdwCdgVQHUqkysID2JQgxMKUVCT
NwwQuuShEGEZfU0swchdQShZTDK6ELW_NEGWTdXEOcPXShZsVDfRkPca6RGAMLSO
efKsGgYJ5mmmXuZJBkamKYbJJqkmRhkmRgZJmUaGmQZgpsKFhIMohhN0MK14QMA2sa
MFmnyjJwwEJUDhosAIqCd2s

34. Pillot J. Séminaire. Deuil et accompagnement - Bulletin de la Thanatologie n°103-104. Paris: Société de Thanatologie 1 janv 1970.
35. Bacqué MF. Deuil et santé [Internet]. Paris: Editions Odile Jacob; 1997 [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/pvPxmpKB>
36. Kübler-Ross E, Kessler D, Touati J. Sur le chagrin et sur le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/bBcF2TV2>
37. HANUS M. La pathologie du deuil. Paris: Masson; 1976. 115 p.
38. Lagache D. Deuil pathologique. Bull Psychol [Internet]. 1963 [cité 13 janv 2023];(Journal Article). Disponible sur: <https://go.exlibris.link/65Ry3ywW>
39. Morin C, Thibierge S, Derouesné C. Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: neurologie et psychanalyse [Internet]. Toulouse: Eres; 2013 [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/rZ5nxTyh>
40. Coslett HB. Evidence for a Disturbance of the Body Schema in Neglect. Brain Cogn. 1998;37(3):527-44.
41. Cheval S, Monestès JL, Villatte M. Chapitre 7. Accepter son apparence physique : apports de l'acceptation dans les problématiques d'image corporelle. In: Pleine conscience et acceptation [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2011 [cité 14 janv 2023]. p. 207-32. (Carrefour des psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pleine-conscience-et-acceptation--9782804166137-p-207.htm>
42. Racy E. Dymorphophobie. Orthod Fr. 2016;87(1):115-7.
43. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Définition du terme « acceptation » [Internet]. 2012 [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/acceptation>
44. Schoendorff B, Hayes SC, André C. Faire face à la souffrance: choisir la vie plutôt que la lutte avec la thérapie d'acceptation et d'engagement. Paris: Éditions Retz; 2018. (Psychothérapie).
45. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual

approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:141-68.

46. Pankey J, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for psychosis. *Rev Int Psicol Ter Psicológica.* 2003;3(2):311-28.

47. Laroque F, Sudres JL, Maoz Z, Brandibas G. Réhabilitation/rééducation cardiovasculaire. Image du corps, acceptation/flexibilité, stratégie de coping et satisfaction de vie: quels enjeux pour l'ETP? *Ther Patient Educ [Internet].* 2014 [cité 15 janv 2023];6(2). Disponible sur: <https://go.exlibris.link/BhVjRkyH>

48. Pomares G, Coudane H, Dap F, Dautel G. Les victimes d'une amputation traumatique du membre supérieur : le processus vers l'acceptation. *Rev Chir Orthopédique Traumatol.* 1 nov 2020;106(7):878-83.

49. Detammaecker R, Strugarek C, Pomares G, De-Almeida YK, Dap F, Dautel G. Acceptation, reprise du travail et résultat fonctionnel des amputations basimétacarpiennes des doigts longs : série rétrospective de 41 patients. *Hand Surg Rehabil.* 1 déc 2016;35(6):437.

50. Anaut M, Cyrulnik B, Congrès mondial sur la résilience. Résilience: de la recherche à la pratique [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <http://univ-amu.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AwNtIz0EUrE5LSkozMLcxSk02NzFLMkxItTEyBCcUiEZghU1JTEkH7hoM9jDw8zAIjjFwRu6URQxileZlluom5pXppRfBuY3Z>

-
 RiK4a6kLWW4J3bOWA_QQ5DYNC3NjY1NLZgZWYLY0N2VhYHV3dA7xhyU3I3NTUOc
 HnhyNgU0bcyMTM2DfDbRfxRB0ZqYx5IweOB_UTAY5BegSpGrITZCBBbQ1QYiBKalImI
 ELXnZVijBwBx1eWZyZA86nogybq4hzh66UCPiof6LhzjUSIyBBdjnT5VgUAAAdKg_sDCUb
 WFpYmABbLJapFoZphuaJBsnGZsbGBqmSDGLYzZDCJSHDwJoGTNCpsgwcsLCUgwaIHL
 BEMHICAOEgdrw

51. Légifrance - République Française. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.

52. Ministère de l'économie des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-protection-donnees-rgpd>

53. Singly F de. L'enquête et ses méthodes: le questionnaire. Paris: Nathan; 1992. (128).

54. Unité de recherche TECFA - Université de Genève. Jamovi — EduTech Wiki [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://edutechwiki.unige.ch/fr/Jamovi#:~:text=Jamovi%20est%20un%20logiciel%20pour,aux%20softwares%20propri%C3%A9taires%20comme%20SPSS>.
55. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2e édition refondue. Paris: Nathan; 2010. (128).
56. Kaufmann JC, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Nathan; 1996. (128).
57. Mucchielli R. L'Analyse de contenu des documents et des communications: connaissance du problème applications pratiques. 4e éd. Paris: Ed. E.S.F; 1982. (Formation permanente en sciences humaines).

Table des matières des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des équations de recherche.....	69
Annexe 2 : Tableau de résultats des banques de données.....	69
Annexe 3 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature.....	70
Annexe 4 : Biais du questionnaire.....	75
Annexe 5 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire.....	76
Annexe 6 : Représentations graphiques des résultats de l'enquête exploratoire.....	77
Annexe 7 : Tableau comparatif des résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature.....	83
Annexe 8 : Sous-variables de la recherche.....	84
Annexe 9 : Tableau récapitulatif des sous-variables de la recherche et de leurs indicateurs.....	84
Annexe 10 : Matrice de questionnement de la recherche.....	85
Annexe 11 : Texte d'accompagnement du questionnaire de la recherche.....	90
Annexe 12 : Biais de l'entretien.....	91
Annexe 13 : Cadre d'écoute de la recherche.....	92
Annexe 14 : Guide d'entretien de la recherche.....	93
Annexe 15 : Texte d'introduction à l'entretien.....	94
Annexe 16 : Texte d'accompagnement à la demande d'entretien de la recherche.....	94
Annexe 17 : Fiche vierge de consentement et d'information des droits des participants.....	96
Annexe 18.1 : Graphiques représentatifs de l'analyse de résultats quantitatifs descriptifs.....	98
Annexe 18.2 : Analyse statistique principale.....	107
Annexe 18.3 : Analyse statistique secondaire.....	108
Annexe 19 : Tableau d'analyse textuelle des données.....	112
Annexe 20 : Analyse horizontale.....	121
Annexe 21 : Discussion complète selon la revue de littérature.....	129

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des équations de recherche

Bases de données	Équation(s) de recherche	Filtres employés
Summon	(occupational therap*) AND (amput*) AND (body image)	- de 3 ans
PubMed	((occupational therap*) AND (amput*)) AND (body image)	Aucun
Science Direct	occupational therapy and amputation and body image	- de 3 ans
OTseeker	amputation	Aucun
Psycinfo/Psycarticles	body image	Sujet « therapy »
CAIRN	ergothérapie* ET amput* ET image corporelle	Aucun
Isidore	"occupational therapy" and amputation and "body image"	Aucun

Annexe 2 : Tableau des résultats des banques de données

Total à partir des mots-clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
2836	Summon	403 (A) + 28 (F)	8 (A) + 6 (F)	4 (A) + 2 (F)	2 (A)
	PubMed	10	12	6	3
	ScienceDirect	335 (A) + 45 (F)	-	-	1
	OTseeker	26	-	-	1
	Psycinfo/Psycarticles	793	77	-	1
	CAIRN	1131	-	-	2
	Isidore	65	-	-	1

(F) = avec utilisation de l'équation de recherche française / (A) = équation anglaise

Annexe 3 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

Source	Thème/objet	Population	Méthode	Approche théorique	Champs disciplinaires	Résultats	Limites, questions et dimensions non abordées	Niveau de scientificité
2010 France Marc Jeannerod « Revue de neuropsychologie » (CAIRN) (1)	De l'image du corps à l'image de soi	Être humain en globalité	Pas de méthode utilisée, seulement une exploration et une comparaison d'un ensemble d'études/revues : mise en lien entre ces articles avec des liens de corroboration	44 références : - Traitent des termes de l'image du corps, schéma corporel, sens musculaire, proprioception, conflits visuomoteurs, expériences de substitution, cortex... -> afin d'en connaître les moindres détails et comprendre le lien entre chaque terme ainsi que les différences infimes entre les termes (ex : schéma corporel et image du corps) - L'autour a utilisé de nombreuses références au cours du temps, allant des années 1960 à 2010 pour comprendre l'évolution des termes	- Sciences médicales et paramédicales : sens musculaire et kinesthésie, schéma corporel - Psychologie : vision singulière de l'image du corps (indépendance par rapport à la réalité objective) - Neurologie : illusions du cerveau et plasticité cérébrale, connaissance du corps par l'action	L'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même et dépend de sa connaissance de son propre corps Corps = siège de sensations et d'expériences (actions notamment) singulières Le fait de se sentir autour d'actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps L'image du corps concerne autant les personnes « pathologiques » (amputés, AVC, schizophrènes) que les personnes « saines » Thérapie miroir : rétablit l'image du corps, la personne amputée ont l'illusion de « revoir » leur membre et de le sentir	Cet article utilise uniquement l'approche neuropsychologique de l'image corporelle, ainsi que l'évolution de sa connaissance dans les années. Cependant ne serait-il pas intéressant de réaliser une expérience avec une méthode qualitative pour avoir une meilleure idée de la diversité des résultats observables ? Chaque individu étant différent, le cerveau aussi : peut-être que chacun aura une vision et un fonctionnement différent	+++ car cet article repose sur 44 références fiables (écrits scientifiques pour la plupart)

2014 France Valentine Gourinat Revue « Société » (CAIRN) (2)	Déstructuration et restructuration identitaire du corps prothétique	Personnes amputées	Aucune méthode	7 références : Concernant le vécu du corps chez plusieurs populations, apprentissage du corps après accident, acquérir une prothèse, expériences des personnes ayant une prothèse, articles d'anthropologie (et inclusion de la normalité de la prothèse), rétablissement...	- Psychologie : déstructuration et restructuration identitaire, acceptation - Sciences médicales et paramédicales : corps prothétique, prothèse - Psychosocial : notion de corps social et importance de l'entourage - Sociologie/ Anthropologie : regard des autres, rapport à la société	- Amputation = 15% MS / 85% MI - Amputation = 80% maladie (« progressivement détaché du corps ») / 20% traumatique (bien plus violentes pour la personne, comme « arraché du corps » - Concerne les personnes diabétiques, cancer... - La prothèse a pour fonction d'aider le patient à surmonter sa double mutilation (physique et identitaire), permet de réinvestir son propre corps, environnement quotidien mais aussi l'espace social - La prothèse peut avoir une connotation négative due à son contexte de mise en place (source de souffrance et de doutes) - Buts de la prothèse = retrouver la fonctionnalité du membre -> mais facteurs influençants comme les activités quotidiennes, l'alimentation, le lieu de vie, l'entourage... - Importance de l'entourage ++ pour la motivation et le bon usage de la prothèse - Schéma corporel = assez flexible pour intégrer des objets externes, mais dépend aussi de la personne (rejet) ! - Rétablissement = ça n'est pas le membre qui manque, mais les choses que les personnes pouvaient réaliser avant - Notion d'acceptation = vécu et nouvelle condition - Notion de corps social = regard des autres = permet de repérer l'acceptation et la reconstruction du corps social (relié) - Importance des avancées technologiques et de l'esthétique de la prothèse !	Il serait aussi intéressant de réaliser une étude sur ce thème qui correspond parfaitement à la thématique de mémoire : par exemple, des entretiens pourraient être pertinents pour utiliser une méthode qualitative étant donné l'aspect subjectif de l'identité Autres questionnements : La prothèse peut-elle réellement faire partie intégrante du corps ? Ou bien reste-t-elle toujours à distance de celui-ci, simple annexe qui ne pourra jamais qu'être une altérité face au corps ?	++, car niveau de scientificité suffisant pour réaliser une revue, mais s'appuie seulement sur sept références et pas de méthodologie scientifique organisée et appliquée
---	---	--------------------	----------------	---	---	---	---	---

25/09/2020 France (Lyon)	De l'irréversibilité au devenir : diversité des expériences corporelles, prothétiques et du handicap des personnes amputées des membres inférieurs en France	Personnes amputées des membres inférieurs en France	Méthode de rédaction d'une thèse, organisée, avec chapitres et citations de références tout au long de celle-ci	34 pages de références ! Enormément de données probantes sur les appareillages, la rééducation des personnes amputées, études avec contextes et vécus des amputations, rapport au corps, à la marche, aspect sociétal du handicap...	<ul style="list-style-type: none"> - Sociologie et Anthropologie (sciences humaines et sociales) : dimension sociale, regard des autres et normes sociales - Sciences médicales et paramédicales : amputation, handicap, prothèse - Psychosocial : dimension sociale, entourage, pair - Psychologie : chaque personne aura un rythme et un niveau d'adaptation différent, selon le contexte, l'environnement etc... Notion d'expériences corporelles qui sont vécues de manières singulières 	La majorité des personnes amputées se sont accoutumées à mettre en place diverses adaptations, réaménagements et stratégies au quotidien pour pallier les situations de handicap —> ne perçoivent plus de situations de handicap la majorité du temps dans la vie quotidienne familiale, pro, amicale, sociale, sportive... Prothèse peut avoir un aspect négatif car crée des douleurs, situations de handicap si pas adapté... Le temps joue dans l'adaptation corps/prothèse Dimension sociale (interactions hors centres de rééducation) = le plus important lors de la rééducation et du réajustement de la marche Adaptations de stratégies : (in)visibilité de la prothèse au cours des interactions sociales Impact du regard des autres négatif = normes validocentrées visibilité sociale du corps Vivre amputé et appareillé = problématique contemporaine (QSV) Rencontre entre pair = élément essentiel lors de la période de rééducation ++, échange et partage d'expériences et vécus	Qu'en est-il des personnes amputées du membre supérieur ? Et qu'en est-il des personnes amputées dans d'autres pays ? Les résultats auront-ils été les mêmes ou certains facteurs seraient différents de par la différence de culture ?	++++, niveau de scientificité très élevé de par la méthode scientifique employée et le nombre de données probantes utilisées (= thèse)
-----------------------------	--	---	---	---	--	---	---	--

2012 Pays-bas	Influence des articulations prothétiques avancées du genou sur la performance perçue et l'activité quotidienne des personnes amputées transfémorales ou désarticulation du genou	30 personnes amputées transfémorales ou désarticulation du genou classés comme niveau 2 dans la « médical e fonctionnel classification » (MFCL-2) 3 sous-groupes pour permettre de réduire la grande variabilité du niveau d'activité parmi l'ensemble du groupe	Méthode mixte (outils validés avec échelles (quantitatif) et questionnaires sur la satisfaction (qualitatif)) La performance perçue des sujets concernant l'utilisation de la prothèse a été mesurée avec le questionnaire d'évaluation de la prothèse —> À la fin de chaque semaine de test, la perception des participants sur l'utilisation d'un MPK dans la vie quotidienne a été évaluée à l'aide de 6 des 9 sous-échelles indépendantes validées du questionnaire d'évaluation de la prothèse —> prothèse contrôlée mécaniquement, MPK avec phase d'appui et oscillation contrôlée par microprocesseur (MPKA) et MPK avec phase d'appui contrôlée par microprocesseur (MPKB) Le niveau d'activité des sujets a été quantifié par accélérométrie	37 références - 9 outils validés - De nombreux études et données probantes (comparés avec les résultats obtenus de cette étude, selon corroboration et opposition)	<ul style="list-style-type: none"> - Sciences médicales et paramédicales : différents types de prothèses - Sciences de l'occupation : AVQ, amélioration de la satisfaction dans plusieurs occupations au quotidien... - Psychologie : importance des encouragements, notion de satisfaction 	Les personnes amputées d'une jambe ont adapté leur mode de vie afin de gérer les limitations fonctionnelles qui accompagnent la perte d'un membre Les personnes perçoivent des améliorations considérables concernant leur capacité à se déplacer avec la prothèse, leur qualité de marche, l'état de leur moignon et l'utilité de la prothèse avec une prothèse MPK —> plus de satisfaction de performance Prothèse MPK = semble avoir des effets divers sur les participants —> déterminer si une personne classée comme MFCL-2 peut bénéficier de l'utilisation d'un MPK dans la vie quotidienne devrait peut-être être fait au niveau du patient individuel —> n'incite pas ces personnes à augmenter leur niveau d'activité quotidienne à court terme. Facteur important sur l'action au quotidien = encouragements à effectuer plus d'activités	Il faut considérer que 2 h de temps d'hébergement et 1 semaine d'utilisation à domicile auraient pu être trop courts pour que les sujets se familiarisent avec la prothèse adaptée. Peut-être qu'une période d'hébergement plus longue a conduit à des résultats différents, car les sujets pourraient être plus en mesure d'utiliser les MPK à leur plein potentiel après une période d'utilisation plus longue Les données de performance perçues pourraient avoir été influencées par les attentes des sujets concernant les avantages qu'ils auraient en portant un MPK D'autres facteurs, en dehors du changement de l'articulation prothétique du genou, peuvent avoir influencé le niveau d'activité des participants (car tests toutes les semaines) Pas de mise en situation écologique dans l'environnement quotidien Les moniteurs d'activité avancés peuvent fournir des informations plus détaillées sur les changements dans la qualité des activités effectuées par les personnes dans leur environnement un essai contrôlé randomisé avec des mesures de suivi prolongées est nécessaire pour étudier les effets à long terme de l'utilisation d'un MPK	+++ car écriture scientifique fiable, étude reposant sur 37 références fiables (autres études) et beaucoup d'auteurs !
------------------	--	---	---	--	--	--	--	--

2014 Etats-Unis Johnson, Peters, Branch-Vital (Psycinfo- Psycarticle) (5)	Considération de l'influence de la culture sur l'image corporelle : une lettre au regard de Salmon et al.	Hommes et femmes latino-américains et afro-américains, hispaniques ou non, personnes obèses ou non	Aucune, seulement comparaison de quatre études entre elles	4 références : - Etudes concernant l'image corporelle selon des personnes de différentes nationalités, l'obésité, le regard des femmes sur l'image corporelle...	- Sociologie/ Anthropologie : impact de la société sur les normes, culture, croyances... - Psychologie : image corporelle - Santé : obésité	Les antécédents culturels et sociaux d'un individu influencent ses croyances et ses perceptions de l'image corporelle faire des choix alimentaires sains ne contribue pas toujours à l'image corporelle que quelqu'un essaie d'atteindre ou de maintenir Les cultures ont une influence sur l'image corporelle : par exemple dans le cadre d'une étude, les personnes latino-américaines et afro-américaines préfèrent le physique de personnes en surpoids, les normes diffèrent selon la localisation et donc les cultures	Cependant, l'étude ne présente aucune donnée démographique sur les participants et n'a pas contrôlé les éventuels facteurs de confusion qui auraient pu avoir un impact sur les choix des participants, en dehors de l'heuristique L'étude actuelle n'a pas stratifié les participants par cultures, ce qui aurait pu jouer un rôle dans les choix alimentaires que les participants ont faits Maintenant, plus de recherches doivent être faites qui tiennent compte de l'influence de la culture et des objectifs d'image corporelle que les gens ont	++ car utilisation de quatre études fiables, mais articles très courts avec peu d'informations
--	---	--	--	---	--	--	---	--

2005 France (Lyon) Choumon, Fischer, Greco, Ritz, Bérard Mémoire (PubMed) (6)	Parcours de vie d'adultes présentant une agnésie unilatérale d'avant-bras	20 personnes (12 F et 8 H) avec une agnésie unilatérale d'avant-bras Âgés de 19 à 37 ans	Méthode qualitative : - Entretiens individuels semi-directifs - Protocole : 6 thèmes majeurs à aborder	3 références : - Précisions sur l'agnésie unilatérale d'avant-bras - Prothèses - Représentations - Ambiguïté corps/identité personnelle	- Sociologie/ Anthropologie : regard des autres, société - Santé : handicap fonctionnel et social - Sciences médicales et paramédicales : prothèse, agnésie - Psychologie : importance de l'entourage, notion de rôles	Le regard des autres apparaît comme la source principale du sentiment d'être différent et les personnes évoquent l'évolution de ce regard ou plutôt de leur conscience d'être regardées → vivent comme handicapées sur le plan fonctionnel et social Pour certains, la prothèse est une recherche de normalité, pour d'autres elle sert à l'ajustement de la présentation de soi en situation sociale, ou vécue comme une gêne ou un signe de manque La nature de l'étaillage parental ou des proches contribue à la qualité des différents parcours → les personnes recherchent pour la plupart à fonder une famille pour trouver un statut social au sein d'un couple ou dans le rôle de parent Rôle déterminant des rencontres qu'ils ont pu faire et qui leur ont permis de se sentir acceptés dans leur différence « En effet, le corps est l'interface entre soi et les autres. Il nous définit et nous délimite. Notre identité ne se construit qu'en face des autres et en rapport avec eux. C'est par la confirmation d'un autre, que naît notre sentiment d'exister. Elle donne valeur à notre identité » Chirpaz 4 types de parcours dépendant de l'accordage entre réalité interne (souhaitée) et externe (image produite) → accordage par renoncement, accordage par affirmation, accordage aménagé, dissocié	Qu'en est-il des personnes amputées au cours de la vie ? Les résultats seraient-ils différents ? La cause de l'amputation modifierait-elle alors les résultats ?	++ car étude scientifique respectant les codes, mais s'appuie seulement sur trois références pour discuter des résultats
---	---	---	--	---	--	---	--	--

2021 Australie McDonald, Sharpe, MacCann, Bleszczynski Etude (PubMed) (7)	Le rôle de l'image corporelle sur les résultats psychosociaux chez les personnes atteintes de diabète et les personnes amputées	212 personnes atteintes de diabète (des deux types) et 227 personnes amputées > 18 ans	Méthode mixte transversale : - Questionnaire démographique, médical et style de vie - Echelle hospitalière d'anxiété et de dépression (HADS) - Résumé sur la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé (WHOQOL-BREF) - Questionnaire sur la perturbation de l'image corporelle (BIDQ) - Inventaire des schémas d'apparence révisé (ASI-R) - Questionnaire sur les idéaux d'image corporelle (BIQ)	2 pages de références : - De nombreuses études - Données probantes sur les outils utilisés - Recherches sur le diabète et les personnes amputées ...	- Psychologie : image corporelle, idéal de soi, investissement personnel - Sociologie/ Anthropologie : facteurs psychosociaux - Sciences médicales et paramédicales : amputation, diabète, TCC...	Il a été constaté que l'expérience de l'image corporelle, la divergence d'idéal de soi et l'investissement personnel prédisent les résultats psychosociaux → plus chez les amputés que les personnes diabétiques (→ perturbation corporelle visible) L'image corporelle est un facteur important pour les personnes atteintes de diabète et les personnes amputées. Il existe une relation directe entre le changement objectif d'apparence et la perturbation de l'image corporelle L'expérience de l'image corporelle a médiatisé de manière significative la relation entre l'investissement personnel et le résultat psychosocial et a partiellement médiatisé la relation entre l'écart d'idéal de soi et le résultat psychosocial L'image corporelle pourrait être une cible importante d'intervention → dépression, l'anxiété, la qualité de vie physique et psychologique Image corporelle = concerne aussi les personnes diabétiques, avec un cancer ou encore avec SEP... Les interventions cognitivo-comportementales pour la perturbation de l'image corporelle se sont révélées prometteuses	inférences causales ne peuvent pas être faites à partir de ces résultats les deux échantillons sont des échantillons de convenance (pas représentatif de l'ensemble des personnes amputées ou diabétiques) pas été en mesure d'inclure des concepts spécifiques à la maladie, tels que la détresse liée au diabète ou la peur de l'hypoglycémie. Par conséquent, nous ne pouvons pas commenter le rôle de l'image corporelle dans ces constructions importantes. les recherches futures doivent tester ce modèle dans d'autres groupes de santé pour déterminer la généralisabilité du modèle à travers les maladies. l'image corporelle a une relation causale avec les résultats psychosociaux pour les groupes de santé ?	+++ écriture type scientifique, bien organisé, reposant sur de nombreuses références probantes (notamment d'autres études), tests réalisés sur les chemins et l'invariance du modèle
---	---	--	---	---	--	---	--	---

2019 Turquie Gozaydinoglu, Hosbay, Durmaz Etude (PubMed) (B)	Perception de l'image corporelle, conformité d'une prothèse et performances cognitives chez les amputés transfémoraux	40 amputés transfémoraux (30 hommes et 10 femmes) avec amputation traumatique unilatérale (sans déficit neurologique ou cognitif), entre 18 et 50 ans avec au minimum 6 mois de port de prothèse	Méthode quantitative - échelle d'image corporelle des amputés (ABIS) - échelles d'expérience d'amputation et de prothèse Trinity (TAPES) - MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) a été utilisé pour déterminer la capacité cognitive du participant - Tous les tests ont été administrés par la méthode de la double tâche pendant la marche Des sous-tests neuropsychologiques ont été utilisés pendant la marche dans notre étude car ces tests reflètent les situations que les amputés peuvent rencontrer dans les activités de la vie quotidienne.	30 références : - Etudes avec données probantes pour la plupart - Comparaison du résultat de cette étude avec celle-ci	- Psychologie : image corporelle, satisfaction, émotions, dépression, estime de soi - Sociologie/Anthropologie : aspect social et adaptation psychosocial, réintégration - Sciences médicales et paramédicales : amputation, prothèses, dépression, réadaptation - Sciences de l'occupation : activités de la vie quotidienne	La satisfaction de l'image corporelle et l'observance positive de la prothèse étaient associées à une augmentation des performances cognitives processus de réadaptation, comme l'âge, le niveau d'amputation, les autres maladies chroniques associées et les facteurs physiques affectant la conformité prothétique La chirurgie d'amputation affecte l'individu non seulement physiquement mais aussi émotionnellement et socialement. Par conséquent, au cours des dernières années, les études évaluant l'image corporelle, la dépression, le stress et les fonctions cognitives ont gagné en importance pour les amputés QSV Bon état émotionnel effets positifs de la compliance de la prothèse. La relation significative entre la perception de l'image corporelle et les performances cognitives souligne l'idée qu'une satisfaction accrue à l'égard de l'apparence physique chez les amputés diminue les effets des résultats négatifs liés à la dépression, au stress, à l'isolement social, aux problèmes de sommeil et de douleur Il a également été conclu que l'estime de soi d'un individu peut être affectée dans l'utilisation délibérée des fonctions cognitives en améliorant l'orientation vers l'environnement pendant les activités de la vie quotidienne. Il existait une relation significative entre l'adaptation psychosociale, les scores de satisfaction prothétique et les performances cognitives Les résultats de la présente étude soulignent que la satisfaction de l'image corporelle, l'adaptation psychosociale, la restriction d'activité et la satisfaction à l'égard des prothèses ont une influence positive sur les performances cognitives. les conceptions qui peuvent faciliter l'adaptation psychosociale doivent être prises en considération dans le développement de la technologie des prothèses. En plus d'améliorer les fonctions physiques, les programmes de conscience corporelle, d'adaptation psychosociale et de réadaptation cognitive peuvent favoriser la réintégration de l'amputé à la vie et l'observance de la prothèse.	nous ne disposons d'aucune information sur les niveaux de performance cognitive avant l'amputation des personnes incluses dans l'étude. De plus, notre échantillon ne comprenait que des personnes amputées transfémorales, de sorte que tous nos résultats sont limités à ce groupe. Des programmes d'évaluation et d'entraînement cognitifs devraient être inclus dans les programmes de réadaptation des amputés, car une grande partie des activités de la vie quotidienne s'accompagnent de tâches multiples	++++, écriture type scientifique, bien organisé, reposant sur de nombreuses références et données probantes, approuvée par le Comité d'éthique de la recherche et menée conformément à la déclaration d'Heisinki.
---	---	--	---	--	--	--	---	---

17/03/2020 Turquie Etude de Burcu Burçak, Bilge Kasikburun, Belma Fusun KÜseoğlu, Oznur Oken, Asuman Dogan Annals of Physical and Rehabilitation Medicine (Sofmer) — > ouvrage (Science Direct) (B)	Quality of life, body image, and mobility in lower-limb amputees using high-tech prostheses: A pragmatic trial = Qualité de vie, image corporelle et mobilité chez les amputés des membres inférieurs utilisant des prothèses de haute technologie : un essai pragmatique	57 personnes amputées du membre inférieur > 18 ans, qui ont renoncé à utiliser une prothèse mécanique (après au moins 6 mois) et qui ont récemment acquis un MPK (genou contrôlé par un microprocesseur) ou un VASS (système de suspension transfibulaire assistée), sans problèmes cutanés, avec des conditions médicales contrôlées et des compétences s dans l'utilisation des prothèses mécaniques	Quantitative SATPRO (Satisfaction with the Prosthesis Questionnaire) = questionnaire de satisfaction à l'égard de la prothèse ABIS-R (Amputee Body Image Scale) = Echelle d'image corporelle des amputés TAPES (Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales) = Echelle de la trinité de l'amputation, prothèse et expériences SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) = Formulaire abrégé d'étude sur les résultats médicaux-36 6MWT (six minutes walk test) = Test des 6mn de marche => x2, avec une prothèse mécanique et une MPK/VASS	20 références de bibliographie : - Comparaison avec d'autres études avec personnes amputées trans-tibial - Comparaison avec d'autres études traitant des amputations, de l'image corporelle, de la qualité de vie (facteurs impliqués dans ceux-ci) - Etudes d'appuyant sur des comparaisons entre les vécus de différentes prothèses - Etudes s'appuyant sur les mêmes outils - Textes sur la validité des outils utilisés	- Santé mentale : satisfaction, image corporelle, expériences, qualité de vie - Santé physique : SF-36 et test des 6 minutes - Psychosocial : qualité de vie	La technologie prothétique permet un niveau fonctionnel plus élevé pour les personnes amputées. Les résultats montrent une meilleure qualité de vie, performances fonctionnelles, satisfaction et une meilleure image corporelle lors de l'utilisation d'une prothèse MPK/VASS par rapport à une prothèse contrôlée mécaniquement. L'amputation est un événement néfaste qui affecte considérablement la qualité de vie. L'amputation des membres inférieurs affecte la vitesse, la distance de marche, l'équilibre, la force musculaire, les performances fonctionnelles et augmente la dépense énergétique à améliorer avec MPK, meilleure distance de marche à indicateur d'une bonne capacité de marche, d'une plus grande confiance et d'un meilleur ajustement de la prothèse Plus grande satisfaction individuelle avec le MPK / VASS à principalement liée au poids, l'esthétique et la fonctionnalité de la prothèse. Par conséquent, une satisfaction élevée peut améliorer la mobilité et la participation à la vie sociale L'image corporelle était meilleure lors de l'utilisation d'un MPK/VASS que d'une prothèse contrôlée mécaniquement. La satisfaction était également associée à l'image corporelle et au bien-être psychologique de l'individu	L'étude expose que l'utilisation d'une prothèse MPK/VASS améliore la qualité de vie. Il serait intéressant d'utiliser un autre outils que les questionnaires comme par exemple des mises en situation --> les résultats seraient alors en accord ou alors apparition de difficultés insoupçonnées ? Limites : absence de randomisation, absence d'évaluation en aveugle, inclus que les personnes insatisfaites de leur prothèse mécanique et qui ont décidé d'en changer pour une nouvelle	+++
---	---	--	--	--	--	---	--	-----

24/01/2021 Turquie	Perturbation de l'image corporelle chez les adolescents amputés	Adolescents âgés de 11 à 18 ans, avec amputation congénitale ou acquise	Méthode quantitative et transversale (sur 42 adolescents) A l'aide d'un questionnaire (causes et âge de l'amputation) et de 4 évaluations : Visual analog scale / Amputee body image scale / The pediatric quality of life inventory (physical and psychosocial subscale) / TAPES - psychosocial adjustment scale	39 références : - Définition de l'image corporelle - Données probantes sur le rapport adolescent/corps + santé mentale après une atteinte de l'apparence (associée à la dépression, à l'anxiété, à une faible estime de soi et à la qualité de vie) - Etudes (menées sur la satisfaction de l'adolescent sur son corps (amputation) pour ensuite approfondir le sujet sur les autres composantes)	- Santé mentale : bien-être et satisfaction évalués avec une dimension du PedsQL, TAPES et Amputee body image scale - Santé physique évalué avec la VAS et une dimension du PedsQL - Psycho-social : qualité de vie évalué par le TAPES, une dimension du PedsQL et amputee body image scale	Image corporelle = concept multidimensionnel, composantes perceptives affectives cognitives évaluatives et comportementales Image corporelle/adaptation psychosociale/qualité de vie = étroitement liés donc important que l'image corporelle soit positive pour ne pas impacter le quotidien de la personne Image corporelle = affectée par âge d'ajustement de la première prothèse + la raison de l'amputation	Qu'en est-il des personnes amputées adultes ? Le fait que l'image corporelle est déjà formée a-t-il un impact d'autant plus négatif que chez les adolescents ? Rôle de l'ergo concrètement ?	+++
-----------------------	---	---	--	--	--	---	--	-----

04/2021 Arabie Saoudite	Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study =	Personnes amputées du membre inférieur (> 18 ans) dans un centre de réhabilitation	Qualitative et longitudinale (sur 13 personnes amputées du membre inférieur) A l'aide d'une discussion de groupe puis d'entretiens individuels semi structurés pour les sujets plus sensibles (ressentis...) à en suivant un guide thématique approuvé et utilisé par d'autres études (adapté à celle-ci avec quelques modifications) Triangulation des techniques (collecte de données/ questions d'approfondissement/ codeur) = garantis la fiabilité des résultats	28 références de bibliographie : - Facteurs qui façonnent la réaction psychologique - L'adaptation émotionnelle - Facilitateurs de participation - Ajustement psychosocial - Image corporelle et l'estime de soi des personnes amputées - Les amputations en général - Etudes en tout genre traitant des différents aspects de l'amputation	- Santé mentale : dépression, bien-être, qualité de vie, adaptation émotionnelle, estime de soi - Santé physique : réhabilitation et adaptation physique de la personne amputée - Psycho-social : facteurs facilitateurs dans l'environnement équilibré (humain, culturel, social, spirituel), les personnes développent leur identité/ressenti face à leur apparence en fonction du point de vue des autres	Besoins principaux des personnes amputées = soutien familial ++ communautaire et religieux, prise en compte de la culture ++, importance de l'environnement à amélioration de la qualité de vie L'environnement physique non adapté a pour conséquence un ressenti de « handicap » et d'inégalités pour les personnes amputées (baisse de l'estime de soi et inégalités occupationnelles) Dans le milieu du soin : inclure famille ++ et l'aspect spirituel en faisant intervenir des intervenants extérieurs (religieux) Adaptation à l'image corporelle = mesure de l'adaptation psychologique	L'étude devrait être réalisée dans plusieurs lieux/ contextes/cultures différentes pour prendre conscience des potentielles différences d'expériences et besoins entre les individus (milieu défavorisé vs. dans de grandes villes) Importance de la prise en soin globale de la personne, mais est-ce possible dans la réalité ? En prenant en compte la loi de neutralité dans les établissements de soin ?	+++
----------------------------	---	--	---	--	--	---	--	-----

Annexe 4 : Biais du questionnaire

Biais méthodologique : les données à récolter pour répondre aux objectifs sont assez précis et complexes. C'est pourquoi le recueil d'information peut rapidement être insuffisant ou incomplet. Une formulation de question pas assez précise peut donc biaiser les réponses. Un certain biais de sélection peut persister (car les personnes sondées ne sont pas représentatives de la population-mère). Il est donc important de prendre du recul, d'étudier la phase de test et de faire réguler les questions par un avis extérieur (réfèrent méthodologique et professionnel). De plus, si le questionnaire présente des questions trop longues/complexes, une perte d'attention et une fatigabilité peut apparaître chez les répondants, c'est un biais cognitif. Ainsi, il est important de réguler le nombre de questions et de les formuler de manière claire et concise.

Biais de désirabilité sociale : les réponses peuvent être biaisées (par exemple, les répondants pourraient chercher des définitions sur internet afin de répondre à une question sur la définition de l'image corporelle etc... Pour ne pas « se tromper » et par peur du jugement de l'enquêteur). Le fait que le questionnaire soit anonyme permet de réduire ce biais.

Biais de confirmation d'hypothèses : lors du recueil et de l'analyse des questions semi-ouvertes, l'enquêteur ne doit pas mettre en jeu sa subjectivité. Ainsi, il est important de toujours être averti par rapport à cela et de faire réguler le travail pour avoir un regard extérieur.

On peut voir ici que la majorité des biais impliquent la subjectivité de l'enquêteur. Ainsi, il est important de rester attentif à l'objectivité un maximum pour éviter des biais supplémentaires : il est donc capital de ne pas influencer les réponses et de ne pas les interpréter !

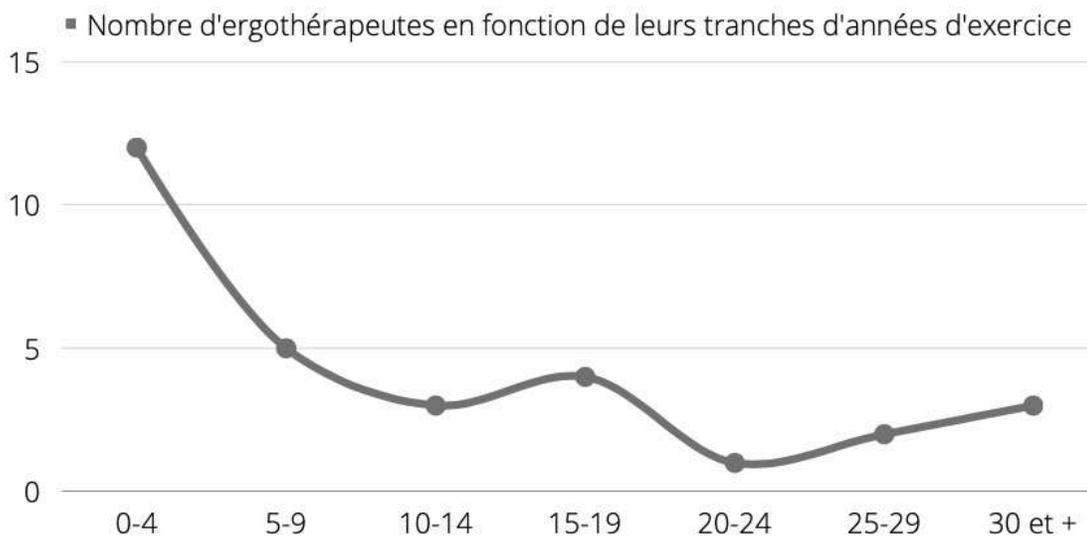
Annexe 5 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Indice	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Modalités	Population sélectionnée	1.1	Êtes-vous ergothérapeute?	Oui / Non	Réaliser un sondage de la population de l'enquête + s'assurer que la population et que les sites d'exploration correspondent bien aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête exploratoire
		1.2	Depuis combien de temps exercez-vous ?	Question semi-ouverte	
	Sites d'exploration sélectionnés	1.3	Dans quelle type de structure travaillez-vous ? (SMR, hôpital, centre spécialisé...)	Question semi-ouverte	
		1.4	Où travaillez-vous ?	Question fermée (France métropolitaine, France Outre-mer, Canada, Suisse, Belgique, autre)	
		1.5	Travaillez-vous auprès du public des personnes amputées ?	Oui / Non	
		1.6	Si oui, travaillez-vous uniquement avec le public des personnes amputées ?	Oui / Non	
		1.7	Si non, avec quel public travaillez-vous majoritairement ?	Question semi-ouverte	
Qualité de vie	Identification du terme	2.1	Définition de la qualité de vie selon l'OMS : La qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » Êtes-vous en accord avec cette représentation de la qualité de vie ?	Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non	Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes prenant en compte la qualité de vie dans la pratique professionnelle chez la personne amputée
		2.2	A quel degré estimeriez-vous la fréquence de prise en compte de la qualité de vie dans votre pratique professionnelle chez la personne amputée ?	Echelle de 1 à 10 (1 absente / 10 constante)	
Aspect psychosocial	Identification du terme	3.1	Définition de l'aspect psychosocial selon l'OMS : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » Êtes-vous en accord avec cette représentation de l'aspect psychosocial ?	Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non	Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes prenant en compte l'aspect psychosocial dans la pratique professionnelle chez la personne amputée
		3.2	A quel degré estimeriez-vous la fréquence de prise en compte de l'aspect psychosocial dans votre pratique professionnelle chez la personne amputée ?	Echelle de 1 à 10 (1 absente / 10 constante)	
Image corporelle	Identification du terme	4.1	Définition de l'image corporelle selon le gouvernement du Québec : « L'image corporelle, c'est la perception qu'une personne a de son propre corps, l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense. Avoir une image corporelle saine et positive, c'est aimer son corps tel qu'il est. Une personne qui ne se sent pas bien dans son corps a une image corporelle négative » Êtes-vous en accord avec cette représentation de l'image corporelle ?	Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non	Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeutes incluant l'image corporelle dans leur pratique professionnelle chez la personne amputée
		Connaissance de la proportion	4.2	Estimez-vous prendre en compte l'image corporelle dans votre pratique professionnelle ?	
	4.3		A quel degré estimez-vous la fréquence de prise en compte de l'image corporelle dans votre pratique professionnelle chez la personne amputée ?	Echelle de 1 à 10 (1 absente / 10 constante)	

	Méthodes utilisées	4.4	En cas de prise en compte de l'image corporelle dans votre pratique, sur quoi vous appuyez-vous ? (outils, littérature, méthodes, évaluations spécifiques à l'image corporelle chez la personne amputée, expériences, formations...)	Question ouverte	Identifier les supports sur lesquels se basent les ergothérapeutes pour prendre en compte l'image corporelle dans leur prise en soin chez la personne amputée
Avis des ergothérapeutes sur la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique professionnelle	Avantages et inconvénients de l'image corporelle	5.1	Selon vous, quels sont les avantages et inconvénients principaux de la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique chez la personne amputée ?	Question ouverte	Recueillir l'avis des ergothérapeutes sur le principe d'image corporelle
	Représentations de l'intérêt de l'image corporelle des ergothérapeutes dans leur pratique	5.2	Voyez-vous un intérêt à la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique ergothérapique chez la personne amputée ?	Réel intérêt / intérêt partiel / pas intéressant / inutile	Connaitre l'avis/proportion des ergothérapeutes sur l'intérêt ou non de la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique professionnelle

17 questions
 12 questions fermées
 3 semi-ouvertes
 2 ouvertes

Annexe 6 : Représentations graphiques des résultats de l'enquête exploratoire



Courbe représentative du nombre d'ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire en fonction de leurs tranches d'années d'exercice

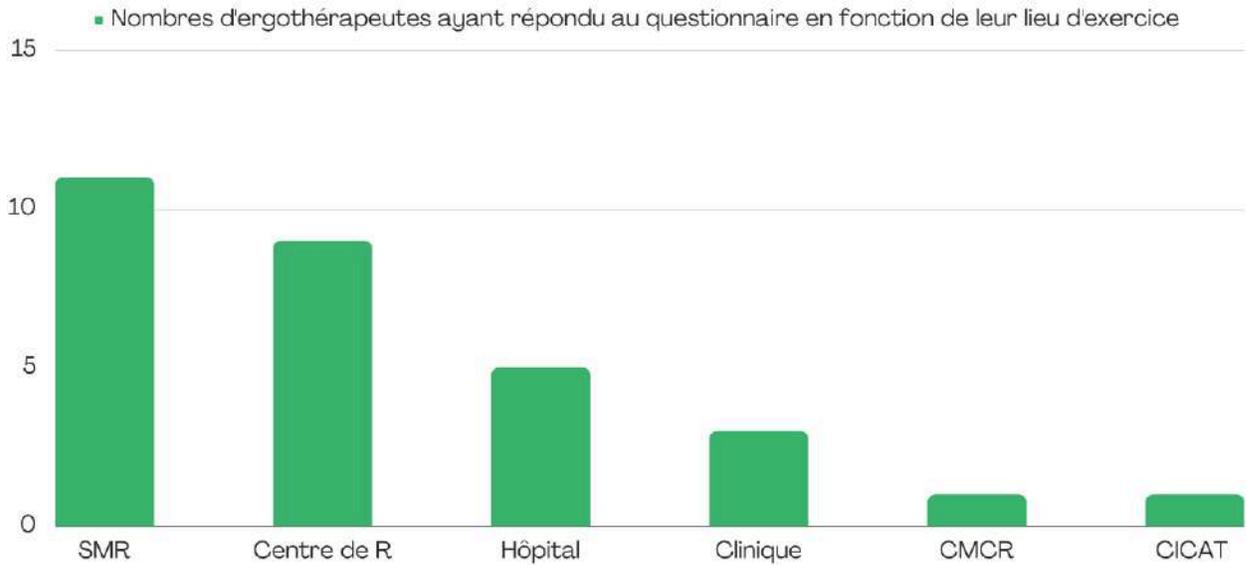


Diagramme en barres représentant les lieux d'exercice (structures) des ergothérapeutes répondants

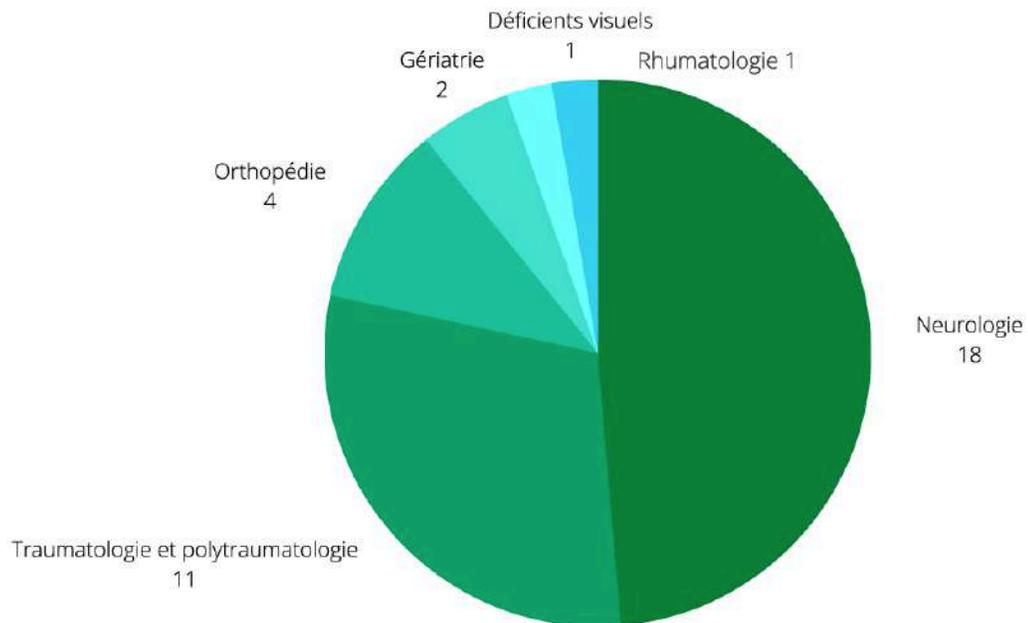
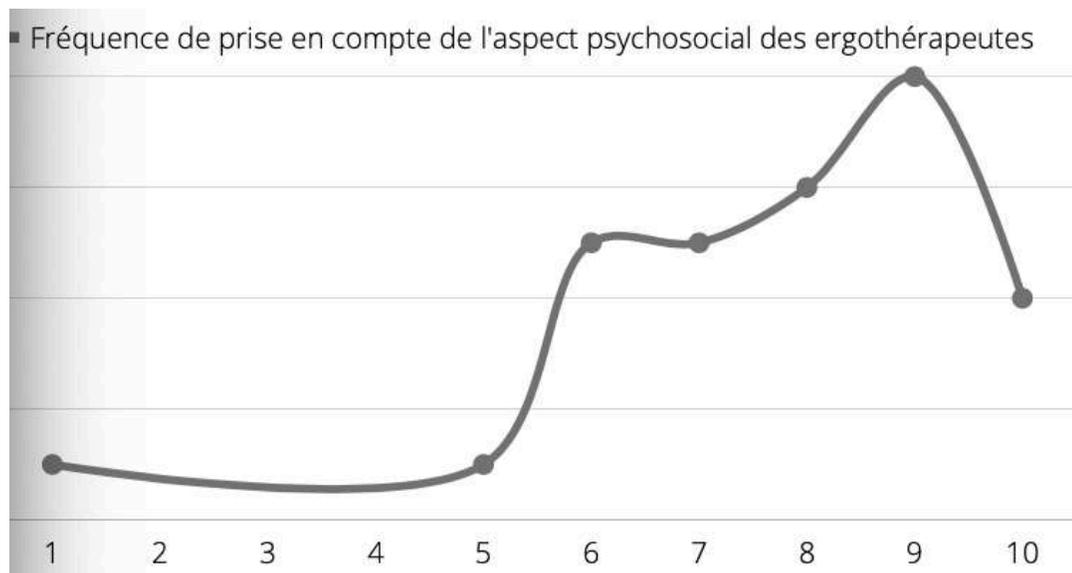


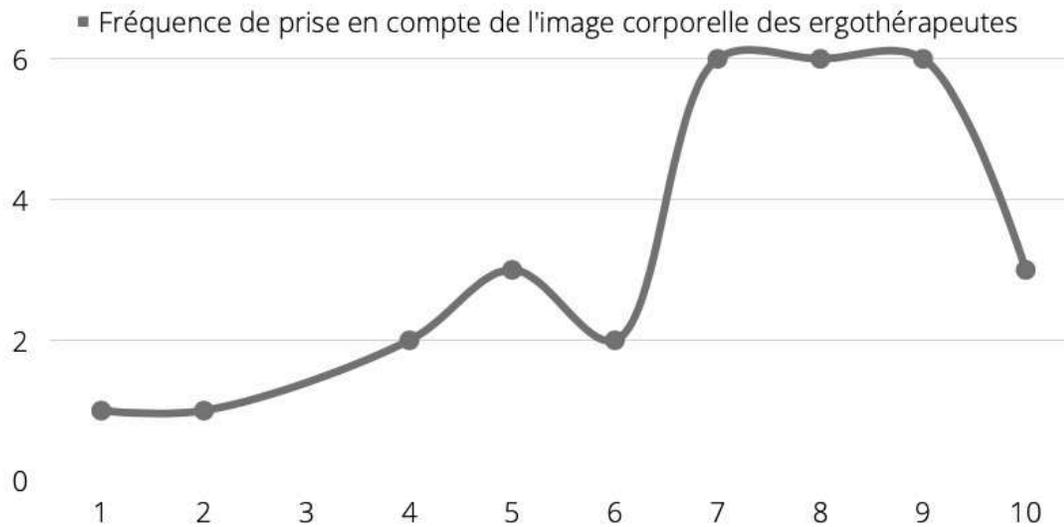
Diagramme en secteur du nombre de fois qu'ont été cités les différents domaines d'exercices par les ergothérapeutes travaillant auprès d'autres publics (autre qu'amputés)



Courbe représentative d'estimation de considération de la qualité de vie auprès des personnes amputées dans la pratique des ergothérapeutes répondants



Courbe représentative d'estimation de considération de l'aspect psychosocial auprès des personnes amputées dans la pratique des ergothérapeutes répondants



Courbe représentative d'estimation de considération de l'image corporelle auprès des personnes amputées dans la pratique des ergothérapeutes répondants

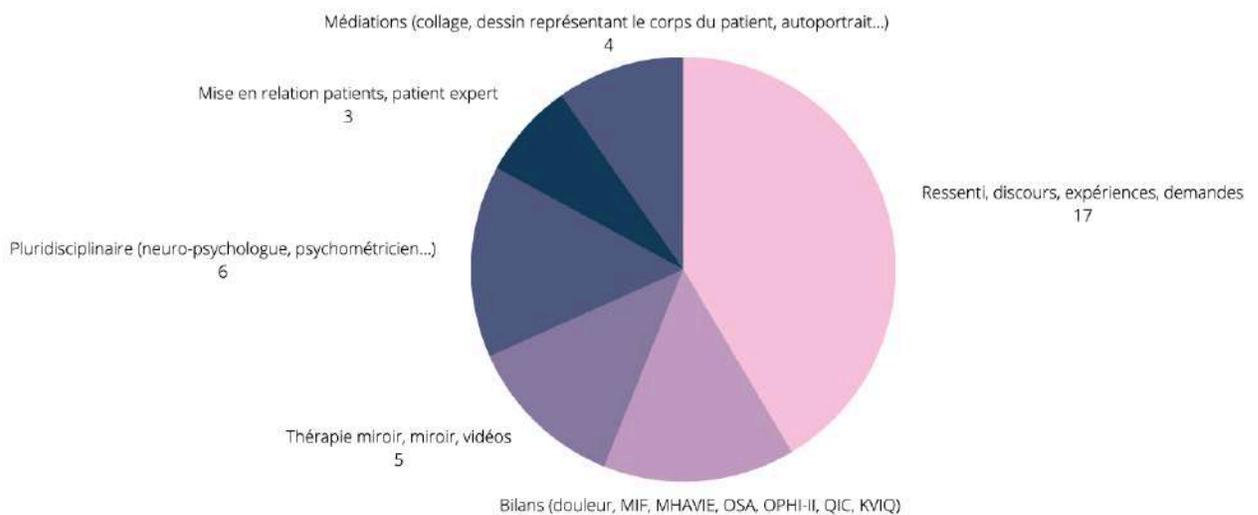


Diagramme en secteur du nombre de fois qu'ont été cités les différentes catégories de moyens utilisés par les ergothérapeutes pour prendre en compte l'image corporelle dans la pratique

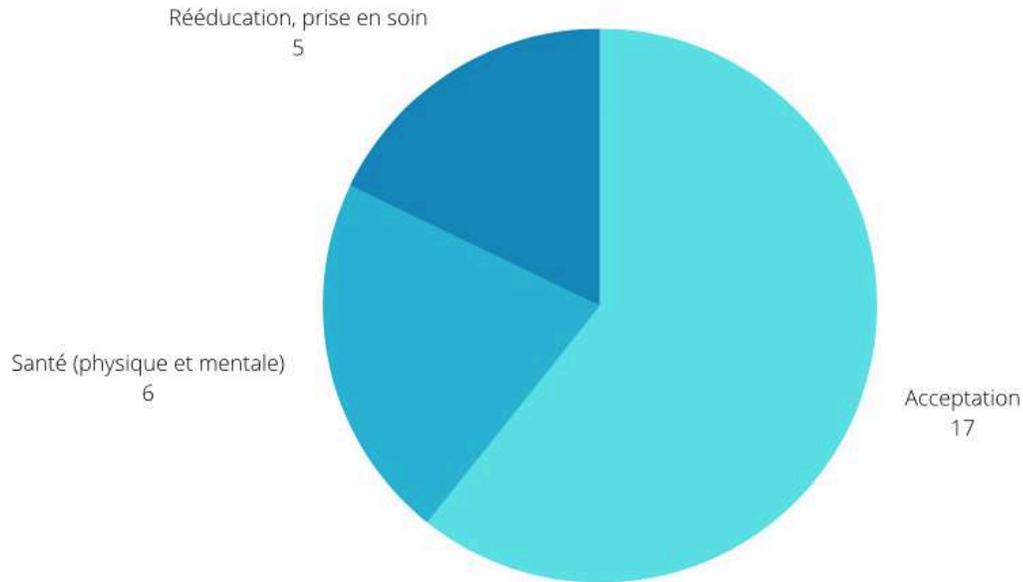


Diagramme en secteur présentant les avantages principaux à la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique selon les ergothérapeutes répondants

Précisions :

- L'acceptation (cité 17 fois) : du handicap, de l'image corporelle, du corps, de l'appareillage et de la prothèse
- La santé physique et mentale (cité 6 fois) : les ergothérapeutes ont exprimé que cette considération de l'image corporelle permettait aux personnes amputées de se sentir mieux dans leur corps, de diminuer leurs douleurs, d'avoir une meilleure mobilité, d'avoir un meilleur moral, ce qui est très important dans le processus de soin du corps selon les dires des ergothérapeutes du questionnaire.
- La rééducation/prise en soin (cité 5 fois) : selon les réponses obtenues par le questionnaire, le patient sera davantage disponible pour sa rééducation s'il se sent bien dans son corps. De plus, la prise en soin sera d'autant plus holistique avec la prise en compte de l'image corporelle en ergothérapie : cela permettra au patient de mieux comprendre ses capacités et incapacités, ce qui permettra à terme d'avoir des objectifs de prise en soin plus adaptés à la personne.

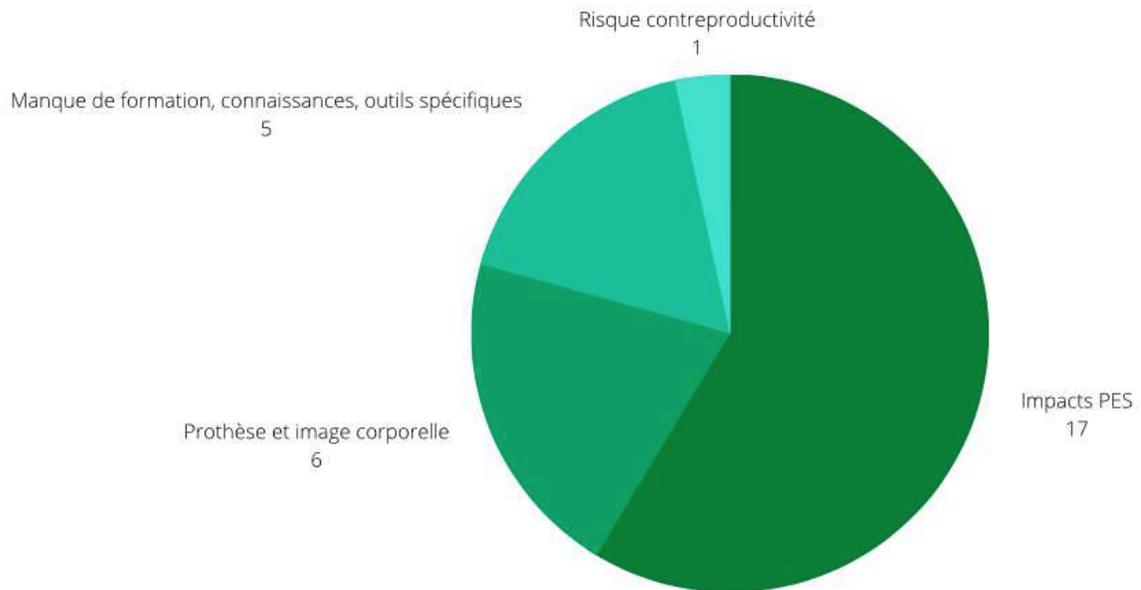


Diagramme en secteur présentant les inconvénients principaux à la prise en compte de l'image corporelle dans la pratique selon les ergothérapeutes répondants

Précisions :

- Impacts sur la prise en soin (cité 17 fois) : les ergothérapeutes ont exprimé que les exercices proposés pouvaient être assez différents et loin de la considération de l'image corporelle, qui est considérée comme une question secondaire dans la prise en soin en ergothérapie. Les ergothérapeutes ont aussi ajouté qu'inclure l'image corporelle en ergothérapie dans le programme déjà proposé pouvait prendre énormément de temps, ce qui pourrait parfois ne pas être possible dans un contexte institutionnel ou autre.
- Prothèse (cité 6 fois) : les ergothérapeutes ont exprimé qu'il était compliqué de concilier les « réalités » de l'appareillage avec les attentes hautes des personnes amputées. Ils auraient souvent tendance à idéaliser la prothèse et à la prendre pour un « objet magique qui résout tout ». Cela pourrait diriger l'image corporelle vers le négatif.
- Manque de formation, connaissances, outils spécifiques (cité 5 fois) : selon les ergothérapeutes, ce point a un impact très important sur ce qu'ils peuvent proposer et apporter aux patients.

- Risque de contre productivité (cité 1 fois) : une personne a exprimé qu'il y avait un risque de contre productivité à la prise en compte de l'image corporelle. En effet, il faut s'assurer que la prise en compte de l'image corporelle ne soit pas trop rapide, inadaptée ou trop violente psychologiquement pour la personne. Si la personne n'est pas prête, cela pourrait être un élément déclencheur d'une régression / d'un refus de soin par la suite.

Annexe 7 : Tableau comparatif des résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature

Résultats revue de littérature	Résultats questionnaire
L'image corporelle (et donc la satisfaction de l'apparence physique) a un impact sur l'aspect psychologique et le bien être	La prise en compte de l'image corporelle apporte une "prise en soin plus holistique, prenant en compte y compris l'aspect psychologique et du moral --> le moral est très important dans le processus de soin du corps"
Être auteur d'action renforce le sens de la possession du corps (image corporelle)	"l'engagement occupationnel et la participation occupationnelle de la personne vont dépendre de comment elle se perçoit (au niveau de ses forces et de ses faiblesses)"
« Le corps est l'interface entre soi et les autres », il construit une partie de notre identité	"L'aspect social est ici majeur puisque l'amputation va impacter la représentation que la personne à d'elle-même mais aussi de comment la société la perçoit"
Lien fort entre l'image corporelle et l'aspect psychosocial	Voir diapo 11 : lien positif entre l'acceptation et l'image corporelle partagé par une majorité des ergothérapeutes
Intérêts prouvés de la prise en compte de l'image corporelle dans la PES des PA	Voir diapo 12 --> 25 ergothérapeutes trouvent que la prise en compte de l'image corporelle a un réel intérêt; pour les PA, 5 intérêt partiel

Résultats revue de littérature	Résultats questionnaire
Méthodes utilisées dans la prise en compte de l'image corporelle en ergothérapie : thérapie miroir / pairs aidant (échange et partage d'expériences) / programmes de conscience corporelle, d'adaptation psychosociale et de réadaptation cognitives peuvent favoriser la réintégration de la personne en plus d'améliorer les fonctions physiques	Résultats diapo 10 : thérapie miroir, pairs aidants/patients experts, programmes de conscience corporelle
L'utilisation de prothèses et de méthodes de rééducation son fortement reliés à l'image corporelle	Utilisation de programmes de rééducation avec ET sans la prothèse important ++
Prothèse peut être source de souffrance	"la personne ne doit pas idéaliser la prothèse et la prendre pour un objet magique qui résout tout"
Image corporelle	
Il y a une relation directe entre le changement objectif d'apparence et l'image corporelle	"l'amputation va impacter la représentation de la personne. Contrairement à d'autres maladies l'amputation est souvent soudaine (la personne n'a donc pas le temps de se préparer à la perte du membre) et elle peut difficilement la dissimuler"

Annexe 8 : Sous-variables de la recherche

- Diplôme d’ergothérapeute : variable catégorielle (classification des personnes selon différentes catégories) inter-individuelle
- Nombre d’années d’exercice des ergothérapeutes : variable catégorielle inter-individuelle
- Perceptions et avis des ergothérapeutes concernant l’image corporelle : variable dimensionnelle intra-individuelle
- Lieu d’exercice des ergothérapeutes : variable contextuelle (classification des personnes selon le contexte extérieur) inter-individuelle
- Durée des séances : variable contextuelle inter-individuelle
- Public accueilli : variable contextuelle inter-individuelle
- Temps disponible pour considérer l’image corporelle dans la pratique : variable contextuelle inter-individuelle
- Perceptions et avis des ergothérapeutes concernant l’image corporelle du corps amputé de la personne accompagnée : variable dimensionnelle intra-individuelle
- Perceptions et avis des ergothérapeutes concernant l’acceptation de l’image corporelle du corps amputé de la personne accompagnée : variable dimensionnelle intra-individuelle
- Perceptions des ergothérapeutes concernant l’image corporelle et le sexe (h/f) des personnes amputées accompagnées : variable dimensionnelle inter-groupale (analyse les différences entre plusieurs groupes d’individus)
- Perceptions des ergothérapeutes concernant l’image corporelle et l’âge des personnes amputées accompagnées : variable dimensionnelle inter-groupale
- Perceptions des ergothérapeutes concernant l’image corporelle et les douleurs fantômes des personnes amputées accompagnées : variable dimensionnelle inter-groupale

Annexe 9 : Tableau récapitulatif des sous-variables de la recherche et de leurs indicateurs

Variables catégorielles	Indicateurs observables, sources, supports individuels à construire
Diplôme d’ergothérapeute	Information recueillie par un questionnaire (question fermée, êtes-vous ergothérapeute ?)
Nombre d’années d’exercice	Information recueillies par un questionnaire (question fermée, par tranche de 5 ans)

Variables dimensionnelles	Indicateurs observables, sources, supports individuels à construire
Perceptions et avis des ergothérapeutes concernant le concept d'IC	<p>Définition de l'IC et schéma corporel en premier temps (pour éviter des biais supplémentaires : très souvent confondu, y compris lors de l'enquête exploratoire pour une minorité de répondants) Informations recueillies par le questionnaire (question fermée dans un premier temps)</p> <p>Question fermée : comment (actions et moyens) les ergothérapeutes considèrent l'IC dans leurs pratique (avec la possibilité « autre »)</p> <p>Puis question avec échelle de 1 à 10 concernant la considération de l'IC dans la pratique (avant et après précision par une référence (donnée probante que la considération de l'IC est omniprésente, qu'elle se fait y compris de manière non conscientisée afin d'avoir des informations sur les perceptions de la considération de l'IC des ergothérapeutes) → conscientiser la considération de l'IC dans la pratique</p> <p>+ Questions fermée sur l'avis des ergothérapeutes concernant l'évolution du l'IC (ou non) des patients au cours de la PES + temporalité associée + avis concernant l'IC et la prothèse + avantage et inconvénient principal à la considération de l'IC dans la pratique</p>
Perception de l'acceptation de l'image corporelle du corps amputé de la personne accompagnée	Information recueillies par un questionnaire (question fermée sur l'accord ou non avec la définition proposée au-dessus + états émotionnels (en général) des patients en début puis en fin de PES + critères qui peuvent influencer l'IC selon eux + résultante d'une meilleure acceptation + évolution de l'acceptation selon le sexe des personnes amputées + âge + douleurs fantômes

Variables contextuelles	Indicateurs observables, sources, supports individuels à construire
Lieu d'exercice (structure)	Informations recueillies par le questionnaire, question fermée (avec les résultats déjà obtenus lors de l'enquête exploratoire, lieux majoritaires etc), puis question semi-ouverte « autre »)
Durée des séances de façon générale	Information recueillie par le questionnaire, question fermée
Public accueilli (prise en soin uniquement des personnes amputées ou non, majoritairement pris en soin par les ergothérapeutes)	Informations recueillies par un questionnaire : question fermée (PES unique des personnes amputées oui/non), puis semi-ouverte (public majoritairement pris en soin)
Temps disponible pour considérer l'IC dans la pratique ergothérapique	Information recueillie par le questionnaire, question fermée avec plusieurs propositions, puis question semi-ouverte pour les ergothérapeutes qui ont d'autres points de vue que les propositions de la question précédente => cette question permettra par la suite d'enrichir la matrice de questionnement pour les entretiens qui suivront par la suite de la recherche

Annexe 10 : Matrice de questionnement de la recherche (*IC = image corporelle)

Variables étudiées	Sous-variables	Indice	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Connaissance de la population	Connaissance de la population répondante	1.1	Êtes-vous ergothérapeute?	Question fermée Oui / Non	Réaliser un sondage de la population de l'enquête
		1.2	Depuis combien de temps exercez-vous ?	Question fermée (par tranche entre 0-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans... 30 et +)	
	Sites d'exploration sélectionnés	1.3	Où exercez-vous ?	Question fermée - France - Suisse - Belgique - Canada - Autre	S'assurer que la population et que les sites d'exploration correspondent bien aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête exploratoire
		1.4	Dans quelle type de structure travaillez-vous ?	Question fermée - SMR (SSR) - Hôpital - Clinique - Centre spécialisé - Autre	
		1.5	Travaillez-vous auprès du public des personnes amputées (que ce soit occasionnellement ou quotidiennement) ?	Question fermée Oui / Non	
		1.6	Si oui, travaillez-vous uniquement avec le public des personnes amputées ?	Question fermée Oui / Non	
		1.7	Si non, avec quel public travaillez-vous majoritairement ?	Question fermée - Neurologie - Traumatologie et polytraumatologie - Orthopédie - Autre	

	Autres modalités	1.8	Quelle est la durée de vos séances en général ?	Question fermée - 15mn - 30mn - 45mn - ... tous les quart d'heure - + de 2h	Connaître le temps de séances global des ergothérapeutes répondants au questionnaire
Image corporelle	Identification du terme	2.1	Définition de l'image corporelle selon le Gouvernement du Québec (même que pour l'enquête exploratoire) + « l'image corporelle est donc un concept se référant au domaine de la psychologie : il est diamétralement opposé au terme de schéma corporel, qui lui est relié à la neurologie et aux sciences médicales et paramédicales. Nous nous baserons donc sur cette représentation de l'image corporelle tout au long de ce questionnaire » Êtes-vous en accord avec cette définition de l'image corporelle ?	Question fermée Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non	Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant la définition de l'image corporelle
	Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'IC et leurs proportions d'apparition chez le public répondant	2.2	A quel degré estimeriez-vous la considération de l'image corporelle dans votre pratique ergothérapique auprès des personnes amputées ?	Question fermée Echelle de 1 à 10 (1 absente / 10 constante)	Connaître la proportion des ergothérapeutes considérant l'IC dans leur pratique professionnelle chez la personne amputée
	Conscientiser la considération de l'IC dans la pratique	2.3	<i>Données probantes : selon Georges Sand, « nous ne sommes pas seulement corps ou seulement esprit ; nous sommes corps et esprit tout ensemble ». Ainsi, considérer un patient en ergothérapie signifie également de considérer son esprit, sa psychologie et donc par définition son IC, bien que cela se fasse de manière inconsciente selon ergopsy (http://www.ergopsy.com/image-inconsciente-du-corps-a516.html). Discuter avec la personne accompagnée peut donc suffire à l'aider dans son processus d'acceptation...</i> Veuillez ne pas modifier la réponse précédente : à la lumière de ces données, à quel degré estimez-vous désormais la considération de l'image corporelle dans votre pratique ergothérapique auprès des personnes amputées ?	Question fermée Echelle de 1 à 10 (1 absente / 10 constante)	Connaître la proportion des ergothérapeutes considérant l'IC dans leur pratique professionnelle chez la personne amputée Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant la considération de l'IC dans la pratique ergothérapique
	Connaissance des actions / moyens mis en place par les ergothérapeutes concernant la considération de l'IC dans la pratique (une fois conscientisée)	2.4	Par quelle (s) action(s) et moyen(s) considérez-vous l'IC dans votre pratique ? (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée - Ecoute, discussion, prise en compte des ressentis - Médiations et thérapies manuelles (collages, dessins...) - Partage d'expérience, rencontre entre patients, patients experts, thérapies de groupes - Approche pluridisciplinaire (faire appel à un psychologue, neuro-psychologue, psychomotricien...) - Bilans (douleur, MIF, MHAVIE, OSA, OPHI-II, QIC, KVIQ, OCAIRS...) - Thérapie miroir, miroir, visionnage de vidéos - Autre	Connaître les moyens employés par les ergothérapeutes pour considérer l'IC dans leur pratique
	Connaissance des perceptions des ergothérapeutes concernant l'évolution de l'IC des personnes amputées	2.5	Au cours de votre prise en soin, voyez-vous l'image corporelle de vos patients évoluer ?	Question fermée - Non - Oui, dans le sens de l'image corporelle négative (ne pas se sentir bien dans son corps) - Oui, dans le sens de l'image corporelle positive (aimer son corps tel qu'il est)	Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'évolution de l'IC des personnes amputées accompagnées au cours de la PES ergothérapique

Connaissance des perceptions des ergothérapeutes concernant le concept d'image corporelle	2.6	Si oui, au bout de combien de temps voyez-vous l'évolution en général chez vos patients ?	Question fermée : - 1 semaine - 2 semaines - 3 semaines - 1 mois - 1 mois 1/2 - 2 mois - 3 mois et + - Durée indéterminée car personne-dépendante - Autre	
	2.7	Voyez-vous l'image corporelle de vos patients évoluer lors de la mise en place de la prothèse ?	Question fermée - Non - Oui, dans le sens de l'image corporelle négative (ne pas se sentir bien dans son corps) - Oui, dans le sens de l'image corporelle positive (aimer son corps tel qu'il est)	
Connaissance des perceptions des ergothérapeutes concernant la considération de l'image corporelle dans la pratique	2.8	Selon vous, quel est l'avantage principal de la considération de l'image corporelle de la personne amputée en ergothérapie ?	Question fermée - Meilleure acceptation de l'image corporelle - Meilleure santé physique et mentale - Meilleure qualité de vie et participation occupationnelle - Prise en soin plus holistique et efficace, rééducation plus courte et moins difficile à vivre pour la personne - Aucun - Autre	Connaitre l'opinion des ergothérapeutes sur les intérêts et les inconvénients à la considération de l'image corporelle dans la pratique professionnelle
	2.9	Quel inconvénient principal voyez-vous à la considération de l'image corporelle de la personne amputée en ergothérapie ?	Question fermée - Temps de de prise en soin augmenté - Manque de formation, connaissances, outils spécifiques à l'IC en ergothérapie - Risque de contre-productivité, peut être mal vécu si la personne n'est pas encore prête - Aucun - Autre	
	2.10	Si vous deviez inclure la considération de l'image corporelle dans votre pratique, comment considérez-vous la faisabilité par rapport à votre temps disponible en séance ?	Question fermée - Possible sans réel problème (car pas de temps dédié spécifiquement à l'image corporelle, se faire tout au long de la PES, temps informels) - Possible sans réel problème (avec temps dédiés à la considération de l'image corporelle dans la pratique) - Possible, à voir selon les priorités au cas par cas - Possible mais des compétences organisationnelles supplémentaires seraient nécessaires pour allier les axes de prise en soin - Impossible car pas assez de temps disponible - Impossible car cette considération se fait au dépit d'autres priorités de prise en soin - Autre	Connaitre l'opinion des ergothérapeutes concernant l'aspect temporel de la considération de l'IC en séance dans la pratique ergothérapique (l'objectif est d'enrichir les données récoltées à ce sujet lors de l'enquête exploratoire)

Deuil et acceptation de l'image corporelle de la personne amputée	Identification du terme	3.1	Définition de l'acceptation de l'image corporelle : « Le processus d'acceptation ne consiste pas à chercher à modifier le contenu des événements psychologiques désagréables liés à l'apparence physique, mais plutôt à modifier la relation entretenue avec ces événements. Au lieu de les traiter comme des objets qu'il faut à tout prix modifier ou supprimer, on considère ces pensées "comme des événements intimes à observer". Elles peuvent parfois être très désagréables, mais elles n'empêchent pas intrinsèquement de vivre une vie riche, dense et harmonieuse. » Êtes-vous en accord avec cette définition de l'acceptation de l'image corporelle ?	Question fermée Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non	Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'acceptation de l'IC de la personne accompagnée en ergothérapie Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'acceptation de l'IC et leurs proportions d'apparition chez le public répondant
	Connaissance des perceptions des ergothérapeutes concernant l'évolution de l'acceptation de l'IC des personnes amputées accompagnées	3.2	Au début de votre prise en soin, dans quel état émotionnel se trouvent vos patients en général ? (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée - Aucune émotion - Tristesse - Refus et colère - Sentiment d'injustice - Apaisé - Délivrance (ex : lorsque le membre avant amputation était source de douleurs)	Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'évolution de l'acceptation de l'IC des personnes amputées accompagnées
		3.3	Au terme de votre prise en soin, dans quel état émotionnel se trouvent vos patients en général ? (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée - Aucune émotion - Tristesse - Refus et colère - Sentiment d'injustice - Apaisé	
Connaissance des perceptions des ergothérapeutes concernant l'acceptation de l'IC de la personne amputée	3.4	Selon vous, quels critères peuvent influencer le phénomène d'acceptation de l'IC ? (Plusieurs réponses possibles)	Questionnaire fermée - Critères personnels : personnalité/caractère initial, capacité de résilience, état d'esprit - Critères psychologiques : ressentis de la personne au regard de l'amputation - Critère contextuel : contexte d'amputation - Critères physiques : douleurs (fantômes ou autre) - Critères fonctionnels : retentissements sur l'indépendance et l'autonomie - Critères esthétiques : moignon, prothèse - Critères sociaux : soutien de l'entourage, regard des autres, retentissement professionnel/loisirs/vie affective - Critères épidémiologiques : âge, sex-ratio, membre dominant, niveau lésionnel - Critères prothétiques - Critères chirurgicaux : type de chirurgie, complications éventuelles - Critères d'accompagnement : pluridisciplinaire, écoute et disponibilité des intervenants	Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'acceptation de l'IC de la personne accompagnée en ergothérapie Connaître les perceptions des ergothérapeutes concernant l'acceptation de l'IC et leurs proportions d'apparition chez le public répondant	

		3.5	Selon vous, quelle est la résultante principale d'une meilleure acceptation de l'image corporelle ?	Question fermée - Bien-être, sérénité, apaisement psychologique, meilleure relation au corps - Qualité de vie améliorée (meilleur engagement dans les relations affectives, sociales et professionnelles) - Meilleur engagement / motivation en rééducation et au quotidien - Aspect fonctionnel, meilleure adaptation à la nouvelle condition - Aucun - Autre	
		3.6	Vos patients amputés sont en général davantage :	Question fermée Homme / Femme	
		3.7	En général, voyez-vous une différence dans le cheminement d'acceptation de la nouvelle image corporelle entre vos patients amputés hommes et femmes ?	Question fermée - Oui, dans le sens d'un cheminement plus difficile pour les femmes - Oui, dans le sens d'un cheminement plus difficile pour les hommes - Non	
		3.8	En général, voyez-vous une différence dans le cheminement d'acceptation de la nouvelle image corporelle en fonction de l'âge de vos patient ?	Question fermée - Oui, dans le sens d'un cheminement plus difficile pour les jeunes (0 - 25 ans) - Oui, dans le sens d'un cheminement plus difficile pour les adultes (25 - 65 ans) - Oui, dans le sens d'un cheminement plus difficile pour les personnes plus âgées (65 ans et +) - Non	
		3.9	Vos patients amputés sont-ils sujets au douleurs fantômes en général ?	Question fermée Oui / Plutôt oui / Plutôt non / Non	
		3.10	Observez-vous une différence dans le cheminement d'acceptation des personnes amputées présentant des douleurs fantômes ?	Question fermée - Oui, dans le sens d'un cheminement plus difficile vers l'acceptation - Oui, dans le sens d'un cheminement plus facile vers l'acceptation - Non	
Conclusion	Recueil de contacts pour la future deuxième partie de la recherche (sur entretiens)	4.1	Pour finir, quel que soit votre opinion sur la considération de l'IC dans la pratique ergothérapeutique, seriez-vous intéressés pour participer à un entretien téléphonique de 15-20min par la suite ? Je serais ravie d'en discuter un peu plus avec vous.	Question fermée Oui / Non	Recueillir de futurs contacts pour la suite de la recherche
		4.2	Si oui, pourriez-vous me laisser un email afin de prendre contact ?	Question semi-ouverte	

Annexe 11 : Texte d'accompagnement du questionnaire de la recherche

Bonjour !

Je me présente, je m'appelle Marine PRADEILLES, étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille.

Je réalise actuellement mon **mémoire** intitulé : "Ergothérapie, **image corporelle** et qualité de vie chez la **personne amputée**".

Afin de développer celui-ci, j'aurais besoin de recueillir l'avis d'**ergothérapeutes** travaillant auprès de personnes amputées à travers un **questionnaire anonyme**.

Plus il y aura de réponses et de données à analyser, plus la qualité de la recherche se retrouvera améliorée !

Celui-ci ne vous prendra qu'une **dizaine de minutes** !

Voici le lien du questionnaire : *(lien du questionnaire désormais effacé)*.

Merci à tous ceux qui prendront le temps de lire ce mail, et à ceux qui prendront le temps d'y répondre.

Bonne journée à vous !

PS : Ce mail est à destination des ergothérapeutes de votre structure (qui ont été contactés individuellement ou par le biais de personnes de la structure il y a deux semaines ou courant novembre). Je remercie d'avance chaque personne qui transmettra ce mail ! Cela m'aidera énormément dans la conception de ce mémoire.

Annexe 12 : Biais de l'entretien

Biais de sélection : ce biais sera limité de par l'ouverture des entretiens aux ergothérapeutes de tout avis concernant la considération de l'IC dans la pratique, mais également le fait de sélectionner les contacts des ergothérapeutes dans l'ordre d'apparition au questionnaire.

Biais méthodologique : les différentes questions qui seront posées lors de l'entretien ne devront pas être trop complexes, afin de ne pas créer de biais de compréhension, pertinence de réponse ou de fatigabilité auprès de l'ergothérapeute entretenu. Cela pourrait alors biaiser l'analyse des résultats par la suite.

Biais affectif : ce biais pourra potentiellement être diminué par le fait de rester neutre pour le chercheur (ne pas laisser les humeurs journalières parasiter les entretiens), cependant, il est difficile d'éliminer totalement ce biais.

Biais de désidérabilité sociale : les ergothérapeutes pourront avoir tendance à « sublimer » ou « exagérer » leurs réponses par rapport aux réalités du terrain. Il en est de même pour le chercheur qui doit respecter son guide d'entretien sans trop vouloir en dire afin de ne pas influencer les réponses.

Biais de confirmation d'hypothèse / effet de primauté / effet de récence : tendance naturelle à privilégier certaines informations plutôt que d'autres. Le chercheur devra faire attention à sa neutralité lors de la passation des entretiens (reformuler les réponses des ergothérapeutes pour ne pas être tenté de les interpréter par la suite), mais également lors de l'analyse des entretiens : le rôle de la retranscription a donc toute sa place.

Biais de halo / biais de similarité / biais de différence : Le chercheur devra rester vigilant encore une fois à sa neutralité pour ne pas influencer les réponses (dans son langage verbal mais également corporel).

Biais de fixation d'objectifs : le chercheur devra rester vigilant à rester concentré sur le discours et le langage corporel des ergothérapeutes, et ne pas être parasité par une autre tâche en annexe (par exemple l'écriture).

Annexe 13 : Cadre d'écoute de la recherche

Catégories		
Image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> - Considération de l'IC dans la pratique - Pas de considération de l'IC dans la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> - Considération de l'IC dans la pratique ergothérapique = bénéfique (impact positif) - Considération de l'IC dans la pratique ergothérapique = non bénéfique (pas d'impact) - Considération de l'IC dans la pratique ergothérapique = défavorable (impact négatif)
Deuil	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une évolution dans le processus de deuil de l'ancienne IC au cours de la PES - Pas de présence d'évolution dans le processus de deuil de l'ancienne IC présente au cours de la PES 	
Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de facteurs influençant le phénomène d'acceptation de la personne amputée - Pas de présence de facteurs influençant le phénomène d'acceptation de la personne amputée 	

Pour chacune des trois thématiques, plusieurs « catégories d'avis possibles » ont été exposées. Plusieurs profils de sujets ont également été rédigés à partir des résultats du questionnaire et des données récoltées lors du développement conceptuel. Cela nous permettra d'avoir une idée globale du profil du sujet questionné :

- Profil 1 (l'adepte) : Ergothérapeute qui considère l'IC dans sa pratique en tant qu'objectif à part entière, qui considère une évolution positive dans les phases de deuils des personnes amputées accompagnées
- Profil 2 (l'adhérent) : Ergothérapeute qui considère l'IC dans sa pratique sans être un objectif à part entière, qui considère une évolution positive dans les phases de deuils des personnes amputées accompagnées
- Profil 3 (le pour) : Ergothérapeute qui souhaiterait considérer l'IC dans sa pratique, qui considère une évolution positive dans les phases de deuils des personnes amputées accompagnées
- Profil 4 (le contre) : Ergothérapeute qui ne considère/souhaite pas considérer l'IC dans sa pratique, qui ne considèrent pas d'évolution dans les phases de deuils des personnes amputées accompagnées

Annexe 14 : Guide d'entretien de la recherche

Thème principal : La considération de l'IC de la personne amputée lors de l'intervention en ergothérapie		
Cible 1 : Image corporelle	<p>Question inaugurale</p> <p>Comment et pourquoi considérez-vous l'image corporelle de la personne amputée dans votre pratique ?</p> <p>=> La question inaugurale va permettre de laisser la liberté à l'ergothérapeute de développer sur le concept d'IC, d'aborder des thèmes qui ne sont pas forcément repris dans la grille d'entretien...</p>	<p>Identifier les actes / moyens mis en place par les ergothérapeutes dans leur pratique pour considérer l'IC de la personne amputée</p> <p>Connaitre et comprendre les perceptions des ergothérapeutes concernant la considération de l'IC dans la pratique</p>
Cible 2 : Deuil	<p>Question de relance</p> <p>Voyez-vous une évolution dans les phases de deuils de l'image corporelle que traversent généralement vos patients au cours de votre intervention ?</p>	<p>Connaitre et comprendre les perceptions des ergothérapeutes concernant le processus de deuil de la personne amputée durant la prise en soin ergothérapique</p>
Cible 3 : Acceptation de l'image corporelle	<p>Question de relance</p> <p>Selon vous, quels critères/facteurs peuvent influencer le phénomène d'acceptation de l'image corporelle ?</p>	<p>Connaitre et comprendre les perceptions des ergothérapeutes concernant l'acceptation de l'IC de la personne amputée en ergothérapie</p>

Annexe 15 : Texte d'introduction à l'entretien

« Bonjour ! Avant tout, je tenais à vous remercier d'avoir répondu présent et de m'accorder votre temps pour participer à cet entretien. Celui-ci se tient dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie, ayant pour thématique « Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie chez la personne amputée ». L'entretien reposera sur trois questions, vous serez libre de développer chacune d'entre elles comme vous le souhaitez. L'objectif principal de cet entretien est de recueillir vos perceptions propres du concept d'image corporelle (et sa considération dans votre pratique), ainsi que vos avis concernant le deuil et l'acceptation de la nouvelle IC des personnes amputées accompagnées. La définition précise de ces trois termes vous a été transmis par mail afin que vous ayez déjà connaissance de leur sens. Avant de commencer, êtes-vous toujours d'accord pour que l'entretien soit enregistré ? Cela me permettra par la suite de retranscrire notre échange par écrit : l'enregistrement est confidentiel et sera effacé dès que la partie écrite sera terminée. Avez-vous des questions avant de commencer ? ».

Annexe 16 : Texte d'accompagnement à la demande d'entretien de la recherche

Bonjour,

Je vous recontacte à propos de votre proposition de participation à l'entretien de mon mémoire portant sur "Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie chez la personne amputée".

Tout d'abord, merci beaucoup d'avoir répondu positivement ! Cela va beaucoup m'aider à avancer, j'en suis sûre. L'objectif principal de cet entretien sera de recueillir vos perceptions sur le concept d'image corporelle (et sa considération dans votre pratique), ainsi que vos avis concernant le deuil et l'acceptation de la nouvelle image corporelle des personnes amputées accompagnées.

L'entretien pourra se dérouler par visioconférence ou en réel. Si cela n'est pas réalisable, un appel téléphonique pourra aussi avoir lieu. Quand seriez-vous disponible ? Je vous donne mes disponibilités mais je peux m'adapter si besoin :...

Autrement, l'entretien portera sur les thématiques suivantes (les différentes définitions permettent d'harmoniser le sens des concepts que nous allons employer lors de notre rencontre) :

- Image corporelle = "perception qu'une personne a de son propre corps, l'image qu'elle croit projeter, sa manière de se sentir dans son corps et ce qu'elle ressent quand elle y pense. Avoir une image corporelle saine et positive, c'est aimer son corps tel qu'il est. Une personne qui ne se sent pas bien dans son corps a une image corporelle négative" selon le *Gouvernement du Québec*

L'image corporelle est donc un concept se référant au domaine de la psychologie : il est diamétralement opposé au terme de schéma corporel, qui lui est relié à la neurologie et aux sciences médicales et paramédicales. Nous nous baserons donc sur cette représentation de l'image corporelle tout au long de ce questionnaire

- Deuil = "la perte d'un objet, au sens psychanalytique d'objet d'amour" selon *Sylvie Metais* / associé à un évènement péjoratif et douloureux, qui fait souffrir (selon son étiologie) / c'est l'intégration de la perte qui paraît le plus important pour *Freud*, le deuil n'est donc pas forcément lié à la mort comme il est communément pensé, mais à la perte

Durant l'entretien, le terme de deuil sera employé dans le sens du deuil de l'ancienne image corporelle, non pas du deuil de l'ancienne vie ou encore du handicap...

- Acceptation = se définit par le fait de considérer des pensées négatives comme des évènements intimes à observer plutôt que comme des objets qu'il faut à tout prix modifier ou supprimer, qui n'empêchent pas intrinsèquement de vivre une vie riche, dense et harmonieuse.

"Le processus d'acceptation ne consiste pas à chercher à modifier le contenu des évènements psychologiques désagréables liés à l'apparence physique, mais plutôt à modifier la relation entretenue avec ces évènements" selon *Cheval, Monestès et Villate*.

Je vous informe également que l'entretien sera enregistré afin de permettre la retranscription des informations dans le mémoire. Cet enregistrement reste confidentiel et sera effacé dès lors que les données seront retranscrites. Je vous laisse un document à me retourner signé en pièce jointe.

Merci pour tout,

Bonne journée à vous, et peut-être à bientôt !

Marine PRADEILLES

Annexe 17 : Fiche vierge de consentement et d'information des droits des participants**Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)****« Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie chez la personne amputée »**

PRADEILLES Marine (marine.pradeilles@etu.univ-amu.fr), investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie chez la personne amputée » en collaboration avec l'investigateur secondaire PAVE Julien (julien.pave@univ-amu.fr).

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGPD »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Ergothérapie, image corporelle et qualité de vie chez la personne amputée »

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à _____ le _____
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Marine PRADEILLES

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :

Annexe 18.1 : Graphiques représentatifs de l'analyse de résultats quantitatifs descriptifs

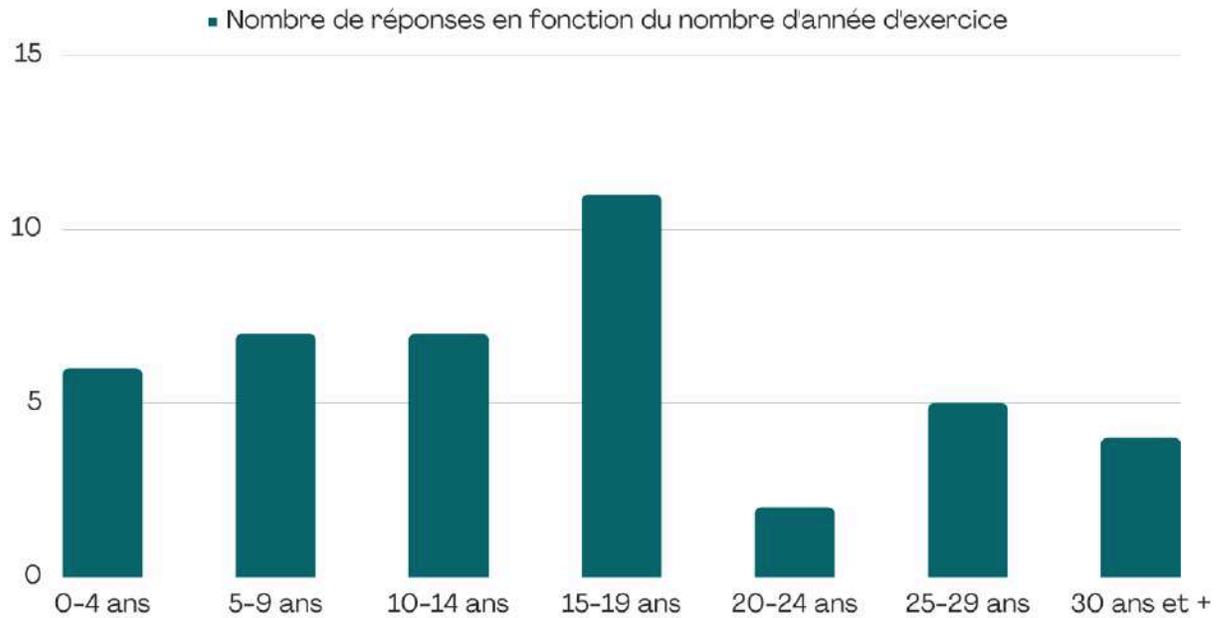
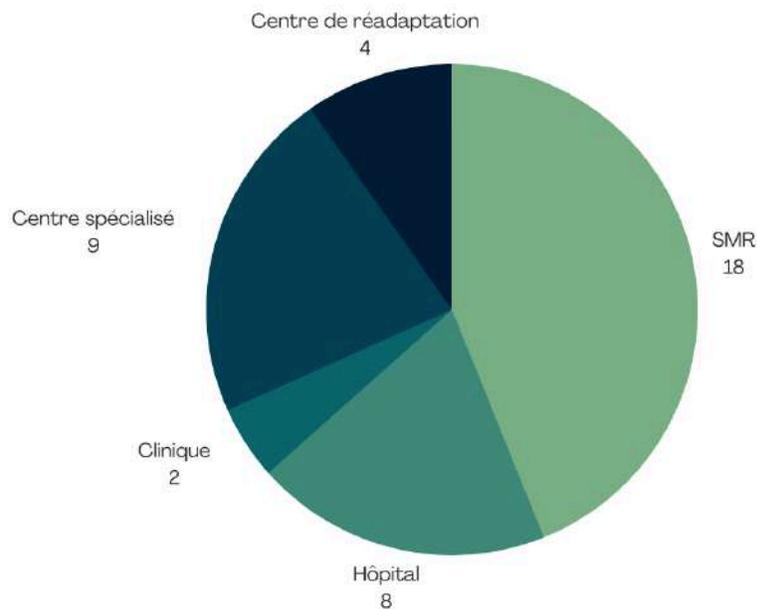
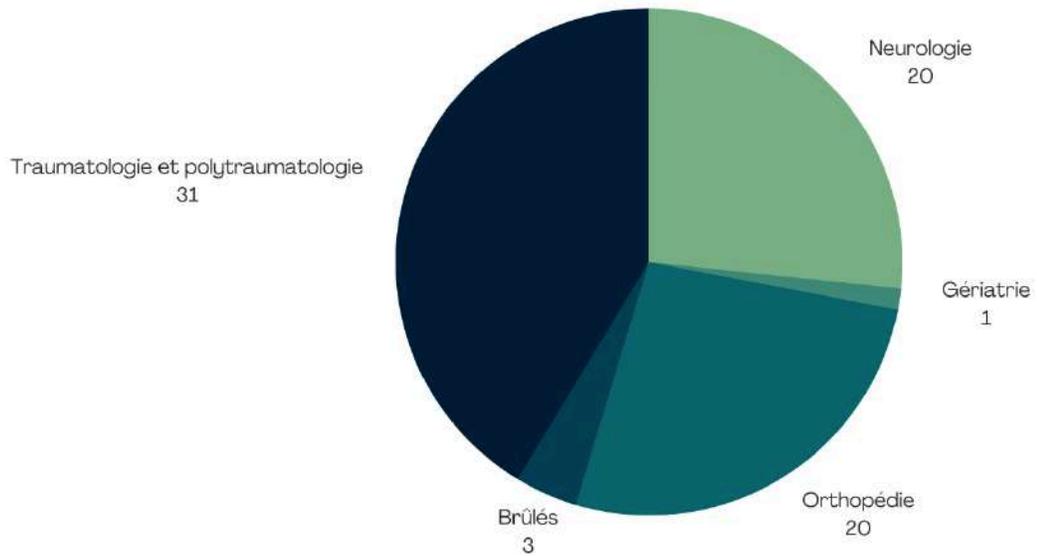


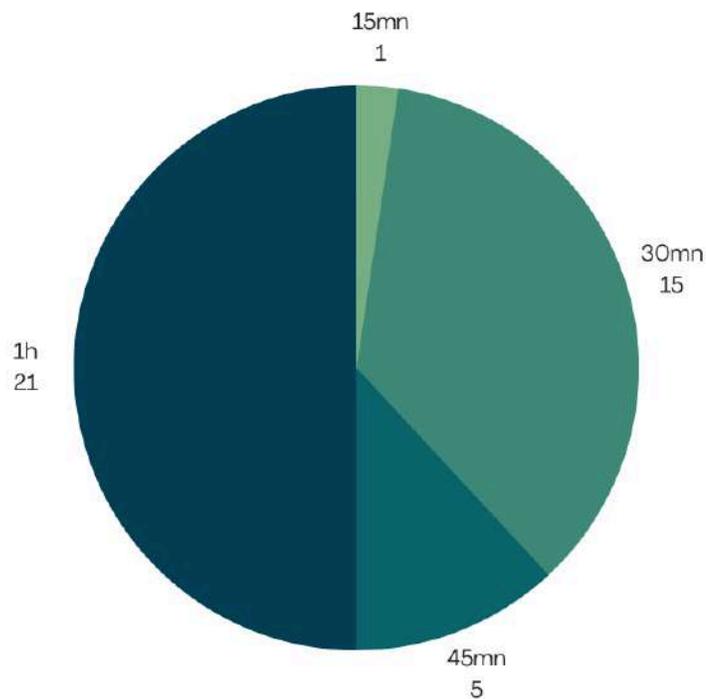
Diagramme en barres



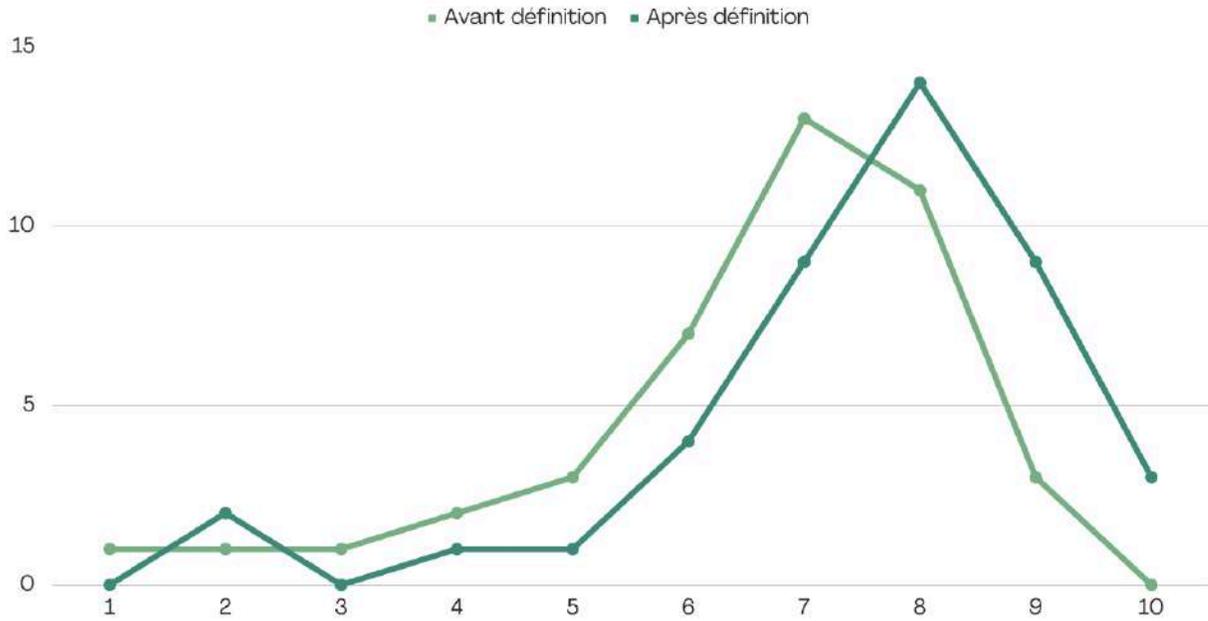
Nombre de répondants en fonction de la structure d'exercice



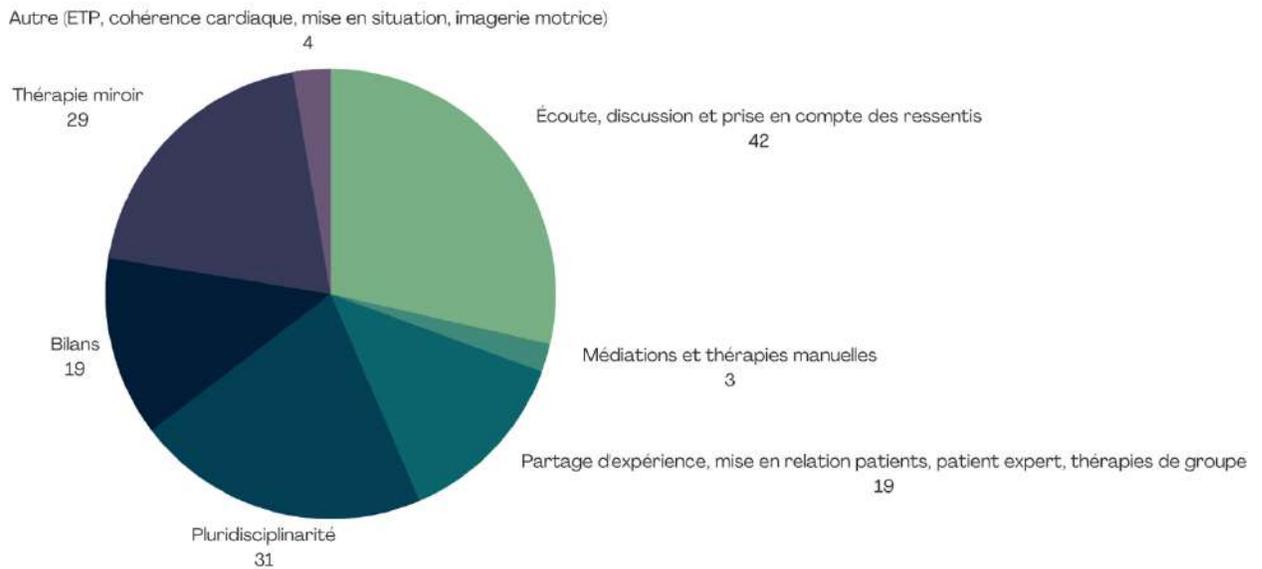
Public accompagné par les ergothérapeutes répondants en parallèle de personnes amputées



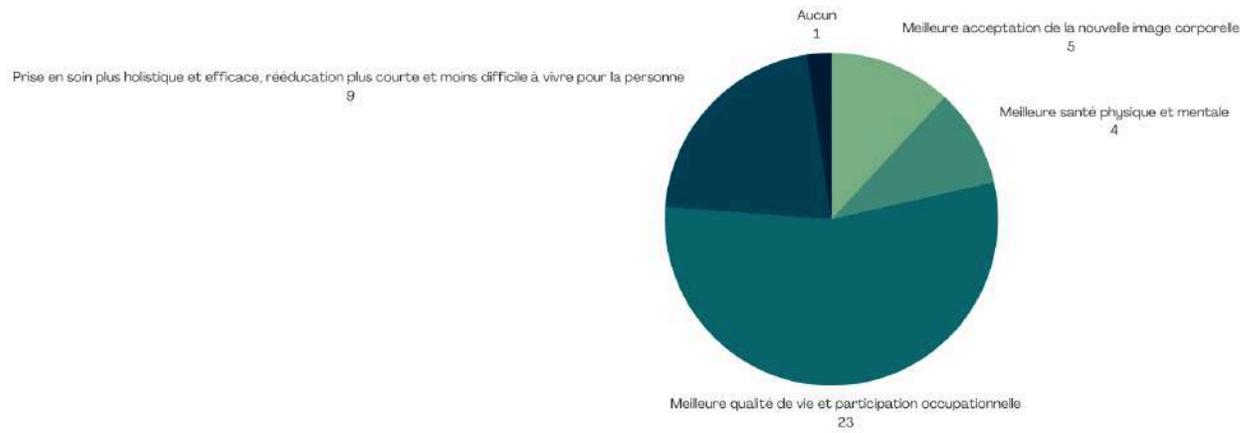
Durée moyenne des séances des ergothérapeutes répondants



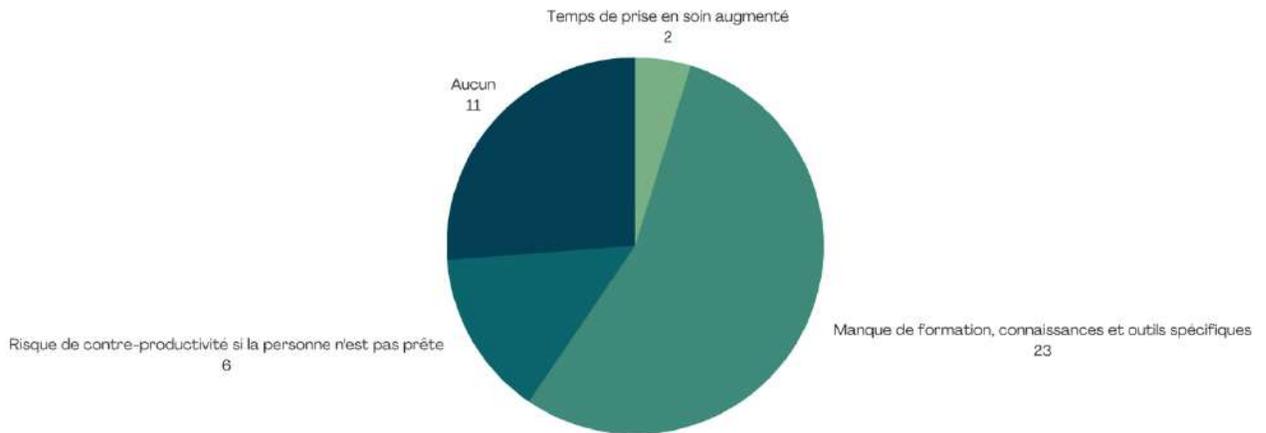
Estimation de la considération de l'image corporelle dans la pratique des ergothérapeutes répondants (avant et après définition)



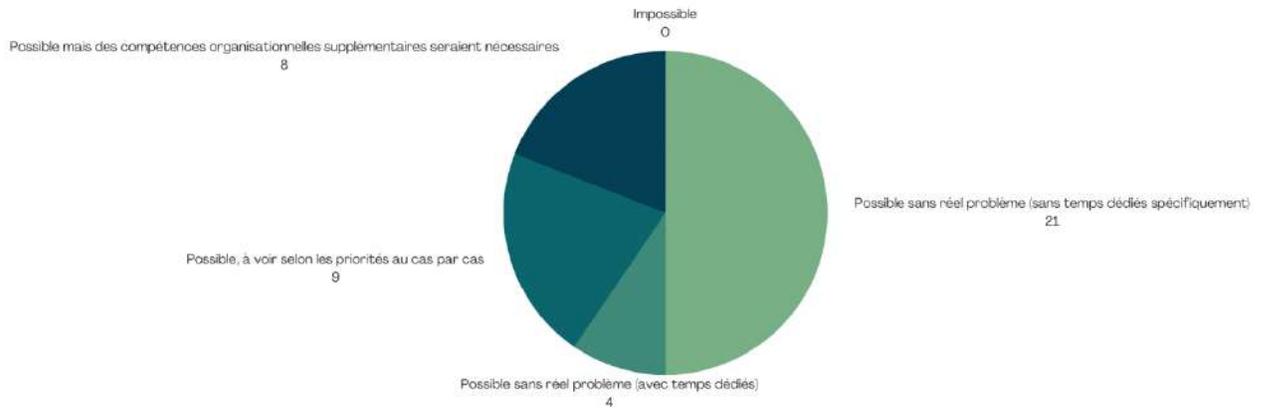
Actions et moyens mis en place par les ergothérapeutes répondants pour considérer l'IC dans leur pratique



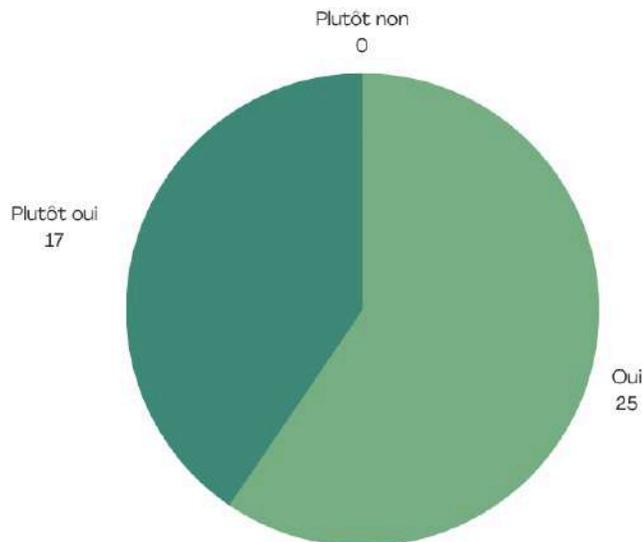
Avantage principal de la considération de l'IC de la personne amputée selon les ergothérapeutes répondants



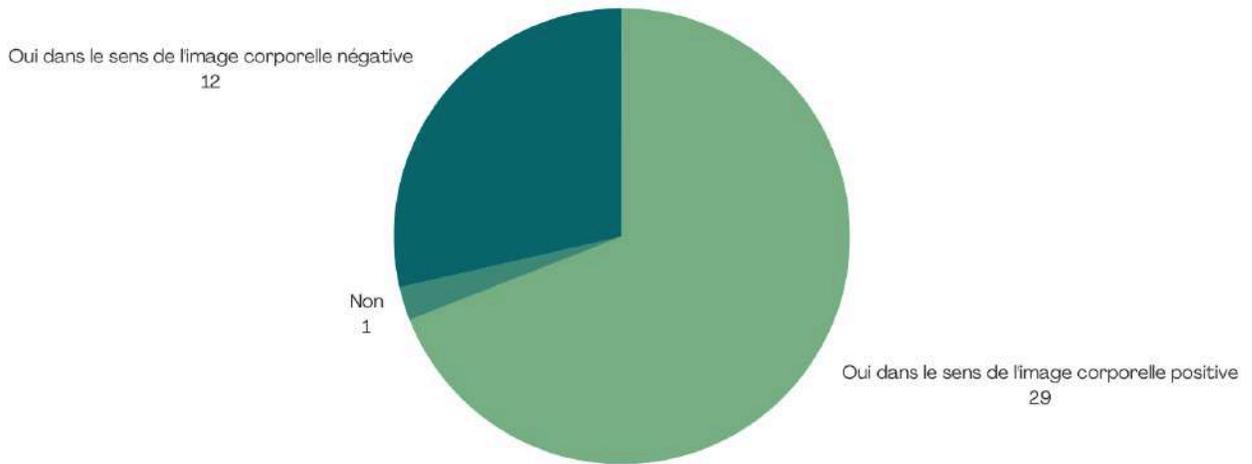
Inconvénient principal de la considération de l'IC de la personne amputée selon les ergothérapeutes répondants



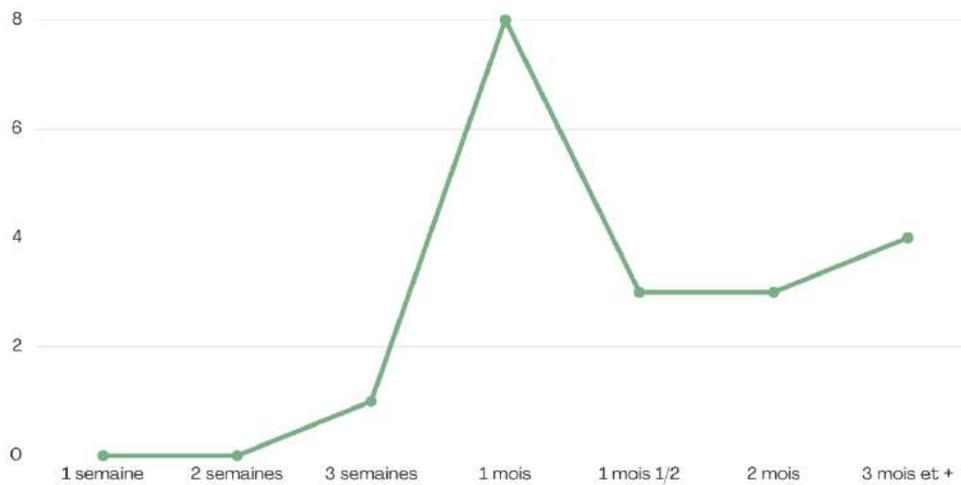
Faisabilité de la considération de l'IC dans la pratique selon les ergothérapeutes répondants



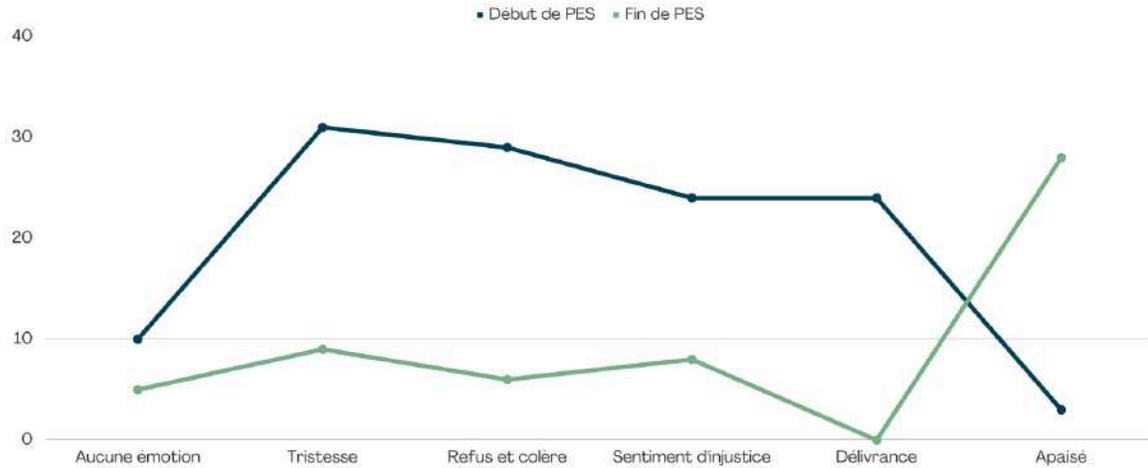
Accord des ergothérapeutes avec la définition de l'image corporelle



Perception de l'évolution de l'image corporelle des personnes amputées selon les ergothérapeutes répondants lors de la mise en place de la prothèse



Perception du temps d'évolution de l'image corporelle des patients amputés selon les ergothérapeutes répondants

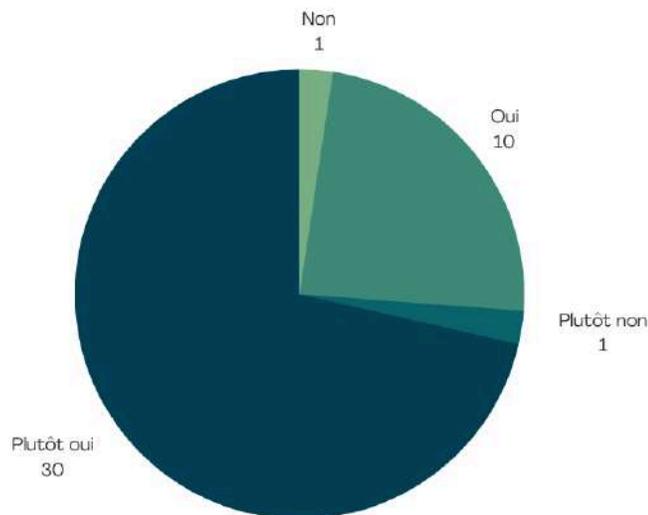


7 autres : 6 variable, 1 inquiétude

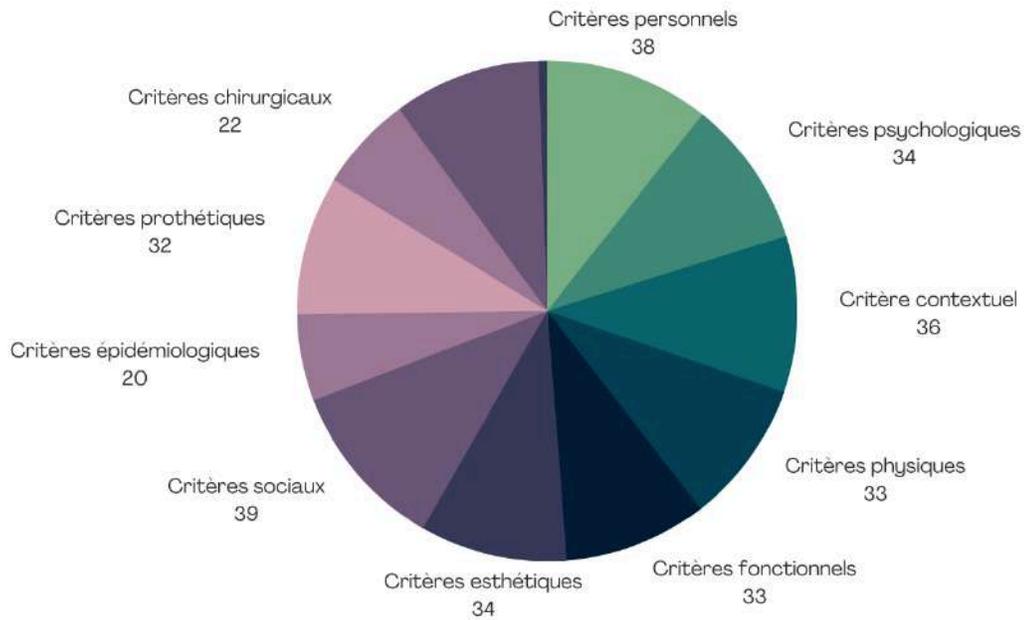
15 autres : 5 variable, 2 content, 2 fierté, 2 satisfaction, 1 inquiétude (moins qu'au début), 1 déception, 1 appréhension du regard des autres, 1 grandi, 1 résilié, 1 motivation, 1 acceptation

États émotionnels des personnes amputées perçus par les ergothérapeutes répondants au début et en fin de PES

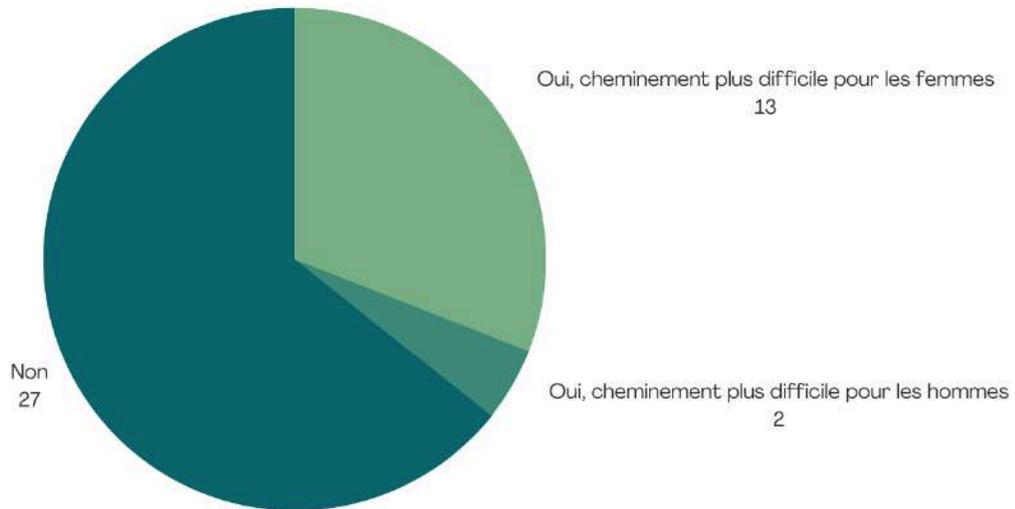
Nous pouvons voir que la courbe « après prise en soin » est en-dessous de la courbe « avant prise en soin », pour tous les états émotionnels hormis l'apaisement. Ainsi, il y aurait une évolution des états émotionnels des personnes amputées au cours de la prise en soin ergothérapique, vers un apaisement.



Accord des ergothérapeutes avec la définition de l'acceptation de l'image corporelle

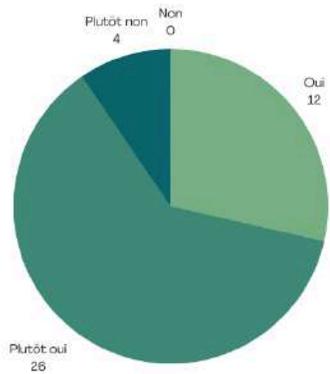


Critères pouvant influencer le phénomène d'acceptation de l'IC selon les ergothérapeutes répondant

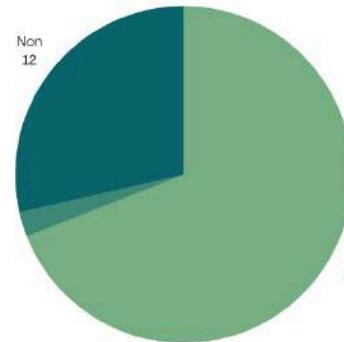


Perceptions des ergothérapeutes répondants selon le sexe des personnes amputées

Il est à noter que 40/42 ergothérapeutes estiment accueillir plus d'hommes amputés, contre 2/42 pour les femmes.



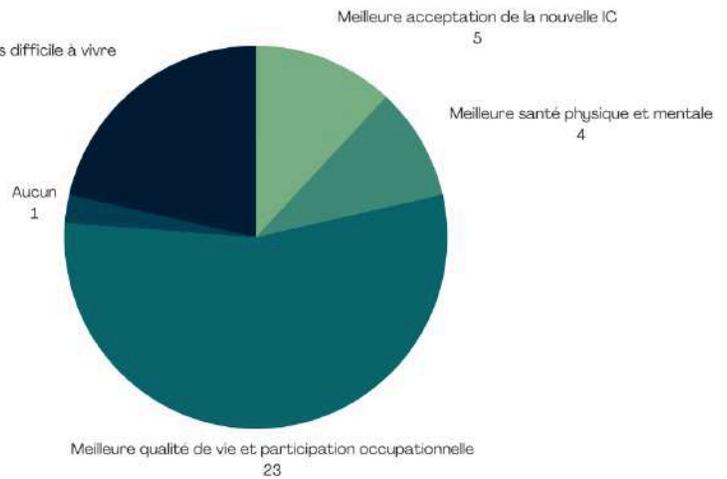
Oui cheminement plus facile vers l'acceptation
1



Oui cheminement plus difficile vers l'acceptation
29

Perceptions des ergothérapeutes répondants selon les douleurs fantômes des personnes amputées

Prise en soin plus holistique et efficace, rééducation plus courte et moins difficile à vivre
9



Résultante principale de la considération de l'IC de la personne amputée selon les perceptions des ergothérapeutes répondants

Annexe 18.2 : Analyse statistique principale

Test t pour échantillons appariés

Test t pour échantillons appariés

			statistique	ddl	p
Considération de l'image corporelle en ergothérapie	Considération de l'image corporelle en ergothérapie (après def)	t de Student	-4.39	41.0	<.001

Note. $H_0: \mu_{\text{Mesure 1}} - \mu_{\text{Mesure 2}} = 0$

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
Considération de l'image corporelle en ergothérapie	42	6.60	7.00	1.78	0.275
Considération de l'image corporelle en ergothérapie (après def)	42	7.64	8.00	1.57	0.243

Tables de contingence

Tables de contingence

Perceptions de la résultante principale de l'acce. de l'IC	Considération IC par catégorie					Total
	7 - 8	5 - 6	9 - 10	3 - 4	1 - 2	
Qualité de vie améliorée (meilleur engagement dans les relations affectives, sociales et professionnelles)	9	1	7	1	0	18
Aspect fonctionnel, meilleure adaptation à la nouvelle condition	6	2	3	0	1	12
Bien-être, sérénité, apaisement psychologique, meilleure relation au corps	5	2	2	0	0	9
Meilleur engagement / motivation en rééducation et au quotidien	3	0	0	0	0	3
Total	23	5	12	1	1	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	8.79	12	0.721
N	42		

Comparaison de la considération de l'image corporelle en ergothérapie avec les perceptions de la phase d'acceptation de la personne amputée en fin de prise en soin :

Pour réaliser cette comparaison, il a été référencé l'estimation de considération de l'image corporelle pour chaque état émotionnel proposé. La moyenne a ensuite été calculée de pour chaque état émotionnel.

Ici, les ergothérapeutes ayant mentionné le refus/colère ont une moyenne de 6,83/10, pour l'injustice la moyenne obtenue est de 7,625/10, aucune émotion 7/10, tristesse 7,33/10 et l'acceptation 8,25/10. Ainsi, il paraîtrait que la moyenne de considération de l'image corporelle soit reliée avec la perception de la phase d'acceptation en fin de prise en soin des ergothérapeutes.

Annexe 18.3 : Analyse statistique secondaire

Comparons la considération de l'image corporelle dans la pratique avec le nombre d'années d'exercice des ergothérapeutes. En effet, l'émergence du concept d'image corporelle dans le soin étant assez récent, il paraît donc intéressant de comparer ces deux variables. Au vu des résultats, p-value équivaut à 0,718, ce qui est supérieur à la valeur significative de 0,05. Nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle car la répartition entre les catégories est uniforme : il n'y a pas de lien significatif entre ces variables. Il n'y aurait donc pas de lien de corrélation entre la considération de l'image corporelle et le nombre d'années d'exercice des ergothérapeutes.

Tables de contingence

Tables de contingence

Considération IC par catégorie	Nombre d'années d'exercice des ergothérapeutes							Total
	Entre 30 ans et +	Entre 25 et 29 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 5 et 9 ans	Entre 0 et 4 ans	Entre 15 et 19 ans	Entre 20 et 24 ans	
7 - 8	2	3	3	5	3	5	2	23
5 - 6	0	1	1	1	1	1	0	5
9 - 10	1	1	2	1	2	5	0	12
3 - 4	0	0	1	0	0	0	0	1
1 - 2	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	4	5	7	7	6	11	2	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	19,6	24	0,718
N	42		

Au vu de l'étendue géographique de la récolte de données, il paraît également intéressant de comparer la considération de l'image corporelle avec le lieu d'exercice des ergothérapeutes (pays et structure). Au vu des résultats, les p-value sont supérieurs à 0,05, ce qui n'exprime aucune significativité entre les variables. Il n'y aurait donc pas de lien de corrélation entre la considération de l'image corporelle et le lieu d'exercice.

Tables de contingence

Tables de contingence

Considération IC par catégorie	Lieu d'exercice (pays)				Total
	France	Canada	Martinique	Suisse	
7 - 8	14	8	0	1	23
5 - 6	3	2	0	0	5
9 - 10	4	7	1	0	12
3 - 4	1	0	0	0	1
1 - 2	1	0	0	0	1
Total	23	17	1	1	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	7.20	12	0.844
N	42		

Tables de contingence

Tables de contingence

Considération IC par catégorie	Lieu d'exercice (structure)					Total
	Hôpital	SMR (anciennement SSR)	Centre spécialisé	Clinique	Centre de réadaptation	
7 - 8	5	10	3	1	4	23
5 - 6	0	2	2	1	0	5
9 - 10	3	4	4	0	1	12
3 - 4	0	1	0	0	0	1
1 - 2	0	1	0	0	0	1
Total	8	18	9	2	5	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	10.9	16	0.817
N	42		

Nous pouvons également comparer le temps de séance général des ergothérapeutes avec la perception de la faisabilité du temps disponible de la considération de l'image corporelle dans la pratique. Nous obtenons ici une valeur de 0,057 pour p-value : ce résultat n'est pas significatif, bien que se rapprochant fortement de la valeur significative de 0,05. Cependant, nous considérerons

une marge d'erreur plus importante pour ces tests puisqu'il n'y a pas d'influence sur une population ou dans la littérature. Cela reste donc à nuancer. Nous ne pouvons donc pas conclure à l'existence d'un lien entre ces deux variables, cependant nous pouvons supposer qu'il existe à un risque d'erreur plus important que celui accepté traditionnellement en science.

Tables de contingence

Tables de contingence

Temps disponible pour considérer l'IC dans la pratique	Durée des séances				Total
	30mn	1h	45mn	15mn	
Possible sans réel problème (avec temps dédiés à la considération de l'image corporelle dans la pratique)	3	0	1	0	4
Possible sans réel problème (car pas de temps dédié spécifiquement à l'image corporelle, se faire tout au long de la PES, temps informels)	4	15	2	0	21
Possible, à voir selon les priorités au cas par cas	5	4	0	0	9
Possible mais des compétences organisationnelles supplémentaires seraient nécessaires pour allier les axes de prise en soin	3	2	2	1	8
Total	15	21	5	1	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	16.5	9	0.057
N	42		

Pour finir, nous pouvons également comparer les « perceptions des ergothérapeutes de la résultante principale de la considération de l'image corporelle de la personne amputée dans la pratique » avec leur classe d'année et lieu d'exercice. Nous obtenons respectivement : un p-value de 0,459 puis de 0,665 et de 0,525. L'ensemble de ces résultats nous démontrent donc qu'il n'y a pas de lien de corrélation entre ces variables étant donné qu'ils sont supérieurs à 0,05.

Tables de contingence

Tables de contingence

Perceptions de la résultante principale de l'acce. de l'IC	Nombre d'années d'exercice des ergothérapeutes						Total	
	Entre 30 ans et +	Entre 25 et 29 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 5 et 9 ans	Entre 0 et 4 ans	Entre 15 et 19 ans		Entre 20 et 24 ans
Qualité de vie améliorée (meilleur engagement dans les relations affectives, sociales et professionnelles)	2	3	3	3	2	3	2	18
Aspect fonctionnel, meilleure adaptation à la nouvelle condition	2	2	1	1	2	4	0	12
Bien-être, sérénité, apaisement psychologique, meilleure relation au corps	0	0	1	3	1	4	0	9
Meilleur engagement / motivation en rééducation et au quotidien	0	0	2	0	1	0	0	3
Total	4	5	7	7	6	11	2	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	18.0	18	0.459
N	42		

Tables de contingence

Tables de contingence

Perceptions de la résultante principale de l'acce. de l'IC	Lieu d'exercice (pays)				Total
	France	Canada	Martinique	Suisse	
Qualité de vie améliorée (meilleur engagement dans les relations affectives, sociales et professionnelles)	12	4	1	1	18
Aspect fonctionnel, meilleure adaptation à la nouvelle condition	5	7	0	0	12
Bien-être, sérénité, apaisement psychologique, meilleure relation au corps	4	5	0	0	9
Meilleur engagement / motivation en rééducation et au quotidien	2	1	0	0	3
Total	23	17	1	1	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	6.73	9	0.665
N	42		

Tables de contingence

Tables de contingence

Perceptions de la résultante principale de l'acce. de l'IC	Lieu d'exercice (structure)					Total
	Hôpital	SMR (anciennement SSR)	Centre spécialisé	Clinique	Centre de réadaptation	
Qualité de vie améliorée (meilleur engagement dans les relations affectives, sociales et professionnelles)	5	10	1	1	1	18
Aspect fonctionnel, meilleure adaptation à la nouvelle condition	2	4	4	0	2	12
Bien-être, sérénité, apaisement psychologique, meilleure relation au corps	1	2	3	1	2	9
Meilleur engagement / motivation en rééducation et au quotidien	0	2	1	0	0	3
Total	8	18	9	2	5	42

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	11.1	12	0.525
N	42		

Annexe 19 : Tableau d'analyse textuelle des données

	Caractéristiques des acteurs	Perceptions des ergothérapeutes de l'amputation et de l'image corporelle	Considération de l'image corporelle auprès des personnes amputées dans la pratique ergothérapeutique	Prise en soin de la personne amputée	Perceptions des ergothérapeutes au cours de leur intervention de l'évolution des phases deuil/acceptation de la personne amputée	Facteurs influençant le deuil et l'acceptation de l'image corporelle perçus par les ergothérapeutes
E1 (1)	Exerce depuis 27 ans en France Depuis 15-20 ans dans un SMR accueillant quotidiennement un public de personnes amputées + (poly)traumatologie, orthopédie, neurologie	L°21-26 : l'image corporelle est essentielle pour utiliser son corps à bon escient, se mouvoir dans les activités. L°24-30 : quelle que soit la pathologie, la personne doit avoir conscience de ce qui est nouveau : les limites de son corps, ses capacités. L°31-33 : l'image corporelle impacte les performances de la personne amputée L°35-36 : les amputés ont du mal à se regarder dans une glace au début L°47-54 : travaille l'image corporelle car c'est une composante qui entre en jeu dans toutes les activités faites avec les patients	L°42-43 : ne travaille pas l'image corporelle en tant que tel L°43-44 : importance de l'aspect pluridisciplinaire avec (neuropsychologues, psychomotriciens) L°57-63 : moyen de considération de l'image corporelle par le discours, le toucher L°85-94 : image corporelle évoquée lors de l'abord des douleurs fantômes L°96-120 : la prothèse abaisse les douleurs fantômes L°129-149 : pluridisciplinarité psychologues, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, médecin. Réunions et groupe amputé pluridisciplinaire	L°75-84 : notion de prudence par rapport aux miroirs en début de rééducation L°224-232 : les patients amputés ont beaucoup d'attentes envers la prothèse, « ce n'est pas un autre pied c'est une prothèse » L°455-486 : vigilance par rapport à ce que la personne renvoie, à ce qu'on renvoie à l'entourage, être vigilant à la manière de s'adresser à eux (car peut avoir de grosses conséquences) L°404-423 : l'acceptation de l'image corporelle doit se faire avec et sans prothèse. Le patient doit accepter le fait d'avoir un gros handicap.	L°244-261 : une évolution du deuil est perçue, de manière variable selon les personnes en termes de temporalité. L°263-L°273 : le deuil complet et le handicap sont compliqués. Les personnes apprennent à vivre avec. L°289-304 : Perception d'une évolution du deuil vers le positif. Il est très rare que les personnes ne modifient pas leur image corporelle. Temps d'acceptation variable selon les personnes.	L°271-288 : il y a une différence entre l'acceptation des personnes amputées avec et sans agénésies (mise en place de prothèse plus rapide). Le changement crée le problème d'image corporelle, il faut la reconstruire. L°304-317 : l'acceptation dépend du caractère des personnes, de leur vécu, de la valeur émise auparavant dans l'aspect physique, valeurs de vie L°350 : l'acceptation est perçue comme plus difficile pour les femmes. L°351-363 : l'acceptation dépend des cultures et du regard que portent les personnes sur les malformations physiques

<p>E1 (2)</p>	<p>L°232-235 : l'amputation représente beaucoup psychologiquement, on enlève une partie de soi</p> <p>L°318-347 : lien fort entre l'image corporelle et le regard des autres : on se voit dans l'oeil de l'autre, quand l'image est abimée on ne renvoie plus la même chose, notion d'interprétation des regards (on part du principe que les autres nous voient tel que l'on se voit), difficultés pour s'intégrer dans la société</p> <p>L°425-439 : il y a peu de restrictions d'activités avec les nouvelles technologies dans le cas d'un bon état général de la personne (ex: patients exerçant du sport extrême et autre)</p>	<p>L°442-446 : aspect pluridisciplinaire avec les APA (enseignement en activité physique adaptée) pour la reprise d'activité sportive</p> <p>L°172-217 : thérapie miroir non utilisée avec les personnes amputées car contradictoire par rapport à l'acceptation de l'absence d'un membre</p> <p>L°445-447 : à la fin de la rééducation, transmission de contacts de fédérations handisports</p> <p>L°486-508 : utilisation de bilans pour évaluer l'appréhension dans plusieurs situation, la vision des activités quotidiennes= permet de donner des axes d'intervention → l'image corporelle de la personne amputée peut être un des freins aux activités</p> <p>L°510-528 : mises en situation</p>	<p>L°404-423 : l'acceptation de l'image corporelle doit se faire avec et sans prothèse. Le patient doit accepter le fait d'avoir un gros handicap.</p>	<p>L°365-376 : non-acceptation de la prothèse dû à la volonté de la cacher. Cela amène à des limitations occupationnelles</p> <p>L°385-386 : image qu'on avait de soi avant l'amputation</p> <p>L°387-394 : cause et histoire de l'amputation, comment a été vécue l'amputation, dépend aussi des personnes</p> <p>L°397-405 : la prise en charge et l'accompagnement influe également l'acceptation : notamment la prise en charge avec un psychologue, l'ergothérapeute participe à l'accompagnement</p> <p>L°152-170 : patients pouvant être réticents à l'intervention en psychologie, travail par Knoll et EMDR en psychologie pour abaisser la dose de stress</p>
---------------------------------	--	--	--	---

<p>E2 (1)</p>	<p>Exerce depuis 4 ans en France</p> <p>Travaille actuellement depuis 1 an en SMR</p> <p>gériatrique, avant en centre cardio-vasculaire (service amputés et polyvalent)</p>	<p>L°96-99, 168 : l'image corporelle est le « boss de fin », la chose avec le plus d'enjeux, il faut exercer le patient à s'y confronter</p> <p>L°183-188, 506-513 : l'image corporelle est reliée au regard des autres / impact du regard des autres, l'activité est un déterminant de santé, activités de groupe, jugements</p> <p>L°124-133 : activité = déterminant de santé, apporte du bien-être, rapport au rôle</p> <p>L°202-206 : l'image corporelle est très importante dans un second temps dans la phase de réhabilitation/ réinsertion sociale, familiale, personnelle/ retour à domicile</p> <p>L°247-252 : le schéma corporel devient notre image corporelle à travers le corps dans l'espace, les expériences vécues, le fait de prendre soin de son corps et de le développer</p>	<p>L°29-40 : poser un cadre et s'inscrire dans l'esprit du patient en tant que personne ressource et guide spirituel avant même d'aborder le schéma/image corporelle. Permet d'évaluer l'état psychologique et physique dans un premier temps.</p> <p>L°57-61 : importance de tout expliquer</p> <p>L°75 : notion de confiance très importante</p> <p>L°76-95 : différence confiance psychologue / ergothérapeute qui apporte des solutions immédiates à des problématiques quotidiennes (les personnes s'épanouissent dedans). Relation de co-construction et de confiance (l'ergo garde la maîtrise)</p> <p>L°136 : importance de l'aspect motivationnel</p> <p>L°141-152 : principe de toujours attendre que ce soit le patient qui pose des questions sur son avenir pour en discuter, quand lien de confiance établi (car l'ergo rend au patient sa dignité, valorisation à travers les activités)</p>	<p>L°176-181 : il faut que les personnes existent sans leur prothèse (car vont devoir fonctionner sans dans plusieurs situations), ça n'est pas un objet magique qui va résoudre tous leurs problèmes</p> <p>L°189-190 : ne jamais montrer de la pitié dans l'approche</p> <p>L°226-234 : apprentissage d'une nouvelle manière de marcher avec la prothèse, éducation à la marche plutôt que rééducation, toujours relancer la motivation</p> <p>L°333-344 : utilisation de la « manipulation à l'usage des gens honorés » en conditionnant le patient, en ayant confiance en lui, croire en leur capacités</p> <p>L°376-392 : lien amputation, qualité/ hygiène de vie et équilibre occupationnel dans le cas de ses patients, il faut d'abord traiter le sujet initial avant de mettre un prothèse etc...</p>	<p>L°117-120 : l'amputation est une rupture, le deuil d'un équilibre occupationnel</p> <p>L°207-224 : anticiper les étapes de rééducation en étant honnête : mettre en place les objectifs de mobilité/dignité/reprise de confiance avant que le moignon soit cicatrisé, « les efforts que vous avez réalisés avant servent là maintenant »...</p> <p>L°243-244 : le patient commence à accepter lorsqu'il se projette dans l'avenir</p> <p>L°277-289 : la phase d'acceptation de l'image corporelle peut se repérer quand un patient est capable d'avoir un discours apaisant et constructif auprès d'un autre patient. L°812-833 : valorisant, la valeur sociale entre en jeux</p> <p>L°551-552 : les types de deuils sont liés (image corporelle, vie d'avant, handicap)</p>	<p>L°376-392 : lien amputation, qualité/ hygiène de vie et équilibre occupationnel dans le cas de ses patients, il faut d'abord traiter le sujet initial avant de mettre un prothèse etc...</p> <p>L°1009-1031 : Blagues, tout en restant vigilant, pas en début de prise en soin etc...</p> <p>L°916-930: diffèrent quand deuil de quelque-chose que l'on a jamais eu (naissance sans jambe, perte d'une jambe)</p> <p>L°1042-1054 : le patient doit faire des choses pour lui = contrôle, liberté, satisfaction personnelle, aisance, plaisir</p>
---------------------------------	---	--	---	---	---	---

<p>E2 (2)</p>	<p>L°465-476 : l'amputation est compliquée psychologiquement car les personnes n'imaginent pas devoir tout réapprendre, comme au stade du bébé, compliqué de faire des adaptations sur quelque-chose de non prévu (notion d'amputation prévue/non-prévue)</p> <p>L°489-497 : le combat pour le schéma/image corporelle et de l'acceptation de soi est bien, mais si des triches existent on s'en sert (ex : chaussures orthopédiques)</p> <p>L°499-504 : l'image corporelle est le boss de fin, une chose parmi tant d'autres à gérer. C'est un fil rouge (constant dans la tête du patient au cours de la prise en soin, mais à considérer par la suite</p> <p>L°513-518 : l'image corporelle est très importante, problématique à prendre en compte au cas par cas</p>	<p>L°156-165 : le plus important est la relation (1/x3, 435- 448) et le cadre thérapeutique tissé, en se basant sur le principe de Winnicott (respecter l'intégrité physique, émotionnelle, affective et spirituelle)</p> <p>L°168-175 : mettre le patient au centre de sa prise en soin, lui demander ses objectifs à très court terme (avant la marche)</p> <p>L°190-201 : prendre le temps lors de la première rencontre car c'est le fondement de la relation thérapeutique</p> <p>L°207-224 : anticiper les étapes de rééducation en étant honnête : mettre en place les objectifs de mobilité/dignité/reprise de confiance avant que le moignon soit cicatrisé, « les efforts que vous avez réalisés avant servent là maintenant »...</p> <p>L°234-244 : discussion autour de l'image corporelle débute lorsque le patient se projette, qu'il commence à parler d'habits, de prothèse esthétique</p>	<p>L°532-539, 1110-1114 : Anticiper toujours 2-3 semaines à l'avance</p> <p>L°641-646 : Approche patient-centré, partie de poker, le patient donne des cartes avec lesquelles il faut jouer. Si mauvaises cartes faire en sorte qu'elles soient meilleures, si bonne main va très vite</p> <p>L°648-652, 932 : Justesse, soin juste, adaptation de l'accompagnement, individualisation</p> <p>L°701-706 : toujours être en mesure de justifier nos actes</p> <p>862-870 : ne pas hésiter à léguer</p> <p>L°1009-1031 : Blagues, tout en restant vigilant, pas en début de prise en soin etc...</p>	<p>L°565-586 : Variable selon les patients/problématique mais globalement le processus de deuil de l'image corporelle avance au cours de la prise en soin quand le patient reprend le contrôle de son corps/env, fais des choses avec, l'ergo apporte seulement la technique</p> <p>L°611-626 : le deuil n'est pas quelque-chose de linéaire, aller-retours entre les phases de colère, marchandage, tristesse. Déni et acceptation en général quand acquis, le reste.</p> <p>L°628-631 : ne pas parler d'image/schéma corporel à toutes les étapes de deuil. Il faut provoquer le déni en mettant en situation (+ l°706-714 acceptation d'une fatalité, pas ce qui leur correspond le mieux)</p> <p>L°654, 726 : provoquer le déni, mises en situation, convoquer la famille</p> <p>L°722-725 : deuil compliqué car on ne peut pas le prévoir, être prêt à accueillir le patient</p>
---------------------------------	--	--	--	---

<p>E2 (3)</p>	<p>L°786 : objectif = se redéfinir en tant qu'individu, se réaccomplir dans ce nouveau corps</p> <p>L°902-903 : l'image corporelle est un des problèmes les plus importants de leur vie</p>	<p>L°253-260 : difficulté d'être juste quant à l'image corporelle d'autrui car on ne sait pas ce que la personne ressent, se baser sur les expériences d'autres patients</p> <p>L°266-277 : Le meilleur moyen pour un patient de discuter de son image corporelle est de discuter avec un autre patient, patient expert</p> <p>L°289-298 : utilisation de l'humour</p> <p>L°307-333, 357-362, 368-374 : travail de l'image corporelle avec les soins d'hygiène, douche, tactile, confort (l°432), va permettre la relation que la personne a avec son corps</p> <p>L°333-344 : utilisation de la « manipulation à l'usage des gens honnêtes » en conditionnant le patient, en ayant confiance en lui, croire en leur capacités</p> <p>L°346-362 : importance des mises en situation</p> <p>L°366-374 : utilisation de la thérapie miroir pour les douleurs fantômes</p>		<p>L°727-743 : collaboration avec psychologue quant au deuil, ne pas forcément toujours travailler tout seul</p> <p>L°758-763 : Explication du deuil à la famille et au patient</p> <p>L°788-808 : Deuil de la vie d'avant; regard des autres explication de situation de handicap, deux façons de regarder un handicap, passe par ce qu'on dégage, l'aura</p> <p>L°799-802 : Les patients doivent être honnêtes avec eux-mêmes, ont le droit de ne pas aller bien</p> <p>L°835-841 : importance de l'intimité</p> <p>L°909-915 : tous les deuils = 1/3 de la totalité de l'accompagnement du patient</p> <p>L°941-945 : deuil super important, deuil de l'image corporelle fait appel à l'utilité sociale, dans le monde actuel on porte plus attention à ce que les autres pensent de nous que ce qu'on pense de nous-même</p>
---------------------------------	---	---	--	--

<p>E2 (4)</p>			<p>L°392, 931-932 : il faut connaître son patient</p> <p>L°393-417 : s'appuyer sur l'entourage de la personne pour mieux le connaître. La famille a un impact important; leur donner les clés pour leur permettre des bases saines et un meilleur bien-être afin qu'ils soient des personnes ressources</p> <p>L°419-428 : être intransigeant avec les patients, être derrière eux et les motiver, passe par la dignité, l'estime de soi, la volition et l'empowerment (l°450-451), passer par ce qui est signifiant pour les gens, adapter l'équilibre occupationnel, faire les choses différemment et pas arrêter de les faire (456-457)</p> <p>L°430-431 : image/schéma corporel passe à travers les conversations avec d'autres patients</p> <p>L°541-544 : importance de faire de son mieux et de changer d'activités</p>		<p>L°955-965 : apprendre à vivre avec le regard des autres, comme après une rupture amoureuse</p> <p>L°968-1005 : Comparaison deuil de l'image corporelle / deuil d'un être cher = amputation émotionnelle, comparaison pour donner du sens au patient</p>	
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

<p>E2 (5)</p>		<p>L°589-609 : Patient acteur de sa prise en soin, optimisme, ne pas voir l'échec comme définitif, notion de rendement occupationnel très important</p> <p>L°666-671, 693-701 : convocations et discussion avec les familles</p> <p>L°673-688 : patients acteurs de leur prise en soin faire deviner aux patients, leur donner l'impression que ça viens d'eux</p> <p>L°745-751 : travail pluridisciplinaire avec les kinés, complémentarité</p> <p>L°755-756 : Avoir le temps d'être avec un patient, donner du sens</p> <p>L°842-852 : transfert de contacts pour la suite, club handisport à la sortie</p> <p>L°854-862 : important d'avoir de bon collègues, communiquer</p> <p>L°1032-1068 : patient acteur</p> <p>L°1042-1054 : le patient doit faire des choses pour lui = contrôle, liberté, satisfaction personnelle, aisance, plaisir</p> <p>L°1087-1101, 1118-1124 : théorie du flow</p> <p>1104-1108 : Transférabilité des acquis</p>		
---------------------------------	--	---	--	--

<p>E3 (1)</p>	<p>Exerce depuis 18 ans au Canada Travaille depuis 3 ans en centre de réadaptation en déficiences physiques Public amputé au quotidien, public (poly)traumatologie</p>	<p>L°24-28 : l'image corporelle est importante, d'autant plus dans la société actuelle, l'image, les photos, les vidéos, les réseaux sociaux L°29 : l'image corporelle est importante pour les personnes amputées ou non L°30-50 : la différence de l'image accroche le regard des autres, interprétation biaisée des regards et associer un jugement à connotation négative L°51-57 : l'image corporelle est aussi liée au regard de soi sur soi L°75-79, 105, 109 : l'image corporelle dépend du rôle/fonction dans la société, famille, professionnel</p>	<p>L°71-72 : la considération de l'image corporelle varie selon chaque personne, il n'y a pas de protocole ou alors n'en a pas la connaissance L°73-74 : la considération de l'image corporelle se fait à l'aide de discussions, thérapie miroir, les rencontres entre pairs (très aidant) L°195-196 : Travail des douleurs fantômes avec l'imagerie motrice L°199-210 : en séance et en autonomie, L°213-215 : Thérapie miroir L°219-242 : travail pluridisciplinaire avec physiothérapie (entraînement prothétique), ergothérapie (entraînement à l'emploi/équipements et adaptations), psychologue, sexologue L°245-272 : réentraînement à l'emploi en ergothérapie, mise en situation sur le lieu de travail quand possible</p>	<p>L°163-164 : Travail avec et sans prothèse L°275-281 : Prises en soin individuelles, tout au long de la réadaptation</p>	<p>L°88-104 : être bien accompagné dans le processus de deuil est très important, sinon réadaptation ralentie, cercle vicieux (prothèse / niveau psychologique / réadaptation / deuil ralenti) L°142-147, 151 : Pour la quasi-totalité des gens au début, présence de colère, ils ne vont pas s'aimer, lien à l'esthétique et aux cicatrices L°149-151 : au début deuil du membre, de la fonction, de l'image corporelle L°152-156 : l'acceptation avance dans le temps, avec la guérison, appareillage (ou en tous cas que ce soit esthétiquement acceptable, moins de regards des autres) L°157-165 : évolution des phases de deuil vers le positif, l'image s'améliore, mais variable selon les personnes, certains ne développent pas une bonne conceptualisation de leur image, ne vont pas forcément accepter leur condition et image</p>	<p>L°59-68 : distinction amputation congénitale/traumatique, changement d'image corporelle L°81-86 : travail en équipe, le psychologue joue un rôle très important, « bénéficieraient tous d'être suivi en psychologie », extrêmement bénéfique pour le deuil, la progression de la réadaptation. Les personnes amputées n'acceptent pas toujours les séances L°185-190 : la diminution des douleurs fantômes aide à l'acceptation, pas linéaire L°289-293 : rôles de la personne et supports autour, un réseau L°294-299 : rencontrer un pair, quelqu'un qui a vécu quelque-chose de similaire</p>
---------------------------------	--	--	---	--	---	---

<p>E3 (2)</p>	<p>L° 113-126 : l'image corporelle est reliée à la localisation de l'amputation et le rôle de la personne, image projetée dans un rôle</p> <p>L° 128-130 : l'image corporelle est impacté quand le changement d'image corporelle impacte les activités</p> <p>L° 147, 151 : au début, l'image corporelle est négative, doivent vivre avec ça</p> <p>L° 165-170 : l'image corporelle est reliée aux rôles et aux supports que les gens ont autour, pas nécessairement au sexe (f/h)</p> <p>L° 191-192 : les douleurs fantômes et l'image corporelle sont reliés, l'intervention pour les douleurs fantômes est bénéfique pour la personne et son image</p>	<p>L° 322-343 : canevas d'évaluation contenant une section « condition mentale », image abordée, abordé dès le début de la prise en soin pour avoir une idée des thématiques récurrentes pour les prochaines interventions</p> <p>L° 356 : mises en situations par rapport au canevas d'évaluation et aux activités significatives</p>	<p>L° 169-170 : l'acceptation et le deuil sont facilités par le fait de faire de voir qu'ils sont capables d'avoir un bon rendement dans leurs occupations colonne</p> <p>L° 181-184 : évolution du deuil perçu quand les personnes commencent à faire des choses qu'ils n'étaient plus capables de faire</p>	<p>L° 300-306 : être capable de faire des choses, la quasi-totalité des choses d'avant (même autrement), aide à l'acceptation</p> <p>L° 309-318 : regard de la société, travail à faire sur l'intégration des personnes différentes, cela aiderait à l'acceptation</p>
---------------------------------	---	--	---	--

Annexe 20 : Analyse horizontale

E1 : Tout d'abord, E1 trouve que l'image corporelle est essentielle pour utiliser le corps à bon escient et se mouvoir dans les activités (L°21-26). Cela rejoint le fait que l'image corporelle impacte les performances des personnes amputées (L°31-33). E1 ajoute également que quelle que soit la pathologie, la personne doit avoir conscience de ce qui est nouveau comme les limites de son corps et ses nouvelles capacités (L°24-30). E1 perçoit un lien fort entre l'image corporelle et le regard des autres. En effet toujours selon elle, nous nous voyons à travers l'œil de l'autre : quand l'image est abimée, on ne renvoie plus la même chose. De plus, il y a une notion d'interprétation négative des regards qui entre en jeu (nous avons pour habitude de partir du principe que les autres nous voient tel que l'on se voit). Cela peut poser des problèmes pour s'intégrer dans la société (L°318-347). En effet selon E1, l'amputation représente beaucoup psychologiquement car c'est un enlèvement d'une partie de soi (L°232-235). Cela rejoint le fait que les personnes amputées ont du mal à se regarder dans une glace au début de la prise en soin (L°35-36). Cela amène au fait que les patients amputés ont beaucoup d'attentes envers la prothèse, « ce n'est pas un autre pied, c'est une prothèse » (L°224-232). En effet, la non-acceptation de la prothèse est due à la volonté de la cacher. Cela amène à des limitations occupationnelles (L°365-376). Cela rejoint le fait que l'acceptation de la prothèse doit se faire avec et sans la prothèse (L°404-423), bien que la prothèse puisse soulager les douleurs fantômes (L°96-120). E1 ajoute que les personnes doivent accepter d'avoir un gros handicap (L°404-423), cela entre en contradiction avec ses dires sur le fait que l'amputation cause peu de restrictions d'activités avec les avancées des nouvelles technologies, dans le cas où la personne est dans un bon état général. En effet, certains de ses anciens patients font des sports extrêmes (L°425-439). E1 évoque une certaine prudence et vigilance quant aux miroirs en début de rééducation (L°75-84), mais également par rapport à ce que la personne peut renvoyer ainsi que son entourage (car ce n'est pas forcément représentatif de la réalité et du réel ressenti de la personne), et à la manière de s'adresser aux personnes (cela peut avoir de grosses conséquences) (L°455-486). En ce qui concerne la considération de l'image corporelle dans sa pratique : E1 discute de l'image corporelle dès lors que les douleurs fantômes sont abordées (L°85-94). E1 explique qu'elle ne considère pas l'image corporelle en tant que telle (L°42-43). Cela entre en contradiction quelques lignes après, où E1 dit travailler l'image corporelle de la personne amputée dans sa pratique car selon elle, c'est une composante qui entre en jeu dans toutes les activités faites

avec les patients (L°47-54). En effet, E1 dit l'évaluer grâce à des bilans pour prévoir des axes d'intervention (L°486-508). De plus, E1 explique considérer l'image corporelle avec les moyens suivants : le discours, le toucher (L°57-63), les mises en situations (L°510-528). E1 est également revenue plusieurs fois sur l'importance de pluridisciplinarité avec les : neuropsychologues, psychomotriciens, psychologues, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, médecins, enseignants en activité physique adaptée APA (L°43-44, 129-149, 442-446), notamment auprès du public des personnes amputées, en réunion d'équipe et autre. Au contraire, E1 évite d'utiliser la thérapie miroir auprès du public des personnes amputées car cela est contradictoire par rapport au fait d'intégrer le nouveau corps, avec l'absence du membre (L°172-217). A la fin de la rééducation, E1 a pour habitude de transmettre le contact de fédérations handisports aux personnes (L°445-447). En ce qui concerne le deuil : une évolution vers le positif est perçue, de manière variable selon les personnes en termes de temporalité (L°244-261, L°289-304). Le deuil complet et le handicap sont perçus comme compliqués (L°263-L°273). Cependant, E1 exprime qu'il est rare que les personnes ne modifient pas leur image corporelle (L°289-302). Nous pouvons faire un parallèle avec les dires de E1 sur le fait qu'il y a une différence entre l'acceptation des personnes amputées avec et sans agénésies. En effet, la mise en place de la prothèse est perçue comme plus rapide, « comme si c'était une canne ». Selon E1, c'est le changement d'image qui crée le problème d'image corporelle négative, car il faut la reconstruire (L°271-288). E1 ajoute que l'acceptation dépend des cultures et du regard que portent les personnes sur les malformations physiques (L°351-363). Nous pouvons faire un parallèle avec le fait que l'acceptation est perçue comme plus difficile pour les femmes (L°350). E1 perçoit que l'acceptation est dépendante du caractère des personnes, de leur vécu, de la valeur émise/image de soi auparavant dans l'aspect physique, des valeurs de vie (L°304-317, 385-386), de la cause/histoire de l'amputation, du vécu de l'amputation (L°387-394). Pour finir, E1 exprime que la prise en charge et l'accompagnement influent également l'acceptation, notamment la prise en charge avec un psychologue, bien que l'ergothérapeute participe à l'accompagnement (L°398-405). Il est à noter que les patients sont parfois réticents à l'intervention en psychologie, pourtant perçue comme bénéfique pour abaisser la dose de stress par exemple selon E1 (L°152-170). E1 présente un profil « adhérent ».

E2 : Selon E2, l'image corporelle est un fil rouge à suivre tout au long de la prise en soin, elle est notamment très importante à considérer dans un second temps (réhabilitation/réinsertion) (L°96-99, 202-206, 499-504). Cela rejoint ses dires sur le fait de commencer la discussion autour de

l'image corporelle lorsque la personne commence à se projeter, parler d'habits et de prothèse prothétique (L°234-244). En effet, l'image corporelle est la « chose avec le plus d'enjeux », qu'il faut prendre au cas par cas : c'est l'un des problèmes les plus importants de la vie des personnes amputées (L°96-99, 902-903, 513-518). Selon E2, il est important d'exercer le patient à se confronter à l'image corporelle (L°168). Cela rejoint l'objectif principal de prise en soin de E2 : que la personne se redéfinisse en tant qu'individu et se réaccomplisse dans ce nouveau corps (L°786). En effet, E2 perçoit l'amputation comme compliquée psychologiquement car les personnes n'imaginent pas devoir tout réapprendre comme au stade de l'enfance (L°465-476). Selon E2, le schéma corporel devient notre image corporelle à travers le corps dans l'espace, les expériences vécues et le fait de prendre soin de son corps et de le développer (L°247-252). E2 ajoute que l'image corporelle est liée aux rôles : il part du postulat que l'activité est un déterminant de santé, qui apporte du bien-être (L°124-133). Selon E2, l'image corporelle est également reliée au regard des autres car toujours selon le postulat que l'activité est un déterminant de santé, les activités de groupe se retrouvent alors lourdement impactées (L°183-188, 506-513). Cela rejoint donc les dires de E2 sur le fait d'adapter l'équilibre occupationnel, de faire les choses différemment sans arrêter de les faire (L°456-457).

Lors de son intervention auprès des personnes amputées, E2 utilise une approche patient-centré (L°641-646). E2 commence tout d'abord par prendre le temps lors de la première rencontre avec la personne. En effet, elle présente le fondement de la relation thérapeutique (L°190-201). Il ajoute qu'il est important de s'inscrire dans l'esprit du patient en tant que personne ressource/guide spirituel afin d'évaluer l'état psychologique/physique de la personne, avant même d'aborder le schéma et l'image corporelle (L°29-40). Cela rejoint ses dires qui exprime que le plus important est la relation et le cadre thérapeutique tissé. Pour cela, E2 se base sur le principe de Winnicott : respecter l'intégrité physique, émotionnelle, affective et spirituelle (L°156-165), il est donc important de ne jamais montrer de la pitié dans l'approche, même si elle peut être ressentie (L°189-190). E2 ajoute qu'il est nécessaire de bien connaître son patient (L°392, 931-932). Pour cela, E2 s'appuie d'une part sur l'entourage de la personne pour mieux le connaître, mais surtout sur la notion de confiance thérapeute/patient, perçue comme très importante (L°75). En effet, E2 ajoute qu'il y a une différence de confiance patient/psychologue et patient/ergothérapeute. La relation avec le psychologue peut être vécu comme un « piège » en duel, ou alors comme une sécurité. Quant à l'ergothérapeute, celui-ci apporte des solutions immédiates aux problématiques

quotidiennes, les personnes s'épanouissent dedans. Il y a une relation de co-construction et de confiance qui se tisse (L°76-95). Cela rejoint le fait de mettre le patient au centre de sa prise en soin et de lui demander ses objectifs à très court terme (avant la marche) (L°168-175). E2 met également un point d'honneur sur l'anticipation, l'honnêteté et la transparence tout au long de la prise en soin, même si cela se traduit par le fait de léguer à une autre structure/ergothérapeute si cela est plus adapté aux besoins (L°207-224, 532-539, 862-870, 1110-1114). En effet, il précise qu'il est important de prendre le temps de tout expliquer aux patients, de donner du sens (L°57-61, L°755-756). De plus, E2 explique également beaucoup aux familles, afin qu'elles deviennent des personnes ressources et de leur donner les clés pour des bases plus saines et un meilleur bien-être (L°393-417, 666-671, 693-701). En ce qui concerne la considération de l'image corporelle dans sa pratique, E2 part toujours du principe d'attendre que ce soit le patient qui pose des questions sur son avenir, quand le lien de confiance établi (une fois que l'ergothérapeute a pu rendre au patient sa dignité par la valorisation à travers les activités) (L°141-152). E2 explique cependant que le meilleur moyen pour un patient de discuter de son image corporelle est de discuter avec un autre patient/patient expert (L°266-277, 430-431). Pour considérer l'image corporelle, E2 utilise également la thérapie miroir pour les douleurs fantômes (L°366-374) et les soins d'hygiène/confort comme la douche et le tactile afin de permettre la relation au corps pour la personne (L°307-333, 357-362, 368-374, 432). E2 souligne l'importance de l'aspect pluridisciplinaire, de la complémentarité des soins et de la communication (L°745-751, 854-862). E2 utilise également l'humour pour considérer l'image corporelle dans sa pratique, toujours avec vigilance (L°289-298, L°1009-1031). E2 exprime aussi l'importance capitale des mises en situation (L°346-362). En effet, cela permet aux personnes d'être acteur de leur prise en soin (L°1032-1068). Cela permet au patient de réaliser des choses pour lui, de gagner en contrôle, liberté, satisfaction personnelle, aisance et plaisir (L°1042-1054). E2 ajoute qu'il est important de donner l'impression aux patients que les apprentissages viennent d'eux (L°637-688). Cela entre avec l'importance de la « manipulation à l'usage des gens honnêtes » expliquée par E2 comme un conditionnement du patient en ayant confiance en lui, en croyant en ses capacités (L°333-344). Il est également important de permettre au patient d'être optimiste et de ne pas voir l'échec comme définitif de par l'expertise au rendement occupationnel (L°589-609). Pour mener ses séances, E2 appuie l'importance de faire de son mieux et de changer d'activité et de passer par le signifiant pour préserver l'aspect motivationnel de la personne lors de la rééducation (L°136, 456-457, 541-544).

E2 dit être intransigeant avec les patients en passant par la dignité, l'estime de soi, la volition et l'empowerment (L°450-451). E2 explique garder en tête la théorie du flow pour adapter le défi des activités proposées (L°1087-1101, 1118-1124). Pour clôturer son intervention, E2 partage aux personnes le contact de clubs handisports (L°842-852), ce qui explique la notion d'importance de la transférabilité des acquis (L°1104-1108). E2 expose cependant la difficulté d'être juste quant à l'image corporelle d'autrui car on ne sait pas ce que la personne ressent, c'est pourquoi il dit se baser sur les expériences d'autres patients, l'adaptation de l'accompagnement et l'individualisation (L°253-260, L°648-652, 932). Ainsi, E2 cherche dans son intervention à tendre à l'équilibre occupationnel initial du patient pour restaurer son bien-être étant donné que nous sommes définis par nos occupations (L°459-465). En effet selon E2, il y a un lien entre l'amputation, la qualité/hygiène de vie et l'équilibre occupationnel dans le cas de ses patients (amputés à la suite de tabagisme par exemple), c'est pourquoi il est important de traiter le sujet initial avant de mettre une prothèse (L°376-392). De plus en ce qui concerne la prothèse, E2 exprime que les personnes doivent exister avec et sans leur prothèse : « ce n'est pas un objet magique qui va résoudre tous leurs problèmes » (L°176-181). En effet, l'apprentissage de la marche avec prothèse est plus compliqué que ce qui paraît : c'est une nouvelle manière de marcher, ça n'est pas de la rééducation mais une éducation à la marche (L°226-234).

En ce qui concerne le deuil, E2 exprime plusieurs types de deuils lors d'une amputation comme : le deuil d'un équilibre occupationnel (L°117-120), de la vie d'avant, du handicap, de l'image corporelle, tous liés entre eux (L°551-552). Il y a cependant une nuance à avoir entre une amputation « prévue » ou non, entre le deuil de quelque-chose que l'on n'a jamais eu ou quelque-chose qu'on a déjà eu (L°465-476-916-930). Selon E2, les deuils représenteraient un tiers de la totalité de l'accompagnement du patient (L°909-915). Au cours de son intervention, E2 perçoit généralement une évolution de l'acceptation du regard des autres, du handicap et de l'image corporelle (L°556-565). Bien que perçu comme variable selon les personnes et les problématiques, E2 ajoute que le processus de deuil de l'image corporelle avance généralement quand le patient reprend le contrôle de son corps et de son environnement, quand il fait des choses. L'ergo apporte seulement la technique pour lui permettre de reprendre le contrôle (L°565-586). E2 exprime cependant qu'il est important que la personne comprenne qu'il faut qu'elle fasse des concessions (L°1084). E2 perçoit que le deuil n'est pas quelque-chose de linéaire : il y a de nombreux aller-retours entre les phases de colère, marchandage et tristesse notamment. La phase de déni et

d'acceptation reste en général dépassée définitivement lorsqu'elle l'est (L°611-626). E2 précise qu'il n'aborde par l'image et le schéma corporelle des personnes à toutes les étapes de deuil, notamment lors déni. En effet, cette phase est perçue comme l'acceptation d'une fatalité, qui n'est pas forcément adapté aux situations. E2 trouve alors un bénéfice à provoquer le déni par la mise en situation et la convocation de la famille (L°628-631, 654, 726). Toujours dans une démarche de transparence, il est déjà arrivé à E2 d'expliquer le processus de deuil aux patients et à leurs familles (L°758-763). E2 ajoute que les patients doivent être honnêtes avec eux-mêmes et qu'ils ont le droit de ne pas aller bien (L° 799-802). De plus, E2 exprime que le deuil de l'image corporelle est très important étant donné qu'il fait appel à l'utilité sociale : qui est dans la société actuelle prépondérant (L°941-945). Le regard des autres impacte donc le processus de deuil selon E2 : les patients doivent apprendre à vivre avec. Afin de donner du sens aux patients, E2 compare ce deuil à une rupture amoureuse ou au deuil d'un être cher (L°955-1005). Selon E2, il y a deux façons de regarder un handicap : soit comme quelqu'un de « stylé », soit avec de la pitié « le pauvre ». Il ajoute que ces regards dépendent de ce que la personne dégage, son aura (L°788-808). E2 exprime qu'il faudrait une progression du regard de la société envers le handicap (L°1070-1072). E2 souligne aussi l'importance de l'intimité dans le processus de deuil (L°835-841). Ainsi, le deuil est perçu comme compliqué selon E2 étant donné qu'il est difficile de le prévoir : il faut toujours être prêt à accueillir le patient (L°722-725). E2 souligne l'importance de la collaboration avec le psychologue dans le contexte du deuil : « il ne faut pas forcément toujours travailler tout seul » (L°727-743). En ce qui concerne l'acceptation : cette phase peut se percevoir lorsque la personne commence à se projeter dans l'avenir ou quand elle est capable d'avoir un discours apaisant et constructif auprès d'un autre patient (L°243-244, 277-289). Cela est valorisant, la valeur sociale entre alors en jeu (L°812-833). E2 ajoute pour finir que le combat pour le schéma/image corporelle et de l'acceptation de soi est bien, mais que s'il existe des triches il ne faut pas hésiter à s'en servir (ex : chaussures orthopédiques esthétiques) (L°489-497). E2 présente un profil « adhérent ».

E3 : Tout d'abord, E3 perçoit l'image corporelle comme étant importante, d'autant plus dans la société actuelle où l'image, les photos, les vidéos et les médias sociaux sont démocratisés (L°24-28). Ainsi, l'image corporelle est perçue comme importante tant pour les personnes amputées que non (L°29). Selon E3, l'image corporelle est fortement reliée au regard des autres (et son interprétation négative), au regard de soi sur soi et aux supports (comme la famille) dont la personne dispose (L°30-57, 165-170), pas forcément par rapport à une caractéristique comme le sexe de la

personne. En effet, E3 ajoute qu'il y a encore du travail à faire sur la société pour l'intégration des personnes différentes (L°309-318). L'image corporelle est perçue comme dépendante du rôle/fonction que la personne occupe dans la société, dans sa famille ou professionnellement (L°75-79, 105, 109). En effet, E3 ajoute que l'image corporelle est reliée à la localisation de l'amputation par rapport aux rôles, l'image projetée dans un rôle (L°113-116). Cela rejoint les dires de E3 qui exprime que l'image corporelle est impactée dès lors que le changement corporel impacte les activités. L'image corporelle est également perçue comme reliée aux douleurs fantômes selon E3 (L°191). E3 perçoit une image corporelle négative au début de la prise en soin (L°147-151). Ainsi en ce qui concerne la considération de l'image corporelle dans sa pratique, E3 dit qu'elle varie selon chaque personne, qu'elle ne suit pas de protocole spécifique ou qu'elle n'en a pas connaissance (L°71-72). E3 commence tout d'abord par faire passer une « canevas d'évaluation » aux personnes amputées, contenant une partie « condition mentale » abordant l'image corporelle afin d'évaluer les thématiques récurrentes pour les prochaines interventions (L°322-343). Ensuite, E3 utilise plusieurs moyens pour considérer l'image corporelle dans sa pratique comme par : les discussions, la thérapie miroir (L°213-215) et l'imagerie motrice (L°192, 199-210) pour les douleurs fantômes, l'organisation de rencontres entre pairs (L°73-74) et des mises en situations d'activités signifiantes et professionnelles (L°356). En effet, le rôle de E3 dans sa structure est d'accompagner les personnes à la reprise de l'emploi et à l'utilisation/acquisition d'équipements et d'adaptations (L°219-242). Les mises en situation sur le lieu de travail sont réalisées quand cela est faisable (L°245-272). E3 exprime qu'il est important de faire des prises en soin individuelles tout au long de la réadaptation (L°275-281) et de travailler avec et sans prothèse (L°163-164). E3 souligne également l'importance du travail pluridisciplinaire avec les physiothérapeutes (entraînement prothétique), psychologues et sexologues. Cela rejoint ses dires sur le fait que le travail en équipe, notamment avec le psychologue est extrêmement bénéfique pour le deuil et la progression de la réadaptation. Les personnes « bénéficieraient toutes d'être suivies en psychologie », bien qu'elles n'acceptent pas toujours (L°81-86).

En ce qui concerne le deuil : E3 perçoit une évolution vers le positif. Généralement, l'image s'améliore mais cela est très variable selon les personnes. Certains ne développent pas une bonne conceptualisation de leur image et ne vont pas forcément accepter leur condition ni leur image (L°157-165). E3 exprime qu'il y a cependant une distinction à faire entre les amputations congénitales et traumatiques, avec le changement d'image corporelle (L°59-68). E3 ajoute qu'il est

important d'être bien accompagné dans le processus de deuil, afin de ne pas entrer dans un cercle vicieux où le deuil ralenti induirait un niveau psychologique compliqué, une inclusion de la prothèse compliquée et un ralentissement de la réadaptation (L°88-104). En début de deuil, E3 perçoit à la fois un deuil du membre, de la fonction et de l'image corporelle (L°149-151). En début de prise en soin, E3 perçoit dans la quasi-totalité de ses prises en soins de la colère chez les personnes. Elles ne vont pas s'aimer, il y a un lien avec l'esthétique et les cicatrices (L°142-147, 151). E3 exprime que l'acceptation avance dans le temps, avec la guérison et l'inclusion de l'appareillage. Cela permet aux personnes d'avoir quelque-chose d'esthétiquement acceptable et de diminuer le regard des autres (L°152-156). E3 perçoit l'évolution du deuil dès lors que les personnes commencent à faire des choses qu'ils n'étaient plus capables de faire (L°181-184). Cela relie les dires de E3 : l'acceptation et le deuil sont facilités par le fait de voir qu'ils sont capables d'avoir un bon rendement dans leurs occupations (L°169-170). E3 perçoit plusieurs facteurs influençant le processus de deuil et l'acceptation comme : la diminution des douleurs fantômes qui aide à l'acceptation (L°185-190), les rôles de la personne, ses supports/réseau autour (L°289-293), la rencontre entre pairs, avec quelqu'un qui a vécu quelque-chose de similaire (L°294-299), mais également le fait d'être capable de faire la quasi-totalité des choses réalisées auparavant, même autrement (L°300-306). E3 présente un profil « adepte ».

Annexe 21 : Discussion complète selon la revue de littérature

Tout d'abord selon la revue de littérature (RL), l'image corporelle est définie comme un concept multidimensionnel. Ces dires ressortent notamment lors de l'analyse des résultats qualitatifs où l'image corporelle est perçue comme dépendante du regard des autres (perceptif), des activités (comportementales), des personnes (évaluative lors du jugement dans le miroir par exemple). La RL expose aussi qu'il y a une relation directe entre le changement objectif d'apparence et la perturbation de l'image corporelle. Cela est également ressorti dans les données qualitatives. Une image corporelle néfaste affecte la qualité de vie selon la RL. Les résultats qualitatifs corroborent avec cela avec le lien entre l'amputation, la qualité de vie, l'hygiène de vie et l'équilibre occupationnel. La RL expose également plusieurs fois la notion de « satisfaction ». Ce terme n'est ressorti qu'une seule fois lors d'un entretien. Selon la RL, la satisfaction est associée à l'image corporelle et au bien-être psychologique de l'individu. La notion de bien-être est également ressortie une seule fois lors d'un entretien, en rapport avec le fait de réaliser des activités. Autrement, l'image corporelle est une problématique pouvant toucher les personnes amputées, avec d'autres pathologies, ou pas de pathologies selon la RL. Cela entre en collaboration avec les données récoltées lors des différents entretiens. Il est aussi dit que ce qui est vécu comme le plus problématique est l'absence des activités que la personne pouvait réaliser « avant ». Cela entre en collaboration avec les dires des ergothérapeutes lors des entretiens : le fait de refaire les activités d'avant paraît extrêmement important étant donné que l'activité serait un déterminant de santé. Cependant, une donnée entre en opposition avec cela : au cours d'un entretien, l'amputation ne causerait pas de restriction occupationnelle dans le contexte des nouvelles technologies avec une personne en « bonne forme ». De plus, il est dit dans la RL que le fait de se sentir auteur d'actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps : cela est beaucoup ressorti dans les résultats qualitatifs.

En ce qui concerne l'image corporelle et l'aspect psychosocial : ce terme n'est pas ressorti tel quel dans les résultats. Cependant, il a été traduit à travers d'autres termes que nous exposerons dans cette sous-partie. Selon la RL, l'image corporelle, l'adaptation psychosociale et la qualité de vie sont étroitement liés. Le lien entre l'image corporelle et l'aspect psychosocial est ressorti dans les résultats qualitatifs. Les ergothérapeutes répondants au questionnaire ont également perçu que

l'avantage principal à la considération de l'image corporelle dans la pratique était une meilleure qualité de vue/participation occupationnelle, et que la résultante principale de l'acceptation de l'image corporelle était la qualité de vie. Cependant, le regard des autres a été développé dans tous les entretiens, qui fait partie intégrante de l'adaptation psychosociale. La RL ajoute la notion de corps social, que le corps est l'interface entre soi et les autres, qu'il nous définit et nous délimite. Cela est également ressorti dans les résultats qualitatifs. La RL précise qu'il y a une certaine interprétation des regards et que ceux-ci permettent de repérer l'acceptation et la reconstruction du corps social. En effet, la notion d'interprétation est ressortie dans les données qualitatives. Les ergothérapeutes ont également ajouté le fait que les regards dépendaient également de ce qui était dégagé par la personne, à travers une aura. Toujours selon la RL, vivre amputé et appareillé est une problématique contemporaine car le regard des autres peut avoir un impact négatif dû aux normes validocentrées de visibilité sociale du corps. Ces dires ont été corroborés par la citation de l'impact de la société actuelle, centrée sur le physique. Les personnes amputées ont donc tendance à adapter des stratégies pour pallier aux difficultés, comme en rendant « invisible » la prothèse lors des interactions sociales : cela est ressorti lors des résultats qualitatifs. Selon la RL, l'expérience de l'image corporelle est plus compliquée à vivre pour les personnes amputées que pour les personnes diabétiques, de par le handicap visible : la notion de la différence qui attire l'œil est ressorti auprès des ergothérapeutes des entretiens. Selon la RL, les besoins principaux des personnes amputées sont le soutien familial, communautaire, religieux et culturel. L'aspect du support, de l'entourage et culturel est ressorti lors des entretiens. De plus, il est dit dans la RL que les cultures exercent une influence sur les perceptions de l'image corporelle : cela a été exprimé lors d'un entretien. La RL ajoute que les rencontres occupent un rôle déterminant qui permettent aux personnes amputées de se sentir acceptées dans la différence : cela n'a pas été abordé en tant que tel. Cependant, il a été dit lors d'un entretien que le fait de se sentir accepté tel que l'on est par ses proches favorisait l'acceptation de l'image corporelle. Pour finir sur l'aspect psychosocial, les personnes recherchent pour la plupart à fonder une famille pour trouver un statut social au sein d'un couple ou dans le rôle de parent : la notion de rôle est également ressortie lors de plusieurs entretiens.

En ce qui concerne l'image corporelle et les prothèses : il est dit dans la RL que la technologie prothétique permet un niveau fonctionnel plus élevé pour les personnes amputées. En effet, les prothèses de haute technologie présenteraient une meilleure qualité de vie, performance

fonctionnelle et satisfaction de l'image corporelle. Ces dires sont partiellement confirmés lors d'un entretien où il est exprimé qu'une amputation compensée avec les nouvelles technologies n'induisait presque pas de restriction occupationnelle. De plus, une évolution positive de l'image corporelle est majoritairement perçue par les ergothérapeutes répondants au questionnaire. Selon la RL, la prothèse permet d'aider le patient à surmonter sa double mutilation (physique et identitaire) et de réinvestir son propre corps, environnement quotidien (activités quotidiennes) mais aussi son espace social (entourage). Cela a été confirmé par les ergothérapeutes lors des entretiens. Il est dit dans la RL que la prothèse pouvait avoir une connotation négative due à son contexte de mise en place : cette idée est ressortie dans les trois entretiens menés. Il a également été souligné l'importance des avancées technologiques et de l'esthétique de la prothèse dans la RL : cela a été abordé par les ergothérapeutes, la prothèse permettrait un retour à un « esthétiquement acceptable ». De plus selon la RL, l'image corporelle pourrait être une cible importante d'intervention : cette idée est ressortie lors des entretiens. D'autres méthodes de rééducation sont également employées dans le cadre de l'image corporelle selon la RL, comme les interventions cognitivo-comportementales, la thérapie miroir, les rencontres entre pairs aidants, les programmes de conscience corporelle, d'adaptation psychosociale et de réadaptation cognitive. Les dires des ergothérapeutes lors du questionnaire et des entretiens sont plus ou moins en adéquation avec ces moyens. L'écoute/discussion/prise en compte des ressentis est ressorti comme le moyen le plus utilisé, à l'unanimité. La pluridisciplinarité a aussi été abordée de nombreuses fois, tout comme la thérapie miroir, l'utilisation de bilans et le partage d'expériences entre pairs. Sont également ressortis de manière minoritaire l'utilisation de mises en situation, du toucher et des soins d'hygiène, de l'imagerie motrice. De plus, on notera que la thérapie miroir a été évoquée comme à éviter avec le public des personnes amputées selon un entretien. La RL assure également l'importance de l'inclusion de la famille et de l'aspect spirituel : l'inclusion de la famille a été abordé dans deux entretiens. Ainsi, nous pouvons conclure que les données de la revue de littérature sont plutôt en adéquation avec les résultats obtenus.

Résumé

Introduction - La modification physique peut rendre les personnes amputées insatisfaites de leur image corporelle, induisant des problématiques de qualité de vie. L'objectif de ce mémoire est d'étudier comment les ergothérapeutes considèrent et perçoivent l'image corporelle, le deuil et l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées. *Méthode* – Ce mémoire est construit sur une méthode mixte ciblant des ergothérapeutes travaillant auprès de personnes amputées. Les données ont été analysées de manière statistique descriptive et différentielle, thématique et textuelle. *Résultats* – Le questionnaire de 42 réponses initie un lien entre la considération de l'image corporelle dans la pratique et l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées. Les 3 entretiens semi-directifs ont rapporté que les ergothérapeutes perçoivent une évolution positive de l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées au cours de leur intervention. *Discussion* – La considération de l'image corporelle dans la pratique en ergothérapie auprès de la personne amputée reste assez floue. Il est donc difficile d'étudier son influence sur l'acceptation de l'image corporelle des personnes amputées. Un intérêt général a cependant été porté à ce thème, des recherches complémentaires paraîtraient pertinentes.

Mots clés : *Ergothérapie, Personnes amputées, Image corporelle, Acceptation, Qualité de vie*

Abstract

Introduction - Physical modification can cause amputees to be dissatisfied of their body image, leading to quality-of-life issues. The objective of this thesis is to study how occupational therapists consider and perceive body image, bereavement and acceptance of the body image of amputees. *Method* – This thesis is built on a mixed method, targeting occupational therapists who work with amputees. The data were analyzed in a statistical descriptive and differential, thematic and textual way. *Results* – The 42-response questionnaire initiates a link between the consideration of body image in practice, and amputee's acceptance of body image. The 3 semi-structured interviews reported that occupational therapists perceive a positive evolution of acceptance of the body image of amputees during their intervention. *Discussion* – The consideration of body image in occupational therapy practice with amputees remains rather vague. It is therefore difficult to study its influence on the acceptance of the amputee's body image. However, a general interest has been shown in this theme, further research would seem relevant.

Key words : *Occupational therapy, Amputees, Body Image, Acceptance, Quality-of-life*