



L'ergothérapie chez des personnes amputées
suite à un accident de la voie publique :
l'engagement occupationnel comme moteur
de la rééducation

Mémoire d'initiation à la recherche

DURAND Léa

Promotion 2022-2025

LANNOY Delphine

Maître de mémoire



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

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e **Durand Léa**

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

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

Fait à **St Sébastien de Morsent**

Le ...**11/05/2025**..... signature

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

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer de profonds remerciements à Madame LANNOY Delphine, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils et remarques pertinentes ainsi que pour son accompagnement toujours bienveillant tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Merci également aux responsables pédagogiques pour leur encadrement et leurs précieux conseils durant ces trois ans d'étude.

Un grand merci à mes proches, à ma sœur pour son soutien et surtout à mes parents qui ont toujours cru en moi et m'ont soutenu dans les moments de doutes. Merci pour vos sacrifices silencieux, votre amour inconditionnel et votre confiance à toutes épreuves. Merci de m'avoir montrée, par votre exemple, ce que signifient le courage et la persévérance. Ce diplôme, cette étape, ce parcours, je vous les dois.

Un très grand merci à Maxime SEBASTIEN d'avoir été présent dans les pleurs comme dans les rires et de m'avoir encouragée quand je voulais baisser les bras. Merci pour ton amour et ta patience qui m'ont porté à travers ces trois années difficiles.

Merci aux personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire, à sa relecture et à sa correction.

Je remercie également ma copine de promotion Charlotte DECAEN, sans qui ces trois années n'auraient pas été les mêmes. Notre solidarité m'a permis d'affronter les nombreuses difficultés à surmonter. Merci pour tous nos moments partagés qui m'ont redonné le sourire.

Je souhaite consacrer cet écrit à la mémoire de ma grand-mère, dont l'amour et la sagesse ont profondément imprégné ma vie. Son soutien inébranlable et ses encouragements m'ont toujours motivée à poursuivre mes rêves avec détermination. Elle était une véritable source de lumière et de réconfort, et sa présence m'a permis de traverser les multiples épreuves. Je suis reconnaissante pour les valeurs qu'elle m'a transmises, et pour les leçons de vie qui résonnent encore en moi. Bien que son absence se fasse ressentir chaque jour, son esprit continu de vivre à travers moi et maintenant à travers chaque page de ce mémoire. Merci pour tout ce que tu as été et tout ce que tu représentes encore.

Mamie je l'ai fait !

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que l'on n'ose pas les faire, mais parce que l'on n'ose pas les faire qu'elles sont difficiles »

Romain SENEQUE

CITATIONS

« Ce qui est le plus important, ce n'est pas ce qui nous arrive mais ce que nous faisons de ce qui nous arrive. »

William MITCHELL

Table des matières

Introduction.....	1
I. CADRE CONCEPTUEL	1
1. Situation d'appel :	1
2. L'amputation	2
3. Epidémiologie :.....	3
4. Etiologies	3
4.1 Les causes	3
4.2 Les niveaux d'amputations	4
5. Comprendre l'amputation : le parcours.....	4
5.1 Le parcours hospitalier	4
5.1.1 L'arrivée aux urgences	4
5.1.2 L'annonce	5
5.1.3 L'intervention chirurgicale	6
5.1.4 Post-opératoire	6
5.1.5 Rééducation	7
5.1.6 Appareillage	8
5.2 Le parcours psychologique.....	8
5.2.1 Le deuil.....	8
6. L'accompagnement en ergothérapie.....	10
6.1 Définition	10
6.2 Les missions.....	10
II. CADRE CONCEPTUEL	13
1. Concepts fondamentaux de l'amputation.....	13
1.1 L'image corporelle	13
1.2 L'identité et l'équilibre occupationnels	13
1.2.1 L'identité occupationnelle	13

1.2.2	L'équilibre occupationnel.....	14
2.	La motivation.....	15
2.1	Définition.....	15
2.2	La motivation extrinsèque :.....	15
2.3	La motivation intrinsèque :.....	16
3.	L'engagement occupationnel	17
4.	La MCRO	17
5.	L'entretien motivationnel	18
5.1	L'histoire.....	18
5.2	Définition.....	19
5.3	Les 4 principes structurants	19
5.4	Les 3 styles de communication	20
5.5	Les 3 façons fondamentales de communiquer.....	21
III.	CONCEPTUALISATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES	22
IV.	CADRE METHODOLOGIQUE	22
1.	Objectif de la recherche	22
2.	Choix de la méthode de recherche	23
3.	La population de recherche.....	23
4.	Le choix de l'outil de recueil de données	24
5.	Modalité de passation des entretiens.....	25
V.	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	26
1.	Présentation des résultats.....	26
1.1	Description des participants.....	26
1.2	Présentation et analyse des résultats :.....	26
VI.	DISCUSSION :.....	37
1.	Rappel des hypothèses :.....	37
2.	Biais, limites et perspectives de l'étude.....	40
2.1	Les biais.....	40

2.2	Les limites	40
2.3	Perspectives et apports personnels et professionnels de cette étude	41
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	
	Annexes	

LISTES DES ABREVIATIONS

- AVP : Accident de la Voie Publique
- EM : Entretien Motivationnel
- EO : Engagement Occupationnel
- MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnel
- MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
- PEC : Prise en Charge
- SMR : Soins Médicaux de Réadaptation

Introduction

L'ergothérapie est de nos jours considérée comme une discipline à part entière dans le domaine de la santé, où nous jouons un rôle crucial. En effet, nous nous développons dans un monde en constante évolution et les défis associés à la santé physique et mentale actuelles sont davantage présents et accentués par les différents modes de communication et les changements de représentations. Nous sommes ainsi amenés à rencontrer divers handicaps, pathologies, etc. qui ont un véritable impact sur la vie quotidienne des personnes. L'ergothérapeute soutient une prise en soin holistique où le patient doit faire preuve d'implication dans sa rééducation pour unique but d'améliorer sa qualité de vie . En effet, la rééducation peut être vécue comme une période difficile pour certains en raison de la temporalité, du lieu, de la pathologie, etc. C'est pourquoi l'ergothérapeute peut apporter un réel soutien dans l'accompagnement de ces personnes pouvant se sentir découragées lors de cette étape. Ce mémoire d'initiation à la recherche permet ainsi d'explorer les différentes facettes de l'ergothérapie en mettant l'accent sur diverses techniques d'engagement et de motivation pour favoriser l'implication des personnes dans leur rééducation et qu'elles deviennent ainsi acteurs de leur prise en soin.

Nous aborderons alors dans un premier temps le cadre contextuel dans lequel nous évoquerons la situation d'appel, des éléments relatifs aux amputations, le parcours de la personne amputée ainsi que l'intervention ergothérapique. Dans un deuxième temps, nous étudierons les concepts clés via le cadre conceptuel. Enfin, nous traiterons la phase expérimentale avec la méthodologie de recherche ainsi que les résultats obtenus.

I. Cadre contextuel

1. Situation d'appel :

Pour réaliser mon mémoire de fin d'étude, je me suis tout d'abord orientée vers la thématique de l'oncologie et plus précisément sur l'accompagnement des familles avec des patients souffrants d'un cancer. Mes premières recherches sur le sujet m'ont vite permis de prendre conscience que ce thème reflétait une situation personnelle,

ainsi travailler sur ce sujet tout au long de ma troisième année m'a alors semblé compliqué. J'ai entrepris de nouvelles recherches sur d'autres thématiques pour trouver un sujet à la hauteur, m'inspirant autant que le premier. Voyant que celles-ci n'aboutissaient pas, je suis alors partie en stage de deuxième année dans un centre de rééducation pour adultes sans grande conviction de trouver ce que je recherchais. En effet, les premiers jours m'ont permis de découvrir les patients, leur profil occupationnel mais aussi leurs objectifs. C'est donc lors d'une séance de bilan que j'ai rencontré une jeune patiente amputée du membre inférieur droit suite à un accident de la voie publique. Durant cette séance, une relation de confiance s'est très vite installée et la patiente s'est confiée sur l'histoire touchante qu'elle a vécue. Sa force d'esprit et sa motivation face à cette situation m'ont alors impressionnée. En effet, elle était réellement investie dans la prise en soin et voulait atteindre les objectifs qu'elle s'était fixée dans le but d'être plus autonome et ainsi réaliser ses occupations antérieures à l'accident. Son niveau de participation pendant les séances qui lui sont proposées était assidu et pérenne. Ce fut alors une prise en soin marquante qui m'a permis de prendre conscience de l'importance de l'engagement de la personne. Sa motivation a été un réel levier dans la rééducation et m'a poussée à me questionner sur le maintien mais également le renforcement de cette implication tout au long du parcours de soin. C'est pourquoi, mon sujet de mémoire s'est naturellement dirigé vers l'engagement occupationnel et le rôle que l'ergothérapeute peut y occuper pour amener le patient à être acteur dans sa prise en soin.

2. L'amputation

Tout d'abord, il est nécessaire de donner une définition assez simple et générale du terme « amputation ». Ainsi, au sens large du terme, Dorland indique que l'amputation est considérée comme « *l'ablation d'un membre ou d'une autre structure du corps* » (Dorland, cité dans CNFS, 2024).

De plus, selon Quebre, l'amputation représente « la section d'un membre ou d'un segment de membre » se retrouvant ainsi séparé du reste du corps. L'amputation peut alors être soit accidentelle, soit chirurgicale (Quebre, 2015).

3. Epidémiologie :

A ce jour, nous retrouvons très peu d'informations épidémiologiques concernant les amputations. Cependant, à titre indicatif, de 2011 à 2016, d'après les auteurs, il y aurait 1616 amputations majeures du membre supérieur et 116 866 amputations majeures du membre inférieur. Nous parlons ainsi d'amputations majeures pour désigner les amputations trans-tibiales et trans-humérales qui sont celles les plus pratiquées. Il a été constaté une baisse du nombre d'amputations depuis les années 1990, soit en raison d'une chute de réalisation d'amputations majeures en 2019 et 2020 dû au COVID-19 ou encore à certaines amputations sous-estimées à cause du critère de confidentialité (Bruyant et al., 2023).

4. Etiologies

4.1 Les causes

D'après les auteurs, les amputations des membres inférieurs sont les plus fréquentes et représentent 86% de celles-ci. On retrouve les amputations vasculaires qui représentent 55% c'est-à-dire une majorité, elles concernent particulièrement les sujets âgés de plus de 60 ans. A la deuxième position, les amputations traumatiques qui concernent 35% des amputations, sont le plus souvent présentes chez les sujets jeunes entre 20 et 40 ans, concernant le plus souvent les hommes. Enfin on retrouve, les amputations tumorales et les amputations congénitales qui représentent une minorité des amputations. (Bertinchamps et al., 2013, chapitre 11)

Parmi les amputations traumatiques, nous pouvons identifier les différentes origines de celles-ci. Tout d'abord, nous retrouvons les accidents de la voie publique (AVP) et les accidents du travail. Ce type d'amputation révèle un caractère d'urgence puisque certaines lésions sont définitives et par conséquent ne permettent pas de conserver le membre. Il existe également les brûlures et l'électrocution qui engendrent des complications lors de l'appareillage. Et enfin, les gelures peuvent elles aussi amener à une amputation en raison d'une peau froide, cyanosée et où les oscillations artérielles sont diminuées (ADEPA, 2025).

Lorsque l'amputation est irrévocable, la question du niveau d'amputation se posera alors et déterminera la future qualité de vie de la personne.

4.2 Les niveaux d'amputations

Le niveau d'amputation se définit en fonction de l'atteinte des tissus. Lors de l'opération, le chirurgien essaye de garder le maximum de longueur pour optimiser par la suite le port d'une éventuelle prothèse. De plus, il tente de garder l'articulation au-dessus des tissus lésés lorsque cela est envisageable pour plus de fonctionnalité lors de la rééducation. A noter, que le niveau d'amputation aura des répercussions fonctionnelles, notamment au niveau de la marche. En effet, la conservation du genou est un critère important pour la réhabilitation avec appareillage, elle demande moins d'énergie, améliore la cadence et le centre de gravité est plus stable lors de la marche ou des transferts (Sablou, 2025).

Au membre inférieur, on retrouve diverses amputations qui sont les suivantes : hémipelvectomie (supprime la moitié du bassin et les appuis fessiers), désarticulation de hanche, trans-fémorale, désarticulation du genou, trans-tibiale, amputation du pied, amputation de Syme.

Concernant le membre supérieur, les amputations représentent 15 % de l'ensemble des amputés. De même, il existe également différents niveaux d'amputation au membre supérieur. On retrouve alors notamment la désarticulation interscapulo-thoracique, la désarticulation de l'épaule, l'amputation humérale, la désarticulation du coude, l'amputation cubitale, la désarticulation de la main et du poignet et enfin la main partielle (ADEPA, 2025).

5. Comprendre l'amputation : le parcours

5.1 Le parcours hospitalier

5.1.1 L'arrivée aux urgences

Lorsque survient un accident de la voie publique, les secours se rendent sur place pour évaluer la situation. Il peut alors arriver qu'une personne se retrouve avec un des membres endommagés pouvant donner suite à une amputation, les secours se rendent donc au plus vite aux urgences pour procéder à une intervention chirurgicale. Ensuite, il est essentiel de déterminer le niveau d'amputation le plus approprié à la situation; en effet, celle-ci est discutée avec l'équipe et le patient lorsque c'est possible. Lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence, la décision n'est alors pas discutée avec le patient; toutefois divers éléments sont pris en compte pour prendre la meilleure décision possible pour la personne. Le plus souvent des tests sont réalisés (comme une radio, une IRM etc.) pour en connaître davantage sur les dégâts causés lors de l'accident. Ainsi, la qualité des artères est un facteur important dans la réalisation d'une amputation puisque celle-ci aura un impact sur la cicatrisation, sur la qualité de vie et l'autonomie pour une future prothèse mais également sur le risque d'infection. Il est alors nécessaire que le sang circule correctement au-dessus du niveau d'amputation (HUG, 2016). Une fois le patient stabilisé, vient le moment de l'annonce de l'amputation.

5.1.2 L'annonce

L'annonce est une étape difficile dans le parcours de la personne qui pourra jouer un rôle important dans l'acceptation et l'implication de sa rééducation. En effet, l'annonce d'une perte d'un membre a un fort impact psychologique mais aussi physique puisque cette perte touche à l'intégrité corporelle. Il est donc nécessaire de faire preuve de tact et d'empathie au moment de l'annonce. Ainsi, pour faire cette annonce, on ne retrouve pas de règles spécifiques mais plutôt quelques conseils applicables en fonction de la situation et qui aident le professionnel à adopter la bonne posture. Il est souvent recommandé de nommer une personne référente au sein de l'équipe professionnelle. Elle pourra tout de même s'appuyer sur le soutien du groupe ainsi que l'équipe « Psy » en cas d'obstacles ou de difficultés. Cependant, certaines amputations n'ont pas le temps d'être discutées et doivent être traitées en urgence, dans ces cas-là, le patient n'est pas consulté en amont dans la prise de décision. Il est essentiel que les conséquences de l'intervention réalisée préalablement lui soient transmises dès son réveil pour éviter que celui-ci s'en rende compte de lui-même. Il pourrait alors subir un choc face à la vision de l'absence de son membre. (MESI, 2024)

Face à ce bouleversement, le patient peut avoir une vision assez négative du futur, il a du mal à se projeter. Cependant, il peut être également dans le déni et refuser d'accepter la situation à laquelle il se retrouve confronté. Le rôle de l'équipe soignante est de l'aider à dépasser tous ces sentiments négatifs qu'il ressent en l'informant sur les soins, les solutions envisageables comme l'appareillage mais aussi la rééducation dont il pourra bénéficier pour retrouver son autonomie. L'équipe fait partie intégrante du processus de deuil puisqu'elle accompagne le patient jusqu'à ce que celui-ci accepte sa nouvelle condition physique (Thomas-Pohl et al., 2015)

5.1.3 L'intervention chirurgicale

Une première rencontre est organisée avec l'anesthésiste du service pour déterminer le type d'anesthésie adapté à la situation, à l'état de santé mais aussi au niveau d'amputation décidé. Le chirurgien intervient alors dans l'explication de l'opération qui va suivre; à ce moment-là, le patient peut émettre tout questionnement ou toutes craintes. Le membre devant subir l'intervention est alors marqué par mesure de sécurité et pour éviter toutes les erreurs possibles. Cette information est alors de nouveau vérifiée à plusieurs reprises ainsi que l'identité de la personne. Une fois le membre retiré, le chirurgien utilise la peau et les muscles pour constituer le moignon. La durée de cette opération dure environ une heure et demie à deux heures. Lorsque l'intervention est terminée, le patient est placé en salle de réveil avant d'être reconduit dans le service (HUG, 2016).

5.1.4 Post-opératoire

Après l'intervention, les premiers ressentis exprimés par la personne se révèlent être la douleur. Nous retrouvons alors deux douleurs différentes. La première se loge au niveau du moignon en raison de l'opération effectuée et de la cicatrice apparente encore à vif. La seconde douleur présente se révèle être l'apparition de douleurs fantômes engendrées par le sectionnement des nerfs (HUG, 2016). Ces douleurs fantômes se manifestent au niveau distale, se traduisant par des brûlures, des douleurs neurologiques, des crampes, etc. Ces douleurs ne sont pas continues mais restent toutefois présentes plutôt comme un fond douloureux, avec des épisodes de forte intensité qui peuvent survenir de manière spontanée ou être déclenchés par des

facteurs externes (ADEPA, 2024). La prise en charge de ces deux douleurs est essentielle en raison de potentielles conséquences comme une perte d'appétit ou encore une dépression. Les massages et la crème peuvent se révéler comme des éléments favorisant le soulagement de ces douleurs (HUG, 2016).

Par conséquent, les patients amputés d'un membre rencontrent des difficultés à accomplir les activités de vie quotidienne en raison de cette douleur, qui est souvent intermittente, avec des crises pouvant durer de quelques secondes à plusieurs heures.(ADEPA, 2024)

Après l'intervention, le patient doit être capable de réaliser certains soins. En effet, les pansements sont des soins essentiels où la personne apprend à réaliser le bandage pour permettre de stabiliser la volumétrie du moignon et d'accéder par la suite à la mise en place d'une prothèse. Ainsi, cette apprentissage permet au patient d'être acteur de ses soins et favorise sa participation (HUG, 2016).

5.1.5 Rééducation

La phase de rééducation arrive très rapidement et est réalisée par divers professionnels de santé du paramédical. Toute une équipe gravite autour de la personne, avec des rôles spécifiques pour garantir une prise en soin optimale (HUG, 2016). Ainsi, les kinésithérapeutes proposent au patient de travailler la force musculaire des différents membres pour compenser la perte, la mobilisation, l'équilibre, la coordination mais aussi l'apprentissage pour enfiler la prothèse. L'ergothérapeute s'intéressera quant à lui aux activités quotidiennes que le patient effectue ainsi que ses objectifs personnels. Les activités et exercices seront alors adaptés en fonction de ce que souhaite le patient pour favoriser son autonomie. Il agit donc sur le plan de la réadaptation, de la rééducation et de la réhabilitation. Nous retrouvons également le professeur d'Activité Physique Adaptée (APA) qui proposera un programme d'exercice dans le but de maintenir l'hygiène de vie et la condition physique générale, en tenant compte des capacités de la personne (OSSÜR, 2025). Enfin, le psychomotricien travaille sur le lien entre le corps et l'esprit, c'est à dire les sphères émotionnelles, cognitives et motrices pour permettre ensuite le développement psychologique et corporel (Benezra et Avocats, 2025). Ainsi, la

collaboration entre les différents professionnels est au cœur de l'accompagnement de ces patients.

5.1.6 Appareillage

L'appareillage est alors réalisé par le prothésiste qui dans un premier temps effectue une prothèse provisoire plâtrée permettant ainsi d'approfondir les séances de rééducation ainsi que de se projeter davantage dans l'avenir, dès que l'état du moignon le permet (ADEPA, 2025). Il est important de prendre en compte les informations données par le professionnel sur le fonctionnement et l'utilisation de la prothèse pour garantir une bonne adaptation et éviter certaines complications.

Puis une prothèse semi-définitive est fabriquée pour constater l'évolution du patient pendant l'hospitalisation. En effet, celle-ci permet vérifier le bon fonctionnement de la prothèse ainsi que l'adaptation du patient. Les paramètres devant être améliorés pourront être modifiés pour la prothèse définitive.

Enfin, la réalisation par le prothésiste d'une prothèse définitive, lorsque la volumétrie du moignon est stable. Celle-ci doit être entièrement adaptée à la personne et correspondre aux différents paramètres comme le niveau d'amputation, l'âge du patient, ses capacités physiques mais également tenir compte de ses souhaits en matière d'utilisation de la prothèse, c'est à dire en termes d'activités ou de loisirs (HUG, 2016).

5.2 Le parcours psychologique

5.2.1 Le deuil

Selon Philippin (2006), le deuil est décrit comme l'ensemble des réponses psychologiques, physiques, affectives ou encore comportementales résultant ainsi d'une perte quelconque significative pour la personne. De plus le terme « deuil » vient du latin « dolere » signifiant ainsi souffrir, on retrouve alors cette notion dans la souffrance du deuil bien que celle-ci soit un processus faisant partie de la vie. La façon de gérer son deuil est propre à chacun puisque chaque expérience est vécue différemment et n'est pas comparable.

Pour que ce travail de deuil puisse être effectué, il est nécessaire de faire appel à trois processus qui sont « *la reconnaissance de la réalité de la perte, le renforcement des liens intérieurs avec l'être perdu et le travail sur les sentiments de culpabilité* » (Philippin, p. 163-166, 2006). La plupart des personnes réussissent à effectuer leur deuil en suivant une trajectoire normale du deuil, cependant certaines rencontrent des obstacles dans le travail de celui-ci. Ainsi, le processus dure plus longtemps et est plus complexe, la douleur est amplifiée. Le plus difficile serait donc d'accepter la réalité de la perte et le sentiment de culpabilité (Philippin, p. 163-166, 2006).

Elisabeth Kübler Ross quant à elle, décrit le processus de deuil en 5 étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Ces étapes constituent un cheminement pour apprendre à vivre avec la perte. Toutefois, tout le monde ne passe pas par ces 5 étapes et elles n'arrivent pas toujours dans le même ordre. Ce sont donc des outils qui nous permettent d'identifier et de cerner nos sentiments.

Dans un premier temps, le déni représente ainsi la phase de survie à la perte : la personne se retrouve en état de choc, paralysée, sidérée et la vie est dénuée de sens. Le déni est une étape nécessaire puisque celui-ci combiné au choc permet de faire face à l'existence et à apprivoiser notre douleur et nos sentiments. Il est donc considéré comme un don de la nature qui met provisoirement à distance les sentiments que nous sommes incapables d'affronter. Nous pouvons donc parler de mécanisme de protection psychique. Il finit par s'estomper au fur et à mesure et laisse la place à la réalité de la perte.

C'est à partir de ce moment-là qu'intervient la colère, celle-ci est généralement tournée vers une personne, envers soi-même, la médecine, etc. La colère n'est donc pas nécessairement logique et fondée. Elle survient lorsque l'on a intégré le sentiment d'être capable d'affronter l'avenir. Il ne faut pas chercher à la contenir mais plutôt à l'extérioriser par différents moyens. La colère est un sentiment fort qui jette un voile sur une multitude d'émotions s'exprimant en temps voulu, « *la colère n'est que l'un des indices de l'intensité de votre amour* » (Kübler-Ross et Kessler, 2005).

Vient ensuite le marchandage qui s'accompagne le plus souvent de la culpabilité. Il s'agit d'une étape où la personne remet tout en question et ferait n'importe quoi pour changer le passé. Le marchandage permet d'échapper à la douleur pendant un instant et l'éloigne de la tristesse, nous pouvons considérer cela comme une forme de répit pour l'esprit.

L'étape de la dépression laisse place à la brutale réalité du présent. Une tristesse profonde nous accable, un sentiment de vide s'empare de nous, pour laisser place au chagrin. La dépression ne correspond cependant pas à un trouble mental mais à une réaction normale face à la perte. La dépression est une étape importante dans le processus de deuil, celle-ci doit être vécue en pleine conscience pour que la dépression remplisse son rôle et puisse s'en aller.

Enfin, l'acceptation consiste à accepter la perte physique de la personne ou d'une chose et d'admettre cet état de façon permanent. Il s'agit donc de l'étape de la guérison où nous sommes capables de se souvenir et de se réorganiser dans notre vie, puisqu'elle continue malgré tout. Nous pouvons alors parler d'un recommencement qui n'est possible qu'en réalisant le travail de deuil. (Kübler-Ross et Kessler, 2005).

6. L'accompagnement en ergothérapie

6.1 Définition

Selon l'ANFE, « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.* » (ANFE, 2024)

Ainsi, les activités que nous choisissons d'entreprendre sont le reflet de notre identité et donnent une signification à notre existence. Lorsque nous éprouvons des difficultés dans la réalisation de certaines tâches que l'on souhaite accomplir, cela peut entraîner des conséquences négatives sur notre bien-être général et par conséquent sur notre santé (ANFE, 2019). Pour rappel, « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence d'infirmité.* » (OMS, 2024). Ainsi, les engagements de la personne sont profondément associés à la qualité de vie (ANFE, 2019).

6.2 Les missions

A partir de ces recherches, nous avons pu constater que les accidents de la voie publique ont des répercussions destructrices, tant sur le plan physique que sur le plan

psychologique. Ainsi, parmi ces répercussions, l'amputation représente un enjeu primordial pour les personnes atteintes par ce type d'affection.

La prise en soin ergothérapique des personnes amputées est un processus nécessitant une approche holistique et individualisée de par son approche top down c'est à dire une approche exclusivement centrée sur la personne et non sur la pathologie (ORA, 2023).

Selon la démarche OTIPM, l'ergothérapeute utilise dans son intervention des bilans pour constater les capacités et incapacités de la personne, déterminant alors un diagnostic ergothérapique. A la suite de cela, un plan d'intervention est élaboré, proposant au patient des objectifs à atteindre, co-construit avec celui-ci. L'ergothérapeute peut notamment proposer des mises en situation (cuisine thérapeutique, ménage, courses, etc.), l'adaptation de l'environnement ou encore la mise en place d'aides techniques. Et enfin une phase de réévaluation est nécessaire pour réadapter la prise en soin ; les objectifs atteints peuvent être remplacés par de nouveaux ou mettre fin à la prise en soin. Ceux n'étant pas encore atteints peuvent être réadaptés ou poursuivis (Mignet et Turpain, 2021)

Les ergothérapeutes utilisent notamment des modèles conceptuels pour souligner leur spécificité et donner un cadre dans leur pratique professionnelle. Nous nous intéressons plus particulièrement dans cette étude au Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO).

Ainsi, le MCPO, anciennement appelé Modèle Canadien du rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), met en évidence les relations entre la personne, son environnement, ses activités, le sens qu'elle consacre à sa vie et sa santé. En 2022, le MCPO implique le client dans ses différents contextes (micro, méso et macro) pour mieux entrevoir ses occupations et élargir ses possibilités en tenant compte des facteurs environnementaux. Ce modèle s'appuie sur la collaboration avec les personnes, les familles, les groupes et les communautés. Il met en lumière les forces, les connaissances, les ressources et les limites des personnes pour comprendre leur vécu. Il considère également les contextes de la personne pour mieux comprendre ses expériences antérieures, présentes et ses possibilités d'évolution (Mary Egan et Gayle Restall, 2023).

La pratique basée sur des relations collaboratives encourage l'autodétermination des individus, des familles et des groupes. Cette approche implique un partage de

connaissances, permettant ainsi aux individus de participer aux décisions concernant leurs objectifs et les ajustements nécessaires. L'engagement dans les activités prend en considération la participation physique, mentale et émotionnelle de chacun. Ainsi, ce modèle peut être appliqué à tous les types de patients et participe à la création de la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et le patient pour faciliter l'engagement dans les activités.

Ce modèle montre que l'occupation n'est plus juste un moyen de soin, mais devient un but en soi pour aider la personne à participer activement à la société. Le MCPO étudie comment l'occupation influence cette participation. Il valorise l'expertise du patient et prend en compte différents aspects de sa vie (spirituel, physique, mental et émotionnel). Il évalue aussi les situations de vie du patient et son autonomie. De plus, il permet d'aborder non seulement les problèmes quotidiens, mais aussi les activités qui représentent la continuité de la vie et les projets futurs (Morel-Bracq, p. 99-109, 2024).

L'ergothérapie joue alors un rôle essentiel dans la réhabilitation des personnes amputées dans le but d'améliorer leur autonomie fonctionnelle et leur qualité de vie. Un suivi régulier et des ajustements des interventions assurent que les patients bénéficient d'un accompagnement adéquat tout au long de leur parcours de rééducation (Partiello, 2025).

Ainsi, dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous intéressons à l'intervention en ergothérapie dont peut bénéficier une personne amputée suite à un accident de la voie publique.

De ce fait, la question de départ élaborée est la suivante :

Comment l'ergothérapeute peut intervenir dans la prise en soin auprès d'adultes ayant subi une amputation suite à un accident de la voie publique ?

II. Cadre conceptuel

1. Concepts fondamentaux de l'amputation

1.1 L'image corporelle

D'après Feral (2015), l'image reflète ce que nous voyons à l'extérieur, ce que les autres montrent d'eux-mêmes et de nous. Mais elle touche aussi notre monde intérieur, notre façon de percevoir les choses et nos émotions liées à cette image.

Ainsi, l'image du corps est décrite comme « *une représentation mentale de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité* » (Feral, 2015).

L'image corporelle est également représentée comme une structure psychologique multidimensionnelle contenant différentes perceptions et attitudes personnelles envers le corps. L'amputation fait partie des conditions qui peuvent constituer un facteur de risque pour une image corporelle négative. (Demirdel et Ülger, 2021)

Enfin, l'image corporelle est perçue comme la façon dont une personne entrevoit son propre corps. C'est un processus dynamique et complexe, influencé par des facteurs internes tels que l'âge, le sexe et la condition physique, ainsi que par des composants externes, notamment sociaux et environnementaux. Les troubles de l'image corporelle résultent souvent de normes sociales qui valorisent la vitalité, l'apparence physique et la forme. Ainsi, l'amputation peut être perçue comme un échec. Les personnes amputées doivent s'adapter sur les plans physique, social et psychologique aux changements de leur structure corporelle, de leur fonction et de leur image corporelle. En effet, l'amputation a un impact drastique sur l'image corporelle. (Holzer et al., 2014)

1.2 L'identité et l'équilibre occupationnels

1.2.1 L'identité occupationnelle

L'identité occupationnelle est un concept en développement dans le domaine des sciences de l'occupation. Ce concept met en avant le fait que la participation à des activités contribue à la formation de l'identité et représente le principal moyen d'exprimer sa personnalité. En effet, lorsque nous façonnons notre identité, nous nous engageons activement dans nos occupations. Les identités sont intimement liées à nos actions et à la manière dont nous les interprétons dans le cadre de nos relations avec autrui. Elles jouent un rôle central dans notre récit personnel ou notre histoire de vie, apportant cohérence et sens aux événements quotidiens ainsi qu'à notre existence. De plus, le sens de la vie émerge du contexte identitaire, ce qui en fait un élément fondamental pour favoriser le bien-être et la satisfaction dans la vie (Phelan et Kinsella, 2009).

Ainsi, après une amputation, les occupations réalisées avant l'accident sont réduites en raison de celle-ci. L'identité occupationnelle est alors perturbée et subit un dérèglement temporaire ou permanent. Si les occupations ne peuvent plus être réalisées alors nous pouvons également parler de déséquilibre occupationnel.

1.2.2 L'équilibre occupationnel

Le concept de l'équilibre occupationnel a été introduit par Meyer en mettant l'accent sur l'importance de respecter les rythmes de la vie quotidienne, et en insistant en particulier sur l'équilibre entre les quatre domaines d'occupation (les Big Four) : le travail, le jeu, le repos et le sommeil.

La perception de l'équilibre est subjective et dépend de la culture, des valeurs et de l'environnement. L'association entre l'équilibre et la gestion des activités quotidiennes a conduit de nombreux auteurs à composer différentes catégories d'occupations. Cependant, il est difficile de regrouper les occupations de manière arbitraire, puisque cela pourrait nuire à la compréhension des relations étroites et interconnectées qui les unissent (ANFE, 2019).

L'équilibre occupationnel se caractérise également comme l'expérience personnelle d'un individu concernant la quantité suffisante d'activités et la diversité appropriée entre celles-ci. Pour qu'une personne puisse ressentir cet équilibre, il est indispensable de prendre en compte la quantité de chaque activité, le total des

occupations par rapport aux ressources disponibles, ainsi que la signification que ces occupations ont pour elle. (Wagman et al., 2014)

L'identité et l'équilibre occupationnel jouent un rôle capital dans la motivation d'un individu. L'identité, qui reflète la perception de soi à travers les rôles et les valeurs, renforce le sentiment d'appartenance et de but, incitant ainsi à s'engager dans des activités en accord avec ses intérêts. De plus, un bon équilibre entre les différentes activités de la vie (travail, loisirs, relations) favorise le bien-être, réduit le stress et augmente la satisfaction personnelle, stimulant ainsi la motivation. En somme, une identité forte et un équilibre occupationnel adéquat créent un environnement propice à la motivation et à l'accomplissement. L'équilibre et l'identité sont perturbés lors d'une amputation pouvant alors avoir un impact négatif sur la motivation.

2. La motivation

2.1 Définition

Le terme motivation peut être compris comme un concept théorique qui décrit les forces internes et/ou externes responsables de l'initiation, de l'orientation, de l'intensité et de la durabilité des comportements. Cette distinction entre forces internes et externes est en accord avec l'existence de deux grandes catégories de motivation : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque se réfère à l'engagement dans une activité pour le plaisir qu'elle procure, tandis que la motivation extrinsèque concerne l'accomplissement d'une tâche dans le but d'atteindre un objectif extérieur à l'activité elle-même. Ces deux types de motivation aident à expliquer divers phénomènes significatifs liés au comportement humain (Vallerand et al., 2019, chapitre 3).

2.2 La motivation extrinsèque

La motivation extrinsèque, en revanche, est influencée par des éléments extérieurs à l'individu. Elle est généralement liée à la quête de récompenses, à la recherche de reconnaissance sociale ou à l'évitement de résultats indésirables.

Trois caractéristiques définissent également cette motivation. Tout d'abord, la récompense : l'action est incitée par une récompense extérieure. Ensuite, la personne réalise une action pour éviter une potentielle sanction. Et enfin, la motivation externe est définie comme inconditionnelle, elle peut varier en fonction des circonstances.

Bien que la motivation extrinsèque puisse s'avérer efficace sur le court terme, elle peut parfois engendrer une dépendance aux récompenses et ne garantit pas toujours un engagement à long terme. Cependant, si elle est utilisée de manière réfléchie, elle peut venir en complément de la motivation intrinsèque et favoriser un équilibre de vie (Notarangelo, 2024).

2.3 La motivation intrinsèque

La motivation intrinsèque est décrite comme une force interne qui nous incite à agir par intérêt personnel, passion ou curiosité. Elle provient de notre désir d'explorer, d'apprendre et de participer à une activité simplement pour le plaisir qu'elle nous apporte (Notarangelo, 2024).

On distingue donc trois types de motivation intrinsèque. Nous retrouvons tout d'abord la motivation intrinsèque aux stimulations, où la personne est stimulée par les émotions intenses qu'elle ressent dans ses occupations (comme un cascadeur ou un chirurgien). Ensuite, la motivation intrinsèque orientée vers la connaissance, où l'individu s'engage dans ses activités pour le plaisir d'apprendre et assimiler de nouvelles choses (comme un enseignant-chercheur, par exemple). Enfin, la motivation intrinsèque axée sur l'accomplissement, où l'individu ressent le besoin de relever des défis (Louche et al., 2006).

Notarangelo définit trois caractéristiques de la motivation intrinsèque :

- L'autodétermination, une action réalisée volontairement et en autonomie,
- La satisfaction procurée par l'action effectuée,
- Et enfin, l'engagement engendre une implication intense et personnelle dans l'activité (Notarangelo, 2024).

3. L'engagement occupationnel

Sylvie Meyer décrit l'engagement occupationnel comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2018, p15). L'engagement est un concept lié à l'état interne d'une personne, qui implique qu'en investissant du temps, de l'énergie et de soi-même dans une activité ou une occupation, elle ressent cet état. Il représente donc l'aspect motivationnel et émotionnel de l'accomplissement de cette activité. L'engagement a des effets bénéfiques sur la performance. Une personne engagée est encline à mener à bien l'activité, à atteindre ses objectifs, à vivre une expérience enrichissante et cohérente, et à en tirer des bénéfices. Cela ne signifie pas que l'activité est entièrement agréable ou que l'engagement se limite aux activités hédoniques, mais plutôt que la performance, malgré les efforts qu'elle requiert ou le résultat de l'activité, en vaut la peine pour la personne qui s'y consacre dans son contexte de vie (Meyer, 2018, p. 21-22).

Une étude a démontré que l'engagement occupationnel est un concept aux caractéristiques multidimensionnelles, influencé par divers facteurs externes (comme le contexte socio-environnemental) et internes à l'individu (tels que le sens de l'activité, les capacités et la motivation). Cet engagement peut donc varier dans le temps et dépend à la fois de la performance et des expériences vécues par la personne. Dans cette étude, les principaux facteurs influençant l'engagement occupationnel sont : « *le sentiment d'être prêt, l'objectif ou le sens de l'activité, la participation, la motivation ou l'intérêt, la santé mentale et les capacités cognitives, les défis et le feedback, ainsi que l'environnement* » (Traduction libre, Kennedy et Davis, 2017, p.7). Il est essentiel de comprendre ces facteurs pour favoriser l'engagement et promouvoir le bien-être des personnes. En effet, « *plus l'engagement occupationnel d'une personne est élevé, plus celle-ci a une perception positive de sa santé et de son bien-être* » (Kennedy et Davis, 2017).

4. La MCRO

La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est un outil d'évaluation conçu pour repérer, à partir des propos de la personne, les changements

dans son rendement occupationnel au fur et à mesure de la prise en soin, dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs (ORVIS, 2025). Elle permet également de personnaliser les soins en définissant les objectifs d'intervention du patient (COPM, 2023). Elle repose sur un entretien semi-directif accompagné d'un système de cotation. Le patient est au centre de la démarche, ainsi c'est lui qui identifie les problèmes sur lesquels il souhaite travailler.

L'évaluation est divisée en cinq étapes. Nous retrouvons dans un premier temps l'identification des difficultés de rendement occupationnel au cours d'un entretien entre le patient et l'ergothérapeute, puis l'évaluation de l'importance de chaque difficulté où le patient cote celui-ci sur une échelle de 1 à 10. L'étape 3 et 4 consiste en la sélection des cinq problèmes les plus significatifs, puis vient l'auto-évaluation du rendement actuel et du niveau de satisfaction pour les cinq difficultés, avec à nouveau une échelle de 1 à 10. Enfin, la dernière étape est la réévaluation qui se déroule après l'intervention, portant sur les mêmes aspects que précédemment, afin de mesurer les progrès réalisés.

Les résultats sont donc transcrit sur un formulaire standardisé. L'un des atouts majeurs de la MCRO réside dans sa capacité à comparer les scores obtenus avant et après l'intervention, ce qui permet de mesurer concrètement l'évolution du patient (ORVIS, 2025).

5. L'entretien motivationnel

5.1 L'histoire

La méthode clinique de l'entretien motivationnel (EM), introduite pour la première fois en 1983, a été conçue à l'origine comme une intervention brève dans le domaine de l'alcoolologie, où la motivation des patients représente souvent un obstacle au changement. Au début des années 90, l'EM a commencé à être exploré dans d'autres domaines, notamment celui des maladies chroniques, où le changement de comportement est essentiel et la motivation du patient constitue un véritable défi. Plusieurs études ont montré des résultats positifs dans la gestion « des maladies cardiovasculaires, du diabète, des régimes, de l'hypertension artérielle, de la psychose

et du jeu pathologique et dans le traitement et la prévention de l'infection à VIH » (Rollnick et al., 2018).

5.2 Définition

D'après Rollnick et Miller, l'entretien motivationnel est décrit comme un style clinique subtil permettant de faire émerger les propres motivations du patient dans le but de procéder aux prémices du changement de comportement. Ainsi, cette technique a été décrite comme collaborative et favorise l'autonomie du patient. « *Cela implique que l'on guide plus qu'on ne dirige, que l'on danse plus qu'on ne lutte, que l'on écoute plus que l'on ne parle* » (Rollnick et al., 2018). En effet, il s'agit d'un outil collaboratif puisque l'EM repose sur un partenariat entre le patient et le soignant; il est ainsi utilisé lorsqu'un changement de comportement est nécessaire et bénéfique pour la personne. Il ne s'agit donc pas d'une relation asymétrique dans laquelle c'est le soignant qui dirige le patient passif, c'est au contraire un échange collaboratif et actif entre les deux parties ainsi qu'un processus de prise de décision conjoint. Nous pensons souvent que c'est le professionnel qui amène son expérience et ses connaissances au service de la santé du patient, cependant dans l'EM l'objectif est de faire émerger du patient ce qu'il possède déjà permettant ainsi d'activer ses propres motivations et ses ressources. Ce sont donc les valeurs, les objectifs personnels mais aussi les aspirations et les rêves mis en lien avec le changement de comportement qui contribuent aux différentes caractéristiques de l'EM (Rollnick et al., 2018).

5.3 Les 4 principes structurants

Dans l'EM, nous retrouvons quatre principes structurants permettant la pratique de celui-ci : « *(1) éviter le réflexe correcteur, (2) explorer et comprendre les motivations propres du patient, (3) écouter avec empathie, (4) encourager l'espoir et l'optimisme et renforcer le patient.* » (Rollnick et al., 2018)

Dans les métiers d'aide, les professionnels ont souvent l'envie et le désir de venir en aide, de guérir ou encore de prévenir les risques et promouvoir le bien-être. Ainsi, lorsque le patient emprunte le « mauvais chemin », nous sommes tentés de le réorienter pour lui indiquer une meilleure voie, il s'agit du réflexe correctif. Cependant, en se positionnant en tant que professionnel du « bon » côté, cela peut produire un

effet paradoxal puisque « *résister à la persuasion est une tendance naturelle* » (Rollnick et al., 2018). Ainsi, si celui-ci résiste et contre-argumente nos propos c'est donc que nous nous trompons de rôle. La problématique du changement est caractérisée par l'ambivalence des patients : ils sont capables de le faire, ils voient les bonnes raisons de le faire, mais ils finissent toujours par arriver au « mais ». Notre rôle est donc de l'aider dans son ambivalence en faisant « émerger les propres motivations du patient notamment avec le principe suivant.

Le changement provient exclusivement du patient grâce à ses motivations, ses valeurs et ses intérêts. Il est donc essentiel d'explorer et de comprendre les motivations du patient pour envisager un changement. Le professionnel de santé oriente alors ses questions sur les raisons du changement et la manière dont il souhaite le faire plutôt que lui dire qu'il devrait changer.

Dans l'EM, le temps d'écoute et d'information est égal. Dans les consultations, les patients viennent pour une expertise de la part des professionnels. Cependant dans l'EM le temps d'écoute actif est primordial pour déceler et identifier les différentes solutions dans le discours des patients qui ne savent parfois pas les identifier eux-mêmes.

Le dernier principe structurant est d'encourager le patient. Il s'agit ainsi d'amener les patients à réfléchir sur les différents outils qu'ils pourraient utiliser en faveur du changement et de renforcer la possibilité du changement. C'est à nouveau les motivations personnelles du patient qui priment et qui sont essentielles; ainsi ce sont eux qui savent le mieux comment intégrer les outils de changement dans leur quotidien.

5.4 Les 3 styles de communication

Les différents styles de communication font référence à une approche, à une attitude, ainsi qu'une façon de parler avec les patients pour créer une relation adaptée. Nous retrouvons ainsi les styles suivants : *suivre*, *diriger* et *guider*. Un style est sélectionné en fonction des objectifs définis, Rollnick et Miller nous décrivent ici qu'il s'agit du style « guider » qui serait le mieux adapté au changement.

Le processus de « suivre » reflète principalement une écoute active où nous suivons la direction empruntée par la personne, ce qui permet de mieux comprendre les intentions du patient. Ainsi, celui-ci repose sur une relation de confiance, où le professionnel se laisse complètement guider par le patient et au rythme de celui-ci.

Le style directif se caractérise par une relation asymétrique entre le soignant et le patient en termes d'apports de connaissances et d'expertises. Ainsi, le professionnel apporte son savoir ainsi que des pistes à explorer pour le changement. Ce type de prise en charge se fait le plus souvent à la demande du patient lorsque celui-ci attend du professionnel qu'il le conseille ou qu'il lui suggère des décisions.

Enfin, le style « guider » s'avère utile pour trouver le chemin, il s'agit d'un processus visant le patient à rejoindre sa destination et surmonter les différents obstacles par lui-même. Il est également important de préciser qu'en effet l'EM est une façon de guider l'entretien, pour autant guider n'est pas forcément de l'EM. Celui-ci est centré sur un objectif où il guide le patient dans sa réflexion sur les raisons de choisir cet objectif ainsi que la manière de procéder.

Ainsi, l'emploi de ces styles s'effectue dans la vie de tous les jours, dans l'ensemble des relations en fonction des circonstances. Utiliser la communication de façon efficiente implique l'utilisation de ces trois styles dans une même conversation. En effet, ils sont le plus souvent entremêlés et permettent de passer de l'un à l'autre souplesment pour permettre un échange de qualité (Miller et al. 2018).

5.5 Les 3 façons fondamentales de communiquer

Nous avons vu précédemment les trois styles de communication; à présent, nous allons aborder les trois façons fondamentales de communiquer, soit : *interroger*, *informer* et *écouter*. Ce sont ainsi les moyens par lesquels les trois styles relationnels sont mis en œuvre.

Interroger permet au professionnel de confirmer la compréhension du (ou des) problème(s) du patient. Ensuite, l'écoute constitue un processus dit « actif » et qui encourage le patient à se livrer et à développer ses propos. Ainsi, l'écoute est au cœur de la pratique de l'entretien guidé. Enfin, l'information sert de support pour le transfert des connaissances, qui se révèle particulièrement important auprès des patients.

III. Conceptualisation de la question de recherche et des hypothèses

Au regard de ces nombreux concepts, les personnes amputées suite à un AVP peuvent ne pas être pleinement engagées dans leur rééducation en raison de divers facteurs internes et externes. Il est essentiel que le patient soit acteur de sa rééducation pour progresser davantage dans le long parcours qui est celui de l'amputation.

Ainsi, la question de recherche est la suivante :

En quoi certains outils proposés en ergothérapie peuvent-ils favoriser l'engagement occupationnel auprès d'adultes ayant subi une amputation à la suite d'un accident de la voie publique ?

Afin de répondre à cette question de recherche, deux hypothèses de recherches sont développées dans le cadre de cette étude :

Hypothèse n°1 : **Le modèle canadien de la participation occupationnelle permet de favoriser l'engagement occupationnel lors d'une amputation en raison d'un accident de la voie publique**

Hypothèse n°2 : **L'utilisation de l'entretien motivationnel se révèle être un outil bénéfique pour favoriser l'engagement occupationnel de la personne amputée en raison d'un accident de la voie publique**

IV. Cadre méthodologique

1. Objectif de la recherche

Dans cette partie, l'objectif est de mettre en relation les données collectées à partir des fondements théoriques relatés dans le cadre conceptuel. Cette corrélation vise à valider ou invalider les hypothèses de recherche formulées précédemment.

L'analyse des résultats obtenus nous permettra de déterminer dans quelle mesure ils corroborent les théories existantes.

2. Choix de la méthode de recherche

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, l'approche hypothético-déductive a été choisie pour l'élaboration de cet écrit. Il s'agit de la construction de la question de recherche ainsi que la ou les hypothèses de recherche qui seront validées ou invalidées par la suite en se rendant sur le terrain afin de collecter des données empiriques.

La méthode qualitative est abordée dans cette étude. En effet, il s'agit d'une méthode permettant l'analyse et la compréhension des phénomènes, des comportements de groupe ou encore des faits. Ainsi, ici l'objectif est d'obtenir des données de qualité et non une quantité importante d'informations. Elle permet de connaître la vision et les représentations des différents acteurs sur le sujet abordé. Dans cette recherche, le recueil des données des personnes interrogées permettra une analyse approfondie des discours de chaque professionnel.

3. La population de recherche

Dans l'optique de répondre à mon sujet, l'échantillon que je prévois est constitué d'ergothérapeutes Diplômé(e)s d'État accompagnant des adultes amputés suite à un accident de la voie publique. Cela permet alors de mener la recherche sur une même période et dans différents centres de rééducation. Ainsi, les participants de cet échantillon ont été choisis selon des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques.

Les critères nécessaires pour cette recherche sont :

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion</u>
Être ergothérapeute diplômé(e) d'État	Être ergothérapeute à la retraite
Réaliser l'accompagnement d'adultes amputés suite à un accident de voie publique	Accompagner des enfants ayant subi une amputation
	Accompagner des personnes ayant subi une amputation suite à une pathologie

Pour rechercher les participants, j'ai effectué des recherches sur les lieux accueillants le type de population que je souhaitais étudier soit des personnes amputées en raison d'un AVP. Par la suite, j'ai choisi de contacter directement les services pour établir un premier contact. Certains m'ont demandé d'envoyer un mail d'autres m'ont répondu directement. J'ai obtenu assez vite un premier entretien, cependant j'ai rencontré des difficultés pour en obtenir d'autres. En effet, la plupart me répondait qu'ils prenaient principalement en charge des personnes amputées en raison d'artériopathie. Ne répondant pas à mes recherches, j'ai donc poursuivi mes recherches et j'ai fini par obtenir d'autres entretiens. Avant l'échange, j'ai envoyé le formulaire de consentement par mail, en précisant qu'il devait m'être retourné signé.

4. Le choix de l'outil de recueil de données

Pour valider ou non mes hypothèses de recherche, j'ai décidé d'entreprendre des entretiens semi-directifs. Cette approche permet de recueillir les impressions des participants et d'explorer les informations de manière plus approfondie contrairement aux questionnaires. Afin de mieux comprendre ces ressentis, je souhaite mener des entretiens individuels, puisque j'estime qu'ils permettent des échanges plus intimes et enrichissants.

Pour structurer ces entretiens, j'utiliserai un guide comprenant des questions ouvertes, fermées et des questions de relance, ce qui assurera une continuité et une cohérence tout au long de la discussion. Cet entretien est donc composé de vingt-quatre questions. Un verbatim est joint en annexe en guise d'exemple.

Dans un premier temps, je souhaite obtenir une vue d'ensemble du processus de prise en charge (PEC) d'un patient amputé à la suite d'un AVP. Je suis également intéressée de savoir s'ils utilisent des bilans spécifiques et si ces patients restent engagés dans leur rééducation. Cela me permettra d'introduire la notion d'engagement occupationnel et de mieux appréhender le modèle de prise en soin qui leur est proposé.

Par la suite, j'aimerais connaître leur définition de la notion d'engagement occupationnel. Je donnerai également ma propre définition afin de m'assurer que nous avons une compréhension commune de ce terme. Ces questions ont pour objectifs d'approfondir le rôle de l'engagement occupationnel dans la prise en soin des patients amputés et de déterminer s'ils l'évaluent dans leur pratique professionnelle.

Ensuite, j'évoquerai la notion de motivation. Dans cette partie, je cherche à identifier les outils et les stratégies qui peuvent solliciter la motivation chez les personnes amputées. Je souhaite comprendre comment ils parviennent à initier cette motivation, notamment lorsque les patients en manquent. Par la suite, j'explorerai le concept d'entretien motivationnel pour évaluer s'ils en ont connaissance, s'ils l'intègrent dans leur pratique et de quelle manière. Ces réponses me permettront de valider ou d'invalider ma première hypothèse.

Enfin, dans le dernier thème, je me penche sur la MCRO, qui constitue ma seconde hypothèse. Je cherche à déterminer si cet outil est utilisé dans leur pratique et s'ils estiment qu'il apporte une réelle valeur ajoutée. Je m'interroge également sur la pertinence d'intégrer l'engagement occupationnel et la motivation dans leur approche professionnelle, ainsi que sur l'impact que l'utilisation de ces techniques peut avoir sur l'engagement occupationnel des patients.

5. Modalité de passation des entretiens

Pendant la phase expérimentale, j'ai réalisé 3 entretiens en appel téléphonique en raison d'une distance géographique trop importante. J'ai donc choisi d'entreprendre des entretiens en individuel, favorisant selon moi la liberté d'expression et un enrichissement plus ample d'informations. Le formulaire de consentement a été envoyé à chaque ergothérapeute, et celui-ci devait être complété et renvoyé avant le jour de l'entretien.

Avant de commencer les entretiens, je prends le temps de rappeler les modalités d'anonymisation et l'accord pour que celui-ci soit enregistré. Le traitement des données est exclusivement dans le but de ma recherche et celles-ci ne seront pas utilisées dans d'autres conditions. Ainsi, les différents entretiens ont constitué un échange où j'ai pu poser mes questions auxquelles ils ont pu répondre en leur laissant la parole. Une fois l'entretien achevé, je les ai remerciés, pour le temps qu'ils m'avaient accordé.

V. Présentation et analyse des résultats :

1. Présentation des résultats

1.1 Description des participants

Les participants de cette enquête se compose de trois femmes. E1 et E2 ont obtenu leur diplôme en 2022. Quant à E3, l'obtention de son diplôme remonte à 2004. Elles exercent toutes en centre de rééducation, deux sont en hospitalisation complète et une autre en hôpital de jour.

E1 travaille depuis son diplôme sur le pavillon cardio-vasculaire et est donc en contact depuis trois ans avec des patients principalement amputés. De même que pour E1, E2 travaille en centre de rééducation avec des personnes amputées en temps partiel, après avoir été diplômée. En parallèle, elle a travaillé dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMS) avec des enfants de 0 à 6 ans. Actuellement, elle travaille en libéral, à temps partiel aussi bien avec des adultes, qu'avec des personnes âgées et des enfants. Enfin, E3 travaille depuis 20 ans en Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) locomoteur et neurologie accueillant des adolescents, des adultes et personnes âgées.

1.2 Présentation et analyse des résultats :

Pour l'analyse des résultats, j'ai choisi de classer les données recueillies par thématique, permettant ainsi de traiter l'ensemble des entretiens. La retranscription

des entretiens m'a donc permis de sélectionner les données en fonction des différentes catégories élaborées. J'ai ensuite choisi de présenter mon analyse à la suite de chaque résultat, permettant d'établir un lien entre les différentes parties.

Questionnements sur les différentes causes et typologies des amputations que les participantes rencontrent dans leur pratique

E1 : Les amputés d'un AVP « *représente je pense 10 % de notre patientèle sur l'année* » dans l'hôpital où se trouve E1, ce sont le plus souvent des « *jeunes* » qui sont « *actifs* ».

E2 : Les causes des amputations varient selon « *la période de l'année* ». En effet, E2 explique qu' « *en général au beaux jours, on a davantage d'AVP qu'en plein hiver* ». Ces AVP sont souvent dus à des accidents de vélo et de moto. A contrario, les amputés de causes artéritiques sont présents sur l'ensemble de l'année.

E3 : Selon E3, elle prend en charge « *moins de causes traumatiques* » qu'artéritiques. Elle a constaté qu'il s'agit de « *gens beaucoup plus jeunes* » pour les AVP, c'est à dire qui ont « *moins de 50 ans* ». Elle nous explique également que « *l'accident de moto [...] est un grand classique* ».

Pour l'ensemble des participantes, les amputations suite à un accident de la voie publique représentent un nombre moins important que les amputations artéritiques. De plus, pour tous les professionnels, les personnes touchées sont généralement des patients jeunes et actifs victimes le plus souvent d'accident de moto.

Questionnements sur la définition de l'EO, comment cette notion est intégrée dans la pratique, évaluation de l'EO

E1 : Selon E1, les patients sont engagés dans la rééducation « *quand c'est pas de leur faute* », c'est à dire, quand ils ne sont pas responsables de l'accident, ce sont « *des patients qui vont être très motivés à reprendre leur vie active* ». Pour E1, l'EO c'est « *que le patient soit acteur de sa PEC et soit investi dans leur retour à domicile* ». Elle intègre cette notion dans sa pratique en faisant « *quelque chose qui*

a du sens » pour les patients, selon elle, ça leur permet de voir « qu'ils peuvent faire des choses » et que « la vie ne s'arrête pas là ». E1 évoque également que l'engagement peut être freiné en raison « des douleurs à la cuisse dues à la cicatrice, les douleurs fantômes, etc. ». Elle précise qu'elle n'a pas d'échelle pour évaluer l'EO mais que « c'est en négociant » les objectifs « avec le patient qu'on arrive à obtenir cet engagement parce qu'il a été acteur dans la décision, donc ça permet de l'accrocher dans la PEC ». Évaluer l'EO « au début peut être intéressant » et « au courant pour voir les évolutions ». Elle met en avant que cela serait « utile pour la communication avec les autres professionnels » car « souvent beaucoup de chose [...] en rééducation, et en fait dans la chambre, ils font rien ».

E2 : Selon E2, la plupart des patients qu'elle rencontre sont « engagés dans leur rééducation et ont envie de récupérer en autonomie au quotidien ». Toutefois, « un ou deux patients [...] ne voyaient pas l'intérêt de tout ça ». Pour E2, l'EO c'est « ce que le patient a envie de faire, fin d'être capable de faire [...], il faut que l'objectif donne envie au patient », sinon « il ne sera plus motivé dans sa rééducation [...] et pas engagé ». Elle parvient à intégrer cette notion via la MCRO où le patient « choisit ce qui est prioritaire pour lui » en sélectionnant cinq objectifs les plus importants pour lui. En fonction des objectifs, elle se « base toujours sur ce que le patient à lui envie de faire ». Les évaluations initiales et finales sont « essentielles » pour E1. Cependant, elle souligne qu'étant en hôpital de jour, qu' « à chaque fois que tu vois le patient, indirectement tu réévalues la situation », puisqu'ils rentrent chez eux le soir et c'est possible de réajuster la PEC en fonction de ce qu'ils ont réussi à faire. Cela lui permet ainsi de voir si les patients sont toujours engagés.

E3 : Pour E3, l'EO « dépend de la cause de l'accident ». Elle explique que lorsque « les gens ne sont pas responsables de leur accident, ça va être un peu plus long » notamment en raison d'une forte colère. Selon E3, l'EO c'est « la motivation que les gens mettent dans une reprise d'activité quotidienne, d'activité sociale, d'activité ensuite professionnelle ». Elle évoque toutefois, qu'il s'agit d'une notion dont elle ne maîtrise pas forcément la définition. Elle parvient tout de même à donner un exemple d'un patient qui avait pour objectif prioritaire de peler une pomme, elle a donc suivi ce que souhaitait réaliser le patient. E3 parvient à intégrer cette notion en se basant sur « leurs habitudes de vie ». De plus, elle « évalue souvent au fur et à mesure » de la PEC l'EO avec « des bilans réguliers pour noter l'évolution des patients ». Elle

explique qu'évaluer l'EO permet d'adapter sa PEC aux besoins du patient : « *tu t'adaptes en permanence sans forcément faire des évaluations* ».

L'engagement occupationnel est une notion parfois difficile à définir pour certains ergothérapeutes, notamment pour E3, pouvant s'expliquer par l'année d'obtention du diplôme où ces notions n'étaient pas aussi développées qu'aujourd'hui. Toutefois, il est considéré par l'ensemble des professionnels comme étant l'expression de la volonté du patient et de l'importance de s'impliquer activement dans la rééducation. L'intégralité des personnes interrogées s'accordent sur l'importance de prendre en compte les préférences, les habitudes de vie et les objectifs personnels et prioritaires du patient. L'exemple apporté par E3, d'un patient souhaitant apprendre à peler une pomme, illustre cette approche. En effet, bien que cela ne semble pas être prioritaire sur la plan clinique, cette activité devient toutefois un moyen d'impliquer le patient dans une dynamique occupationnelle et de favoriser et d'inclure progressivement d'autre apprentissage par ce biais.

Ainsi, l'engagement occupationnel est considéré comme élément indispensable dans la réussite, les thérapeutes ajustent leur prise en soin en fonction des priorités relevées par les patients.

Questionnements sur la définition de la motivation et les techniques utilisées pour susciter celle-ci

E1 : Selon E1, la motivation c'est « *ce qui va donner le moteur au reste* ». De plus, elle explique que lorsque quelqu'un n'est pas motivé, « *on l'aide [...] à trouver quelque chose qui va pouvoir lui donner cet élan* ». La technique qu'elle utilise principalement pour susciter de la motivation est « *l'écoute du patient* ». En effet, « *ça les aide beaucoup d'un point de vue moral* » et « *si le moral va, la motivation va aller aussi* ». Cela va leur permettre par la suite « *de trouver des objectifs* » et « *c'est ce qui va potentiellement les motiver* ». Elle évoque aussi la problématique de l'isolement parce qu'« *on est très loin des familles, [...] ils sont tout seul* ». Ils n'ont donc pas forcément de motivation extérieure. Pour cela, ils proposent aux patients

le handisport et « *ça leur change les idées* » et leur permet « *de récupérer un peu de motivation* » grâce à cela.

E2 : Pour E2, la motivation « *est un facteur essentiel dans l'accompagnement des patients* », donc s'il n'y « *a pas la motivation du patient, il ne te suivra pas sur le long terme* ». De plus, elle ajoute que « *si tu fais pas des activités qui l'intéressent, tu n'arriveras pas à accrocher sa motivation pour la rééducation* ». Selon elle, la motivation passe également par « *une bonne relation thérapeutique et de confiance avec le patient* », elle souligne que « *ça fait déjà la moitié du travail* ». Il faut également écouter et laisser du temps au patient puisqu'il passe par « *une phase de deuil* » et qu'ils ont parfois besoin de temps pour accepter leur nouvelle condition. Enfin, pour elle, il s'agit d'une notion « *étroitement liée* » avec celle de l'EO puisque « *sans motivation, il n'y a pas d'engagement* ».

E3 : Pour E3, « *la motivation n'est pas forcément la même à 80 ans qu'à 25 ou qu'à 50* ». Elle explique que la motivation « *pour les amputés traumatiques, ça fait tout* » et ainsi « *rééducation avance* ». Parfois, ils « *ne sont pas psychologiquement disponibles* » donc E1 privilégie un temps de discussion avec eux. Elle insiste sur le fait que « *plusieurs jeunes traumatiques* » dans le service va « *créer une émulation* », ça leur permet de constater « *qu'ils ne sont pas tout seul dans ce cas* », ils se motivent entre eux au travers de challenges. La motivation provient également de « *la manière d'être avec les gens* », elle met l'accent sur la différence entre être dans « *la sympathie ou l'empathie* » de la part de l'entourage. De plus, selon E3, « *la PEC psychologique est indispensable* », différents moyens peuvent aider les patients comme « *des groupes de parole* » et « *un groupe de musique* », il en ressort que « *les gens en sont vachement contents parce qu'ils arrivent à sortir des choses très personnelles* ». Enfin, elle ajoute que la motivation « *est un ensemble de choses* » et « *dépend du caractère des gens* ».

La motivation est unanimement reconnue comme indispensable à la dynamique de soin. Elle est perçue comme un moteur personnel, propre à chaque patient, qui doit être stimulé. Les ergothérapeutes mettent particulièrement en avant la motivation intrinsèque, qui provient de l'intérêt et de l'envie personnel du patient, plutôt que de la motivation extrinsèque imposée par l'équipe soignante ou les proches, qui elle s'avère plus efficace sur le court terme. Toutefois, les deux types de motivation forment un

socle solide dont peut bénéficier le patient, elles se complètent et favorisent un équilibre de vie lorsqu'elles sont correctement utilisées (Notarangelo, 2024). E3 souligne d'ailleurs l'importance d'avoir plusieurs jeunes amputés ensemble, puisqu'ils vont parvenir à se motiver entre eux.

La motivation du patient influence ainsi le choix des activités, les priorités et la façon dont celles-ci vont être abordées. Bien que l'engagement occupationnel dépend de facteur interne comme le sens donné aux activités ou encore la motivation, il varie également en fonction du moment vécu par le patient, de la phase de deuil ou encore de son âge par exemple, qui sont des facteurs externes, comme précisé dans la définition de l'engagement occupationnel.

La relation thérapeutique
E1 : L'écoute est primordial pour E1, mais elle met en avant qu' « <i>il faut doser entre fermeté et douceur</i> » et qu' « <i>il faut adapter sa technique au patient</i> ». C'est un juste milieu à trouver puisque sur le long terme, cela peut « <i>braquer les patients</i> » entraînant la « <i>perte de l'alliance thérapeutique</i> » qui a été créée. A contrario, l'écoute a des limites pour les professionnels; en effet, les patients « <i>vont vous détailler toute leur vie</i> » et parfois « <i>c'est compliqué de garder une bonne posture et de rester dans l'objectif d'écoute</i> ».
E2 : Une bonne relation thérapeutique permet de réaliser « <i>la moitié du travail</i> » selon E2. Pour elle, la relation de confiance s'instaure en discutant beaucoup avec le patient et en entrant « <i>dans leur intimité</i> ».
E3 : Selon E3, la relation thérapeutique est renforcée par « <i>la possibilité de faire des choix</i> » par le patient notamment à travers la MCRO. Pour construire une bonne relation, il faut « <i>s'adapter vraiment à la personne que t'as en face</i> ». Pour E3, l'humour est un facteur important : « <i>je suis quelqu'un qui taquine beaucoup mes patients, [...] mais certains patients, je ne me permettrai jamais de les taquiner</i> »; pour elle, cela « <i>désamorce beaucoup de situations compliquées</i> ». Enfin, elle fait référence à « <i>l'empathie</i> » et « <i>l'écoute active</i> » essentielles pour les patients quand l'aspect psychologique est impacté : « <i>le lendemain [...], les patients reviennent et vont mieux</i> ».

La relation thérapeutique est un point qui est revenu chez tous les ergothérapeutes interrogés. Ainsi, les trois professionnels soulignent de manière significative l'importance de la relation thérapeutique, décrite comme un facteur essentiel pour tout engagement. Cette relation est décrite comme offrant un accompagnement individuel en s'appuyant sur l'écoute, la bienveillance et la confiance. E3 illustre cette approche avec l'exemple marquant d'un échange dans les toilettes lors d'une séance de transfert, où l'écoute a permis un relâchement émotionnel de la part du patient. Ces échanges informels ont contribué à solidifier l'alliance thérapeutique entre les deux partis. Ainsi, l'établissement d'une relation égalitaire et authentique a permis de renforcer l'implication du patient, mais donne également du sens aux différentes interventions.

Dans les différents entretiens sont ressortis l'utilisation de diverses approches comme l'humour, l'empathie et la flexibilité des séances, considérées comme cruciales pour établir une relation thérapeutique solide, en particulier chez les patients amputés qui peuvent ressentir la perte d'un membre comme un véritable effondrement de leur identité.

Questionnements sur la MCRO, le mode de passation et la plus-value dans la pratique professionnelle
--

<p>E1 : Elle ne fait pas passer la MCRO en raison d'un manque de temps, elle ne parvient pas à se « <i>poser réellement pour faire cette évaluation</i> ». Néanmoins, cela représenterait une plus-value dans sa pratique, cela constituerait notamment « <i>une aide dans la PEC pour voir où est-ce que le patient veut aller</i> » et parfois « <i>ils nous apportent des objectifs auxquels on n'avait pas pensé</i> ». De plus, cela permettrait « <i>de valoriser notre PEC</i> » auprès des autres professionnels et « <i>de mettre une valeur supplémentaire sur notre travail</i> ». Selon E1, la MCRO est à faire passer « <i>après avoir atteint les objectifs de base [...], les transferts [...], les déplacements</i> ». Elle pense qu'il est alors important de demander au patient « <i>qu'est-ce qui est important pour vous</i> » environ « <i>1 mois après le début de la PEC</i> », ce qui permettrait d'arriver sur des « <i>objectifs plus signifiants pour le patient</i> ».</p>

<p>E2 : Elle explique qu'elle a déjà une liste d'objectifs prédéfinis grâce à l'OT-OP qu'elle fait passer avant la MCRO. Ensuite, « <i>le patient [...] choisit ses objectifs et [...] cote l'importance que ça a pour lui, le rendement et la satisfaction</i> ». Cependant,</p>

elle met en avant que ces 3 notions ne sont pas toujours faciles à comprendre pour les patients. Elle réalise la MCRO « *au début et à la fin* », entre deux, elle explique qu'elle reprend la liste de l'OT-OP. Elle affirme constater une réelle évolution entre celui de départ et de fin. Pour E2, la MCRO représente un énorme gain de temps car cela permet de mettre « *en avant des activités concrètes du quotidien* » avec des mises en situation. La MCRO permet de rentrer dans l'intimité du patient, ainsi « *le relationnel n'est pas le même* » avec un autre patient avec qui on ne la ferait pas passer. Enfin, E2 explique que cela « *donne quand même une identité professionnelle* » puisqu'il s'agit d'un bilan reconnu en centre de rééducation avec « *un vocabulaire assez particulier* ».

E3 : Elle utilise la MCRO lorsque le patient a des difficultés à identifier des objectifs, et cela lui « *permet de définir les priorités* ». Elle choisit de la faire passer « *dès le début [...], quand c'est pas évident de définir des objectifs* » ou alors « *en cours de la PEC quand on commence à avoir atteint pas mal d'objectifs ou que tu commences toi un peu à peiner dans ta PEC* ». Pour E3, ce n'est pas le bilan qu'elle utilise le plus avec les amputés car ils ont souvent des objectifs. Cependant, elle la fait passer « *de manière inconsciente* » et n'a plus besoin d'avoir de support. Mais dans certains cas, la MCRO « *leur permet d'être impliqué dans leur rééducation [...], on leur laisse la possibilité de faire des choix et ça renforce aussi la relation* ».

La MCRO est connue par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, cependant elle est souvent réalisée de manière intuitive ou informelle, en particulier pour 2 professionnels sur 3. Les trois praticiens reconnaissent son utilité, notamment pour clarifier les attentes du patient, hiérarchiser les objectifs ou encore relancer une prise en soin en perte de dynamique. Toutefois, dans la pratique, la MCRO est plutôt rarement utilisée sous sa forme conventionnelle. Les entretiens révèlent que deux ergothérapeutes ont tendance à saisir les objectifs à travers des discussions informelles, les échanges quotidiens et les observations. L'utilisation de la MCRO représente une certaine ambivalence. Sa forme écrite et méthodologique est jugée parfois trop longue à réaliser, notamment par E1, tandis qu'E2 désigne un gain de temps important quant à l'identification des activités concrètes des patients.

Chez les personnes amputées, nous constatons donc que la MCRO est moins mobilisée, cependant les professionnels appliquent ces concepts dans les différentes

prises en soin. Elle reste ainsi considérée comme un support utile pour favoriser l'expression des priorités personnelles.

Questionnements sur la connaissance de l'entretien motivationnel, la définition, les principes de l'EM utilisés dans la pratique

E1 : E1 a vu « *vaguement* » cette notion à l'école. Pour elle, il s'agit de « *la discussion avec le patient autour de ces occupations pour l'amener à trouver ses motivations à lui* ». Après lui avoir donné une définition, elle me fait part que c'est un outil qu'elle ne pratique pas « *de manière formelle* », elle dit le faire « *de façon inconsciente* » mais elle explique que « *c'est pas réfléchi dans ce but-là* ». Elle utilise quelques aspects de cette technique « *quand il y a une baisse de motivation* » où elle va essayer « *de les aiguiller pour trouver* » celle-ci.

E2 : Elle ne pratique pas l'EM de façon formelle, toutefois elle « *pense le faire indirectement* ». Pour elle, il s'agit de « *partir de ce que le patient a envie au cours de l'échange et de faire émerger ses propres motivations* ». Elle pratique plutôt l'OT-OP et la MCRO où elle peut se baser « *sur quelque chose de déjà prédéfini* ».

E3 : E3 ne connaît pas l'EM et ne le pratique pas. Après lui avoir donné une définition de cette notion, elle insiste sur le fait que de toute façon on ne donne pas d'objectifs [...], on définit les objectifs avec le patient [...], on est là pour les guider ».

L'entretien motivationnel est une technique assez peu connue des ergothérapeutes interrogés. Il s'agit d'un outil centré sur la personne, visant à favoriser la verbalisation de l'ambivalence et l'émergence de la motivation intrinsèque. Cependant, les entretiens ont révélé que peu de professionnels l'utilisent formellement, très souvent en raison d'un manque de formation ou de connaissance de cette technique. L'ensemble des ergothérapeutes ne l'utilise pas de façon formelle, cependant, ils en partagent intuitivement certains principes.

Ce paradoxe révèle que les praticiens adhèrent aux fondements de l'EM, tels que l'approche centrée sur la personne, l'écoute active et la guidance, sans forcément les associer à une méthode formelle. Cette proximité souligne un décalage entre les pratiques basées sur l'expérience et les référentiels théoriques. Ainsi, l'absence de

cadre formel ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'efficacité dans leur approche. La structuration de l'entretien motivationnel pourrait donc constituer une plus-value dans l'organisation des échanges, en particulier dans des situations complexes tel qu'un refus de soin ou encore une ambivalence très prononcée.

Questionnements sur l'impact de la motivation et de l'engagement sur la PEC
--

E1 : Pour E1, si ces notions n'étaient pas prises en compte, « <i>on serait clairement sur un refus de soins</i> » parce que ce sont des patients « <i>fragiles psychologiquement</i> » suite à ce qu'ils ont vécu, et selon elle il faut vraiment trouver quelque chose pour leur donner envie de s'impliquer.

E2 : Elle pense que le « <i>patient n'adhérera pas la même façon</i> ». Elle estime que le patient ne va pas avoir le même intérêt si les notions d'engagement et de motivation ne sont pas intégrées.
--

E3 : Pour E3, ces notions impactent les résultats puisque si on « <i>fixe des objectifs qui sont à mille lieues de ce qui lui veut, c'est clair que son implication va pas être la même</i> », elle ajoute : « <i>autant bosser sur des choses qui les motivent et qui leur donnent envie et dont ils sont fiers quand ils y arrivent</i> ».
--

Tous les professionnels interrogés s'accordent sur le fait que les notions de motivation et d'engagement jouent un rôle déterminant dans les résultats obtenus en fin de PEC. Lorsque les objectifs se retrouvent imposés ou ne correspondent pas aux intérêts du patient, l'implication et donc l'engagement se retrouvent impactés et diminuent significativement. La relation thérapeutique est quant à elle mise en péril suite à une divergence des objectifs thérapeutiques, n'étant donc pas signifiants pour le patient.

A contrario, lorsque les objectifs sont co-construits et ont du sens pour le patient, celui-ci s'engage davantage et développe un sentiment d'efficacité. Ces aspects sont particulièrement importants pour les patients amputés, pour qui la possibilité de reprendre des activités identitaires comme la conduite, le sport et bien sur l'autonomie au quotidien, se révèlent être un véritable levier de reconstruction. C'est pourquoi, les objectifs formulés doivent être SMART, et notamment atteignables pour le patient au

risque de créer des difficultés et par la suite un désengagement du patient dans sa prise en soin.

Les ergothérapeutes admettent également que cet engagement peut évoluer tout au long de la PEC, et que des outils tels que la MCRO sont bénéfiques pour réévaluer les priorités.

Questionnements sur l'impacts des outils sur l'engagement occupationnel

E1 : Selon elle, ces techniques impactent positivement l'EO puisque cela permet de faire émerger « *des ressources auxquelles le patient n'a pas forcément pensé* ». Cela va permettre d'aller « *creuser* » et de trouver « *un objectif qui va agripper et permettre de le motiver pour tout le reste de la PEC* ». Elle explique que les patients sont beaucoup centrés sur le fait de remarcher, mais « *remarcher pour faire quoi [...], ça, ils ont plus de mal à nous le dire* ». Cela permet donc d'approfondir les réelles motivations des patients.

E2 : Pour E2, ces techniques ont vraiment un impact puisque cela permet de « *partir de ce que le patient a lui envie de faire, ce qui est prioritaire pour lui* ». Elle explique également que cela renforce la relation thérapeutique qui joue un rôle essentiel et que « *c'est plus facile d'amorcer certains sujets* ».

E3 : Pour E3, la MCRO impacte l'EO puisque « *c'est vraiment l'outil qui va permettre au patient de définir ses objectifs à lui* » et que « *c'est souvent les gens qui amènent les choses par eux-mêmes* ». Elle affirme que ces techniques « *impactent forcément, parce que la MCRO instaure une relation de confiance et permet au patient d'accrocher à sa PEC* » et donc d'être engagé. Enfin, elle souligne que « *c'est un peu compliqué tous les mots : engagement occupationnel, motivation; quand on nous explique on se rend compte que ce sont des choses qu'on fait de manière informelle* ». Elle souhaite ainsi se renseigner davantage sur ces notions et sur les techniques abordées lors de cet entretien.

Même lorsqu'ils sont employés de façon informelle, les outils ont une influence directe sur l'engagement occupationnel.

La MCRO permet de mettre en lumière les priorités du patient, de constater son implication et de guider la prise en charge. Son usage informel ne remet pas en cause

sa pertinence, mais cela mériterait de l'explorer davantage. E1 met davantage en avant que la MCRO permet d'explorer les réelles envies des patients et notamment leur besoin de reprendre impérativement la marche, puisqu'il s'agit d'un déplacement dont les patients ont besoin pour réaliser un grand nombre d'activités. La MCRO permet alors de mettre en valeur ces activités, et souligne l'importance de l'appareillage devant être adapté aux besoins de la personne en fonction de son utilisation quotidienne (COPM, 2023).

L'entretien motivationnel, n'étant pas utilisé couramment dans la pratique de manière formelle, pourrait se révéler être un outil complémentaire pour encourager l'émergence des motivations et ainsi développer davantage la notion d'engagement.

VI. Discussion :

La réalisation de trois entretiens ont permis d'avancer sur la réflexion des hypothèses de recherches formulées. Ainsi, dans cette partie, nous aurons la possibilité de mettre en lien les deux hypothèses avec les résultats des entretiens réalisés.

1. Rappel des hypothèses :

Hypothèse n°1 : Le modèle canadien de la participation occupationnelle permet de favoriser l'engagement occupationnel lors d'une amputation en raison d'un accident de la voie publique

Dans un premier temps, tous les professionnels interrogés connaissent la MCRO et reconnaissent son utilité pour clarifier les objectifs thérapeutiques. Cependant, deux ergothérapeutes sur trois ne le pratiquent pas de manière formelle. Ils préfèrent l'intégrer de façon intuitive lors des échanges et observations quotidiens. Cette approche souligne que de nombreux ergothérapeutes, même s'ils adhèrent aux principes de l'occupation centrée, n'appliquent pas systématiquement les outils standardisés en raison de certaines contraintes telles que le temps ou la complexité qu'ils perçoivent. Ainsi, la MCRO est souvent perçue comme chronophage, ce qui freine son utilisation malgré sa reconnaissance.

Cependant, malgré son utilisation partielle, les professionnels s'accordent à dire que la MCRO aide à mieux comprendre les besoins du patient en mettant en avant ses priorités. Cela s'inscrit dans les principes de l'ergothérapie centrée sur l'occupation qui vise à renforcer l'engagement et la motivation du patient. Dans le contexte des amputations suite à un AVP, la MCRO permet de restaurer un sentiment de contrôle et d'aider le patient à envisager un futur occupationnel. Elle peut également faciliter l'identification d'occupations concrètes, mettant ainsi en avant des objectifs sous-entendus.

Les entretiens révèlent une certaine ambivalence dans l'utilisation de la MCRO. Bien qu'elle soit reconnue pour structurer la prise en soin et relancer la dynamique, sa forme standard peut sembler trop rigide pour les patients ayant subi une amputation mais aussi pour les professionnelles. Ainsi, malgré que son utilisation soit moins fréquente, ses principes sont souvent appliqués de manière implicite par les ergothérapeutes, qui privilégient l'écoute active et les occupations significatives. L'efficacité de la MCRO dépend donc davantage de l'attitude du professionnel que de la rigidité de l'outil.

Les résultats suggèrent que la MCRO peut favoriser l'engagement occupationnel si elle est utilisée de manière contextualisée, en respectant le rythme du patient. Son intégration formelle nécessite un accompagnement, notamment par la formation, pour surmonter les freins liés à sa complexité perçue. Les professionnels doivent trouver un équilibre entre rigueur méthodologique et adaptabilité clinique, en utilisant les outils comme supports relationnels plutôt qu'une procédure rigide. Une version simplifiée de la MCRO pourrait également être envisagée pour mieux répondre aux besoins des patients amputés suite à un AVP.

De ce fait, l'hypothèse 1 est **partiellement validée**

Hypothèse n°2: L'utilisation de l'entretien motivationnel se révèle être un outil bénéfique pour favoriser l'engagement occupationnel de la personne amputée en raison d'un accident de la voie publique

Parmi les professionnels interrogés, deux ont déjà eu connaissance de l'entretien motivationnel (EM) et de ses principes, mais aucun ne l'utilise de manière formelle dans leur pratique quotidienne. Les éléments de l'EM, comme l'écoute active et

l'approche centrée sur la personne, sont souvent appliqués de façon intuitive. Ce constat rejoint l'observation de Miller et Rollnick (2018), qui soulignent que de nombreux soignants utilisent certains principes de l'EM sans forcément les relier explicitement à cette approche (Miller et Rollnick, 2018). Ainsi, le manque de formation spécifique et la méconnaissance de son cadre méthodologique freinent son utilisation, bien que ses valeurs soient proches de celles de l'ergothérapie.

Malgré l'absence d'un usage structuré, les professionnels reconnaissent l'intérêt de l'EM dans l'accompagnement des personnes amputées, en facilitant l'expression de la motivation intrinsèque, essentielle pour l'engagement comme le met en avant Sylvie Meyer dans la définition de l'EO (Sylvie Meyer, 2018). L'EM permet aux patients de verbaliser leurs objectifs, quel qu'ils soient, pouvant alors initier une dynamique occupationnelle plus large. Dans le cadre des amputations suite à un AVP, l'EM permet au patient d'être l'acteur de son parcours de soin, en reliant ses valeurs personnelles à des activités concrètes.

Les résultats obtenus indiquent une posture thérapeutique en accord avec les principes de l'EM, sans pour autant qu'il soit nommé par les ergothérapeutes. L'accent est davantage mis sur la relation thérapeutique et l'écoute active, permettant ainsi l'émergence des motivations. L'exemple d'un échange informel illustre comment une approche empathique peut parfois débloquer des freins émotionnels et renforcer l'alliance thérapeutique. L'EM est donc perçu comme un style de communication favorisant la collaboration plutôt qu'une méthode directive.

L'EM apparaît donc comme une méthode prometteuse pour favoriser l'engagement occupationnel chez les patients amputés suite à un AVP. Cependant, pour en maximiser l'impact, son intégration dans la formation des ergothérapeutes est essentielle. Une version adaptée de l'EM, centrée sur des contextes de rupture comme l'amputation, pourrait être développée en mettant en avant la gestion de l'ambivalence et le soutien au deuil identitaire. Une formation ciblée permettrait aux ergothérapeutes d'exploiter pleinement le potentiel de l'EM dans le but de renforcer l'engagement des patients. En somme, l'EM, même utilisé de manière informelle, soutient la motivation et la co-construction des objectifs, ainsi son développement dans la pratique ergothérapique pourrait améliorer la qualité des relations et renforcer davantage l'engagement des patients.

L'hypothèse 2 est donc **partiellement validée**.

2. Biais, limites et perspectives de l'étude

2.1 Les biais

Comme dans toutes les études de recherches menées, des biais apparaissent. Ils traduisent « *une erreur dans la méthodologie de l'étude, [...] une distorsion dans le traitement puis l'analyse d'une information, consciente ou inconsciente* » (Les Biais – éval, 2025).

Cette étude présente donc des biais méthodologiques liés à la conduite des entretiens. Tout d'abord, n'ayant jamais réalisé d'entretien auparavant, je n'étais pas tout à fait à l'aise lors de la première passation. Cela a donc pu limiter la qualité des relances et la profondeur des réponses, en comparaison avec les entretiens suivants, où ma posture et la clarté de mes questions se sont améliorées grâce à l'expérience.

De plus, l'un des entretiens a été restreint par des contraintes de temps. En effet, l'ergothérapeute n'ayant pu me consacrer que 45 minutes, il m'a été difficile d'approfondir certains points que j'aurais souhaité explorer davantage. Ces facteurs ont donc pu influencer la richesse des données recueillies et engendrer des disparités entre les entretiens.

Enfin, nous retrouvons un biais de subjectivité puisqu'il s'agit d'un thème auquel j'accorde une grande importance, mon jugement a donc pu être influencé par mes croyances personnelles et par conséquent impacter l'analyse de mes résultats.

2.2 Les limites

Cette recherche révèle également plusieurs limites qu'il est important de souligner. J'ai tout d'abord rencontré des difficultés pour trouver des ergothérapeutes accompagnant des patients amputés suite à un AVP. En effet, la plupart des amputations étaient liées à des pathologies chroniques telles que les artériopathies, ce qui a rendu difficile l'accès à la population ciblée malgré de nombreux efforts. Par conséquent, seulement trois entretiens ont pu être réalisés, constituant alors un échantillon restreint, limitant la portée des résultats. Un plus grand nombre d'entretiens

aurait permis de diversifier les points de vue et d'obtenir davantage d'éléments significatifs pour répondre aux hypothèses de recherche. De plus, une seule ergothérapeute travaille dans un hôpital de jour, ce qui ne permet pas de comparer sa pratique.

Par ailleurs, bien que tous connaissant la MCRO, son application ne suit pas toujours le protocole formel, notamment en ce qui concerne la réévaluation. Ce décalage entre théorie et pratique constitue également une limite à l'analyse approfondie de son impact sur l'engagement.

Certaines notions clés de la recherche, telles que l'OE, la motivation ou encore l'EM sont des notions assez abstraites pour les professionnels, surtout après plusieurs années d'obtention du diplôme. Elles constituent une limite dans leur application puisque malgré leur représentation confuse, elles interagissent de façon concrète dans la prise en soin des patients.

Enfin, les patients n'ont pas pu être interrogés en raison des contraintes réglementaires imposées par la loi Jardé. Leur retour d'expérience aurait pourtant été précieux pour constater de leur engagement dans les activités de vie quotidienne, leur appropriation de la prothèse, ainsi que leur implication dans la vie sociale, familiale et professionnelle. L'absence de cette perspective limite donc la compréhension globale de l'engagement occupationnel après une amputation.

2.3 Perspectives et apports personnels et professionnels de cette étude

Cette étude offre plusieurs pistes de réflexion pour de futures recherches. Il serait tout d'abord pertinent d'actualiser les données concernant les aspects épidémiologiques et étiologiques, car on retrouve peu de données sur les amputations dues à des AVP.

Par ailleurs, interroger des ergothérapeutes ayant bénéficié de formations approfondies sur des outils tels que la MCRO ou l'EM permettrait d'enrichir les résultats, en offrant une vision plus précise et plus nuancée de l'impact de ces approches sur l'engagement occupationnel.

De plus, cette étude m'a permis d'enrichir mes connaissances sur des concepts clés tels que l'EO, les outils associés mais aussi sur l'amputation. Ce travail m'a également permis de renforcer mon sens de l'organisation en structurant chaque étape selon une méthodologie rigoureuse. Mes compétences en terme de recherche documentaire se sont améliorées, représentant un atout essentiel pour ma future pratique professionnelle.

En tant que future professionnelle, cette étude ouvre une perspective personnelle de continuité et constitue donc une première étape vers une pratique clinique plus réfléchie, axée sur l'engagement des patients. Elle m'a permis de réaliser la complémentarité entre la MCRO et l'entretien motivationnel. En effet, ces deux approches reposent sur des principes communs, tels que la reformulation, l'écoute active et l'auto-détermination. Cette proximité conceptuelle offre la possibilité de les utiliser simultanément dans une même prise en soin. En effet, dans ma future pratique, je souhaite mener la MCRO en m'appuyant sur l'entretien motivationnel, permettant ainsi d'identifier les priorités occupationnelles du patient mais aussi de renforcer son engagement dès les premières séances, en l'encourageant à énoncer ses objectifs dans un cadre bienveillant et collaboratif. Cette approche combinée favoriserait un climat de confiance, une co-construction des objectifs thérapeutiques plus enrichissante et un engagement durable dans le processus de rééducation. Pour mettre cela en pratique, je souhaite approfondir ma maîtrise de ces outils par le biais de la formation continue et les expérimenter par la suite sur le terrain, afin d'évaluer leur impact réel et d'affiner ma posture professionnelle. Ainsi, cette démarche s'inscrit dans une dynamique d'évolution constante de mes pratiques, en lien direct avec les besoins spécifiques et les ressources des patients amputés.

Conclusion

Une amputation représente un changement majeur dans la vie d'une personne avec des répercussions physiques, psychologiques ou encore sur le plan social. Par conséquent, toutes les dimensions de la vie de la personne sont touchées. Ce mémoire d'initiation à la recherche s'est attaché à explorer les leviers de l'engagement occupationnel chez les personnes amputées à la suite d'un AVP. De ce fait, nous avons établi une question de recherche :

En quoi certains outils proposés en ergothérapie peuvent favoriser l'engagement occupationnel auprès d'adultes ayant subi une amputation à la suite d'un accident de la voie publique ?

Deux hypothèses ont donc été formulées pour y répondre. La première : « Le modèle canadien de la participation occupationnelle permet de favoriser l'engagement occupationnel lors d'une amputation en raison d'un accident de la voie publique ». La seconde : « L'utilisation de l'entretien motivationnel se révèle être un outil bénéfique pour favoriser l'engagement occupationnel de la personne amputée en raison d'un accident de la voie publique »

La phase expérimentale a prouvé que, bien que la MCRO soit connue et considérée comme pertinente, son utilisation reste souvent informelle. Cependant, ces concepts clés, tels que la priorisation des objectifs, la valorisation des occupations significatives et l'écoute active, sont appliqués de manière intuitive et permettent de renforcer l'engagement des patients. De même, bien que les principes de l'EM soient rarement pratiqués de manière structurée, ils se manifestent toutefois dans les postures des professionnels; notamment à travers l'écoute active, l'émergence des motivations internes et la co-construction des objectifs.

Ces éléments permettent de valider partiellement les deux hypothèses initiales et soulignent l'importance de la posture thérapeutique, qui au-delà des outils, constitue un levier fondamental de l'engagement occupationnel. Ainsi, dans le contexte particulier de l'amputation suite à un AVP, où les patients subissent une rupture identitaire brutale, la qualité de la relation thérapeutique, la reconnaissance des

priorités personnelles et la stimulation de la motivation intrinsèque sont essentielles à une rééducation significative.

Bien que cette étude soit restreinte par la taille de son échantillon, elle offre des perspectives intéressantes pour la recherche et la formation. Elle encourage notamment à développer des études à plus grande échelle et à former les professionnels sur des outils tels que la MCRO et l'EM. En tant que future professionnelle, cette démarche me fournit une base solide pour intégrer ces outils dans ma pratique, en adoptant une approche centrée sur la personne, collaborative et sensible aux dimensions de l'identité occupationnelle.

Enfin, l'aboutissement de ce travail me pousse à me questionner concernant l'utilisation d'autres modèles et notamment le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). En effet, au-delà des outils discutés dans cette étude, le MOH se présente comme une piste théorique à approfondir. En intégrant les dimensions de la volition, de l'habituation et de la performance, le MOH offre une analyse détaillée de l'engagement occupationnel, en lien direct avec les dynamiques motivationnelles et l'environnement. Il pourrait ainsi enrichir les pratiques actuelles en fournissant une meilleure compréhension des facteurs qui favorisent ou entravent l'implication du patient dans ses occupations (Morel-Bracq, 2024).

Dans cette optique, le MOH pourrait-il proposer une approche plus précise et opérationnelle de l'engagement occupationnel chez les personnes amputées, en complément du modèle MCPO ?

Bibliographie

Livre / Ouvrages :

Bertinchamps, D., Fabry, M., Muls, A., Richir, N., Tasiaux, C., Van Driessche, M., Vercauteren, A., Wodon, A., Expert-relecteur Coopman, A.-L. (2013). Chapitre 11. L'amputation d'un membre inférieur. In *Les interventions en psychologie de la santé* (p. 219-237). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2013.01.0219>.

Kübler-Ross, E. et Kessler, D. (2005). *Sur le chagrin et le deuil*. Pocket

Meyer, S. (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. Dans *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (pp. 17-25). ANFE

Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Les modèles conceptuels en ergothérapie – Introduction aux concepts fondamentaux*. (3e édition). De Boeck Supérieur

Quebre, K. (2015). Chapitre 10. Amputations de membres. *UE 2.4 Processus traumatiques : Semestre 1* (p. 214-220). Vuibert. <https://stm.cairn.info/ue-2-4-processus-traumatiques--9782843717888-page-214?lang=fr>.

Rollnick, S., Miller, W.-R. et Butler, C.-C. (2018). *Pratique de l'entretien motivationnel – Communiquer avec le patient en consultation*. (2e édition). Interéditions

Vallerand, R.-J.-., Carbonneau, N. et Lafreniere, M.-A.-K.-. (2019). Chapitre 3. La théorie de l'autodétermination et le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque : perspectives intégratives. In *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques* (p. 47-66). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2019.01.0047>.

Articles :

- Bruyant, A., Guemann, M., & Malgoyre, A. (2023). Étude épidémiologique des amputations majeures des membres supérieur et inférieur en France. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(256), 3-12.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.05.014>
- Demirdel, S., Ülger, Ö. (2021). Body image disturbance, psychosocial adjustment and quality of life in adolescents with amputation. *Disability and Health Journal*, 14(3), 101068. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101068>
- Feral, É. (2015). Approche théorico-clinique du concept d'image du corps. *Le Journal des psychologues*, 329(6), 48-52. <https://doi.org/10.3917/jdp.329.0048>
- Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kicking, W., Holzer, G. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PloS One*, 9(3), e92943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092943>
- Kennedy, J., & Davis, J. A. (2017). Clarifying the Construct of Occupational Engagement for Occupational Therapy Practice. *OTJR : occupation, participation and health*, 37(2), 98–108. <https://doi.org/10.1177/1539449216688201>
- Louche, C., Bartolotti, C. et Papet, J. (2006). Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation. *Bulletin de psychologie*, 484(4), 351-357. <https://doi.org/10.3917/buppsy.484.0351>.
- Mignet, G. & Turpain, T. (2021). L'OTIPM pour une pratique centrée sur la personne et sur l'occupation. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Webinaire-ANFE-OTIPM.pdf>
- Phelan, S., & Kinsella, E. A. (2009). Occupational identity: Engaging socio-cultural perspectives. *Journal of Occupational Science*, 16(2), 85–91. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686647>

Philippin, Y. (2006). Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *InfoKara*, 21(4), 163-166. <https://doi.org/10.3917/inka.064.0163>

Thomas-Pohl, M., Rogez, D., Truffaut-Laude, S., & Lapeyre, E. (2015). L'amputation, une prise en charge multidisciplinaire [Amputation, a multidisciplinary treatment]. *Revue de l'infirmière*, 209, 16-18. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2014.12.006>

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(3), 227–231. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.900571>

Autres références :

ADEPA. (s. d.-a). *Impacts psychologiques d'une amputation*. Association de Défense et d'Entraide des Personnes Amputées. Consulté le 12 décembre 2025, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/impacts-psychologiques/>

ADEPA. (s. d.-b). *La douleur du membre fantôme*. Association de Défense et d'Entraide des Personnes Amputées. Consulté le 12 décembre 2024, à l'adresse <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/les-douleurs-du-membre-fantome/>

ADEPA. (s. d.-c). *Les prothèses de membre inférieur*. Association de Défense et d'Entraide des Personnes Amputées. Consulté 10 mai 2025, à l'adresse <https://www.adepa.fr/protheses/les-protheses-membre-inferieur/>

ANFE. (2019). *Sciences de l'occupation de la théorie à la-pratique*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-l'occupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Mai2019_42.pdf

ANFE. (2024). *Définition de l'ergothérapie par l'ANFE*. BDP Ergothérapie. Consulté le 14 décembre, à l'adresse <http://bdpergotherapie.fr/ergotherapeute/>

- Benezra & Avocats. (s. d.). *Kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien & victime de la route*. Consulté 10 mai 2025, à l'adresse <https://www.benezra-victimesdelaroute.fr/le-kinesitherapeute-lergotherapeute-le-psychomotricien-et-la-victime-de-la-route/>
- CNFS. (s. d.). *Amputation - Membres inférieurs et supérieurs*. Consortium national de formation en santé. Consulté le 11 décembre 2024, à l'adresse <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>
- COPM. (2023). *About The COPM*. Canadian Occupational Performance Measure. Consulté le 5 janvier 2025, à l'adresse <https://www.thecopm.ca/about/>
- Ehandicap World Records. (2010). *Coup de cœur - Actualités-Informations*. Consulté le 28 avril 2025, à l'adresse <https://www.ehandicapworldrecords.org/fr/actualites/coup-de-coeur/23>
- EVAL. (s. d.). *Les biais*. Centre de ressources en évaluation. Consulté 10 mai 2025, à l'adresse <https://www.eval.fr/les-biais/>
- HUG. (2016). *Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs - Des réponses à vos questions*. Hôpitaux Universitaires Genève. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/amputation_0.pdf
- Mary Egan et Gayle Restall. (2023). *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Webinaire CAOT. https://caot.ca/site/prac-res/pr/freewebinars/pop?language=fr_FR
- MESI. (2024). *Annoncer une amputation - Simplifying Diagnostics*. Consulté le 28 novembre 2024, à l'adresse <https://www.mesimedical.com/fr/les-6-etapes-pour-annoncer-lamputation-dun-membre-a-un-patient>
- Notarangelo, C. (s. d.). *Motivation intrinsèque vs extrinsèque : les clés pour retrouver une motivation durable*. Coach thérapeute, Agir pour devenir. Consulté le 12 décembre 2024, à l'adresse <https://catherine-notarangelo.fr/motivation-intrinseque-vs-extrinseque/> OMS. (s. d.). *Constitution*. Organisation mondiale

de la santé. Consulté le 5 décembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

ORA. (2023). L'approche "bottom up" et "top down" en ergothérapie. Ora visioconsultation. Consulté le 2 mai 2025, à l'adresse <https://www.ora-visio.fr/approche-%E2%80%89bottom-up%E2%80%89et-%E2%80%89top-down%E2%80%89-en-ergotherapie/>

ORVIS. (s. d.). Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Répertoire d'Outils pour la Réadaptation de la VISion. Consulté le 13 mai 2025, à l'adresse <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/mcro-fiche-orvis/>

ÖSSUR. (s. d.). *All About Your Amputee Rehabilitation Team*. Consulté le 10 mai 2025, à l'adresse <https://www.ossur.com/en-gb/prosthetics/information/amputee-rehabilitation>

Partielo. (s. d.). *Prise en charge en ergothérapie des personnes amputées*. Consulté le 5 janvier 2025, à l'adresse <https://www.partielo.com/revision/note/Prise%20en%20charge%20en%20ergo-th%C3%A9rapie%20des%20personne%20amput%C3%A9es%20/49657>

Regard d'Espérance. (s. d.). « Ce n'est pas ce qui vous arrive, c'est ce que vous en faites... » La grande leçon de courage de W. Mitchell condamné au fauteuil roulant après deux accidents graves ! Consulté le 28 avril 2025, à l'adresse <https://www.regarddesperance.fr/ce-nest-pas-ce-qui-vous-arrive-cest-ce-que-vous-en-faites-la-grande-lecon-de-courage-de-w-mitchell-condamne-au-fauteuil-roulant-apres-deux-accidents-graves/>

Sablon, M. (2015). *Indemnisation après une amputation du membre inférieur*. Médecin expert amputation. Consulté le 10 mai 2025, à l'adresse <https://www.medecin-dommage-corporel.expert/expertise-amputation/>

Annexes

ANNEXE I 1
ANNEXE II 2
ANNEXE III 6

Formulaire de consentement :

Je m'appelle Léa Durand et je suis en troisième année d'études en ergothérapie. Je fais appel à votre expertise et à vos connaissances pour m'aider à valider ou invalider mes hypothèses dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, qui porte sur le rôle de l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes actives ayant subi une amputation traumatique du membre supérieur.

Je souhaiterais mener un entretien avec vous, d'environ 45 minutes à 1 heure, à un moment qui vous conviendra, que ce soit par téléphone, en visioconférence ou en présentiel.

Si vous êtes d'accord pour participer, je vous poserai des questions sur votre pratique, votre expérience et votre vécu. Votre participation est entièrement volontaire et vous avez la possibilité de changer d'avis à tout moment.

Les échanges seront retranscrits de manière confidentielle et sans jugement. Vos réponses seront traitées de façon anonyme et uniquement par mes soins, et elles seront utilisées dans le cadre de ce travail avant d'être détruites.

Je vous remercie de bien vouloir cocher chaque case ci-dessous :

J'autorise Léa Durand à utiliser mes propos dans le cadre de son mémoire de fin d'études, à condition qu'ils soient anonymisés (mon nom sera remplacé par un pseudonyme et les lieux et dates modifiés).

J'accepte de participer à cette étude.

Je consens à l'utilisation anonyme de certains de mes propos dans un mémoire ou une publication.

J'autorise l'enregistrement et la transcription de cet entretien.

Signature du participant :

Signature de Léa Durand :

Date :

Date :

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

Bonjour, je m'appelle Léa Durand et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie. Je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez permettant de mener à bien cet entretien.

Pouvez-vous me confirmez que vous êtes bien M / Mme,
Ergothérapeute Diplômé(e) d'État au sein de la structure ?
Et que vous travaillez notamment auprès d'une population amputée suite à un accident de la voie publique ?

Ainsi, dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études portant sur le thème de l'ergothérapie dans l'engagement occupationnel chez des personnes amputées après avoir vécu un accident de la voie publique, je sollicite alors votre expérience professionnelle ainsi que vos connaissances afin de valider ou non mes hypothèses.

Cet entretien durera donc entre 45 minutes et 1 heure.

Tout ce qui sera discuté durant cet entretien sera traité de manière anonyme et sera géré uniquement par mes soins. Vos réponses seront utilisées exclusivement dans le cadre de ce projet et seront ensuite détruites.

Etes-vous toujours d'accord pour poursuivre cet entretien ?

Présentation :

1. Pour commencer, pouvez-vous présenter en quelques mots ?

- En quelle année avez-vous été diplômé(e)?
- Quel est votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps réalisez-vous des prises en soin avec des patients amputés ?

2. Pourriez-vous partager votre définition du métier d'ergothérapeute, en vous basant sur votre expérience professionnelle ?

L'amputation :

3. En ce qui concerne les amputations, quelles en sont les causes principales rencontrées dans votre pratique ? Sont-elles couramment liées à un accident de la voie publique ?

4. Comment s'articule la prise en soin avec ce type de patient ?

- Quel type d'accompagnement proposez-vous en réponse à leurs besoins ?
- Utilisez-vous des bilans spécifiques pour évaluer leurs capacités et adapter votre prise en soin ?

5. En parlant de prise en soin, observez-vous que les patients amputés sont toujours engagés dans leur rééducation ?

L'engagement occupationnel :

6. Comment définissez-vous la notion d'engagement occupationnel ?

7. Comment intégrez-vous cette notion dans votre pratique avec les patients amputés ?

8. Évaluez-vous l'engagement occupationnel de vos patients ?

9. Si oui, comment procédez-vous ?

10. Pensez-vous qu'il serait pertinent de réaliser une évaluation initiale puis une autre finale pour mesurer cet engagement ?

11. En quoi cela pourrait-il modifier votre accompagnement auprès de cette population ?

La motivation :

12. La notion de motivation joue-t-elle un rôle dans votre accompagnement des patients amputés ?

13. En quoi cette notion est-elle significative pour vous ?

14. Utilisez-vous des techniques spécifiques pour favoriser la motivation chez ses patients ?

15. Si oui, lesquelles ?

16. Comment parvenez-vous à initier de la motivation chez vos patients amputés ?

17. Comment pourriez-vous définir l'entretien motivationnel ?

18. Le pratiquez-vous ?

19. Dans quelles conditions décidez-vous d'utiliser cette technique ?

20. Avez-vous reçu une formation ?

21. Pensez-vous qu'il existe une différence entre la notion de motivation et celle d'engagement occupationnel ?

La MCRO :

22. Pratiquez-vous la MCRO ?

23. Pouvez-vous m'en dire plus sur ce bilan, ses caractéristiques et ce qu'il permet d'évaluer ?

24. A quel moment de la prise en soin le réalisez-vous ? Dans quelles conditions ?

25. En quoi cela représente-t-il une plus-value dans votre pratique professionnelle ?

L'impact :

26. Comment ces deux concepts interagissent-ils dans votre approche ?

27. Pensez-vous que le regard du patient change en fonction de l'utilisation de ces techniques ? En quoi ?

28. Votre regard professionnel évolue-t-il en fonction de la posture que vous adoptez ?

29. Pensez-vous que les résultats seraient différents si vous choisissiez de ne pas intégrer les notions d'engagement et de motivation dans votre pratique ? Le patient adhère-t-il de la même façon ?

30. Quelles recommandations donneriez-vous à d'autres ergothérapeutes concernant l'utilisation de l'entretien motivationnel et de la MCRO dans la prise en charge des patients amputés ?

31. Enfin, selon vous, comment l'utilisation de ces techniques peut impacter l'engagement occupationnel des patients amputés ?

Souhaitez-vous vous exprimer sur un autre sujet que je n'aurai pas abordé durant cet entretien ?

Retranscription de l'entretien n°2

L : Avant toute chose, je vous remercie d'avoir accepté de passer cet entretien. Les données recueillies seront traitées exclusivement dans le but de mon travail de recherche. Êtes-vous toujours d'accord pour que j'enregistre notre échange ?

E2 : Oui bien sur

L : Super, merci. Est-ce que on peut commencer ?

E2 : Oui

L : D'accord. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

E2 : Ouais alors moi je suis diplômée depuis juillet 2022 d'une école en région parisienne. En terme de parcours professionnel, bah tout de suite après mon diplôme, j'ai fait un remplacement en contrat d'été en centre de rééducation, suite à ce remplacement-là, j'ai pris un CDI en temps partiel en centre de rééducation, du coup j'y travaille toujours depuis juillet 2022. En parallèle, en temps partiel, j'ai travaillé dans un CAMS avec des enfants de 0 à 6 ans. Entre deux, j'ai démissionné et maintenant je suis en libéral où je fais aussi bien de la pédiatrie, que de l'âge adulte, que de la gériatrie.

L : Ah oui vous avez une pratique assez variée.

E2 : Oui. Je vais passer en collaboration avec la personne qui est congé maternité, là je fais son remplacement. Et donc je vais passer en collaboration avec la personne que je remplace qui elle ne faisait que de la pédiatrie, moi j'ouvre un peu plus.

L : D'accord. Est-ce vous pourriez me partager une définition du métier d'ergothérapeute, en vous basant sur votre expérience professionnelle ?

E2 : Ouai ! Alors pour moi l'ergo travaille uniquement et principalement sur tout ce qui est activité de la vie quotidienne par le biais de mise en situation, par rapport à ce que le patient fait, ce qu'il aime, ce qu'il faisait avant le potentiel accident ou en tout cas la perte d'autonomie afin que le patient récupère un maximum de ses capacités ou alors qu'on puisse adapter son quotidien pour qu'il puisse faire ses activités de la vie quotidienne.

L : Je vais maintenant aborder le premier thème de mon entretien qui est l'amputation. Quelles sont les causes principales d'amputation que vous rencontrez dans votre pratique ? Sont-elles souvent liées à un AVP ?

E2 : Alors, je rencontre pas mal d'amputé dans mon métier au niveau du centre de rééducation principalement, pas spécialement en libéral. Les causes de l'amputation sont diverses et variées, ça peut venir d'un AVP ou d'un accident domestique ou alors de cause artéritique, enfin liées à une hygiène de vie, le tabac, le diabète... toutes les maladies qui peuvent causées une amputations.

L : D'accord, est ce que vous traitez plus d'amputations liées à des artériopathies ou suite à des AVP ?

E2 : Ça dépend de la période de l'année pour les AVP, en général aux beaux jours, on a davantage d'AVP qu'en plein hiver, il y a moins de personnes qui sortent en vélo par exemple, et donc il y aura moins de chance de se faire renverser par une voiture. Mais l'été, tu rajoutes aussi tout ce qui est moto; après l'accident ça arrive souvent qu'il y ait une amputation. Ici, on a plus d'amputés dus à un AVP; par contre toute l'année, on a des amputés à cause d'artérites.

L : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment s'articule la prise en soin en ergothérapie chez les patients qui sont amputés suite à un AVP ?

E2 : En ergothérapie, on les voit au moins pour un premier bilan, un OT-OP et une MCRO. Et en fonction des résultats de l'OT-OP et après de la MCRO, on axe notre prise en charge (PEC) là-dessus. Et ça dépend s'ils ont un projet d'appareillage ou non, la PEC sera pas tout à fait pareille.

L : Justement, qu'est-ce qui différencie les 2 types de PEC par rapport au projet d'appareillage ?

E2 : Bah une PEC avec un appareillage, au début on va travailler beaucoup l'équilibre uni-podal, les déplacements au fauteuil. Enfin comme c'est quelque chose qui sera entre guillemets transitoire et temporaire, tout ce qui est déplacement au fauteuil, on ne va pas le voir à 100 % comme tu peux le voir par exemple avec tout ce qui est franchissement de trottoir en 2 roues, parce que avec les fauteuils transitoires ça va peut-être pas spécialement leur servir; de toute façon il y a toujours la roulette anti-bascule. L'équilibre uni-podal, on va le bosser mais on va peut-être pas voir le patient tous les jours de la semaine pour bosser ce genre de chose, enfin voilà. On va vraiment adapter en fonction des besoins et du projet. Par contre, s'il n'y pas projet d'appareillage, tout ce qui va être déplacement en fauteuil, ça va être bossé à 100 %, un peu d'équilibre uni-podal pour, par exemple, accrocher son linge en hauteur. Mais en dehors de ça, c'est tout, une fois que le patient est complètement autonome au fauteuil, on s'arrête là.

L : D'accord. Lorsque les patients viennent en rééducation, sont-ils toujours engagés dans ce processus ?

E2 : Alors, il y a 2 types de patients pour le coup. J'en ai eu beaucoup plus qui sont engagés dans leur rééducation et qui ont envie de récupérer en autonomie au quotidien. Par contre, il m'est arrivé d'en avoir, je pense, 1 ou 2 en 3 ans qui avaient les capacités de vraiment bien progresser mais qui n'avaient pas du tout d'envie et qui ne voyaient pas l'intérêt de tout ça. Mais c'est vraiment exceptionnel ! Pourtant, c'étaient des jeunes ceux qui n'avaient pas du tout de motivation. C'est assez rare hein, en général ils ont envie de récupérer tout leur sport, leur activité, et pas galérer et être vu comme un « handicapé ».

L : Oui, d'accord. A partir de ces expériences, pourriez me donner une définition de la notion d'engagement occupationnel ?

E2 : L'engagement occupationnel pour moi c'est, comment je vais pouvoir expliquer ça. Déjà, c'est ce que le patient a envie de faire, et d'être capable de faire par la suite l'activité... Par exemple, le patient souhaiterait un jardin, il souhaiterait de nouveau

s'en occuper. Ça c'est l'objectif final et nous on va travailler autour de ça; et globalement, il faut que l'objectif donne envie au patient pour le réaliser et l'atteindre. Si le patient n'a pas envie de réaliser une activité, il ne sera pas non plus motivé dans sa rééducation. Donc si tu fais un objectif qui n'a rien à voir avec ses attentes, il ne sera pas engagé dans la rééducation ni dans ses occupations de vie quotidienne. Je sais pas si c'est très clair ?

L : Si si, j'ai bien compris le sens que vous souhaitiez apporter à cette notion. Comment vous intégrer justement cette notion d'engagement dans votre pratique auprès des patients amputés suite à un AVP ?

E2 : Ben je t'ai dit, nous on se base sur les activités de vie quotidienne, donc le patient en priorise 5 dans les différents domaines et après on se rebase sur ces 5 activités des différents domaines choisis pour lui faire passer la MCRO, où on va avoir de mémoire 15 à 20 objectifs prioritaires qu'il a choisi. On en prend 5 d'abord, qu'on hiérarchise et en fonction de ça, lui, il choisit ce qui est prioritaire pour lui. Par exemple, si pour moi la priorité ça va être que le patient sache faire ses transferts avec la prothèse, mais que lui ça ne l'intéresse pas du tout et que son objectif principal c'est d'accrocher son linge debout. Bah on va travailler son objectif même si il fait pas trop bien ses transferts et en faisant potentiellement l'objectif d'accrocher du linge et qu'il voit qu'il galère à se mettre debout tout ça, bah finalement les transferts ça deviendra peut-être une étape essentielle. Donc voilà, je me base toujours sur ce que le patient à lui envie de faire même si pour moi c'est pas le côté prioritaire de la chose.

L : D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il est pertinent de réaliser une évaluation initiale et une évaluation finale pour justement mesurer cet engagement ?

E2 : Heu alors pour moi l'évaluation initiale et finale, oui elles sont essentielles parce qu'il est bien de savoir comment c'est quand on commence une PEC; et finale parce que ça permet de voir si on a tout balayé et si on n'aurait pas oublié un truc. Mais alors après, en fait en ergo avec le patient, finalement y'a pas qu'une évaluation initiale ni qu'une évaluation finale; après, à chaque fois que tu vois le patient indirectement tu réévalue la situation. Moi je travaille en hôpital de jour et du coup les patients rentrent chez eux le soir et ils sont capables de me dire s'ils ont réussi à faire certaines choses à la maison ou pas. C'est différent en hôpital complet, une fois qu'ils sont autonomes

en chambre, ils ont du mal à se projeter à la maison : est-ce que finalement ils vont réussir à monter des marches en rentrant chez eux, est ce qu'ils vont réussir à étendre leur linge, à entretenir leur jardin, à faire leurs courses et bref, leur quotidien à la maison. Du coup, je réévalue très très très souvent les objectifs en dehors du bilan initial et du bilan final.

L : Oui, c'est en continu sur toute la PEC

E2 : Oui c'est ça, une fois que le patient, pour lui, a atteint l'objectif, on passe au suivant; mais du coup, je vais pas avoir vraiment besoin de bilan final de la PEC pour savoir ce qu'il reste à travailler. Donc voilà, je sais pas si j'ai complètement répondu à ta question ?

L : Si si, c'est bon pour moi, merci. Est-ce que la notion de motivation va jouer un rôle dans l'accompagnement des personnes amputées suite à un AVP ? On en a un peu parlé mais justement en quoi cette notion est significative pour vous ?

E2 : Bien sûr, si t'as pas la motivation du patient, il te suivra pas sur le long terme. Parce que tu sais, ils sont quand même là en moyenne entre 2 à 4 mois j'ai envie de te dire, maximum 4 mois, et 4 mois ça peut être long s'ils ont pas la motivation. Et de toute façon, en vrai, quand ils sont pas motivés tu le vois, ils te disent qu'ils ont pas envie et qu'ils ne voient pas forcément l'intérêt. Donc oui c'est complètement un facteur essentiel de la motivation du patient. Et si tu fais pas d'activité qui l'intéresse tu n'arriveras pas à accrocher sa motivation pour la rééducation.

L : Justement, utilisez-vous des techniques spécifiques pour favoriser la motivation et cet engagement chez ce type de population ?

E2 : Non bah déjà d'avoir une relation de confiance. C'est compliqué, parce qu'en général quand tu vois quelqu'un en blouse blanche etc., ils sont pas toujours en confiance. Mais établir une bonne relation thérapeutique et de confiance avec le patient pour qu'après tu puisses lui dire ce que tu veux sans qu'il le prenne mal. Lui dire voilà « Mr X, si demain vous n'avez plus envie de venir en séance, y'a pas de soucis » mais par contre, rien que déjà si lui n'a pas envie de venir, lui dire que tu es disponible si jamais entre deux il voyait des objectifs à atteindre qui l'intéresse et après

beaucoup de discussion, une bonne relation thérapeutique et ça fait déjà la moitié du travail. Parce qu'en fait même si on est lundi et qu'il rentre en centre de rééducation et qu'il voit pas trop l'intérêt, le vendredi il peut revenir te voir parce qu'en fait finalement, il galère à étendre du linge, et donc ça c'est plutôt toi qui bosse que les collègues kiné, APA ou autre. En fait parfois il faut juste leur laisser du temps.

L : Donc si j'ai bien compris pour ceux qui ne sont pas motivés, la technique c'est de les écouter et de leur laisser le temps ?

E2 : Ouai parce qu'en général quand y'a un trauma, une lésion physique et donc l'amputation d'un membre, il y a aussi une phase un peu de deuil en fonction du handicap. Et en fait, en ergo comme tu travailles vraiment tout ce qui est AVQ, tu rentres vraiment dans leur intimité; bah tu les mets devant le fait qu'ils ne peuvent pas faire pleins de trucs et que bah ils sont pas prêts à entendre qu'ils ne peuvent pas faire certaines choses donc c'est ça aussi qui peut être quelque fois difficile.

L : Est-ce que vous pourriez définir l'entretien motivationnel ?

E2 : Alors je connais de nom mais le définir... Alors c'est une très bonne question. Selon moi, je pense qu'indirectement je le fais mais j'arrive pas à te donner de définition vraiment claire. Je pense que c'est partir de ce que le patient a envie au cours de l'échange et de faire émerger ses propres motivation.

L : Vous ne le pratiquez pas du coup ?

E2 : Ba du coup non, nous au boulot on fait beaucoup l'OT-OP mais c'est des cartes avec la grille mais sur quelque chose de déjà prédéfini, tu vois y'a déjà les cartes qui apportent de potentielles solutions. On demande rarement au patient à froid : « qu'est-ce que vous attendez de la rééducation, quels sont vos objectifs ? » enfin tu vois on guide toujours avec un entretien semi-dirigé avec l'OT-OP ou la MCRO

L : D'accord. Pensez-vous qu'il existe une différence entre la notion de motivation et d'engagement occupationnel ?

E2 : Heu... alors une différence oui parce que c'est pas la même chose. Mais d'après moi, ils sont quand même étroitement liés parce que sans motivation il n'y a pas d'engagement. Et enfin pour moi c'est deux choses différentes mais elles sont quand même étroitement liés.

L : Donc vous m'avez dit que vous pratiquiez aussi la MCRO ?

E2 : Oui voila

L : Est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur ce bilan, qu'est-ce qu'il permet d'évaluer ?

E2 : Alors bah ça dépend de comment tu fais, nous comme on fait l'OT-OP avant , le patient a déjà des objectifs un peu prédéfinis via l'OT-OP. Je sais que dans des lieux de stage que j'ai fait ,il n'y avait pas spécialement d'OT-OP avant, et je pense que du coup, ils faisaient un entretien motivationnel via la MCRO et ils demandaient au patient d'expliquer par exemple ce que c'était le domaine de la productivité et de là, ils demandaient au patient de sortir quelques activités au niveau de la productivité et de les coter. Nous, comme on passe déjà par l'OT-OP, t'as déjà la liste « pré-faite » d'objectifs et on se base là-dessus. Donc, on fait d'abord passer l'OT-OP; du coup après, on fait la MCRO et on reprend les objectifs. Et après, c'est le patient qui choisit ses objectifs et après qui cote l'importance que ça a pour lui, le rendement et la satisfaction qu'il a au moment où il effectue l'occupation. Et en général, au moment où on fait la MCRO, il fait pas grand-chose des activités qu'il a listé, donc le rendement et la satisfaction sont généralement très bas. Mais les patients ont quand même du mal à coter cette notion de rendement et de satisfaction. Il faut leur expliquer assez longtemps et les aiguiller au moins pour un premier exemple parce que c'est pas évident pour eux de percevoir la différence entre le rendement, la satisfaction et l'importance.

L : Oui même pour moi en tant que stagiaire, c'est pas toujours facile d'expliquer différemment les choses quand la personne ne comprend pas forcément la première explication qu'on lui apporte.

E2 : Bah oui bah c'est toujours après (rire) ! C'est toujours pareil parce que tu peux l'expliquer de la même manière à trois patients, les trois patients vont pas comprendre la même chose; et après, tu peux aussi la réexpliquer, mais je sais, que moi, des fois c'est moi qui me perds parce que j'essaye de réexpliquer mais avec des mots différents, et du coup, je sais plus où j'en suis. Donc oui quand tu as quelqu'un qui comprend pas face à toi c'est toujours un peu galère.

L : Oui c'est sûr ! A quel moment de la prise en soin vous réalisez ce bilan ?

E2 : Alors la MCRO on la fait au début et à la fin. Entre deux, en intermédiaire, on reprend un peu plus la liste de l'OT-OP, tu vois; une fois qu'on a coché les 5 premiers objectifs de la MCRO et que le patient est satisfait, on passe sur le reste de la liste mais on fait pas une MCRO à chaque fois. Pour les autres objectifs, en fait, on les prend un peu à la volée sur des mises en situation, des choses comme ça qu'on programme, mais c'est moins cadré que l'utilisation de la MCRO. Après, tu vois quand même qu'il y en a pas mal qui se recoupe. Par exemple, le patient qui met « aller se balader au parc » et « aller faire des courses » bah tu l'emmènes toi faire des courses en marchant; on a le supermarché pas très loin donc on peut aller faire des courses en marchant, donc l'objectif d'aller dans le parc est étroitement lié, ça va être réalisé de façon extérieure.

L : Est-ce que vous voyez une réelle différence entre celui que vous faites passer au début et celui de la fin ?

E2 : Ouai ! Puis bah nous, ils sont en hôpital de jour, ils rentrent le soir, donc je sais pas pour mes collègues en complet si c'est vraiment très différent ou pas, mais nous en fait, ils peuvent se remettre en situation le soir chez eux ou le matin quand ils sont pas au centre, le week-end et tout ça, alors que les patients de l'hospitalisation complète bah tout ce qui va être aller faire des courses, aller et venir etc... ils ont des permissions le soir, quelques fois le week-end, mais c'est pas en systématique et ils sortent pas tout le temps. Déjà, il leur faut un taxi, un chauffeur, tout ça, et ils y vont pas spécialement en fauteuil ou en prothèse le soir après les journées de rééducation.

L : Oui d'accord. Selon vous en quoi la MCRO représente une plus-value dans votre pratique professionnelle ?

E2 : Elle représente un énorme gain de temps parce qu'en fait, c'est pas toujours évident pour un patient de ressortir des objectifs, des attentes; en général, un patient amputé, peu importe la cause, l'objectif se sera de remarcher. Ok ! C'est l'objectif général mais derrière ça, remarcher dans ce cas-là, ça peut être davantage un objectif kiné que ergo, en tout cas chez nous. Nous, on peut travailler tout ce qui est marche etc. mais tout ce qui est schéma de marche c'est pas nous qui le travaillons. La marche, on va la travailler dans des activités concrètes mais on va pas lui faire faire des allers-retours entre les barres parallèles pour le plaisir. C'est pas du tout notre travail. Donc oui la MCRO c'est une plus-value, ça nous donne déjà du poids quand même, parce que c'est un bilan reconnu; en centre de rééducation, c'est pas rien quand même avec tous les autres professionnels; ça nous donne quand même une identité professionnelle parce qu'il y'a un vocabulaire assez particulier que les autres comprennent pas toujours dans les autres professions. Et puis, c'est quand même un sacré gain de temps quand on fait le bilan avec le patient, et ça met en avant des activités concrètes du quotidien, ça nous permet de faire pas mal de mise en situation et de mettre en avant notre métier, notre profession et aussi noter la plus-value dans la rééducation du patient.

L : D'accord. Pensez-vous que le regard du patient change en fonction de l'utilisation de ces techniques donc de la MCRO et de l'OT-OP ?

E2 : Euh oui, parce que pour d'autres patients qui ont d'autres pathologies, on n'utilise pas forcément la MCRO et l'OT-OP parce que, par exemple, sur un patient avec une prothèse de hanche qu'on voit pour de l'apprentissage des gestes luxants, on fait pas l'OT-OP et la MCRO, on va à l'essentiel direct. Et oui, le relationnel n'est pas le même parce qu'avec l'OT-OP et la MCRO tu rentres vraiment dans l'intimité du patient. La MCRO et l'OT-OP, tu passes quand même du temps avec le patient à les faire passer. En général, tu mets facile 2 à 3 séances; nous, c'est des séances d'une demi-heure, donc on met facile 2 à 3 séances avec le patient, ça fait 1h30 et on lui a juste posé des questions par l'entretien de la MCRO. Par contre en 2- 3 séances avec le patient opéré d'une prothèse de hanche, on pose des questions basiques on va dire : de quand date l'opération, qu'est-ce qui vous a été dit, etc., et tu passes directement au concret du geste luxant et après potentiellement le patient tu le revois plus. Alors qu'avec un patient avec qui tu fais un aussi gros entretien, tu vas pas le voir qu'une fois quoi. Donc

oui le regard du patient n'est pas le même, le relationnel n'est pas le même, rien n'est pareil, tu rentres pas dans la même intimité en fait.

L : Oui c'est vraiment la relation thérapeutique qui se crée autour de ça.

E2 : Ah bah bien sûr ! Et des fois c'est pareil, quand tu fais passer l'OT-OP et la MCRO, le patient il est pas prêt à parler de certaines choses; bah moi, je lui dit à ce moment-là : « ok si vous êtes pas prêt y'a pas de soucis mais sachez que si jamais au cours de votre rééducation y'a des questions qui se posent pour vous, bah comme on l'a abordé on peut en discuter » parce que bah y'a des trucs c'est pas facile d'en parler.

L : D'accord. Et justement en quoi votre regard en tant que professionnel évolue en fonction de la posture que vous adoptez ?

E2 : Euh oui c'est pas du tout pareil. Encore une fois, avec un patient qui a une prothèse de hanche et que je vais voir qu'une demi-heure pour les gestes luxant et quelques aides techniques, j'ai plus limite l'impression d'être prof ou revendeur matériel médical que d'être ergo (rire). Alors que le patient avec qui je fais passer la MCRO ou l'OT-OP, c'est pas du tout la même chose hein. J'ai plus un œil ergo, vie quotidienne et tout ça, que juste les gestes luxants et matériel médical quoi. Donc non c'est pas du tout pareil.

L : Selon vous, est ce que vous pensez que les résultats seraient différents si vous choisissiez de ne pas intégrer les notions d'engagement et de motivation dans votre pratique ? Et est-ce que le patient va adhérer de la même façon ?

E2 : Je pense qu'il n'adhérera pas de la même façon, j'ai jamais testé pour le coup. Mais pour moi, si je pars avec 2 patients qui sont tous les deux amputés suite à un AVP et que j'intègre pas les notions de motivation et d'engagement, alors oui les résultats seront différents. Le patient, je peux lui faire aller chercher des pions d'un côté et d'un autre, il va y voir le même intérêt que si je l'emmène dans le jardin pour aller chercher des tomates enfin tu vois c'est pas du tout le même truc quoi. Alors que déplacer des pions il s'en fout royal.

L : Oui en fonction si ce sont des activités qui sont significantes pour lui.

E2 : C'est ça. Et pour moi, pour que le patient soit motivé et engagé, il faut que ce soit signifiant pour lui. Sinon, il voit moins d'intérêt, et si il est déjà un peu réfractaire à la base tu peux le perdre quoi.

L : Oui. Quelles recommandations donneriez-vous à d'autres ergothérapeutes concernant l'utilisation de la MCRO et l'OT-OP dans la prise en soin des patients amputés suite à un AVP ? De base ma question était MCRO et entretien motivationnel mais comme vous ne le pratiquez pas, je m'adapte.

E2 : Alors heu c'est pas évident comme question. Alors déjà d'être formé et de s'intéresser à la MCRO, à la limite de la faire passer entre thérapeutes dans un premier temps pour être déjà à l'aise avec l'outil. Parce que si t'es pas spécialement à l'aise avec l'outil, que tu cherches toi même un peu tes mots et compagnie pour expliquer et pour driver un peu le patient, bah tu perds du temps et selon le patient que t'as en face de toi, tu peux aussi quelques fois perdre en crédibilité et tout ça. Après l'OT-OP, c'est d'être à l'aise avec tous les sujets, parce que l'OT-OP aborde tous les sujets de la vie quotidienne, de la vie personnelle, de la vie intime, de tout ce que tu veux. Donc il faut déjà être à l'aise avec n'importe quel sujet, faut pas au moment de la carte relation affective et sexuelle que tu deviennes rouge comme une tomate et que les patients ils le sentent et que ça créé une gêne quoi. Enfin voilà, si t'es pas à l'aise avec certains items, bah faut pas les faire passer, faut aller voir une collègue qui est un peu plus à l'aise avec la chose, enfin voilà. Ou alors en parler dans un second temps quand tu connais mieux le patient et que ça se trouve ça viendra de lui-même quoi; mais d'être à l'aise avec les deux outils et tout ce que ça peut engendrer par derrière.

L : Ok. Selon vous, comment l'utilisation de ces techniques (MCRO, OT-OP) va impacter l'engagement occupationnel des patients amputés suite à un AVP ?

E2 : Bah déjà si suite à l'accident y'a un état de stress post-traumatique, il faut connaître un peu les conditions de l'accident, parce que bah par exemple tu vas peut-être pas lui reparler du permis de conduire tout de suite s'il était chauffeur ou passager et qu'il le vit très mal. En hôpital de jour, il est obligé de remonter en voiture; mais s'il était conducteur, tu vas pas aborder tout de suite la conduite parce que c'est pas ce qui va l'emballer le plus et ça peut raviver des trucs qu'il sait déjà et qu'il a pas

spécialement envie que ça soit ravivé tout de suite. Et après, bah je te dis toujours : partir de ce que le patient a lui envie de faire, ce qui est prioritaire pour lui.

L : Donc si j'ai bien compris, pour vous la MCRO et l'OT-OP impactent vraiment l'engagement occupationnel ?

E2 : Bien sûr ! Et après, une fois que tu as une relation de confiance bien établie, tu peux même partir sur des trucs qui sont pas forcément sur la MCRO ou en tout cas qui ne sont pas ressortis et de dire « bah voilà je vous en parle comme ça, mais est-ce que vous savez que machin... », « ah bah non je sais pas et ça m'intéresse pas », ok mais du coup t'as déjà établi une relation de confiance avec lui. Par exemple, le patient qui ne veut absolument pas de fauteuil roulant parce que son objectif principal c'est de marcher, bah au début tu lui en parles, il va dire « ah non non me parlez surtout pas du fauteuil, moi j'en veux pas, je me déplace qu'avec mes béquilles. Ok très bien, et bah au milieu de la prise en charge, quand t'as une bonne relation avec le patient, tu peux te permettre de revenir sur le sujet et d'insister un peu plus tu vois. Il va peut être toujours te dire non, mais au moins il a entendu; et j'ai des patients qui m'ont dit non tout le séjour et, la veille de la sortie, il fallait absolument un fauteuil parce que bah finalement ils ont compris que : ok il va rester dans le garage mais bon au cas où je l'aurai. Donc non, on part vraiment de ce que le patient a envie, mais si toi tu vois un truc un peu prioritaire au début et qui l'est pas pour le patient, t'as une bonne relation avec lui, bah au moins tu peux revenir dessus, il l'entend ou il l'entend pas mais au moins ça n'impacte pas ta relation avec lui.

L : Oui donc la relation thérapeutique joue aussi un rôle essentiel.

E2 : Ah bah carrément, plus ton patient a confiance en toi et plus il est à l'aise avec toi, plus ce sera facile quelque fois d'amorcer certains sujets qui passeront pas du tout quand c'est le médecin qui les aborde, par exemple, ou avec d'autres personnes qu'il envoie un peu balader; et toi, si ça passe très bien, tu peux te permettre un peu plus de truc. Enfin, il va moins t'envoyer promener et il va peut-être, à un moment donné, t'écouter quand même.

L : Ok, est ce vous souhaitez parler d'un sujet que je n'aurai pas abordé ?

E2 : Bah non globalement t'a pas mal fait le tour de ton sujet

L : D'accord, bah merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

E2 : De rien, pas de soucis et bon courage pour la suite.

L : Merci, à vous aussi, au revoir

E2 : Au revoir

**L'ergothérapie chez des personnes amputées suite à un accident de la voie publique :
l'engagement occupationnel comme moteur de la rééducation**

DURAND Léa

Résumé : L'amputation traumatique entraîne un impact majeur tant sur le plan physique que psychologique. Dans ce contexte, l'implication du patient dans sa rééducation constitue un levier essentiel pour favoriser sa reconstruction. Ce mémoire a pour objectif de comprendre comment l'ergothérapeute peut favoriser cet engagement occupationnel chez des adultes amputés suite à un accident de la voie publique, notamment à travers l'utilisation de la MCRO et de l'entretien motivationnel. Dans le cadre de cette étude qualitative, des entretiens semi-directif ont été menés auprès de trois ergothérapeutes. L'analyse de ses résultats met en évidence l'utilisation informelle de ces outils, prouvant néanmoins leur efficacité sur l'engagement occupationnel à travers l'application de leurs principes. Cependant, il serait pertinent d'approfondir l'utilisation de ces techniques et des notions qui y sont attachées dans le but d'évaluer l'impact sur l'engagement à plus grande échelle et de renforcer leur inclusion en rééducation.

Mots-clés : amputation traumatique, engagement occupationnel, MCRO, entretien motivationnel, ergothérapie.

Occupational therapy for amputees following a road traffic accident : occupational engagement as the driving force behind rehabilitation.

Abstract : Traumatic amputation has a major physical and psychological impact. In this context, the patient's involvement in his or her rehabilitation is an essential lever for promoting reconstruction. The aim of this research is to understand how occupational therapists can encourage this occupational engagement in adults who have undergone amputation following a road accident, in particular through the use of CMOP and motivational interviewing. As part of this qualitative study, semi-structured interviews were conducted with three occupational therapists. Analysis of the results highlights the informal use of these tools, nevertheless they prove their effectiveness on occupational engagement through the application of their principles. However, the use of these techniques and related concepts should be studied in greater depth, with a view to assessing their impact on engagement on a larger scale and reinforcing their inclusion in rehabilitation.

Key words : traumatic amputation, occupational engagement, MCRO, motivational interviewing, occupational therapist