



Institut de formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement
et la Recherche en Ergothérapie

Le rôle de l'ergothérapeute dans l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse chez les personnes amputées traumatiques de membres inférieurs



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E.

6.5 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Session septembre 2025

Sous la direction de Madame Valérie LAURENT

Ema VILACA DA LUZ FERREIRA

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans l'accomplissement de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Je remercie sincèrement ma maîtresse de mémoire, Valérie Laurent, pour ses conseils et son encadrement. Sa rigueur m'a permis d'approfondir mes recherches et de prendre confiance tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier les trois ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon enquête. Elles m'ont été d'une grande aide et leur partage d'expérience m'a permis d'enrichir ce travail.

A mes amis de promotion (les deux promotions confondues), merci pour le soutien et la motivation que vous m'avez tous apporté.

Je tiens enfin à remercier ma famille, qui m'a soutenue durant ce long parcours qui n'a pas été évident. Merci de croire en moi et de m'encourager dans mes projets.

Liste des abréviations

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

ESAT : Evaluation de la Satisfaction envers une Aide Technique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPT : Stress Post Traumatique

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

TUG : Time Up and Go

Table des matières

Introduction.....	1
Cadre conceptuel.....	3
1. L'amputation de membre inférieur.....	3
1.1. L'amputation - Définition.....	3
1.2. Epidémiologie et étiologie.....	3
1.3. Les différents niveaux d'amputations de membre inférieur.....	4
1.4. Conséquences sur l'équilibre occupationnel.....	5
1.4.1. Impact sur les activités de la vie quotidienne.....	5
1.4.2. Répercussions sur la participation sociale et professionnelle.....	7
1.4.3. Conséquences sur la santé physique et psychologique.....	8
2. La prothèse de membre inférieur : un outil pour l'équilibre occupationnel ?... 10	
2.1. Caractéristiques et types de prothèses de membre inférieur.....	10
2.2. Adaptation et apprentissage de l'utilisation de la prothèse.....	12
2.2.1. Défis et enjeux dans la prise en main de la prothèse.....	12
2.2.2. Facteurs facilitants l'intégration de la prothèse dans les occupations..	13
2.2.3. Avantages et inconvénients de la prothèse.....	15
2.3. L'accessibilité des prothèses de membre inférieur.....	15
2.4. La notion de genèse instrumentale : la prothèse comme artefact.....	17
3. Le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien de l'équilibre occupationnel post-amputation.....	18
3.1. L'accompagnement ergothérapique dans l'adaptation post-amputation.....	18
3.1.1. Identification et évaluation des besoins occupationnels du patient.....	18
3.1.2. Mise en place de stratégies compensatoires et de réadaptation.....	20
3.2. L'équipe pluriprofessionnelle et la prise en soin du patient amputé.....	22
3.2.1. Rôles et interventions des différents professionnels.....	22
3.2.2. L'éducation thérapeutique du patient amputé : un levier pour l'indépendance et la réadaptation.....	23
3.2.3. Le parcours de soin du patient amputé.....	24

Hypothèse.....	26
Méthodologie.....	27
1. Type de recherche et choix de l'outil d'enquête.....	28
2. Choix de la population interrogée.....	28
3. Construction du guide d'entretien.....	29
4. Conduite des entretiens.....	30
Analyse des résultats de l'enquête.....	30
1. Présentation des résultats.....	31
1.1. Présentation des participants.....	31
1.2. Les différentes thématiques recensées.....	32
1.2.1. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces personnes.....	32
1.2.2. La place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire.....	33
1.2.3. Les principales difficultés rencontrées par ces patients.....	34
1.2.4. L'intégration de la prothèse : un "renouveau" pour ces patients.....	35
1.2.5. Les limites de l'ergothérapie dans cette prise en soin.....	37
1.2.6. La notion de l'équilibre occupationnel.....	38
2. Analyse des résultats.....	39
2.1. Modalités de la pratique des professionnels.....	39
2.2. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces patients.....	39
2.3. L'amputation traumatique : un bouleversement global.....	40
2.4. La place de la prothèse : un outil à intégrer dans la vie quotidienne.....	42
2.5. La place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire : une approche différente mais complémentaire.....	43
2.6. Les freins et les limites du système actuel.....	45
2.7. L'équilibre occupationnel : un fil conducteur dans l'accompagnement....	46
Discussion.....	47
1. Confrontation des résultats de l'enquête et cadre conceptuel.....	47
2. Vérification de l'hypothèse et réponse à la problématique.....	54
3. Biais et limites de la recherche.....	56

3.1. Biais.....	56
3.2. Limites.....	56
4. Apports et perspectives de l'étude.....	57
4.1. Apports.....	57
4.2. Perspectives.....	58
Conclusion.....	59
Bibliographie.....	
Annexes.....	
Résumé.....	

Introduction

L'amputation de membre inférieur représente un événement majeur dans la vie d'une personne. Elle ne touche pas seulement le corps, mais aussi l'équilibre de vie, que ce soit psychologique, émotionnel et social. Cette intervention, bien que nécessaire dans certaines situations médicales, bouleverse l'ensemble des habitudes de vie quotidiennes du patient.

En France, “chaque année, il y a environ 8 000 nouveaux amputés des membres inférieurs” (Thomas-Pohl et al., 2020). Parmi ces patients, ceux ayant subi une amputation traumatique font face à des défis particuliers. Ces amputations sont souvent liées à des accidents soudains qui touchent généralement une population plus jeune et active professionnellement parlant. Elles demandent donc une attention particulière en termes de réadaptation et de réinsertion sociale et professionnelle (Facione et al., 2024).

L'intégration d'une prothèse est souvent envisagée pour retrouver une certaine indépendance. Cependant, l'apprentissage de son utilisation est un processus qui peut être long et difficile. Il dépend de plusieurs facteurs : physiques, cognitifs, émotionnels et environnementaux. Comme l'explique Gourinat (2022), le corps doit être préparé à recevoir la prothèse dès le début de la rééducation. Il doit s'adapter à ce nouvel “objet” qui va faire partie de lui.

Dans ce processus, l'ergothérapeute accompagne le patient dans l'appropriation de la prothèse et son intégration, en tenant compte de ses besoins, de ses capacités mais également de ses valeurs. L'objectif n'est pas seulement de retrouver un bon fonctionnement physique, mais aussi de reconstruire un équilibre occupationnel, un quotidien qui ait du sens. Comme le rappellent Calabrese, Haider et Ashbury (2023) : une rééducation efficace nécessite non seulement un entraînement fonctionnel, mais aussi un accompagnement de la personne dans la reconstruction identitaire, la reprise de rôle social et une nouvelle perception corporelle.

Ce mémoire vise à interroger comment l'ergothérapeute accompagne les personnes amputées traumatiques du membre inférieur dans l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de leur prothèse.

L'intérêt pour ce sujet vient d'un constat personnel et d'une réflexion professionnelle. Durant mon dernier stage, j'ai rencontré plusieurs patients amputés pour raisons traumatiques. Ces parcours m'ont particulièrement interpellé : souvent jeunes, actifs, en rupture brutale avec leur vie antérieure, ils se retrouvaient face à un bouleversement identitaire et corporel. J'ai été touchée par l'impact de cette perte sur leur quotidien, bien au-delà du simple aspect moteur. Cela m'a poussée à m'interroger sur le rôle que l'ergothérapeute pouvait jouer pour reconstruire un équilibre de vie, en particulier à travers la prothèse.

Pour mener cette réflexion, je m'appuie sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), qui prend en compte les liens entre la personne, ses occupations et son environnement (Townsend et al., 2007). Afin de mieux comprendre les enjeux liés à l'intégration et à l'appropriation de la prothèse, il est nécessaire de revenir sur les principaux concepts qui structurent cette problématique. Le cadre conceptuel présentera donc dans un premier temps, les conséquences de l'amputation sur le quotidien, avant de s'intéresser au rôle de la prothèse dans l'équilibre occupationnel, puis à la contribution spécifique de l'ergothérapie dans ce processus.

Après quelques réflexions et approfondissements, je propose la question de recherche suivante :

En quoi l'ergothérapeute, via l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse dans tous les domaines occupationnels, permet-il chez les patients amputés traumatiques du membre inférieur la mise en place d'un nouvel équilibre occupationnel ?

Cadre conceptuel

1. L'amputation de membre inférieur

1.1. L'amputation - Définition

L'amputation est définie comme l'ablation chirurgicale d'une partie ou de la totalité d'un membre. Elle est parfois inévitable pour sauver la vie du patient ou améliorer sa qualité de vie lorsque le membre ne peut être soigné (Dorland., 2011).

Cette pratique, remontant à l'Antiquité, a beaucoup évolué au fil du temps (Leemrijse., 2014). Les progrès médicaux, surtout après les grandes guerres, ont permis de mieux maîtriser les techniques chirurgicales. Aujourd'hui, l'amputation est un acte dans une prise en charge globale, avec des objectifs de réadaptation et de qualité de vie.

1.2. Epidémiologie et étiologie

Après avoir défini ce qu'est une amputation, il est important d'en examiner l'ampleur et les causes afin de mieux situer cette problématique dans son contexte actuel.

En France, on compte environ 8 000 amputations du membre inférieur chaque année (Thomas-Pohl et al., 2020). La majorité sont d'origine vasculaire, souvent liées au diabète ou à des maladies artérielles. Une part non négligeable d'environ 15% concerne les amputations traumatiques (McDonald et al., 2020).

Ces dernières touchent le plus souvent des personnes jeunes et en activité professionnelle. Elles surviennent brutalement, à la suite d'un accident de la route, d'un accident du travail ou encore d'un traumatisme sportif (Bruyant et al., 2023). Cela rend la prise en charge plus complexe, car d'une part il faut prendre en compte toutes les blessures associées, s'il y en a, et d'autre part, l'ergothérapeute doit prendre en compte le désir d'un retour à des occupations antérieures, ainsi que la demande d'une reprise d'activité rapide, surtout professionnelle et sociale.

1.3. Les différents niveaux d'amputations de membre inférieur

Au-delà de l'incidence et des causes, il est également essentiel de préciser les différents niveaux d'amputation, car ceux-ci influencent directement la récupération fonctionnelle et l'adaptation à la prothèse.

Le niveau de l'amputation réalisée a une influence directe sur la récupération fonctionnelle et l'adaptation à la prothèse. Voici les principaux types d'amputations du membre inférieur (Leduc., s. d.) :

- Amputations partielles du pied : Comme celle de Chopart (ablation de la partie à l'avant du talus et du calcaneus) ou de Lisfranc (ablation complète des orteils et des métatarsiens).
- Amputation transtibiale : Elle se situe sous le genou, préservant cette articulation.
- Désarticulation du genou : L'amputation se fait au niveau de l'articulation du genou.
- Amputation transfémorale : Elle se situe au-dessus du genou, sur le fémur, plus ou moins en proximal.
- Désarticulation de la hanche : L'amputation se fait au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Chaque type d'amputation implique des adaptations différentes sur le plan fonctionnel, que ce soit pour la marche, l'équilibre ou l'appareillage. L'amputation entraîne des répercussions concrètes sur la mobilité, l'indépendance et plus largement sur l'équilibre occupationnel de la personne.

1.4. Conséquences sur l'équilibre occupationnel

1.4.1. Impact sur les activités de la vie quotidienne

L'équilibre occupationnel est un concept important en ergothérapie. Il s'organise autour de différents domaines occupationnels, c'est à dire les grands champs d'activités qui structurent la vie quotidienne : les activités de la vie quotidienne (AVQ), la productivité (travail, études, tâches domestiques), les loisirs et le repos (Townsend et Polatajko., 2007). D'après Anaby, Backman et Jarus (2010), l'équilibre occupationnel est défini par cette sensation d'équilibre entre les différentes activités que l'on pratique. Cet équilibre est très personnel : chacun a sa propre vision de ce qui lui convient, et cela dépend de la perception et des besoins de l'individu.

L'idée est de réussir à trouver un juste équilibre entre la productivité, les loisirs, le repos et le sommeil. Ce rapport change forcément au cours de la vie, selon les capacités, les périodes traversées, et l'environnement (Wagman et al., 2012).

Réussir à maintenir cet équilibre, est primordial pour la santé et le bien-être. Quand une personne s'engage de manière équilibrée dans ses occupations, elle se sent généralement plus satisfaite et sa qualité de vie est meilleure (Ung., 2019). A l'inverse, un déséquilibre occupationnel, par exemple trop d'activités dans un domaine et pas assez dans un autre, devient vite une source de stress, pouvant nuire au bien-être et même à la santé de la personne (Lentner et al., 2025).

La perte d'un membre inférieur entraîne une diminution significative de l'indépendance dans les déplacements, obligeant le patient à recourir à des aides techniques ou à une prothèse. La prothèse peut aider à retrouver une certaine mobilité, mais cela demande du temps et de la patience. La prise en main peut se faire en quelques semaines, voire quelques mois, selon les capacités de la personne (Schaffalitzky et al., 2011).

Une part significative des personnes amputées du membre inférieur parviennent à retrouver une mobilité fonctionnelle grâce à un appareillage adapté. Brauckmann, Albrecht et Müller (2024) montrent par exemple que 63 % des patients conservent une capacité de marche en intérieur après leur amputation, tandis qu'environ 25 % parviennent à marcher librement à l'extérieur avec leur prothèse. Ces résultats révèlent que la récupération de la mobilité est fortement influencée par le niveau

d'amputation, l'état du moignon, la présence de douleurs, mais aussi par le fonctionnement antérieur, la motivation personnelle et l'implication dans le parcours de rééducation.

Certaines personnes rencontrent des douleurs persistantes, notamment au niveau du membre fantôme, ou développent des troubles musculo-squelettiques (TMS) liés à la compensation par le membre sain. (Zingg et al., 2014). Ces limites rappellent que l'usage de la prothèse ne peut être dissocié de l'environnement global de la personne et de sa capacité à maintenir un engagement occupationnel équilibré.

L'engagement occupationnel est une notion centrale du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), qui définit l'occupation comme un moyen pour la personne de s'inscrire activement dans son environnement, d'exprimer son identité et de donner du sens à son existence (Townsend et Polatajko., 2007). Ce modèle insiste sur le fait que l'engagement ne se limite pas à l'action observable, mais inclut aussi l'investissement personnel, la motivation, l'émotion, la concentration et la satisfaction ressentie dans la réalisation d'une activité.

Chez les personnes amputées traumatiques, ce concept prend une dimension particulière. L'interruption brutale de la participation aux occupations antérieures, combinée à la perte corporelle, remet en question l'identité, la compétence perçue et l'indépendance. L'engagement dans de nouvelles occupations, ou dans des formes adaptées des anciennes, est souvent entravé par des barrières physiques, psychologiques et sociales (Sayeed et al., 2023).

Le rôle de l'ergothérapeute est alors d'identifier ce qui fait sens pour la personne et de soutenir progressivement la reprise d'un engagement actif, en tenant compte de sa motivation, de son rythme et de son environnement. Le MCREO propose ainsi une lecture globale et dynamique de l'engagement occupationnel, dans laquelle l'ergothérapeute agit comme médiateur entre les capacités de la personne, ses souhaits et les exigences du milieu de vie (Townsend et Polatajko., 2007).

1.4.2. Répercussions sur la participation sociale et professionnelle

Ces conséquences ne se limitent pas aux activités de la vie quotidienne. Elles touchent également la participation sociale et professionnelle, au autre pan essentiel de l'équilibre occupationnel.

Sur le plan professionnel, il n'est pas rare que les aménagements soient insuffisants. Malgré les efforts, de nombreux patients rencontrent des obstacles à la reprise d'un emploi (Fajardo-Martos et al., 2018). Pourtant, la motivation est souvent présente. Les mises en situation réelles, comme l'ont montré Coffey et al (2014), sont des approches très concrètes pour accompagner la reprise d'une vie sociale et professionnelle.

En ergothérapie, cela passe par la recreation de situations proches du quotidien, mais dans un cadre sécurisé et accompagné, pour que la personne puisse s'y confronter progressivement. Par exemple, pour préparer un retour au travail, l'ergothérapeute peut mettre en place des ateliers où la personne simule une journée de travail adaptée : reprise de gestes professionnels, gestion des déplacements avec la prothèse, organisation du poste de travail. Ces séances permettent d'identifier les difficultés spécifiques (fatigue, équilibre, accès aux outils), mais aussi d'y répondre avec des aménagements concrets (poste adapté, aides techniques, pauses adaptées). Surtout, elles redonnent confiance en montrant que reprendre une activité productive reste possible, même différemment (Coffey et al., 2014).

Sur le plan social, ces mises en situations peuvent prendre la forme d'une sortie dans les transports en commun, d'une participation à un événement, ou encore d'un accompagnement pour rejoindre une association. L'ergothérapeute soutient chaque étape : rassurer, anticiper les obstacles, ajuster les trajets, et redonner à la personne l'envie et les moyens de reprendre une place dans la vie collective.

La littérature souligne que ces mises en situations dites "écologiques", c'est-à-dire proches de la réalité de la personne, sont déterminantes dans le processus de réinsertion. Elles permettent de travailler à la fois la technique, l'adaptation à la

prothèse, la motivation, le lien social, et la reprise de rôles qui donnent du sens au quotidien (Lim et al., 2022).

1.4.3. Conséquences sur la santé physique et psychologique

Enfin, au-delà de la sphère fonctionnelle et sociale, l'amputation a aussi des répercussions profondes sur la santé physique et psychologique. Le deuil du membre perdu, la gestion des douleurs du membre fantôme et la transformation de l'image corporelle sont autant de défis auxquels le patient doit faire face.

L'amputation touche profondément l'image corporelle et peut provoquer un sentiment de mutilation, voire de rejet de soi. Plusieurs études montrent que les personnes amputées traumatiques présentent un risque accru de dépression ou d'anxiété (Gallagher et al., 2011). Un accompagnement psychologique peut être nécessaire pour aider à reconstruire une image positive de soi, avec un rôle majeur du soutien des proches.

Le parcours psychologique après amputation est souvent long et complexe. Il faut du temps pour accepter la nouvelle image corporelle, affronter les émotions liées à la perte et reconstruire une confiance pour se projeter. Calabrese, Haider et Ashbury (2023) rappellent que l'amputation implique une transformation de l'identité, de l'image de soi et des rôles sociaux, souvent accompagnée de tristesse, d'anxiété ou de stigmatisation sociale.

De plus, une étude qualitative récente montre que la peur du regard des autres, le sentiment de ne plus être comme avant ou la stigmatisation perçue peuvent conduire à un repli sur soi. Identifier ces barrières est essentiel pour permettre aux patients de se reconstruire émotionnellement et fonctionnellement (Esfandiari et al., 2024).

Un autre enjeu est la distinction entre douleurs et sensations fantômes. Les douleurs fantômes correspondent à des perceptions douloureuses invalidantes localisées dans le membre absent (brûlures, décharges électriques, pulsations). Elles limitent la tolérance à la prothèse, perturbent le sommeil et réduisent la participation aux activités. Les sensations fantômes, non douloureuses, (fourmillements, impressions

de chaleur, perception de mouvement ou de présence du membre), peuvent au contraire soutenir la continuité du schéma corporel et faciliter l'appropriation de la prothèse lorsque leur intensité reste stable et bien intégrée (Schone et al., 2022).

Cette distinction permet à l'ergothérapeute d'adapter son intervention : atténuer les douleurs fantômes pour réduire les freins, ou au contraire tirer parti des sensations fantômes pour soutenir la perception corporelle et l'efficacité fonctionnelle.

Enfin, il faut mentionner le risque de stress post-traumatique (SPT) chez certaines personnes amputées à la suite d'un accident brutal. Ce trouble se manifeste par des flashbacks, des troubles du sommeil, une hypervigilance, voire un évitement de tout ce qui rappelle l'événement (WHO., 2024).

L'ergothérapeute, sans se substituer au psychologue, peut intervenir dans le repérage de ces signes. Il peut soutenir et être à l'écoute de l'expression des émotions du patient, proposer des activités sécurisantes et valorisantes comme des échanges d'expériences avec d'autres personnes amputées pour renforcer le soutien social ou encore des activités créatives et artistiques pour exprimer ses émotions. Il collabore évidemment avec le psychologue quand cela dépasse son champ d'intervention (Torchalla et al., 2018). Le repérage précoce du SPT facilite l'orientation vers un soutien spécialisé, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, reconnues pour leur efficacité dans le traitement du traumatisme psychique (National Institute for Health and Care Excellence., 2018).

Ainsi, l'amputation du membre inférieur entraîne une cascade de conséquences, qu'elles soient fonctionnelles, sociales ou psychologiques, venant bouleverser l'équilibre occupationnel de la personne. Face à ces répercussions, la prothèse apparaît comme un outil central du processus de réadaptation. La partie suivante s'attachera donc à analyser le rôle de la prothèse dans l'intégration et l'engagement occupationnel des personnes amputées.

2. La prothèse de membre inférieur : un outil pour l'équilibre occupationnel ?

Dans ce mémoire, le terme "intégration de la prothèse" est entendu comme un processus à la fois fonctionnel, psychologique et occupationnel. Il ne s'agit pas uniquement de réussir à utiliser l'appareillage pour marcher ou réaliser des gestes techniques, mais aussi de l'incorporer dans son schéma corporel, de l'accepter comme partie intégrante de soi et de lui donner une place dans ses occupations quotidiennes. L'intégration suppose donc une double dynamique : d'un côté, l'apprentissage progressif des compétences motrices nécessaires à son maniement, et de l'autre, l'appropriation subjective et identitaire de la prothèse, qui devient un véritable outil de participation et de sens dans la vie de la personne (Rabardel, 1995 ; Nguyen et al., 2025).

C'est à partir de cette définition que l'on peut mieux comprendre le rôle de la prothèse dans la reconstruction d'un équilibre occupationnel. Pour éclairer ce point, il est nécessaire de présenter ses principales caractéristiques et les différents types existants.

2.1. Caractéristiques et types de prothèses de membre inférieur

Les prothèses de membre sont des dispositifs médicaux conçus pour remplacer une partie du corps amputé, permettant ainsi au patient de retrouver une certaine indépendance dans ses déplacements et ses activités. Elles sont constituées de plusieurs parties, pensées pour s'adapter à la morphologie du patient et à ses besoins fonctionnels (Stokosa., 2024).

L'emboîture, par exemple, est fabriquée sur mesure pour s'adapter parfaitement au moignon du patient. Elle est essentielle au confort et à la stabilité de la prothèse (*Prothèse de Membre Inférieur - Ottobock Orthopédie et Services.*, 2024). A l'intérieur, un manchon peut être ajouté pour limiter les frottements et protéger les tissus. C'est souvent cette partie indispensable, qui conditionne le bon usage de la prothèse.

Pour les amputations trans-fémorales, un genou prothétique est intégré. Il peut être mécanique ou plus technologique, comprenant un microprocesseur qui adapte automatiquement le mouvement selon la marche de l'utilisateur (*Prothèse de Membre Inférieur - Ottobock Orthopédie et Services.*, 2024). Cela rend les déplacements plus fluides et sécurisés, notamment sur des terrains irréguliers ou sur des escaliers.

La structure qui relie l'emboîture au pied, appelée "pylône", est généralement faite de matériaux solides et légers (titane, aluminium, carbone). Elle garantit à la fois robustesse et confort de port.

Quant au pied prothétique, il existe une grande diversité de modèles : certains offrent un bon retour d'énergie pour les activités sportives, d'autres privilégient la stabilité pour un usage plus quotidien. Le choix dépend du niveau d'amputation, du mode de vie et des objectifs du patient.

Les prothèses peuvent être classées en plusieurs catégories selon leur mode de fonctionnement. Les prothèses à microprocesseur, quant à elles, intègrent des capteurs et une intelligence artificielle permettant d'adapter les mouvements en temps réel pour une marche plus fluide et naturelle.

Le type de prothèse varie en fonction du niveau d'amputation :

- Prothèse pour désarticulation de hanche : Cette prothèse comprend une coque se rattachant à l'aile iliaque et une hémi-coque en carbone pour l'assise, avec une ceinture passant sur la hanche controlatérale et deux articulations sous la hanche et au niveau du genou.
- Prothèse fémorale : Constituée d'une emboîture, d'un genou prothétique et d'un pied, cette prothèse est adaptée aux amputations au niveau de la cuisse.
- Prothèse tibiale : Cette prothèse est conçue pour les amputations au niveau du tibia et inclut généralement une emboîture, un tube de jonction, et un pied prothétique.
- Prothèse de pied : Pour les amputations partielles du pied, cette prothèse vise à restaurer la fonction et l'esthétique du pied.

(Stokosa., 2024)

Chaque prothèse est pensée comme une solution personnalisée. Il n'existe pas de prothèse idéale, mais un appareillage ajusté aux capacités, aux besoins et aux envies de la personne.

Si les caractéristiques techniques de la prothèse sont essentielles, elles ne suffisent pas à garantir son intégration. Il faut d'abord que la personne puisse s'y adapter et apprendre à l'utiliser dans son quotidien.

2.2. Adaptation et apprentissage de l'utilisation de la prothèse

2.2.1. Défis et enjeux dans la prise en main de la prothèse

Apprendre à utiliser une prothèse est loin d'être évident. Cela demande du temps, de la patience, mais aussi un accompagnement adapté. L'ergothérapeute joue ici un rôle central, car il ne s'agit pas seulement d'apprendre à marcher, mais bien d'intégrer la prothèse dans l'ensemble des activités du quotidien.

Comme l'expliquent Schaffalitzky et al., (2011), cet apprentissage implique une rééducation progressive et adaptée aux capacités de chaque patient. Il faut travailler la coordination, la posture et les transferts. La prothèse n'est pas seulement un outil fonctionnel, elle devient aussi une extension du corps, avec laquelle il faut apprendre à cohabiter.

Nguyen et al., (2025) insistent sur l'importance du lien entre la prothèse et l'image corporelle. Il ne suffit pas que la prothèse fonctionne, il faut aussi que la personne se sente bien avec, qu'elle puisse se l'approprier. Certaines approches, comme la thérapie miroir ou la réalité virtuelle, peuvent favoriser cette intégration (Schone et al., 2022).

L'approche écologique est aussi très intéressante dans ce contexte. Elle consiste à mettre la personne en situation réelle, dans son environnement habituel (Lim et al., 2022). L'ergothérapeute peut, par exemple, accompagner un patient pour cuisiner chez lui, prendre les transports ou effectuer des courses. Ces mises en situation rendent l'apprentissage plus concret aux yeux du patient.

En adoptant une approche globale, l'ergothérapeute va pouvoir proposer des outils concrets pour accompagner l'adaptation à la prothèse. Il ne s'agit pas seulement de travailler la marche ou les déplacements, mais aussi d'aider la personne à retrouver du sens dans ce qu'elle fait au quotidien.

Par exemple, dans le domaine de la productivité à la maison, certaines personnes expriment l'envie de pouvoir préparer un repas de façon indépendante, même si elles sont encore en phase d'apprentissage de l'utilisation de leur prothèse. À partir de ce type d'objectif, l'ergothérapeute peut proposer des aménagements (plan de travail à bonne hauteur, ustensiles adaptés, organisation de la cuisine), des exercices ciblés (transferts, station debout prolongée, équilibre avec la prothèse), tout en tenant compte de la fatigue ou de l'appréhension liée à l'utilisation de leur prothèse. Ce type de prise en soin, ancrée dans le concret, permet non seulement de travailler des compétences fonctionnelles, mais aussi d'offrir une certaine indépendance dans les gestes du quotidien (Celeiro et al., 2016).

Cet apprentissage reste cependant conditionné par différents facteurs, qu'ils soient techniques, personnels ou environnementaux.

2.2.2. Facteurs facilitants l'intégration de la prothèse dans les occupations

Plusieurs facteurs peuvent aider à intégrer la prothèse dans le quotidien de la personne. Tout d'abord, il faut avoir un bon appareillage. Si la prothèse est bien adaptée au corps et au mode de vie du patient, elle sera plus facile à appréhender. Cela implique un travail d'équipe entre ergothérapeutes, orthoprothésistes et kinésithérapeutes (McGinagle et al., 2023).

L'apprentissage progressif est un autre point non négligeable. Schaffalitzky et al., (2011) rappellent l'importance de respecter le rythme de chacun. L'ergothérapeute construit des séances ciblées, centrées sur des objectifs réalistes, liés aux activités que le patient souhaite réellement reprendre. Pour guider cette démarche, le MCREO permet d'avoir une vision claire de ce qui compte vraiment pour la personne.

Il aide l'ergothérapeute à identifier ce qui fait sens dans la vie du patient, en tenant compte de ses habitudes, de son environnement, de ses capacités et de ce qu'il aimerait retrouver (Townsend et Polatajko., 2007). L'idée est de partir d'une activité concrète et significative, comme cuisiner, aller faire des courses ou jardiner, pour créer un fil conducteur aux séances. Cela donne une direction claire à l'accompagnement, en renforçant la motivation et en favorisant un engagement plus naturel dans les apprentissages. En ciblant ce type d'activité, l'ergothérapeute permet au patient de se projeter, ce qui facilite l'intégration progressive de la prothèse dans son quotidien (Nolan., 2012).

Le soutien social joue aussi un rôle majeur. Quand le patient est entouré, soutenu par sa famille, ses amis ou des groupes de pairs, il se sent souvent plus confiant dans l'utilisation de la prothèse. L'ergothérapeute peut encourager cette implication et orienter vers des dispositifs collectifs quand cela fait sens (Esfandiari et al., 2024)

L'environnement est déterminant. Adapter le logement, les lieux de travail, ou encore l'organisation du quotidien permet de sécuriser et de faciliter l'usage de la prothèse (Lim et al., 2022). C'est une partie importante du travail ergothérapique.

Enfin, l'approche interdisciplinaire prend tout son sens. McGinigle et al., (2023) insistent sur l'importance d'une collaboration entre l'ergothérapeute, le médecin rééducateur, le kinésithérapeute, l'orthoprothésiste et le psychologue pour assurer une prise en charge globale répondant aux besoins physiques, psychologiques et sociaux du patient. Cette approche coordonnée permet d'offrir un accompagnement cohérent tout au long du parcours de réadaptation, favorisant ainsi une meilleure intégration de la prothèse dans l'ensemble des domaines occupationnels du patient.

Ces conditions favorables ne doivent pas occulter les limites que peut présenter la prothèse, qui influencent directement son usage et sa place dans le quotidien.

2.2.3. Avantages et inconvénients de la prothèse

Les prothèses apportent des bénéfices considérables. Elles permettent de retrouver une certaine mobilité, de se déplacer plus librement, et de reprendre des activités personnelles ou professionnelles. Certaines prothèses très performantes permettent même une marche fluide, proche de celle d'une personne valide (Mesure et al., 2023).

Il existe aussi des limites. Les prothèses les plus avancées nécessitent une maintenance régulière, des réglages fréquents, voire des recharges (dans le cas des modèles électroniques). Par ailleurs, les problèmes liés au moignon comme les douleurs, l'instabilité, la transpiration et la peau fragile, peuvent gêner leur utilisation (Groud., 2017).

Le port prolongé d'une prothèse n'est pas toujours confortable : il peut provoquer des douleurs, une fatigue, ou entraîner une compensation excessive du côté sain. Pour réévaluer et ajuster l'appareillage, un suivi régulier est indispensable (Groud., 2017).

L'enjeu pour l'ergothérapeute est donc de trouver un équilibre entre les bénéfices apportés par la prothèse et les contraintes qu'elle peut représenter. L'objectif reste d'accompagner la personne vers un quotidien qui lui correspond, avec ou sans prothèse.

A ces aspects s'ajoute la question de l'accessibilité, qui dépasse la simple mise à disposition d'un appareillage et renvoie à sa réelle utilisation au quotidien (Gallagher et al., 2011).

2.3. L'accessibilité des prothèses de membre inférieur

Quand on parle d'accessibilité à une prothèse, on pense souvent à sa disponibilité en tant qu'objet médical. En réalité, l'accessibilité concerne aussi la possibilité pour le patient de l'utiliser réellement, de manière efficace et adaptée à sa vie.

Au-delà de l'aspect financier, il y a aussi la question de l'adéquation entre la prothèse et les besoins concrets du patient. Une prothèse trop lourde, mal ajustée

ou inconfortable a peu de chances d'être utilisée, c'est là que sont les difficultés principales pour le patient. Selon Schaffalitzky et al., (2011), près de 40 % des abandons de prothèses sont liés à des problèmes de confort, d'ajustement ou de poids.

L'environnement dans lequel évolue la personne joue également un rôle essentiel. Une prothèse peut être techniquement performante, mais difficile à utiliser dans un logement mal adapté, un quartier peu accessible, ou un environnement professionnel non aménagé (Lim et al., 2022).

Un logement mal adapté se caractérise par la présence d'obstacles architecturaux ou d'un aménagement intérieur qui ne tient pas compte des besoins spécifiques liés à la mobilité réduite. Cela inclut, par exemple, des escaliers sans main courante, des seuils de porte élevés, des pièces étroites rendant les déplacements difficiles, l'absence de barres d'appui, des surfaces glissantes, ou encore une cuisine dont les plans de travail sont trop hauts. De plus, un logement mal adapté ne permet pas à la personne de réaliser de façon indépendante et sécurisée ses activités de la vie quotidienne (AVQ), comme la toilette, la préparation des repas, ou les déplacements entre différentes pièces. Ce manque d'accessibilité peut entraîner un risque élevé de chutes, une limitation de l'indépendance et un impact négatif sur la qualité de vie et la participation sociale (Gallagher et al., 2011).

L'ergothérapeute prend en compte l'ensemble de ces dimensions. Cela passe par une évaluation fine des besoins, mais aussi par la recherche de solutions concrètes (ajustements environnementaux, accompagnement dans l'acceptation de la prothèse).

Gallagher et al., (2011) montrent d'ailleurs qu'un accompagnement ergothérapique centré sur les besoins de la personne permet de réduire significativement les abandons précoces.

Enfin, outre les aspects techniques, ergonomiques ou contextuels, l'intégration de la prothèse peut aussi être comprise à travers une lecture plus conceptuelle, celle de la genèse instrumentale.

2.4. La notion de genèse instrumentale : la prothèse comme artefact

Quand une personne amputée commence à utiliser une prothèse, il ne suffit pas de la lui fournir et d'en expliquer le fonctionnement. Au début, cet objet est souvent perçu comme étranger, extérieur au corps, parfois même envahissant. Pourtant, avec le temps, l'expérience et l'accompagnement, il peut devenir bien plus qu'un simple outil technique : un véritable prolongement du corps et un support pour retrouver une indépendance dans les gestes du quotidien. C'est ce processus de transformation que la notion de genèse instrumentale vient permettre de mieux comprendre.

Le concept de genèse instrumentale, développé par Rabardel (1995), décrit comment un artefact devient un instrument à part entière pour la personne. Cela se joue en deux mouvements : l'instrumentation, où la personne s'adapte à l'objet, apprend à l'utiliser, modifie ses habitudes et ses gestes en fonction de ses contraintes et de ses possibilités et l'instrumentalisation, où elle transforme aussi l'objet ou sa manière de s'en servir, elle l'approprie, elle le façonne en fonction de ses besoins.

Dans le cas de la prothèse, ce double processus est particulièrement visible. Au départ, la prothèse impose des limites nouvelles : gêne, lourdeur, inconfort, maladresse. Mais petit à petit, à force d'essais, d'erreurs, de réglages, la personne ajuste ses gestes, ressent différemment son corps dans l'espace, et intègre la prothèse à son fonctionnement corporel. Parallèlement, elle agit aussi sur l'objet : réglages, modifications, astuces d'usage. C'est ce double mouvement qui fait de la prothèse un outil véritablement intégré à son quotidien.

Ce que cette approche met en avant, c'est que l'apprentissage d'une prothèse ne se réduit pas à une dimension mécanique. C'est un processus vivant et singulier, qui se construit au fil du temps, dans l'interaction entre la personne, son environnement, les professionnels qui l'accompagnent, et la prothèse elle-même. Comprendre cette dynamique permet de mieux accompagner les personnes amputées, en respectant leur rythme, leur vécu, et en soutenant activement cette transformation progressive

de l'artefact en un véritable outil de vie faisant partie intégrante du patient tel un allié (Nguyen et al., 2025).

La prothèse apparaît donc comme un outil complexe : elle peut être source de liberté autant que de contraintes, et son appropriation dépend autant de ses caractéristiques techniques que du vécu et des stratégies de la personne. Dans ce processus, l'ergothérapeute occupe une place clé, en soutenant à la fois l'adaptation technique, le vécu corporel et l'intégration dans les activités de la vie quotidienne. La partie suivante s'attachera ainsi à analyser plus en détails le rôle spécifique de l'ergothérapie dans cet accompagnement.

3. Le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien de l'équilibre occupationnel post-amputation

3.1. L'accompagnement ergothérapique dans l'adaptation post-amputation

3.1.1. Identification et évaluation des besoins occupationnels du patient

Avant toute chose, l'accompagnement ergothérapique commence par une phase d'évaluation. Il s'agit de comprendre qui est le patient, ce qu'il faisait avant l'amputation, ce qu'il souhaite pouvoir refaire, et ce qui est réellement important pour lui dans son quotidien.

L'évaluation repose sur une approche holistique, prenant en compte les dimensions physique, cognitive, émotionnelle et environnementale de la personne. Ce regard large permet de cerner plus justement les priorités du patient.

Concrètement, on commence par retracer le profil occupationnel du patient : son histoire de vie, ses habitudes, et ses centres d'intérêt. Cela aide à identifier ses activités significatives, perturbées depuis l'amputation. C'est à partir de là que l'on peut fixer des objectifs réalistes, qui ont du sens pour lui (Occupational Therapy Practice Framework., 2020).

La MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) est un bon outil pour structurer cette démarche, issu du MCREO, cet outil est centré sur le patient et ses

occupations. Il prend la forme d'un entretien semi-structuré permettant au patient d'identifier plusieurs activités significatives qu'il souhaite améliorer, puis d'autoévaluer son rendement et sa satisfaction sur une échelle de 1 à 10. C'est un outil validé scientifiquement, notamment reconnu pour sa fiabilité et sa sensibilité au changement (Caire., 2019).

Son utilisation est particulièrement pertinente dans le contexte des amputations traumatiques. Ces patients vivent une rupture soudaine de leurs habitudes de vie, de leur image corporelle et de leur indépendance. L'approche centrée sur les occupations de la MCRO permet de redonner du sens et une capacité d'agir dans ce processus souvent vécu comme subi.

Pour l'ergothérapeute, la MCRO constitue un cadre structurant pour co-construire le projet thérapeutique autour de ce qui est signifiant pour la personne. Elle permet également de suivre l'évolution des objectifs dans le temps, ce qui facilite les ajustements. Par ailleurs, elle favorise une pratique réflexive, responsabilisante et fondée sur des données probantes.

Pour le patient, cette évaluation offre un espace de verbalisation, une reconnaissance de ses difficultés mais aussi de ses ressources, et l'opportunité de se projeter activement dans le processus de réadaptation. Elle contribue à restaurer une dynamique d'espoir, d'engagement et de contrôle sur sa trajectoire de vie. Utiliser la MCRO revient ainsi à replacer la personne au cœur de son parcours, dans une dynamique de sens et d'engagement (Caire, 2019).

L'ergothérapeute évalue aussi les habiletés fonctionnelles : équilibre, coordination, force musculaire, sensibilité... Il peut utiliser des outils comme le Timed Up and Go (TUG) pour mesurer l'indépendance et la sécurité dans les déplacements (Santos-Faria et al., 2025). Ces éléments servent de base pour construire un plan de traitement, mais aussi pour anticiper les obstacles qui pourraient gêner l'usage de la prothèse au quotidien.

L'environnement du patient joue un rôle déterminant dans son niveau d'indépendance et sa participation sociale. L'ergothérapeute réalise une analyse de l'environnement en étudiant les caractéristiques du domicile, du lieu de travail et des

espaces communs afin d'identifier d'éventuels obstacles. L'accessibilité aux infrastructures, la présence d'aménagements adaptés et le soutien social sont autant de facteurs influençant le retour à une vie active (OMS, 2011).

Un patient vivant dans un immeuble sans ascenseur rencontrera des défis supplémentaires dans ses déplacements, nécessitant des ajustements spécifiques, une reconfiguration de son environnement, voire un déménagement. Dans cette perspective, les mises en situation écologiques trouvent leur place. Elles permettent de mobiliser l'environnement réel et les occupations qui ont du sens pour le patient, en cohérence avec l'approche du MCREO. Ces situations, proches du quotidien, offrent la possibilité d'expérimenter la prothèse dans un contexte concret, favorisant ainsi son appropriation et la reconstruction d'un équilibre occupationnel (Townsend et Polatajko., 2007 ; Lim et al., 2022).

Après cette phase d'analyse, l'ergothérapeute synthétise les informations recueillies pour élaborer un plan d'intervention. Ce plan inclut des recommandations adaptées aux besoins identifiés, telles que des mises en situations aux activités de la vie quotidienne, des exercices de renforcement fonctionnel, des adaptations matérielles ou encore un accompagnement psychosocial pour favoriser l'acceptation de la prothèse.

Une fois les besoins identifiés et le projet personnalisé défini, l'accompagnement ergothérapique se concrétise par la mise en place de stratégies et de moyens pour soutenir la réadaptation au quotidien.

3.1.2. Mise en place de stratégies compensatoires et de réadaptation

La réadaptation post-amputation repose sur une approche multimodale combinant l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse, l'aménagement de l'environnement et la mise en place de stratégies compensatoires. L'ergothérapeute intervient pour intégrer l'usage de la prothèse dans des activités significatives, favorisant ainsi une reprise progressive des occupations essentielles. L'apprentissage du port et de l'utilisation d'une prothèse nécessite un accompagnement progressif prenant en

compte les capacités motrices, sensorielles et cognitives du patient. Highsmith et al. (2016) soulignent que l'adaptation prothétique repose sur un entraînement rigoureux incluant des exercices de mise en charge, de coordination et de proprioception. Ces exercices visent à améliorer la maîtrise de la prothèse et à réduire le risque de complications secondaires telles que les TMS ou les douleurs du membre fantôme.

En parallèle, des stratégies compensatoires sont proposées pour faire face aux limites fonctionnelles. Cela peut être des aides techniques simples telles que des barres d'appuis ou des sièges de douche pour prévenir les risques de chute (Schaffalitzky et al., 2011). Au besoin, l'utilisation d'orthèses, de cannes ou de fauteuils roulants peut être envisagée temporairement ou à plus long terme.

L'aménagement de l'environnement joue également un rôle déterminant. Selon le MCREO, l'environnement physique et social influence directement la capacité du patient à reprendre ses occupations (Townsend et Polatajko, 2007). L'évaluation du domicile et du lieu de travail permettent d'identifier les obstacles et de proposer des ajustements favorisant la participation sociale et professionnelle, tels que l'installation de rampes, l'adaptation du mobilier ou l'organisation des espaces.

L'ergothérapeute joue un rôle précieux en aidant le patient à se reconnecter à ses capacités, à travers des activités valorisantes. Participer à un atelier, retrouver une activité de loisir, ou même se projeter dans un projet personnel sont des leviers importants pour reconstruire un équilibre (Murray et Forshaw, 2012).

Néanmoins, l'efficacité de ces interventions ne peut être assurée par l'ergothérapeute seul : elle repose sur une collaboration étroite avec l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle.

3.2. L'équipe pluriprofessionnelle et la prise en soin du patient amputé

3.2.1. Rôles et interventions des différents professionnels

La prise en charge d'un patient amputé ne peut pas reposer sur un seul professionnel. Chaque intervenant apporte une compétence complémentaire, c'est cette complémentarité qui rend l'accompagnement vraiment efficace.

- Le médecin rééducateur coordonne l'ensemble du parcours de soin. Il est chargé de la prescription de la prothèse, du suivi post-opératoire et des adaptations médicales éventuelles (Rich et al., 2025).
- Le prothésiste fabrique et ajuste la prothèse. Son rôle est technique mais aussi humain, car il doit écouter les ressentis du patient pour affiner l'appareillage (Highsmith et al., 2016).
- Le kinésithérapeute travaille la posture, la force, l'équilibre et la marche. Il est complémentaire à l'ergothérapeute, notamment dans la rééducation motrice (Nolan, 2012).
- Le psychologue accompagne les aspects émotionnels et identitaires liés à l'amputation. Son rôle est essentiel dans les cas de dépression, d'anxiété, ou de deuil du corps.
- L'assistant social peut aider dans les démarches administratives, le retour à l'emploi ou les aménagements afférents au logement (Rich et al., 2025).
- Enfin, l'ergothérapeute accompagne les personnes amputées en facilitant l'intégration de la prothèse et en visant la réautonomisation fonctionnelle et l'équilibre occupationnel. Son intervention prend en compte l'évaluation des capacités physiques et cognitives, la réadaptation dans les activités quotidiennes, l'adaptation de l'environnement et le soutien à la reprise d'activités sociales et professionnelles (Rich et al., 2025)

Ce travail d'équipe permet une prise en charge plus complète et plus humaine, en s'adaptant aux différents besoins du patient à chaque étape de sa réadaptation (Singh et al., 2018).

Au sein de cette collaboration, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) représente un levier essentiel, en donnant au patient les moyens d'agir et de s'impliquer activement dans son parcours.

3.2.2. L'éducation thérapeutique du patient amputé : un levier pour l'indépendance et la réadaptation

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) occupe une place importante dans l'accompagnement des personnes amputées, en particulier lorsqu'il s'agit d'un membre inférieur. Cette approche ne se limite pas à transmettre de l'information : elle cherche à soutenir activement le patient dans l'apprentissage et l'appropriation des compétences nécessaires pour vivre au mieux avec les conséquences de l'amputation (Esfandiari et al., 2024).

L'éducation thérapeutique du patient est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « un processus d'apprentissage structuré et centré sur la personne, qui soutient les patients vivant avec une maladie chronique dans l'auto-prise en charge de leur santé, par le recours à leurs propres ressources et avec l'appui de leurs soignants et de leur famille » (WHO, 2022). Cela suppose un cadre structuré, personnalisé, qui s'inscrit dans la durée. L'enjeu est de renforcer l'indépendance du patient, en tenant compte de ses ressources personnelles et de ses priorités de vie.

Dans le contexte spécifique de l'amputation d'un membre inférieur, l'ETP permet notamment d'accompagner la personne dans la compréhension des étapes de son parcours de soins : la gestion du moignon, l'adaptation à la prothèse, la prévention des douleurs ou complications, et la réorganisation des activités quotidiennes. Ces apprentissages peuvent se faire sous forme d'entretiens individuels, d'ateliers pratiques, ou de séances en groupe, en fonction des besoins et des possibilités du patient.

Au-delà des aspects techniques, l'ETP contribue aussi à redonner un pouvoir d'action au patient, à restaurer une certaine confiance en soi, et à soutenir l'engagement dans la rééducation. Plusieurs études ont mis en évidence l'effet positif de l'ETP sur l'adhésion au traitement, la réduction des complications et l'amélioration de la qualité de vie globale (World Health Organization, 2022).

Lorsque l'ETP est intégrée de manière cohérente au parcours de soin, elle représente un véritable levier pour accompagner les personnes amputées dans la reprise de leurs occupations et la reconstruction de leur équilibre de vie.

Dans cette perspective, l'ergothérapeute peut intervenir à toutes les étapes de l'ETP, notamment dans la co-construction du programme, l'animation d'ateliers collectifs, ou l'accompagnement individuel autour des activités de vie quotidienne. Il joue un rôle transversal, en mettant l'accent sur les compétences fonctionnelles et la revalorisation des rôles sociaux du patient.

Une approche personnalisée, répétée et contextualisée dans les occupations du quotidien semble particulièrement efficace pour favoriser l'engagement des patients dans leur processus de réadaptation (Esfandiari et al., 2024).

Pour comprendre pleinement la place de l'ergothérapeute, il est également nécessaire de situer ses interventions tout au long du parcours de soin, depuis l'annonce de l'amputation jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle.

3.2.3. Le parcours de soin du patient amputé

L'accompagnement commence parfois dès la phase préopératoire, quand l'amputation est planifiée. L'ergothérapeute peut alors informer le patient, répondre à ses questions, et anticiper les ajustements nécessaires à son environnement (Hijmans et al., 2020). Cette anticipation permet de réduire l'incertitude du patient et de poser les premières bases de l'indépendance post-opératoire.

En phase postopératoire, l'ergothérapeute participe à la gestion de la douleur et à l'adaptation aux nouvelles contraintes corporelles. Il intervient dans l'apprentissage

des transferts, des déplacements, et de la mobilisation sans prothèse, en collaboration avec les kinésithérapeutes. Il propose des aides techniques adaptées pour sécuriser les activités de la vie quotidienne et soutenir la récupération fonctionnelle (Rich et al., 2025).

Lors de la phase d'appareillage, celle qui est mise en avant dans ce travail de recherche, il évalue comment intégrer l'usage de la prothèse dans le quotidien. Cela passe par des exercices pratiques, mais aussi des essais concrets dans des contextes variés (Highsmith et al., 2016) : à la maison, dans la rue, au travail...

Lors de la réinsertion, il accompagne le retour aux rôles sociaux et professionnels. Cela peut inclure l'adaptation du poste de travail, un soutien dans un projet de reconversion, ou encore l'accès à certaines aides financières. Ce travail se fait en lien avec les travailleurs sociaux, les médecins du travail, et les différents acteurs du parcours de vie du patient (Rich et al., 2025).

Tout au long de ce processus, l'ergothérapeute prend part au soutien psychologique. Il aide le patient à reconstruire son identité corporelle et à développer des stratégies d'adaptation face aux défis du quotidien. Des activités significatives et des mises en situation concrètes renforcent la confiance en soi et la motivation à utiliser la prothèse de manière durable (Celeiro et al., 2016).

L'ergothérapeute occupe donc une place centrale et transversale tout au long du parcours de réadaptation, en mobilisant des outils variés, des mises en situations écologiques et des interventions coordonnées (Rich et al., 2025)

Après avoir précisé ces fondements théoriques, il convient maintenant de présenter la méthodologie mise en œuvre pour explorer cette problématique dans le cadre de ce travail de recherche.

Hypothèse

Après ces recherches, une hypothèse découle de ma question de recherche :

L'accompagnement par l'ergothérapeute à travers des mises en situation écologiques, pourrait soutenir l'appropriation de la prothèse et favoriser le rétablissement d'un équilibre occupationnel.

Méthodologie

Pour répondre à ma question de recherche :

En quoi l'ergothérapeute, via l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse dans tous les domaines occupationnels, permet-il chez les patients amputés traumatiques du membre inférieur la mise en place d'un nouvel équilibre occupationnel ?

J'ai émis l'hypothèse suivante :

L'accompagnement par l'ergothérapeute à travers des mises en situation écologiques, pourrait soutenir l'appropriation de la prothèse et favoriser le rétablissement d'un équilibre occupationnel.

Premièrement, nous allons mener une enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusions. Ensuite, nous analyserons et discuterons des résultats obtenus, pour finir sur une proposition de conclusion.

1. Type de recherche et choix de l'outil d'enquête

Afin de valider ou non mon hypothèse, je souhaite réaliser des entretiens semi-directifs. Cet outil va me permettre de recueillir des données qualitatives (Tétreault, S., 2014). De plus, l'entretien reste également un moment de partage et d'échange avec la personne interrogée, cela permet tout aussi la reformulation et la clarification des propos quand cela est nécessaire (Imbert, G., 2010). Il me paraît non négligeable de pouvoir reformuler les réponses de l'interviewé pour ne pas déformer ses propos et confirmer que nos thématiques sont les mêmes.

L'entretien semi-directif est mené grâce à un guide d'entretien réalisé au préalable. Néanmoins, il reste un outil assez souple car il laisse la possibilité de modifier la formulation des questions en fonction des réponses des participants. Il peut donc faire évoluer le sujet selon les échanges, avec des spécificités à approfondir.

2. Choix de la population interrogée

Au regard de ma question de recherche et de mon hypothèse de travail, je m'intéresse à la population des ergothérapeutes exerçant en centre de rééducation ou en SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation), ayant accompagné au moins une personne amputé traumatique du membre inférieur souhaitant s'appareiller.

Il s'agit d'une population homogène, elle présente des caractéristiques similaires telles que la profession et le lieu d'exercice et qui ont pris en soins au moins un patient dans la situation souhaitée.

Pour élargir mon champ de recherche, j'ai pris contact avec des ergothérapeutes exerçant dans toute la France, y compris hors métropole. Afin de garantir la pertinence des entretiens et de répondre aux objectifs de la recherche, des critères d'inclusion ont été définis :

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion
Etre ergothérapeute	Professionnels de santé autre que les ergothérapeutes
Exercer ou avoir exercé en centre de rééducation et/ou en SMR	Ergothérapeutes ayant exercé uniquement en pédiatrie
Avoir accompagné des adultes amputés traumatique de membre inférieur, souhaitant être appareillé	Ergothérapeute ne pratiquant pas de mises en situation écologiques
Avoir une pratique centrée sur l'équilibre occupationnel du patient	Ergothérapeute ne connaissant pas le terme d'équilibre occupationnel

TABEAU I : POPULATION INTERROGÉE

La validation de ces critères a été réalisée lors d'un échange préalable avec chaque professionnel contacté. Avant de fixer l'entretien, une discussion par message a permis de confirmer que le participant répondait bien aux critères. Aucun entretien n'a été mené sans cette vérification préalable.

Ce processus a permis d'assurer la cohérence de l'échantillon et la pertinence des données recueillies.

3. Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien (*cf.annexe 1*) permet de préparer et de structurer les entretiens semi-directifs. Celui-ci est composé de 12 questions.

Premièrement, le guide d'entretien aborde les modalités de la pratique des professionnels interrogés. S'en suit le questionnement sur l'approche de ces professionnels auprès des patients amputés de membres inférieurs.

Afin de conclure l'entretien, viennent les questionnements sur le matériel, qui représente pour nous les prothèses de membre.

Pour mener à bien ce travail de recherche ainsi que mes entretiens semi-directifs, mon guide d'entretien a été lu, corrigé, puis validé par ma maître de mémoire. Une fois cette validation effectuée, il a été possible de réaliser les entretiens.

4. Conduite des entretiens

Dans un premier temps, j'ai échangé par mail et par téléphone avec différents centres de rééducations spécialisés dans les amputations ou prenant en soins des personnes amputées, répartis sur l'ensemble du territoire français. N'ayant pas eu de réponse, j'ai dans un second temps mis des annonces sur les réseaux sociaux dans des groupes créés par et pour les ergothérapeutes, ou spécifiques au mémoire de recherche en ergothérapie.

Pour effectuer l'enquête, trois ergothérapeutes ont accepté d'être interrogées. Les entretiens se sont déroulés durant les mois d'avril et de mai 2025. Un des entretiens a été réalisé en rencontre physique, les deux autres par appel téléphonique pour des raisons géographiques et organisationnelles.

Un formulaire de consentement (*cf. annexe 2*) a été transmis aux ergothérapeutes afin de pouvoir exploiter leurs propos avec leur accord pour mes recherches.

Analyse des résultats de l'enquête

Pour faciliter l'analyse des résultats, tous les entretiens ont été retranscrits intégralement. L'analyse des données a été réalisée selon une approche thématique. Les entretiens ont été lus un par un pour regrouper les informations dans un tableau récapitulatif (cf.annexe 3). La catégorisation des résultats m'a aidé à regrouper les informations similaires pour pouvoir faire des parties distinctes.

1. Présentation des résultats

1.1. Présentation des participants

Afin de garder l'anonymat des ergothérapeutes et pour faciliter l'analyse des résultats, chaque entretien sera nommé E1, E2 et E3 selon l'ordre de passage.

E1	E2	E3
"j'ai eu mon diplôme d'ergothérapie en juin 2022" "En septembre 2022 j'ai commencé un master staps à XXX dont la filière était mouvement ergonomie handicap." "Durant ces 2 ans de master j'ai travaillé en tant qu'ergo un petit peu dans un ehpad" "Depuis juin j'ai travaillé en tant qu'ingénieure d'étude dans un laboratoire de robotique sur les amputations et le développement des prothèses à XX"	"j'ai commencé en centre de rééducation, j'y suis restée un peu plus de six ans" "j'étais surtout en secteur locomoteur avec pas mal de patients amputés, que ce soit post-trauma ou vasculaires" "depuis deux ans maintenant je suis en libéral" "je me déplace beaucoup à domicile, je fais de la rééduc fonctionnelle et parfois un peu d'adaptation de l'environnement"	"je suis diplômée de XX de 2003" "J'ai pris un premier poste dans un ehpad privé pour anciens réfugiés russe. je suis restée deux ans dans ce poste la" "j'ai eu besoin de retrouver une équipe ergo donc je suis allée travailler à l'hôpital XX à l'APHP dans un pôle gériatrie" "je suis restée trois ans dans ce poste là" "je suis ensuite allée travailler à l'hôpital de XX sur l'ouverture de soins de suite et réadaptation" "je m'ennuyais dans ce poste la donc je suis arrivée à XX la où je suis depuis 16 ans maintenant. Donc avec tout ce qui est atteinte de l'appareil locomoteur, orthopédie et amputations"

TABLEAU 2 : PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS INTERROGÉS

1.2. Les différentes thématiques recensées

1.2.1. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces personnes

E1	E2	E3
“l'accompagnement de tout ce qui est sensations fantômes” “en tant qu'ergothérapeute il serait important de travailler sur tout ce domaine des douleurs et des sensations fantômes, de faire comprendre que la les sensations fantômes c'est pas un tort, que au contraire y'en a qui sont même utiles dans la vie quotidienne pour améliorer plusieurs choses.” “après y'a tout ce qui est sport” “essayer de chercher bah des clubs, chercher du matériel, pour améliorer sa pratique” “je pense vraiment qu'en tant qu'ergo on a un rôle dans le sport, dans l'accompagnement dans le sport”	“alors je dirais qu'il est assez large” “il y a toute la partie rééducation, retrouver de la mobilité, de l'autonomie...” “avec les patients amputés traumatiques on est souvent sur quelque chose de plus global” “il y a beaucoup d'enjeux identitaires, parfois des freins psychologiques importants, surtout si l'amputation est récente” “on est là pour accompagner la reprise d'un équilibre de vie, remettre du sens dans les activités, retrouver une place en fait.” “Avec les patients plus jeune il y a souvent une volonté de vite reprendre le travail, la conduite ou même le sport, mais nous faut qu'on compose avec la fatigue, les douleurs, la prothèse à apprivoiser” “ On va faire un travail d'ajustement, de priorisation et parfois de médiation avec les autres professionnels” “et puis y'a tout ce qu'on fait autour de l'utilisation de la prothèse, même si on n'est pas les seuls là-dessus; On va aider à gérer les transferts, les appuis, sécuriser les déplacements ou encore proposer des aides techniques temporaires ou permanentes selon les capacités du patient”	“pour commencer, si besoin, l'autonomisation du chaussement de la prothèse si ça n'est pas suffisamment travaillé avec l'orthoprothésiste” “transposer le lieu de chaussement” “aider le patient à se projeter sur transposer les acquis de chaussement de prothèse à son domicile, dans son environnement propre” “accompagner le patient sur des environnements un peu variés” “accompagner le patient à réaliser ne serait-ce que des courses, emprunter un escalator, ramasser des objets au sol” “faire des activités de vie quotidienne, penser à son quotidien avec une prothèse, chose qu'il a dû adapter sans prothèse en étant amputé” “peut être le retravailler avec des mises en situations concrètes avec une prothèse de membre inférieur”

TABLEAU 3 : LE RÔLE PRINCIPAL DE L'ERGOTHEPEUTE AUPRES DE CES PATIENTS

E1	E2	E3
“Moi j’interviens après du coup ils sont déjà appareillé, parce que moi je travaille sur la marche donc je peux pas trop répondre”	“je commence par écouter ce qu’ils en pensent, leurs appréhensions et leurs attentes” “j’essaie de l’introduire progressivement dans le travail en en parlant, en la manipulant ensemble et dans des mises en situations” “on peut commencer par des transferts, du travail d’équilibre en collaborant avec les kiné et les orthoprothésistes” “je préfère avancer lentement mais en confiance plutôt que forcer les étapes”	“sortir un peu de l’utilisation analytique de la prothèse, faire en sorte qu’il l’ait et de varier les supports de vie” “accompagner le patient à réaliser des activités qui ont du sens pour lui en intégrant les acquis déjà effectué en rééducation” “multiplier les supports expérientiels, avec prothèse” “faire des mises en situations dans le centre ou même hors du centre? C’est aussi aller faire les courses, faire un transfert dans la voiture, aller au restaurant, monter des escaliers et des escalators...”

TABLEAU 4: STRATÉGIES MISES EN PLACE POUR AIDER LE PATIENT À S'ADAPTER A SA PROTHÈSE

1.2.2. La place de l’ergothérapeute dans l’équipe pluridisciplinaire

E1	E2	E3
“on prend la personne dans sa globalité” “on va prendre en compte des facteurs environnementaux “ “faut prendre l’environnement familial” “on reste quand même une équipe et tout le monde a besoin de tout le monde et on s’entraide tous et chacun a sa part d’action”	“on part toujours de l’activité, de ce que la personne veut ou doit faire dans sa vie quotidienne” “nous on va chercher à savoir si la personne peut préparer son repas, aller aux toilettes, retrouver une autonomie dans sa maison ou son environnement” “on est le lien entre les capacités corporelles et la vie réelle” “on prend en compte l’aspect global, c’est à dire les habitudes, les envies, les freins psychologiques ou encore l’environnement” “je trouve que c’est ça qui donne du sens à notre intervention”	“par exemple lors d’une visite à domicile c’est une mise en situation d’un patient, s’il faut enjamber quelque chose, ramasser un objet à terre, vraiment des mises en situations dans la vie quotidienne” “au delà de travailler sur un plateau technique, la spécificité de l’ergothérapeute pourrait être d’amener le patient dans un environnement de vie extérieur au centre, comme le domicile ou en milieu urbain”

TABLEAU 5: DISTINCTION ENTRE L'INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE ET CELLE DES AUTRES PROFESSIONNELS

E1	E2	E3
“je pense que l'idée est fausse” “nous on va être plus sur la fonctionnalité du membre supérieur et du membre inférieur, la fonctionnalité de l'appareil locomoteur, de l'appareil préhenseur sur l'utilisation dans les gestes de la vie quotidienne quand le kiné va être plus sur de la rééducation que je jugerais pure et dure et très orientée amplitudes et renforcement alors que nous on sera plus sur la fonctionnalité du geste” “nous on peut travailler en tant qu'ergo sur l'intégration du corps appareillé et sur la fonctionnalité du membre amputé. Sur comment l'intégrer dans les gestes de la vie quotidienne comme la conduite par exemple”	“Ah oui c'est une vieille idée ça, je pense que dans certains service ça a encore la vie dure” “l'ergothérapie ne se limite pas aux membres supérieurs” “on intervient sur les déplacements, l'aménagement de l'environnement, la gestion des douleurs, le schéma corporel et aussi l'utilisation de la prothèse dans des activités concrètes au quotidien” “le kiné va bosser la marche, l'équilibre, les transferts peut être mais nous on vient y mettre du sens derrière” “on marche pour aller où ? pour quoi faire ? Est-ce que la personne ose sortir faire ses courses , prendre le bus ?” “on travaille aussi l'autonomie, la confiance, on fait le lien entre le technique et le vécu”	“il y a toujours un gap entre ce que le patient prend de façon purement analytique à une autonomisation des apprentissages dans la vie quotidienne” “je suis contre l'idée que le kiné c'est le membre inf et l'ergo le membre sup, simplement parce qu'en fait on a une personne dans sa globalité et des besoins qui sont un peu spécifique et que l'ergothérapeute peut tout à fait avoir un travail spécifique à mener avec un patient amputé membre inférieur”

TABLEAU 6 : DISTINCTION ENTRE LE KINESITHERAPEUTE ET L'ERGOTHERAPEUTE DANS LA REEDUCATION MEMBRES INFERIEURS/MEMBRES SUPERIEURS

1.2.3. Les principales difficultés rencontrées par ces patients

E1	E2	E3
“les trois” “l'amputation traumatique engendre des répercussions sur la vie quotidienne au niveau physique” “psychosocial, y'a beaucoup de personnes qui vont se désengager de beaucoup de liens sociaux qu'ils avaient parce que qui dit amputation, dit difficultés à se mouvoir, dit apprentissage, dit	“Au delà du physique, de la douleur, des chutes et de l'équilibre, il y a un gros impact psychosocial” “la perte d'un membre c'est une atteinte de l'image de soi, du rôle social” “beaucoup de mes patients me parlaient du regard des autres, de la honte de sortir en short, du bruit de la prothèse”	“bah physique on va forcément avoir l'image de soi, la question de l'identité même socio professionnelle” “il y a le rapport à l'autre, la relation de couple qui à mon avis n'est pas assez traité” “au niveau socio professionnel il va y avoir la compatibilité avec le métier antérieur” “la reprise de la conduite auto aussi”

rééducation longue” “il y a une notion de honte au départ qui fait que ça peut être compliqué d’être vu ou le fait d’exposer sa prothèse” “ils étaient mal à l’aise et se sont désengagé de la vie quotidienne” “les trois facteurs sont importants et à prendre en compte dans toute cette prise en charge”	“il y a aussi des barrières environnementales comme les logements inadaptés, les transports et l’accès à l’emploi” “tout ça freine leur retour à une vie active dans le sens large”	“au niveau environnemental c’est le domicile, le lieu de travail et les activités antérieures du patient” “il va aussi avoir tout ce qui est périmètre de marche, l’autonomie des déplacements qui va peut être freiner certains patients ne serait-ce que pour faire ses course” “tout cela pourrait rendre dépendant à une tierce personne ou une aide technique” “il faut questionner l’autonomie antérieure à l’amputation aussi, on aura pas un meilleur bilan fonctionnel qu’avant”
--	---	---

TABLEAU 7 : LES DIFFICULTÉS DES PATIENTS SONT ELLES PHYSIQUES, ENVIRONNEMENTALES OU PSYCHOSOCIALES ?

1.2.4. L’intégration de la prothèse : un “renouveau” pour ces patients

E1	E2	E3
“Oui” “je pense qu’on reste en phase de deuil, acceptation de la pathologie et quand on a passé ce stade, la prothèse devient un moyen d’aller vers les autres et surtout un moyen de locomotion, en particulier chez le traumatique parce qu’ils ont souvent besoin de bouger plus” “j’ai eu des patients qui me disaient que s’ils n’avaient pas pu avoir de prothèse il n’aurait pas pu repartir, reprendre une vie comme avant, qu’il avait besoin de sortir à nouveau et de refaire des activités qui avaient du sens”	“quand la prothèse est bien intégrée, on voit des gens qui reprennent des loisirs, qui ont de projets” “si la prothèse reste contraignante, si elle fait mal ou gêne, ça les enferme” “le but c’est de vraiment retrouver une diversité d’activités qui fait sens pour eux”	“une évolution plutôt positive oui” “parfois une réorientation pour certains, ce qui n’est pas forcément négatif” “les activités physiques et sportives ou la prothèse de membre inférieure qui est en général une prothèse pour la vie quotidienne ne suffit pas donc il va falloir l’adapter” “on a aussi la question des femmes qui ont besoin de reprendre leur singularité vestimentaire, la question de féminité” “ils sont obligés d’adapter les chaussures, mes vêtements en fonction de l’appareillage” “ce sont des personnes qui peuvent avoir intégré leur prothèse mais qui se retrouvent limités sur l’aspect de l’image de soi”

TABLEAU 8 : ÉVOLUTION DE LEUR PARTICIPATION SOCIALE OU PROFESSIONNELLE APRÈS L’INTÉGRATION DE LA PROTHÈSE

E1	E2	E3
“S' ils arrivent à faire des activités qui ont du sens pour eux” “L'évaluation, en tout cas pour moi, c'est l'entretien”	“ça dépend du patient et de son parcours” “je reste attentive entre ce que la prothèse leur apporte concrètement et ce qu'elle demande en termes d'énergie, de douleurs, d'entretien.” “Je l'évalue dans les mises en situations dans les quotidien”	“je ne dis pas que je le fais régulièrement, mais je pourrais utiliser une échelle que j'ai trouvé pas mal qui s'appelle l'ESAT, Échelle de Satisfaction en Aide Technique, qui permet d'évaluer la satisfaction du patient ou je considère la prothèse comme une aide technique dans ce cas.” “j'évalue le confort, le poids, l'utilité et la performance” “j'utiliserais également le MCRO qui me paraît très intéressant, que je ferais en deux temps, sans prothèse et avec prothèse” “j'aiderais le patient à transposer des questions quand il effectue ses activités avec ou sans prothèses, peut être à distance de la mise en place de la prothèse pour qu'il ait eu le temps de l'intégrer suffisamment” “tout ne tient pas à l'appareillage. il y a des moments de travail d'autonomisation sans prothèse aussi, tout ce qui est transfert, tout ce qui est adaptation du domicile, le patient n'aura pas toujours ses prothèses”

TABEAU 9 : ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA PROTHÈSE SUR LEUR INDÉPENDANCE ET LEURS ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE

E1	E2	E3
“La gestion du membre fantôme, la gestion des douleurs fantômes” “L'adhésion de la personne à sa prothèse, à son environnement social avec la prothèse” “Les phases d'acceptation de la maladie, ou est-ce	“il y a plein de facteurs” “le type de prothèse” “une prothèse adaptée, bien réglée et confortable” “le caractère du patient et son entourage. Ceux qui sont isolés ou dans un contexte social difficile, ont plus de mal”	“la cohérence du rejet d'appareillage. C'est à dire que le patient est bien informé des possibilités des limites d'une prothèse et donc aura une désillusion moins importante” “il y a quand même négociation avec le patient sur les objectifs fonctionnels qu'on attends avec le patient grâce à l'appareillage”

qu'il en est dans son processus"	"le timing de l'accompagnement, il faut intervenir au bon moment, pas trop tôt et pas trop tard. C'est un équilibre à trouver"	"un patient qui est dans une attente trop importante vis à vis de sa prothèse ou qui n'est pas réaliste par rapport à ses aptitudes fonctionnelles déjà de base sans prothèse, cela va être préjudiciable au bilan final" "il y a aussi la disponibilité du patient, c'est-à-dire qu'on peut avoir des patients qui ne sont pas encore disponibles pour un appareillage. par ça j'entend la notion du travail de deuil, l'implication du patient n'est pas forcément au rendez-vous" "je dirais aussi la sensation d'être attendu à l'extérieur du centre, la notion du rôle social et d'entourage. De savoir qu'il a toujours sa place dans sa famille" "il y a une notion de personnalité intérieure également, une personne investie, engagée, va faciliter de toute façon l'intégration de la prothèse, plutôt qu'un personnalité passive, un peu fataliste" "les douleurs fantômes aussi peuvent gêner. En début de prise en charge il peut y avoir une petite résurgence des douleurs fantômes mais qui se calment souvent après car la prothèse peut apaiser ces douleurs"
----------------------------------	--	--

TABLEAU 10: FACTEURS INFLUENÇANT LA REUSSITE OU L'ECHEC DE L'INTEGRATION DE LA PROTHESE

1.2.5. Les limites de l'ergothérapie dans cette prise en soin

E1	E2	E3
"les études" "en tout cas moi, on a très très peu vu le membre inf et on a un rôle et c'est dommage d'avoir autant survolé le membre inf et les possibilités qu'a un ergo par rapport à ça" "pareil on a survolé les possibilités d'un ergo dans le	"D'abord le temps" "quand j'étais en centre on manquait souvent de temps pour accompagner jusqu'au bout certains patients" "il y a une pression de rendement, de places" "en plus il y a des limites à nos compétences aussi. On est pas psy ni assistante sociale" "on est souvent en première ligne	"le temps dédié" "le nombre d'ergo rapporté au nombre de patients ne nous permet pas d'aller développer au maximum une prise en charge personnalisée" "je pense qu'il y a une insuffisance en terme de temps ergo pour les patients membres inférieurs ce qui fait qu'on nous amène à aller vers l'essentiel, à savoir questionner l'environnement propre du patient pour limiter les risques de chutes,

sport et dans l'accompagnement par le sport, c'est pas le rôle des EAPA malgré qu'ils fassent un travail très cool, voilà je pense qu'on a aussi un rôle" "En fait comme les kiné en fait ce serait bien fin 5 ans d'études"	pour entendre les souffrances, mais on ne peut pas toujours agir en conséquences" "on ne peut pas improviser l'accompagnement d'un amputé comme on le ferait pour une rééducation d'AVC, c'est un autre monde"	mais on est pas assez dans du transfert d'acquis dans la vie quotidienne" "je pense qu'on a quand même une orientation des ergo beaucoup plus sur le membre supérieur; est-ce du fait d'une identité professionnelle qui est axée sur le membre sup ou c'est parce que en terme de temps on oriente davantage nos prise en charge la dessus" "il y aurait tout à gagner à travailler d'autre chose"
--	--	--

TABLEAU 11 : LES LIMITES DE L'ERGOTHÉRAPIE

1.2.6. La notion de l'équilibre occupationnel

E1	E2	E3
"ça fait très longtemps que je n'ai pas revu les notions en ergothérapie" "En tant qu'ergothérapeute on fait en fonction de la personne qu'on a en face et je pense que chacun fait avec ses propres clés et nous on fait en fonction des clés de la personne. On apprend de ses clés pour la gestion de son équilibre occupationnel" "y'en qui qui mettaient en avant les occupations qui avaient du sens pour eux et d'autres les occupations qui avaient du sens pour leur famille, et nous on faisait en fonction d'eux" "après il y a également le syndrome de stress post traumatique qui peut impacter leurs occupations et parfois on peut avoir du mal à le prendre en compte"	"Ah l'équilibre occupationnel j'y crois beaucoup" "c'est pas un terme que j'utilise forcément avec les patients, mais dans les faits, c'est ce qu'on travaille" "parfois on leur impose un rythme, une prothèse, un programme, sans vraiment leur demander ce qu'ils veulent faire" "parfois notre rôle c'est aussi de faire le liens entre les contraintes médicales, les possibilités techniques et la personne avec ce qu'elle veut faire. C'est la que rentre en jeu leur équilibre occupationnel pour moi"	"Oui ça me parle" "pour moi, j'y contribue déjà par le fait de questionner le patient sur ce qui a du sens pour lui, quelles sont les occupations qui l'anime, ses leviers de motivation" "ça permet de dégager des axes de travail pour l'aider à optimiser telle ou telle activités" "par exemple ça permet de conserver son identité en tant que parents, de pouvoir accompagner ses enfants à l'école et que son périmètre de marche ne le permet pas, c'est de pouvoir proposer des alternatives de déplacement en fauteuil roulant électrique par exemple" "c'est également accompagner la reprise de la conduite automobile, ça peut être une activité sportive ou encore des aides techniques spécifiques pour rechercher des moyens de compensations"

TABLEAU 12 : LA NOTION D'ÉQUILIBRE OCCUPATIONNEL

2. Analyse des résultats

2.1. Modalités de la pratique des professionnels

Pour cette enquête, trois ergothérapeutes ont accepté de participer à mon entretien. Toutes accompagnent, ou ont accompagné des personnes adultes amputées traumatiques de membres inférieurs, et ont une approche centrée sur les occupations de leurs patients.

La totalité de mes entretiens ont été réalisés auprès de femmes ayant une expérience professionnelle très variée. E1 et E2 n'ont pas d'expérience en milieu hospitalier, alors que E3 en a eu plusieurs. De plus, elles ont chacune exercé avec des personnes ayant des âges et des pathologies relativement différents.

Actuellement, elles exercent toutes dans des services différents. E1 travaille dans un laboratoire de robotique sur les amputations et le développement des prothèses. E3 exerce en centre de rééducation auprès de personnes adultes ayant des troubles de l'appareil locomoteur, orthopédiques et des amputations. E2, quant à elle, n'exerce plus avec des adultes, elle est actuellement en exercice libéral auprès d'enfants principalement.

Ces parcours différents expliquent aussi la diversité de leurs regards, mais malgré cette variété d'expériences, plusieurs points communs émergent clairement dans leurs discours, notamment concernant le rôle de l'ergothérapeute.

2.2. Le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces patients

Ce qui ressort le plus des entretiens, c'est le rôle de l'ergothérapeute qui est très vaste et comprend de nombreuses facettes. E1, E2 et E3 décrivent leurs interventions comme quelque chose d'assez souple, qui dépend du patient, de là où il en est dans sa rééducation, dans son deuil du membre, ainsi que de ses objectifs. Bien qu'elles aient toutes des expériences différentes, elles ont en commun cette idée d'un accompagnement qui ne se limite pas à la prothèse. E2 parle d'un accompagnement global "on est là pour accompagner la reprise d'un équilibre de vie, remettre du sens dans les activités, retrouver une place", elle dit également qu'il y a "tout ce qu'on fait autour de l'utilisation de la prothèse, même si on n'est pas les seuls là-dessus; On va aider à gérer les transferts, les appuis, sécuriser les

déplacements ou encore proposer des aides techniques temporaires ou permanentes selon les capacités du patient”. E3 est plus dans le concret, elle insiste sur les mises en situations dans le quotidien : “ faire des activités de vie quotidienne, penser à son quotidien avec une prothèse, chose qu’il a dû adapter sans prothèse en étant amputé”. E1, elle, met l’accent sur des aspects auxquels on ne pense pas toujours, comme les douleurs fantômes ou le rôle du sport : “en tant qu’ergothérapeute il serait important de travailler sur tout ce domaine des douleurs et des sensations fantômes” ; “je pense vraiment qu’en tant qu’ergothérapeute on a un rôle dans le sport, dans l’accompagnement dans le sport”.

Même si elles ne le disent pas de la même façon, elles sont en accord pour dire que l’ergothérapie ne se résume pas à apprendre au patient à chausser sa prothèse. C’est aussi et surtout aider le patient à retrouver un équilibre dans sa vie, à faire des activités qui ont du sens pour lui et à lui redonner conscience.

Ainsi, le rôle de l’ergothérapeute dépasse largement la seule dimension technique : il s’agit d’accompagner une reconstruction de vie. Ce constat fait écho à l’expérience vécue par les patients, car l’amputation traumatique ne se limite pas à une atteinte physique, mais un bouleversement global.

2.3. L’amputation traumatique : un bouleversement global

L’amputation traumatique n’est pas uniquement une perte physique. C’est une vraie rupture. Les professionnelles interrogées parlent toutes de patients souvent jeunes, actifs, et qui se retrouvent confrontés à une situation qu’ils n’avaient évidemment pas prévue. Cela perturbe beaucoup d’aspects, tels que l’image de soi, le rôle social ou encore les relations humaines.

E1 explique que cela entraîne un désengagement, une sorte de repli sur soi, au début “il y a une notion de honte qui fait que ça peut être compliqué d’être vu ou le fait d’exposer sa prothèse”. E2 va dans le même sens et ajoute le poids du regard des autres : “beaucoup de mes patients me parlaient du regard des autres, de la honte de sortir en short, du bruit de la prothèse”. Elle ajoute également que “la perte d’un membre c’est une atteinte de l’image de soi, du rôle social”. E3 la rejoint sur ce

point de vue : “ce sont des personnes qui peuvent avoir intégré leur prothèse mais qui se retrouvent limitées sur l’aspect de l’image de soi”.

E3 apporte encore une autre dimension, elle parle de la relation de couple, du retour au travail ou encore de la réorganisation du quotidien.

L’amputation agit comme un séisme dans l’ensemble du vécu de la personne. E2 souligne que “tout ça freine le retour à une vie active au sens large”, que ce soit dans la manière de se déplacer, de s’habiller, de gérer ses journées. Le quotidien est modifié, les repères sont bousculés, et les habitudes doivent être réinventées. Cela crée souvent une perte d’autonomie initiale, avec un impact direct sur la vie quotidienne et les loisirs.

E1 ajoute que certains patients se retrouvent face à un désengagement dans leur environnement familial ou professionnel, ce qui peut générer un sentiment d’inutilité ou d’exclusion. Pour ceux qui travaillaient dans des métiers physiques, l’amputation entraîne un arrêt brutal de leur activité professionnelle, ce qui peut accentuer cette rupture identitaire.

Sur le plan émotionnel, les ergothérapeutes décrivent des phases de déni, de colère, ou de tristesse, propres à tout processus de deuil. E2 parle “d’enjeux identitaires” où l’acceptation de la situation est loin d’être immédiate. E1 évoque également des freins psychosociaux qui peuvent compliquer l’engagement dans le processus de rééducation ou d’équipement.

Enfin, l’environnement social et matériel est lui aussi affecté. E3 insiste sur les adaptations pour le logement, les difficultés d’accessibilité, ou encore la dépendance temporaire à l’entourage. L’amputation n’impacte donc pas seulement le corps, mais elle entraîne une réorganisation complète de l’existence. C’est cette complexité-là que les ergothérapeutes doivent accompagner, en prenant en compte la globalité du vécu du patient.

Ces témoignages mettent en évidence que la prothèse, dans ce contexte, est loin d’être une solution clé en main. Elle doit être intégrée progressivement dans un quotidien chamboulé, ce qui pose la question de sa véritable place dans la vie des personnes amputées.

2.4. La place de la prothèse : un outil à intégrer dans la vie quotidienne

Ce qui est intéressant au niveau de la prothèse, c'est qu'aucunes des ergothérapeutes interrogées ne la présente comme une solution miracle. Elles reconnaissent toutes son utilité indéniable, mais insistent également sur le fait que ce n'est pas toujours évident de l'intégrer.

E2 explique qu'il faut peser le pour et le contre. Avec chaque patient, elle dit, "je reste attentive entre ce que la prothèse leur apporte concrètement et ce qu'elle demande en termes d'énergie, de douleurs, d'entretien". E3 le dit très clairement : "tout ne tient pas à l'appareillage, il y a des moments de travail d'autonomisation sans prothèse aussi".

Néanmoins, on remarque que grâce à l'intégration de la prothèse, la participation sociale et/ou professionnelle des patients évolue. "Quand la prothèse est bien intégrée, on voit des gens qui reprennent des loisirs, qui ont des projets" (E2), "j'ai eu des patients qui me disaient que s'ils n'avaient pas pu avoir de prothèse ils n'auraient pas pu repartir, reprendre une vie comme avant, qu'ils avaient besoin de sortir à nouveau et de refaire des activités qui avaient du sens" (E1). E1 parle aussi d'un point essentiel dans le processus d'intégration de la prothèse qui est l'acceptation de la pathologie, notamment chez le patient amputé traumatique : "je pense qu'on reste en phase de deuil, acceptation de la pathologie et quand on a passé ce stade, la prothèse devient un moyen d'aller vers les autres et surtout un moyen de locomotion, en particulier chez le traumatique parce qu'ils ont souvent besoin de bouger plus".

E3 aborde également la notion de féminité, "on a aussi la question des femmes qui ont besoin de reprendre leur singularité vestimentaire, la question de féminité". Elle dit : "ils sont obligés d'adapter les chaussures, les vêtements en fonction de l'appareillage". C'est une dimension qui n'est que peu souvent prise en compte dans la prise en soin de ces patients mais qui reste pour autant très importante, ne serait-ce que pour la confiance en soi.

E3 est la seule à utiliser des outils, comme l'ESAT (Evaluation de la Satisfaction envers une Aide Technique) ou encore le MCRO (Mesure Canadienne du

Rendement Occupationnel), pour évaluer comment la prothèse est perçue par le patient. Pour cela, elle “évalue le confort, le poids, l'utilité et la performance [...], je ferais en deux temps, sans prothèse et avec prothèse”. Tandis que pour E1, “l'évaluation, en tout cas pour moi, c'est l'entretien”. Chacunes d'entre elles ont une façon différente d'évaluer l'impact de la prothèse sur le patient. Néanmoins, les trois utilisent l'observation et les mises en situations pour leurs évaluations.

On comprend donc que la prothèse est un outil précieux mais qui, pour devenir réellement utile doit être accompagnée par un travail d'adaptation et de sens. C'est précisément ce qui distingue la contribution de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

2.5. La place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire : une approche différente mais complémentaire

Quand on parle de pluridisciplinarité, elles ont toutes un discours similaire. Elles exercent ou ont déjà toutes exercé avec d'autres professionnels comme les kinésithérapeutes, les orthoprothésistes et parfois les psychologues et assistants sociaux. Pour elles, cette pluridisciplinarité est essentielle, mais elles reconnaissent aussi que la coordination n'est pas toujours optimale.

Sur la question de la complémentarité kinésithérapeute/ergothérapeute, elles sont unanimes. La fameuse idée que le kinésithérapeute ne s'occupe que du membre inférieur et l'ergothérapeute uniquement du membre supérieur est fausse, et trop simpliste d'après elles.

E1 : “nous on va être plus sur la fonctionnalité du membre supérieur et du membre inférieur, la fonctionnalité de l'appareil locomoteur, de l'appareil préhenseur sur l'utilisation dans les gestes de la vie quotidienne quand le kinésithérapeute va être plus sur de la rééducation que je jugerais pure et dure et très orientée amplitudes et renforcement alors que nous on sera plus sur la fonctionnalité du geste”

E3 : “je suis contre l'idée que le kinésithérapeute c'est le membre inférieur et l'ergothérapeute le membre supérieur”

E2 : “l'ergothérapie ne se limite pas aux membres supérieurs”, “Ah oui c'est une vieille idée ça, je pense que dans certains service ça a encore la vie dure”.

Ce qu'elles mettent en avant, c'est également la différence d'approche. L'ergothérapeute va chercher à donner du sens, à relier les capacités à la vie réelle. E2 le dit bien : "on marche pour aller où ? pour quoi faire ?"

Elles se rejoignent toutes sur le fait que l'ergothérapeute intervient notamment dans les activités de la vie quotidienne, l'aménagement de l'environnement, la gestion des douleurs, ainsi que l'intégration de la prothèse dans les gestes de la vie quotidienne.

E3 : "au-delà de travailler sur un plateau technique, la spécificité de l'ergothérapeute pourrait être d'amener le patient dans un environnement de vie extérieur au centre, comme le domicile ou en milieu urbain".

E2 : "nous on va chercher à savoir si la personne peut préparer son repas, aller aux toilettes, retrouver une indépendance dans sa maison ou son environnement"

E1 : "on prend la personne dans sa globalité" et "on va prendre en compte des facteurs environnementaux et familiaux"

Le travail en équipe est ce qu'il y a de plus adapté pour cette prise en soins, chaque discipline est complémentaire et a besoin des autres, comme le souligne E1 : "on reste quand même une équipe et tout le monde a besoin de tout le monde et on s'entraide tous et chacun a sa part d'action".

Cette complémentarité des rôles s'avère indispensable, mais elle se heurte à certaines limites liées au système actuel de prise en soin.

2.6. Les freins et les limites du système actuel

La façon dont le système actuel est fait engendre plusieurs limites dans la prise en soin.

La première limite : le temps. Elles ont toutes le sentiment de ne pas pouvoir aller au bout, que le temps dédié aux prises en soins des ergothérapeutes est trop court pour avoir un suivi personnalisé assez développé. Le manque de personnel est également un facteur qui rentre en ligne de compte.

E2 : “on manquait souvent de temps pour accompagner jusqu’au bout certains patients”

E3 : “le nombre d’ergothérapeute rapporté au nombre de patient ne nous permet pas d’aller développer au maximum une prise en charge personnalisée”

E1 soulève également le manque de formation initiale pour ce type de patient. Elle dit que l’on est très peu formé sur le membre inférieur et encore moins sur le sport et la prothèse. Elle dit : “on a très très peu vu le membre inférieur [...], c’est dommage [...], on a aussi un rôle”, “comme les kinésithérapeutes en fait ce serait bien 5 ans d’études”.

E3 pose également une vraie question d’identité professionnelle : “ je pense qu’on a quand même une orientation des ergothérapeutes beaucoup plus sur le membre supérieur, est-ce du fait d’une identité professionnelle qui est axée sur le membre sup ou parce que, en termes de temps, on oriente davantage nos prises en charge là-dessus ?”

E2 soulève un fait à toujours prendre en compte dans une prise en soin : nous ne savons pas tout, et certaines dimensions ne sont pas de notre ressort : “en plus, il y a des limites à nos compétences aussi. On est pas psy ni assistante sociale” .

Néanmoins, elles proposent tout de même des pistes comme augmenter le temps des séances, avoir plus de liens entre les professionnels, valoriser les aspects comme le sport, les rôles familiaux etc.

Malgré ces contraintes, un fil conducteur reste présent dans leurs propos : la volonté de soutenir les patients dans la recherche d’un équilibre de vie, au cœur de la pratique ergothérapique.

2.7. L’équilibre occupationnel : un fil conducteur dans l’accompagnement

Même si ce n’est pas une notion qu’elles emploient oralement avec leurs patients, on remarque qu’elles l’ont tout de même en tête dans leur façon d’accompagner les patients.

E1 parle de s'adapter aux clés du patient, tandis que E2 dit qu'on impose parfois trop vite les choses sans vraiment écouter le patient.

E3 relie ça à des rôles très concrets comme être parent : “conserver son identité en tant que parent [...], accompagner ses enfants à l'école”

Chacunes d'entre elles parlent de remettre la personne au centre, de chercher ce qui a du sens pour elle, et de l'aider à retrouver un quotidien équilibré selon ses valeurs, ses priorités, et sa réalité.

Ce dernier point permet de montrer que, derrière la diversité des pratiques, l'équilibre occupationnel constitue un objectif partagé, reliant les différentes dimensions évoquées dans les entretiens. Cette idée servira de base pour confronter les résultats avec le cadre conceptuel et la littérature dans la discussion.

Discussion

1. Confrontation des résultats de l'enquête et cadre conceptuel

Ce travail d'initiation à la recherche s'intéresse à l'accompagnement ergothérapique des personnes amputées traumatiques de membre inférieur dans l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse afin de retrouver un équilibre occupationnel.

L'analyse des résultats issus des entretiens met en avant la complexité et la richesse de l'accompagnement ergothérapique, confirmant, nuancant ou enrichissant les concepts développés dans la littérature et dans le cadre conceptuel.

Tout d'abord, il apparaît que la prise en charge ergothérapique ne peut se limiter qu'à l'apprentissage technique de l'utilisation de la prothèse. Les ergothérapeutes interrogées insistent sur l'importance d'une approche holistique, centrée sur la personne, qui prend en compte non seulement la dimension physique de l'amputation, mais aussi les aspects psychologiques, sociaux et familiaux. Cette vision rejoint les principes du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend et al., 2007), selon lequel la reconstruction de l'équilibre occupationnel passe par l'articulation entre la personne, ses occupations et son environnement. Ainsi, les résultats confortent l'idée que l'accompagnement doit être personnalisé et contextualisé, ce qui rejoint les travaux de Calabrese et al., (2023) qui rappellent que la réadaptation touche autant l'identité et l'image de soi que la récupération physique.

un autre point central ressort : l'importance de respecter le rythme du patient. Toutes les ergothérapeutes interrogées ont insisté sur le fait qu'on ne peut pas forcer une personne à s'engager dans l'utilisation de sa prothèse si elle n'est pas prête. L'amputation entraîne un bouleversement profond, à la fois corporel, psychologique et identitaire. Il est donc normal que l'envie ou la capacité à utiliser une prothèse n'arrive pas toujours immédiatement.

Cette idée fait écho au concept de “temps nécessaire” évoqué par Calabrese et al., (2023) et invite à penser l’accompagnement comme un processus souple, adaptable et flexible.

Ce respect du rythme est indissociable de la recherche de sens. Comme le rappellent Schaffalitzky et al. (2011), utiliser une prothèse n’a de valeur que si cela permet à la personne de faire ce qui compte pour elle. Les ergothérapeutes interrogées évoquent des activités concrètes et signifiantes : cuisiner, sortir son chien, aller chercher ses enfants à l’école. Elles constituent de véritables mises en situation écologiques.

Ici, les résultats viennent confirmer que la rééducation gagne en efficacité lorsqu’elle s’ancre dans des activités réelles et motivantes, plutôt que dans des exercices abstraits.

Un point qui n’a été que très peu abordé par E2 et E3, ressort particulièrement dans l’entretien avec E1. Il concerne la place des sensations fantômes, en particulier les sensations non douloureuses, dans la rééducation et l’utilisation de la prothèse. E1 souligne que la capacité à utiliser ces sensations peut améliorer la marche, réduire l’asymétrie et prévenir l’apparition de douleurs secondaires. Cette observation vient enrichir la réflexion sur la genèse instrumentale (Rabardel, 1995) et la reconstruction du schéma corporel, déjà évoquées dans la littérature (Gourinat, 2022). Elle met en évidence la nécessité de sensibiliser les patients et les professionnels à ce phénomène, souvent négligé, et de proposer des stratégies pour intégrer ces sensations dans le travail de rééducation. Comme le souligne E1 : “Une personne qui sait utiliser ses sensations fantômes améliore sa marche... On améliore la dynamique et on permet de diminuer les douleurs sur le membre controlatéral”. Ce point invite à repenser la formation et la pratique des ergothérapeutes, afin de mieux accompagner les patients dans la réappropriation de leur schéma corporel et dans l’intégration de la prothèse comme un véritable prolongement de soi.

Les douleurs fantômes et les sensations fantômes, bien que souvent confondues, désignent des phénomènes distincts mais fréquents après une amputation. Les douleurs fantômes renvoient à une perception douloureuse dans un membre absent : elles peuvent être fulgurantes, brûlantes, pulsatives, et leur intensité varie d’un

individu à l'autre. Les sensations fantômes, quant à elles, sont non douloureuses (fourmillements, impressions de chaleur, mouvement du membre absent, etc.).

Des estimations récentes indiquent que la prévalence de la douleur fantôme chez les amputés se situe entre 60 % et 80 %, tandis que jusqu'à 80 % à 100 % signalent des sensations fantômes non douloureuses (Diers et al., 2021). Le vécu de ces sensations est influencé par le contexte émotionnel, le traumatisme initial, et la capacité d'acceptation du corps amputé. Par exemple, certaines personnes perçoivent leur membre absent comme toujours présent, mais neutre, tandis que d'autres peuvent en avoir une représentation douloureuse.

Cette distinction est essentielle pour le suivi en ergothérapie : les douleurs fantômes peuvent constituer un frein à l'acceptation de la prothèse, alors que les sensations fantômes, lorsqu'elles sont stables ou bien intégrées, peuvent parfois faciliter la perception corporelle et le ressenti dans l'espace. Des approches telles que la thérapie miroir, la visualisation guidée, ou les feedbacks sensoriels sont recommandées pour réduire les douleurs et reconstruire une représentation corporelle plus adaptée (Schone et al., 2022).

L'intervention de l'ergothérapeute doit donc être individualisée : certains patients bénéficieront d'un travail ciblé sur le schéma corporel, tandis que d'autres devront apprendre à vivre avec des sensations fantômes sans interférence avec les activités quotidiennes. L'écoute, la verbalisation du vécu et l'ajustement des activités sont des leviers indispensables pour accompagner cette diversité d'expériences.

L'accompagnement à la reprise d'activités physiques, sportives et sociales apparaît également comme un levier essentiel de la restauration de l'équilibre occupationnel. E1 insiste sur son rôle dans la recherche de solutions concrètes pour lever les freins matériels, financiers ou psychologiques à la pratique d'une activité, et pour valoriser les compétences et les envies du patient. E1 rappelle que l'ergothérapeute doit avoir "une vision de l'activité dans sa globalité et pas juste du côté où il y a l'amputation", ce qui rejoint la notion d'occupation signifiante au cœur du métier. Ces résultats rejoignent la littérature (Coffey et al., 2014) qui souligne le rôle des occupations signifiantes dans la prévention du repli sur soi et dans le rétablissement d'un équilibre de vie

Cette importance accordée à l'activité rejoint également l'usage de certains outils évoqués dans les entretiens, notamment la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel).

Une des ergothérapeutes interrogées a mentionné son usage de la MCRO pour évaluer l'impact de la prothèse sur la vie quotidienne. Elle soulignait l'intérêt de comparer les scores avec et sans prothèse, notamment sur les AVQ et les loisirs. Cet outil, qui repose sur un entretien semi-structuré, permet d'identifier les activités significatives pour la personne, d'évaluer son niveau de satisfaction et de performance, puis de suivre l'évolution dans le temps (Caire, 2019).

Au-delà de l'évaluation, la MCRO s'avère précieuse pour orienter le projet thérapeutique. En centrant l'accompagnement sur les priorités de la personne, comme pouvoir amener son enfant à l'école ou cuisiner debout, elle permet d'éviter une approche uniquement technique. Cela rejoint pleinement les principes du MCREO, en plaçant la participation, l'environnement et le sens au cœur de l'intervention.

Enfin, la MCRO favorise l'autonomisation du patient en l'impliquant activement dans la définition de ses objectifs. Elle ouvre un espace de dialogue autour de ce qui compte vraiment pour lui, ce qui est particulièrement essentiel dans un contexte de rupture identitaire et fonctionnelle comme l'amputation traumatique.

De plus, les entretiens rappellent la nécessité de travailler dans des contextes réels, et pas seulement sur un plateau technique. L'utilisation de la prothèse est directement influencée par l'environnement, les habitudes, les contraintes du quotidien. Ce n'est qu'en observant la personne dans son logement, dans la rue ou encore au travail que l'on peut véritablement évaluer si la prothèse est adaptée. Lim et al. (2022) soulignent la valeur des mises en situations écologiques en ergothérapie, qui permettent d'ancrer la rééducation dans la réalité du patient. C'est dans ces contextes que les ergothérapeutes identifient les freins, comme par exemple prendre les escaliers, la fatigue du patient ou la peur de tomber, mais aussi les ressources, comme l'entourage ou l'aménagement du logement.

Par ailleurs, l'adaptation de l'environnement, notamment du domicile, ainsi que le soutien familial dans le processus de réadaptation sont indispensables. E1 cite

l'exemple d'une patiente amputée des quatre membres, totalement dépendante de son conjoint pour la mise en place des prothèses, illustrant à quel point l'absence d'un ergothérapeute dans la démarche d'aménagement du domicile peut entraîner des difficultés majeures d'indépendance et de participation. Ce constat rejoint les modèles écologiques de l'ergothérapie (Townsend et al., 2007) et les recommandations sur l'importance de l'environnement et du réseau de soutien dans la réussite de la réadaptation (Gallagher et al., 2011).

L'ergothérapeute se distingue par son approche centrée sur la fonctionnalité, l'occupation et l'intégration dans la vie quotidienne, en coordination avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il est nécessaire de coordonner les interventions pour optimiser la prise en charge globale du patient, tout en reconnaissant la spécificité de chaque profession. E1 dit : "On reste une équipe, chacun a sa part d'action... Nous, on va être plus sur la fonctionnalité du geste et l'intégration dans les gestes de la vie quotidienne". Cela rejoint les conclusions de Bruyant et al. (2023) et Facione et al. (2024) qui défendent une approche interdisciplinaire coordonnée.

Parmi les facteurs facilitants ou limitants, les éléments matériels sont revenus très fréquemment. Une prothèse mal ajustée, trop lourde, inconfortable ou peu stable peut devenir un obstacle important, même chez une personne très motivée. E1 raconte le cas d'un patient qui a abandonné son appareillage parce qu'il tombait régulièrement. Schaffalitzky et al. (2011) montrent que la mauvaise adaptation technique d'une prothèse est l'une des premières causes d'abandon. L'ergothérapeute doit recueillir les plaintes du patient et les transmettre aux orthoprothésistes afin de faire des ajustements si nécessaire.

Au-delà des aspects techniques, il y a la prise en compte de l'équilibre occupationnel des patients. Après une amputation, la personne perd souvent des repères dans sa gestion du temps, ses activités et perd aussi de l'énergie. Certains se retrouvent inactifs, d'autres au contraire veulent tout reprendre trop vite, au risque de s'épuiser. L'ergothérapeute aide alors à se reconstruire un quotidien soutenable et adapté, en dosant les activités, en définissant les priorités, en réintroduisant progressivement

des occupations significatives. E3 expliquait qu'une de ses patientes avait tout repris d'un coup, puis avait cessé d'utiliser sa prothèse par fatigue. Ce réajustement du rythme de vie fait partie intégrale du processus d'appropriation. Il ne s'agit pas seulement d'apprendre à marcher avec une prothèse, mais de pouvoir l'utiliser de façon cohérente et réaliste dans une vie réorganisée.

Lorsqu'on aborde la rééducation des membres inférieurs, notamment chez les personnes amputées, on peut se questionner sur la place de l'ergothérapie dans l'ensemble du parcours de soins. On pourrait penser que le travail se limite principalement à l'intervention du kinésithérapeute. Pourtant, la pratique révèle une complémentarité essentielle entre ces deux approches.

D'un côté, le kinésithérapeute s'attache avant tout à préparer physiquement le patient. Il travaille à renforcer les muscles, améliorer l'équilibre, la coordination ainsi que la proprioception. Ces éléments sont cruciaux pour garantir que le corps puisse supporter et utiliser la prothèse en toute sécurité et efficacité. Par exemple, l'utilisation d'outils comme l'Amputee Mobility Predictor permet d'évaluer le potentiel de déambulation du patient et de guider la rééducation physique (Essop-Adam et al., 2023).

De l'autre côté, l'ergothérapeute intervient pour aider le patient à intégrer concrètement sa prothèse dans ses activités quotidiennes. Au-delà de l'aspect physique, il s'agit ici d'accompagner le patient dans la redéfinition de ses gestes habituels, dans l'adaptation de son environnement domestique ou professionnel et, surtout, dans la reconstruction d'une identité et d'un bien-être retrouvé. De plus, la contribution de l'ergothérapie à la réadaptation ne se limite pas à cet accompagnement fonctionnel, mais englobe également un soutien psychologique qui aide le patient à surmonter les difficultés liées à la perte d'un membre (Lamandé et al., 2011).

Adopter une prise en soin intégrée, où le travail préparatoire du kinésithérapeute vient compléter l'accompagnement quotidien et personnalisé de l'ergothérapeute, s'avère déterminant pour restaurer l'indépendance et améliorer la qualité de vie des personnes amputées. Cette approche globale permet de répondre aux multiples défis que posent la réadaptation physique, psychologique et sociale.

En effet, c'est grâce à cette synergie que le patient est progressivement amené non seulement à maîtriser l'utilisation technique de sa prothèse, mais aussi à en faire un outil qui enrichit sa vie au quotidien.

À travers les entretiens menés, on constate que les ergothérapeutes jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement du patient amputé, notamment dans l'appropriation de la prothèse et la reprise des activités de la vie quotidienne. Néanmoins, cette place, bien qu'importante, n'est pas toujours claire ni pleinement reconnue dans le parcours de soins.

Certains professionnels rencontrés ont évoqué un manque de coordination interdisciplinaire, où la répartition des rôles entre médecins, kinésithérapeutes, orthoprothésistes et ergothérapeutes reste parfois floue. Cela peut générer des sentiments de frustration ou d'impuissance face à des situations où l'ergothérapeute aimerait intervenir davantage, mais se heurte à des limites structurelles (temps limité, prescriptions médicales figées, absence de collaboration formalisée). De plus, le rôle de l'ergothérapeute peut être sous-estimé dans certaines structures, où l'apprentissage de la prothèse est confié principalement au kinésithérapeute ou à l'orthoprothésiste.

Cette situation interroge sur la légitimité perçue de l'ergothérapeute dans l'accompagnement global du patient amputé. Alors même qu'il possède des compétences spécifiques pour travailler sur le sens des activités, le vécu corporel, et l'adaptation de l'environnement, son implication dépend souvent des habitudes de la structure, du niveau d'autonomie accordé, ou encore de la connaissance de sa profession par les autres membres de l'équipe.

Ensuite, la question de la posture professionnelle est également à considérer : les ergothérapeutes doivent jongler entre soutien, guidance, et respect du rythme du patient, sans imposer un modèle de réussite. Certains évoquent la difficulté à rester à leur juste place, entre encouragement et non-directivité, surtout quand le patient n'investit pas la prothèse comme attendu. Cette tension entre accompagnement et acceptation est au cœur du métier, et mérite d'être davantage explorée pour comprendre la complexité de cet accompagnement dans un parcours aussi chargé émotionnellement.

Dans leur article, Rich, Young et Marth (2025) positionnent l'ergothérapeute comme un partenaire indispensable dans l'accompagnement des personnes amputées du membre inférieur, en complément de l'équipe pluridisciplinaire. Ils soulignent que l'ergothérapie apporte une vision holistique, couvrant la santé mentale, la gestion de la douleur, la réadaptation fonctionnelle, la participation sociale et l'adaptation environnementale. L'intervention est structurée selon les phases de réadaptation (aiguë, cicatrisation, prothétique, suivi long terme), avec une attention constante à la sécurité, l'autonomie et la motivation du patient. L'ergothérapeute joue un rôle de médiateur entre les capacités, les souhaits et l'environnement du patient, garantissant que les objectifs thérapeutiques soient construits de manière personnalisée et prenant en compte les occupations significatives du patient.

Enfin, cette recherche montre clairement que l'appropriation de la prothèse est un processus complexe et évolutif. Il dépend bien sûr de critères physiques et techniques, mais aussi de l'histoire personnelle de la personne, de sa motivation, de son entourage, de son environnement, et du soutien qu'elle reçoit. L'ergothérapeute, dans ce contexte, ne peut pas se limiter à des objectifs fonctionnels. Il doit faire preuve d'écoute, de créativité, d'adaptation, et de patience. Cette posture globale, attentive et flexible semble être le fil conducteur d'un accompagnement réussi.

2. Vérification de l'hypothèse et réponse à la problématique

L'hypothèse que j'avais posée au départ de ce mémoire était la suivante :

L'accompagnement par l'ergothérapeute à travers des mises en situation écologiques, pourrait soutenir l'appropriation de la prothèse et favoriser le rétablissement d'un équilibre occupationnel.

Les entretiens menés m'ont permis de confirmer cette hypothèse.

En effet, les ergothérapeutes décrivent l'importance d'accompagner la personne dans des activités concrètes de son quotidien : cuisiner, se déplacer en extérieur, s'occuper de ses enfants, etc. Ce sont lors de ces mises en situation écologiques que la prothèse prend tout son sens, car elle n'est plus seulement un outil technique,

mais devient un support pour retrouver ses habitudes ou se projeter dans de nouveaux projets. L'utilisation de la prothèse, lorsqu'elle est bien intégrée dans ces contextes réels, influence effectivement la manière dont la personne amputée se réengage dans ses occupations. Elle redevient actrice de son quotidien, en réinvestissant ses rôles et ses habitudes de vie.

J'ai également compris que ce processus n'est ni automatique, ni toujours évident. L'intégration de la prothèse dépend de plusieurs facteurs : le vécu de la personne, sa motivation, ses douleurs, son entourage, ou encore la qualité de l'appareillage. Parfois, même avec une prothèse, certains patients ne retrouvent pas un équilibre dans leurs occupations, alors que d'autres parviennent à recréer un quotidien satisfaisant sans l'utiliser systématiquement. La prothèse est donc un levier important, mais ce n'est pas le seul. Les mises en situation écologiques jouent ici un rôle essentiel, car elles permettent d'identifier ce qui fonctionne ou non dans la réalité du patient, et de construire des stratégies adaptées.

Concernant ma question de recherche, (qui pour rappel est : ***en quoi l'ergothérapeute, via l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse dans tous les domaines occupationnels, permet-il chez les patients amputés traumatiques du membre inférieur la mise en place d'un nouvel équilibre occupationnel ?***), les entretiens m'ont permis d'apporter une réponse claire. L'ergothérapeute, de par sa posture et son approche centrée sur la personne, joue un rôle essentiel dans cette reconstruction. Il ne se limite pas à un apprentissage technique, mais cherche avant tout à comprendre ce que le patient souhaite retrouver dans sa vie, et comment la prothèse peut ou non y contribuer. Il y a tout un travail autour du rythme, de la gestion de l'énergie, de la motivation, du sens, et de l'environnement. C'est un accompagnement global !

Même si le terme "équilibre occupationnel" n'est pas utilisé tel quel par les ergothérapeutes dans les entretiens, il est bien présent dans leurs pratiques. Tout leur travail vise à aider la personne à reconstruire un quotidien qui ait du sens, en tenant compte de ce qu'elle traverse et de ce qu'elle veut retrouver. C'est, à mon sens, la véritable plus-value de l'ergothérapie dans ce contexte : accompagner la personne dans un processus d'adaptation qui dépasse l'aspect technique et soutient

à la fois l'appropriation de la prothèse et la reconstruction d'un équilibre de vie à travers des mises en situations écologiques.

3. Biais et limites de la recherche

3.1. Biais

Comme dans beaucoup de recherches qualitatives, je suppose qu'il y a forcément une part de subjectivité. D'abord, les entretiens ont été analysés par moi même. Je suis tout de même restée fidèle aux propos des ergothérapeutes, mais mon regard d'étudiante a pu influencer certains choix dans l'analyse.

J'ai également remarqué en faisant l'analyse, qu'il me manquait des informations pour répondre à toutes mes questions. Pour cela, je pense que j'aurais dû modifier mon guide d'entretien en ajoutant des questions, notamment en rapport avec l'équilibre occupationnel qui n'a pas vraiment été défini par les ergothérapeutes durant ces entretiens.

3.2. Limites

La principale limite est le nombre d'ergothérapeutes interrogés, car il ne reflète pas toute la diversité des pratiques. Même si leurs témoignages étaient riches, je ne peux pas dire que cela représente l'ensemble de la profession. Cela permet de donner des pistes, d'ouvrir des réflexions, mais en aucun cas de généraliser.

Ensuite, deux des trois entretiens ont été réalisés à distance. Il est vrai que c'était plus simple au niveau organisationnel, néanmoins, on peut perdre des informations lorsqu'on n'est pas en face de la personne, car nous ne voyons pas les expressions du visage ou même la posture de la personne interrogée. Tout cela peut apporter des informations supplémentaires à ma compréhension, ce qui a été difficile à percevoir par téléphone.

Enfin, le sujet reste peu exploré dans la littérature, surtout lorsque l'on parle d'amputation traumatique et du rôle précis de l'ergothérapeute dans l'intégration de la prothèse. J'ai parfois dû m'appuyer sur des références plus générales lors de mes recherches.

4. Apports et perspectives de l'étude

4.1. Apports

Ce mémoire a été une vraie opportunité d'apprentissage, à plusieurs niveaux. D'abord, il m'a permis d'approfondir un sujet qui m'intéressait vraiment mais que je ne connaissais encore que trop peu : l'amputation traumatique et l'accompagnement dans l'utilisation de la prothèse. En allant à la rencontre de professionnels, j'ai découvert des réalités de terrain, parfois complexes, que je n'aurais pas forcément imaginées en formation.

Il m'a aussi permis de mieux comprendre le rôle spécifique de l'ergothérapeute dans ce type d'accompagnement. Ce que les ergothérapeutes m'ont partagé m'a vraiment montré l'importance de notre position dans l'équipe, mais aussi notre capacité à relier le technique et l'humain, l'objectif de rééducation et le projet de vie.

Sur le plan personnel, ce travail m'a aussi permis de développer ma posture réflexive. J'ai appris à mener un entretien, à analyser des discours, à faire des liens entre ce que j'entends, ce que je lis, et ce que j'observe. Cela m'a donné confiance en ma capacité à porter un regard critique, à faire des choix dans mes analyses, et à construire un travail cohérent.

Enfin, ce mémoire m'a confortée dans l'idée que je veux travailler dans un cadre qui laisse de la place à l'écoute, à l'adaptation, et à la construction d'un accompagnement vraiment personnalisé. Ce sujet m'a permis de réaliser à quel point chaque personne amputée a un parcours unique, notre rôle étant de l'accepter et de s'y adapter.

En résumé, ce travail m'a permis de préciser ma place en tant que future professionnelle, et de me poser des questions auxquelles je n'aurais pas pensées.

4.2. Perspectives

Ce travail de recherche a aussi fait émerger plusieurs pistes de réflexions, que ce soit pour la pratique, la formation ou la recherche.

D'abord, du côté de la pratique professionnelle, ce mémoire montre qu'il reste des choses à développer dans l'accompagnement à l'utilisation de la prothèse. La place du sport est souvent sous-exploitée, alors qu'elle peut être un vrai levier pour certains patients. De même, la question du couple, de la vie de famille, du retour au travail, ou encore de l'image corporelle sont des sujets qui mériteraient d'être plus présents dans nos prises en soins. Cela montre que l'on devrait sortir d'une vision trop centrée sur l'aide technique, pour aller vers un accompagnement plus holistique, plus proche du patient.

Ensuite, au niveau de la formation, plusieurs ergothérapeutes ont souligné un manque d'enseignements sur le membre inférieur, sur l'amputation, et sur la collaboration avec les orthoprothésistes. Ce mémoire met donc en avant le besoin de renforcer ces contenus dans nos études, pour mieux se sentir légitime et préparé à accompagner ce type de patients. Cela pose également la question de l'identité professionnelle : pourquoi sommes-nous encore trop souvent associés au membre supérieur, alors que notre approche peut s'appliquer à tout le corps et à toutes les situations de handicap ?

Enfin, du point de vue de la recherche, il y a encore beaucoup à explorer. Très peu d'études s'intéressent spécifiquement à l'amputation traumatique, et encore moins au rôle précis de l'ergothérapeute dans l'intégration de la prothèse de membre inférieur. Ce mémoire pourrait servir de base pour aller plus loin, par exemple en croisant les regards d'autres professionnels (kinésithérapeutes, orthoprothésistes, psychologues...), ou même en donnant la parole aux patients et parfois même à leurs proches, pour mieux comprendre leur vécu, leurs freins, leurs besoins et leurs attentes.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche s'est intéressé à l'accompagnement ergothérapique des personnes amputées traumatiques du membre inférieur dans l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de leur prothèse. L'objectif était de mieux comprendre en quoi cet accompagnement pourrait favoriser la reconstruction d'un nouvel équilibre occupationnel.

Les entretiens menés auprès de trois ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé dans le domaine de la rééducation fonctionnelle, auprès de personnes amputées traumatiques de membre inférieur ont permis d'alimenter une réflexion autour de l'hypothèse suivante : l'accompagnement par l'ergothérapeute à travers des mises en situation écologiques, pourrait soutenir l'appropriation de la prothèse et favoriser le rétablissement d'un équilibre occupationnel. Les résultats confirment cette hypothèse : les mises en situation écologiques apparaissent comme un levier, car elles permettent à la personne de tester leur prothèse dans des contextes réels et de retrouver progressivement une place active dans ses occupations.

Il ressort également que l'accompagnement de l'ergothérapeute dépasse la simple prise en main de la prothèse. Il inclut l'évaluation des besoins, la réorganisation du quotidien, l'adaptation de l'environnement, le respect du rythme, le soutien face à l'image corporelle et la projection vers des activités qui ont du sens. En effet, l'intégration de la prothèse n'est pas automatique, elle demande du temps, des ajustements, et surtout un accompagnement personnalisé. Il est apparu que la participation sociale et professionnelle pouvait se voir améliorée lorsque la prothèse était réellement intégrée dans les activités de vie quotidienne.

Les ergothérapeutes interrogées ont toutes exprimé une sensibilité à la notion d'équilibre occupationnel. Elles s'accordent à dire que la priorité est souvent donnée aux activités de base, et que le travail sur les occupations plus symboliques ou

identitaires comme le sport, la parentalité ou les loisirs, peut venir dans un second temps, si le contexte le permet.

Enfin, ce travail met en évidence l'importance de reconnaître et de valoriser le rôle de l'ergothérapeute dans un parcours de soins encore trop centré sur la récupération motrice et les aspects techniques. L'ergothérapeute, par sa posture, accompagne le patient dans un processus d'adaptation qui dépasse la rééducation fonctionnelle, en l'aidant à reconstruire un équilibre occupationnel durable et porteur de sens.

Une ouverture possible serait d'explorer plus largement les autres facteurs qui influencent l'appropriation de la prothèse, comme les douleurs et sensations fantômes, l'accompagnement psychologique, ou encore la coordination interdisciplinaire. Donner davantage de place au vécu des patients et de leurs proches dans de futures recherches permettrait également d'élargir la compréhension de ce processus, et de construire des interventions encore plus ajustées et partagées.

Bibliographie

- Anaby, D. R., Backman, C. L., et Jarus, T. (2010). Measuring occupational balance: a theoretical exploration of two approaches. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 77(5), 280–288.
- Bragaru, M., Dekker, R., et Geertzen, J. H. (2012). Sport prostheses and prosthetic adaptations for the upper and lower limb amputees. *Prosthetics And Orthotics International*, 36(3), 290-296.
- Brauckmann, V., Albrecht, D., et Müller, P. (2024). *Prosthetic fitting, mobility, and overall functional outcomes in major lower limb amputees: A prospective observational study*. *Applied Sciences*, 14(16), 7274
- Bruyant, A., Guemann, M., et Malgoyre, A. (2023). Étude épidémiologique des amputations majeures des membres supérieurs et inférieurs en France. *Kinésithérapie*, 23(256), 3-12.
- Caire, J. (2019). Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique. Approche centrée sur la personne, son environnement et ses occupations : l'utilisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) pour donner la direction et le sens au projet de soins. *LME*, 43.
- Calabrese, L., Maffoni, M., Torlaschi, V., et Pierobon, A. (2023). What Is Hidden behind Amputation ? Quanti-Qualitative Systematic Review on Psychological Adjustment and Quality of Life in Lower Limb Amputees for Non-Traumatic Reasons. *Healthcare*, 11(11), 1661.
- Celeiro, I. D., Sanjuán, L. S., et Santos-Del-Riego, S. (2016). Activities of daily living in people with lower limb amputation : outcomes of an intervention to

reduce dependence in pre-prosthetic phase. *Disability And Rehabilitation*, 39(18), 1799-1806.

- Coffey, L., Gallagher, P., et Desmond, D. (2014). Goal pursuit and goal adjustment as predictors of disability and quality of life among individuals with a lower limb amputation: a prospective study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(2), 244–252.
- Desmond, D., Gallagher, P. (2010). Quality of Life in People with Lower-Limb Amputation. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*.
- Diers, M., Krumm, B., Fuchs, X., Bekrater-Bodmann, R., Milde, C., Trojan, J., Foell, J., Becker, S., Rümenapf, G., et Flor, H. (2021). The Prevalence and Characteristics of Phantom Limb Pain and Non-Painful Phantom Phenomena in a Nationwide Survey of 3,374 Unilateral Limb Amputees. *Journal Of Pain*, 23(3), 411-423.
- Dorland. (2011). *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*: Elsevier Health Sciences.
- Dür, M., Steiner, G., Fialka-Moser, V., Kautzky-Willer, A., Dejaco, C., Prodinger, B., Stoffer, M. A., Binder, A., Smolen, J., et Stamm, T. A. (2014). Development of a new occupational balance-questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument. *Health and quality of life outcomes*, 12, 45.
- Esfandiari, E., Miller, W. C., King, S., Ashe, M. C., et Mortenson, W. B. (2024). A qualitative study of clinicians' and individuals' with lower limb loss perspectives on the development of a novel online self-management program. *Disability And Rehabilitation*, 46(25), 6143-6152.
- Essop-Adam, A., Daynes, E., Houghton, J. S., Nickinson, A. T., Sayers, R. D., Haunton, V. J., Pepper, C., et Singh, S. J. (2023). Clinimetrics of performance-based functional outcome measures for vascular amputees : A

systematic review. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine*, 66(6), 101756.*

- Facione, J., Thomas, M., Lapeyre, E., et Rigal, S. (2024). Réadaptation des patients après amputation traumatique de membre inférieur. *Bulletin de L'académie Nationale de Médecine*, 208(9), 1231-1242
- Fajardo-Martos, I., Roda, O., Zambudio-Periago, R., Bueno-Cavanillas, A., Hita-Contreras, F., et Sánchez-Montesinos, I. (2018). Predicting successful prosthetic rehabilitation in major lower-limb amputation patients: a 15-year retrospective cohort study. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(3), 205–214.
- Gallagher, P., Desmond, D., et MacLachlan, M. (2011). Psychoprosthetics: State of the knowledge. *Prosthetics and Orthotics International*, 35(3), 278-284.
- Garrison, M., et Clifford, P. (2015). *Prosthetic technology and accessibility: A global overview. Prosthetics and Orthotics International*, 39(4), 318-329
- Gourinat, V. (2022). Apprentissage et appropriation de la prothèse de membre. *Alter*, 16-1, 77-93.
- Groud, P.-F. (2017). Complexité du rapport corps/prothèse : potentialités, limitations et face cachée. In C. Lindenmeyer (éd.), *L'humain et ses prothèses* (1-). CNRS Éditions.
- Haute Autorité de Santé. (2023). *Recommandations sur l'appareillage des amputés de membre inférieur*.

- Highsmith, M. J., Kahle, J. T., Miro, R. M., Orendurff, M. S., Lewandowski, A. L., Orriola, J. J., Sutton, B., et Ertl, J. P. (2016). Prosthetic interventions for people with transtibial amputation: Systematic review and meta-analysis of high-quality prospective literature and systematic reviews. *Journal of rehabilitation research and development*, 53(2), 157–184.
- Highsmith, M. J., Andrews, C. R., Millman, C., Fuller, A., Kahle, J. T., Klenow, T. D., Lewis, K. L., Bradley, R. C., et Orriola, J. J. (2016). Gait Training Interventions for Lower Extremity Amputees : A Systematic Literature Review. *Technology et Innovation*, 18(2), 99-113.
- Hijmans, J. M., Dekker, R., et Geertzen, J. H. (2020). Pre-operative rehabilitation in lower-limb amputation patients and its effect on post-operative outcomes. *Medical Hypotheses*, 143, 110134.
- Lamandé, F., Dupré, J., Flipo, F., et Sénégas-Rouvière, J. (2011). Réadaptation de la personne amputée de membre inférieur. EMC Kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation, 7(2), 1-10.
- *La liste des produits et prestations - LPP. (2024, 19 décembre). Ameli. Consulté le 20 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/liste-produits-prestation-s-lpp>*
- Leemrijse, T. (2014). Amputations et désarticulations du pied et de la cheville. *Pathologie du Pied et de la Cheville*, 51(2), 873-883.
- Leduc, S. (s. d.). *Amputation - membres inférieurs et supérieurs*. <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>

- Lentner, S., Haberl, E., Baci, L., Dür, M., Lischka, C., Fallahpour, M., Guidetti, S., et Köttl, H. (2025). Interventions promoting occupational balance in adults : A systematic literature review. *PLoS ONE*, 20(6), e0325061.
- Lim, Y., Lee, J., Kim, S., Cha, T., Yoo, D., et Kim, H. (2022). An exploratory study on the role of occupational therapists in home-based rehabilitation team in South Korea. *Hong Kong Journal Of Occupational Therapy*, 35(2), 180-189.
- McDonald, C. L., Westcott-McCoy, S., Weaver, M. R., Haagsma, J., et Kartin, D. (2020). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthetics And Orthotics International*, 45(2), 105-114.
- McGinagle, K. L., Spangler, E. L., Ayyash, K., Vavra, A. K., Arya, S., Settembrini, A. M., Thomas, M. M., Dell, K. E., Swiderski, I. J., Davies, M. G., Setacci, C., Urman, R. D., Howell, S. J., Garg, J., Ljungvist, O., et De Boer, H. D. (2023). A framework for perioperative care for lower extremity vascular bypasses : A Consensus Statement by the Enhanced Recovery after Surgery (ERAS®) Society and Society for Vascular Surgery. *Journal Of Vascular Surgery*, 77(5), 1295-1315.
- Mesure, S., Mahe, C., Bonillo, I., et De Graaf, J. (2023). Marche de l'amputé du membre inférieur, une asymétrie surprenante. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(255), 44.
- Murray, C. D., et Forshaw, M. J. (2012). The experience of amputation and prosthesis use for adults : a metasynthesis. *Disability And Rehabilitation*, 35(14), 1133-1142.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NICE guideline NG116)*

- Nguyen, T.T.; Wang, B.; Alas, H.; Jones, Q.; Clark, C.; Lazar, S.; Malik, S.; Graham, J.; Talaat, Y.; Shin, C.; et al. (2025). Prosthesis Embodiment in Lower Extremity Limb Loss: A Narrative Review. *Applied. Sciences*. 15, 4952.
- Nolan, L. (2012). A training programme to improve hip strength in persons with lower limb amputation. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 44(3), 241-248.
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. (2020). *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 1–87.
- OMS. (2024, 26 juin). *Activité physique*.
- OMS. Consulté le 25 novembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241599979>
- OMS. (2011). *Rapport mondial sur le handicap*. Consulté le 20 février à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241564182>
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies : approche cognitive des instruments contemporains*.
- Rich, T. L., Young, P. A., et Marth, L. A. (2025). Occupational Therapy as Integral Partner in Lower Limb Amputation Rehabilitation : A Clinical Commentary. *Occupational Therapy In Health Care*, 1-31.
- Santos-Faria, J., Ribeiro, F., Sousa, V., Santos-Costa, J., et Branco, J. (2025). Functional Mobility and Fall Risk Assessment in Lower Limb Amputees : Insights From the Timed Up and Go Test. *Cureus*.
- Sayeed, M. S. I., Oakman, J., et Stuckey, R. (2023). Factors influencing access to and participation in rehabilitation for people with lower limb amputation in East, South, and Southeast Asian developing countries : the

perspective of rehabilitation professionals – a qualitative study. *Disability And Rehabilitation*, 46(10), 2097-2116.

- Schaffalitzky, E., Gallagher, P., Maclachlan, M., et Ryall, N. (2011). Understanding the benefits of prosthetic prescription: exploring the experiences of practitioners and lower limb prosthetic users. *Disability and rehabilitation*, 33(15-16), 1314–1323.
- Schlaeppli, J. (2025, 18 mars). *Douleurs du membre fantôme et du moignon* | *Neurochirurgie* *Inselspital* *Bern*.
<https://neurochirurgie.insel.ch/fr/funktionell-schmerz/schmerz/douleurs-du-membre-fantome-et-du-moignon>
- Schone, H. R., Baker, C. I., Katz, J., Nikolajsen, L., Limakatso, K., Flor, H., et Makin, T. R. (2022). Making sense of phantom limb pain. *Journal Of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 93(8), 833-843.
- Singh, R., Küçükdeveci, A., Grabljevec, K., et Gray, A. (2018). The role of Interdisciplinary Teams in Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 50(8), 673-678.
- Stokosa, J. J. (2024, mars). *Douleur du moignon*. Le Manuel MSD. Consulté le 16 février 2025, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/proth%C3%A8ses-des-membres/douleur-du-moignon>
- Stokosa, J. J. (2024, 11 mars). *Options des prothèses des membres*. Édition Professionnelle du Manuel MSD. Consulté le 12 avril 2025, à l'adresse https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/proth%C3%A8ses-des-membres/options-des-proth%C3%A8ses-des-membres#Proth%C3%A8ses-des-membres-inf%C3%A9rieurs_v21361309_fr

- Thomas-Pohl, M., Thavenot, M., Paris, A., Milland, N., et Planchette, M. (2020). Rééducation et réinsertion sociale de la personne amputée, un long parcours. *L'aide-soignante*, 34(220), 13.
- Torchalla, I., Killoran, J., Fisher, D., et Bahen, M. (2018). Trauma-Focused Treatment for individuals with post Traumatic stress Disorder : The role of occupational therapy. *Occupational Therapy In Mental Health*, 35(7), 1-21.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2007). Habilitier à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation
- Ung, Y. (2019). Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique. Le concept d'équilibre du style de vie : application des connaissances en ergothérapie. *LME*, 43.
- Wagman, P., Håkansson, C., et Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 19(4), 322–327.
- Wilcock, A. A., et Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health*.3
- World Health Organization : WHO. (2024, 22 avril). *Réadaptation*.
- World Health Organization. (2022). *Therapeutic patient education – Continuing education programmes for healthcare providers in the WHO European Region: A guide for implementation*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060219>
- World Health Organization : WHO. (2024, 27 mai). *Trouble de stress post-traumatique*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

- Zingg, M., Nicodème, J., Uçkay, I., Ray, A., Suvà, D. (2014), Amputations du membre inférieur : indications, bilan et complications, *Rev Med Suisse*, 10, 455, 2409–2413.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Formulaire de recueil de consentement

Annexe III : Tableau récapitulatif des réponses pour chaque question

Annexe IV : Retranscription intégrale de l'entretien réalisé avec E3

Annexe I : Guide d'entretien

Question	Relances possibles	Objectifs
Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ?	Depuis quand travaillez-vous avec des patients amputés ? / Formations liées à l'amputation ?	Situer l'expérience, le contexte professionnel, les formations spécifiques
Quel est votre rôle principal en tant qu'ergothérapeute auprès de ces patients ?	Quelles étapes d'intervention ? / Exemple d'un accompagnement type ?	Détailler les missions spécifiques dans l'accompagnement
En quoi votre intervention se distingue-t-elle de celle des autres professionnels ?	Exemples de collaboration ? / Complémentarité avec le kiné, l'orthoprothésiste, le médecin, etc. ? La plus value de l'ergo ?	Identifier la spécificité de l'ergo / place dans l'équipe
Que pensez-vous de l'idée : le kinésithérapeute = membres inférieurs, l'ergothérapeute = membres supérieurs ?	Cette répartition est-elle pertinente pour les patients amputés MI ?	Déconstruire les stéréotypes / analyser la réalité du terrain
Quelles sont les limites de l'ergothérapie dans cette prise en charge ?	Que pourrait-on améliorer ? / Quels manques dans votre structure ?	Identifier les freins à une prise en charge optimale
Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées par ces patients ?	Ces difficultés sont-elles surtout physiques ? Psychosociales ? Environnementales ?	Identifier les obstacles : physiques, psychologiques, sociaux
Avez-vous observé une évolution de leur participation sociale ou professionnelle après l'intégration de la prothèse ?	Qu'est-ce qui favorise ou freine cette évolution ? / Exemples de cas ?	Mesurer l'impact sur la réinsertion
La notion d'équilibre occupationnel vous parle-t-elle ?	Votre intervention y contribue-t-elle ? De quelle manière ?	Explorer la connaissance du concept et son application

Question	Relances possibles	Objectifs
Comment évaluez-vous l'impact de la prothèse sur leur indépendance et leurs activités du quotidien ?	Avez-vous un exemple précis ? / Quelles AVQ sont concernées ?	Comprendre les transformations occupationnelles concrètes
Quelles stratégies mettez-vous en place pour aider le patient à s'adapter à sa prothèse ?	Travail en situation ? Accompagnement à domicile ? Atelier technique ?	Identifier les moyens mis en oeuvre pour favoriser l'appropriation
Quels sont les facteurs qui influencent la réussite ou l'échec de l'intégration de la prothèse ?	Rôle du type de prothèse ? De l'environnement ? Du soutien social ?	Identifier les leviers et les freins à l'intégration
Si vous ne travaillez pas avec des patients amputés traumatiques, pour quelles raisons ?	Est-ce par choix ? Par manque d'opportunité ? De formation ?	Comprendre les obstacles à l'accès à ce type de prise en charge

Annexe II : Formulaire de recueil de consentement

Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement



Ce formulaire vise à obtenir votre accord (consentement) pour votre participation et la collecte de données vous concernant dans le cadre du travail d'initiation à la recherche intitulé « **L'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse de membre inférieur : un levier pour la mise en place d'un nouvel équilibre occupationnel** ». Ce projet est mené par DA LUZ Ema, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue Vitruve, 75020 Paris, dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussignée :

Cochez les cases vous concernant :

- ☐ J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- ☐ J'autorise l'étudiante à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse de l'entretien.
- ☐ J'autorise l'étudiante à me citer de façon anonyme dans son travail d'initiation à la recherche afin de soutenir ses propos.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié d'un temps de réflexion pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais en droit d'accepter ou de refuser de participer à cette étude/ces entretiens, sans aucune conséquence pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et demander la destruction des supports audios, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence en contactant l'étudiante : Ema.daluz4@gmail.com

L'étudiante menant cette étude s'engage à :

- ❖ Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant identique et non nominatif aux données me concernant.
- ❖ Stocker de manière sécurisée les données recueillies.
- ❖ Conserver les données recueillies uniquement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'obtention du DE d'ergothérapeute.
- ❖ Utiliser et diffuser les informations recueillies seulement dans le cadre de son travail d'étude.
- ❖ Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de l'obtention de son DE d'ergothérapeute.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors du cadre décrit ci-dessous est interdite.

Le présent formulaire est délivré en 2 fois.

Sous réserve de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à....., le.....

Signature du participant :

Signature de l'étudiant :

Annexe III : Tableau récapitulatif des réponses pour chaque question

Questions	E1	E2	E3
Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ?	“j’ai eu mon diplôme d’ergothérapie en juin 2022” “En septembre 2022 j’ai commencé un master staps à XXX dont la filière était mouvement ergonomie handicap.” “Durant ces 2 ans de master j’ai travaillé en tant qu’ergo un petit peu dans un ehpad” “Depuis juin j’ai travaillé en tant qu’ingénieure d’étude dans un laboratoire de robotique sur les amputations et le développement des prothèses à XX”	“j’ai commencé en centre de rééducation, j’y suis restée un peu plus de six ans” “j’étais surtout en secteur locomoteur avec pas mal de patients amputés, que ce soit post-trauma ou vasculaires” “depuis deux ans maintenant je suis en libéral” “je me déplace beaucoup à domicile, je fais de la rééduc fonctionnelle et parfois un peu d’adaptation de l’environnement”	“je suis diplômée de XX de 2003” “J’ai pris un premier poste dans un ehpad privé pour anciens réfugiés russe. je suis restée deux ans dans ce poste la” “j’ai eu besoin de retrouver une équipe ergo donc je suis allée travailler à l’hôpital XX à l’APHP dans un pôle gériatrie” “je suis restée trois ans dans ce poste là” “je suis ensuite allée travailler à l’hôpital de XX sur l’ouverture de soins de suite et réadaptation” “je m’ennuyais dans ce poste la donc je suis arrivée à XX la où je suis depuis 16 ans maintenant. Donc avec tout ce qui est atteinte de l’appareil locomoteur, orthopédie et amputations”
Quel est votre rôle principal en tant qu’ergothérapeute auprès de ces patients ?	“l’accompagnement de tout ce qui est sensations fantômes” “en tant qu’ergothérapeute il serait important de travailler sur tout ce domaine des douleurs et des sensations fantômes, de	“alors je dirais qu’il est assez large” “il y a toute la partie rééducation, retrouver de la mobilité, de l’autonomie...” “avec les patients amputés traumatiques on est souvent sur quelque chose de plus global”	“pour commencer, si besoin, l’autonomisation du chaussement de la prothèse si ça n’est pas suffisamment travaillé avec l’orthoprothésiste” “transposer le lieu de chaussement” “aider le patient à se projeter sur transposer les

	faire comprendre que la les sensations fantômes c'est pas un tort, que au contraire y'en a qui sont même utiles dans la vie quotidienne pour améliorer plusieurs choses." "après y'a tout ce qui est sport" "essayer de chercher bah des clubs, chercher du matériel, pour améliorer sa pratique" "je pense vraiment qu'en tant qu'ergo on a un rôle dans le sport, dans l'accompagnement dans le sport"	"il y a beaucoup d'enjeux identitaires, parfois des freins psychologiques importants, surtout si l'amputation est récente" "on est là pour accompagner la reprise d'un équilibre de vie, remettre du sens dans les activités, retrouver une place en fait." "Avec les patients plus jeune il y a souvent une volonté de vite reprendre le travail, la conduite ou même le sport, mais nous faut qu'on compose avec la fatigue, les douleurs, la prothèse à apprivoiser" " On va faire un travail d'ajustement, de priorisation et parfois de médiation avec les autres professionnels" "et puis y'a tout ce qu'on fait autour de l'utilisation de la prothèse, même si on n'est pas les seuls là-dessus; On va aider à gérer les transferts, les appuis, sécuriser les déplacements ou encore proposer des aides techniques temporaires ou permanentes selon les capacités du patient"	acquis de chaussement de prothèse à son domicile, dans son environnement propre" "accompagner le patient sur des environnements un peu variés" "accompagner le patient à réaliser ne serait-ce que des courses, emprunter un escalator, ramasser des objets au sol" "faire des activités de vie quotidienne, penser à son quotidien avec une prothèse, chose qu'il a dû adapter sans prothèse en étant amputé" "peut être le retravailler avec des mises en situations concrètes avec une prothèse de membre inférieur"
En quoi votre intervention se distingue-t-elle de celle des autres professionnels ?	"on prend la personne dans sa globalité" "on va prendre en compte des facteurs environnementaux " "faut prendre l'environnement familial" "on reste quand même une équipe et tout le	"on part toujours de l'activité, de ce que la personne veut ou doit faire dans sa vie quotidienne" "nous on va chercher à savoir si la personne peut préparer son repas, aller aux toilettes, retrouver une autonomie dans sa maison ou son environnement" "on est le lien entre les capacités corporelles et la	"par exemple lors d'une visite à domicile c'est une mise en situation d'un patient, s'il faut enjamber quelque chose, ramasser un objet à terre, vraiment des mises en situations dans la vie quotidienne" "au delà de travailler sur un plateau technique, la spécificité de l'ergothérapeute pourrait être d'amener le patient

	monde a besoin de tout le monde et on s'entraide tous et chacun a sa part d'action"	vie réelle" "on prend en compte l'aspect global, c'est à dire les habitudes, les envies, les freins psychologiques ou encore l'environnement" "je trouve que c'est ça qui donne du sens à notre intervention"	dans un environnement de vie extérieur au centre, comme le domicile ou en milieu urbain"
Que pensez-vous de l'idée : le kinésithérapeute = membres inférieurs, l'ergothérapeute = membres supérieurs ?	"je pense que l'idée est fausse" "nous on va être plus sur la fonctionnalité du membre supérieur et du membre inférieur, la fonctionnalité de l'appareil locomoteur, de l'appareil préhenseur sur l'utilisation dans les gestes de la vie quotidienne quand le kiné va être plus sur de la rééducation que je jugerais pure et dure et très orientée amplitudes et renforcement alors que nous on sera plus sur la fonctionnalité du geste" "nous on peut travailler en tant qu'ergo sur l'intégration du corps appareillé et sur la fonctionnalité du membre amputé. Sur comment l'intégrer dans les gestes de la vie quotidienne comme la conduite par exemple"	"Ah oui c'est une vieille idée ça, je pense que dans certains service ça a encore la vie dure" "l'ergothérapie ne se limite pas aux membres supérieurs" "on intervient sur les déplacements, l'aménagement de l'environnement, la gestion des douleurs, le schéma corporel et aussi l'utilisation de la prothèse dans des activités concrètes au quotidien" "le kiné va bosser la marche, l'équilibre, les transferts peut être mais nous on vient y mettre du sens derrière" "on marche pour aller ou ? pour quoi faire ? est-ce que la personne ose sortir faire ses courses , prendre le bus ?" "on travaille aussi l'autonomie, la confiance, on fait le lien entre le technique et le vécu"	"il y a toujours un gap entre ce que le patient prend de façon purement analytique à une autonomisation des apprentissages dans la vie quotidienne" "je suis contre l'idée que le kiné c'est le membre inf et l'ergo le membre sup, simplement parce qu'en fait on a une personne dans sa globalité et des besoins qui sont un peu spécifique et que l'ergothérapeute peut tout à fait avoir un travail spécifique à mener avec un patient amputé membre inférieur"
Quelles sont les limites de l'ergothérapie dans cette prise en charge ?	"les études"	"D'abord le temps" "quand j'étais en centre on manquait souvent de temps"	"le temps dédié" "le nombre d'ergo rapporté au nombre de patient ne"

	“en tout cas moi, on a très très peu vu le membre inf et on a un rôle et c’est dommage d’avoir autant survolé le membre inf et les possibilités qu’a un ergo par rapport à ça” “pareil on a survolé les possibilités d’un ergo dans le sport et dans l’accompagnement par le sport, c’est pas le rôle des EAPA malgré qu’ils fassent un travail très cool, voilà je pense qu’on a aussi un rôle” “comme les kinés en fait ce serait bien fin 5 ans d’études”	pour accompagner jusqu’au bout certains patients” “il y a une pression de rendement, de places” “en plus il y a des limites à nos compétences aussi. On est pas psy ni assistante sociale” “on est souvent en première ligne pour entendre les souffrances, mais on ne peut pas toujours agir en conséquences” “on ne peut pas improviser l’accompagnement d’un amputé comme on le ferait pour une rééducation d’AVC, c’est un autre monde”	nous permet pas d’aller développer au maximum une prise en charge personnalisé” “je pense qu’il y a une insuffisance en terme de temps ergo pour les patients membres inférieurs ce qui fait qu’on nous amène à aller vers l’essentiel, à savoir questionner l’environnement propre du patient pour limiter les risques de chutes, mais on est pas assez dans du transfert d’acquis dans la vie quotidienne” “je pense qu’on a quand même une orientation des ergo beaucoup plus sur le membre supérieur; est-ce du fait d’une identité professionnelle qui est axée sur le membre sup ou c’est parce que en terme de temps on oriente davantage nos prise en charge la dessus” “il y aurait tout à gagner à travailler d’autre chose”
Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées par ces patients ? Physiques, environnementales ou psychosociales ?	“les trois” “l’amputation traumatique engendre des répercussions sur la vie quotidienne au niveau physique” “psychosocial, y’a beaucoup de personnes qui vont se désengager de beaucoup de liens sociaux qu’ils avaient parce que qui dit amputation, dit difficultés à se mouvoir, dit apprentissage, dit rééducation longue”	“Au delà du physique, de la douleur, des chutes et de l’équilibre, il y a un gros impact psychosocial” “la perte d’un membre c’est une atteinte de l’image de soi, du rôle social” “beaucoup de mes patients me parlaient du regard des autres, de la honte de sortir en short, du bruit de la prothèse” “il y a aussi des barrières environnementales comme les logements inadaptés, les transports et l’accès à	“bah physique on va forcément avoir l’image de soi, la question de l’identité même socio professionnelle” “il y a le rapport à l’autre, la relation de couple qui à mon avis n’est pas assez traité” “au niveau socio professionnel il va y avoir la compatibilité avec le métier antérieur” “la reprise de la conduite auto aussi” “au niveau environnemental

	“il y a une notion de honte au départ qui fait que ça peut être compliqué d’être vu ou le fait d’exposer sa prothèse” “ils étaient mal à l’aise et se sont désengagé de la vie quotidienne” “les trois facteurs sont importants et à prendre en compte dans toute cette prise en charge”	l’emploi” “tout ça freine leur retour à une vie active dans le sens large”	c’est le domicile, le lieu de travail et les activités antérieures du patient” “il va aussi avoir tout ce qui est périmètre de marche, l’autonomie des déplacements qui va peut être freiner certains patients ne serait-ce que pour faire ses course” “tout cela pourrait rendre dépendant à une tierce personne ou une aide technique” “il faut questionner l’autonomie antérieure à l’amputation aussi, on aura pas un meilleur bilan fonctionnel qu’avant”
Avez-vous observé une évolution de leur participation sociale ou professionnelle après l’intégration de la prothèse ?	“Oui” “je pense qu’on reste en phase de deuil, acceptation de la pathologie et quand on a passé ce stade, la prothèse devient un moyen d’aller vers les autres et surtout un moyen de locomotion, en particulier chez le traumatique parce qu’ils ont souvent besoin de bouger plus” “j’ai eu des patients qui me disaient que s’ils n’avaient pas pu avoir de prothèse il n’aurait pas pu repartir, reprendre une vie comme avant, qu’il avait besoin de sortir à nouveau et de refaire des activités qui avaient du sens”	“quand la prothèse est bien intégrée, on voit des gens qui reprennent des loisirs, qui ont de projets” “si la prothèse reste contraignante, si elle fait mal ou gêne, ça les enferme” “le but c’est de vraiment retrouver une diversité d’activités qui fait sens pour eux”	“une évolution plutôt positive oui” “parfois une réorientation pour certains, ce qui n’est pas forcément négatif” “les activités physiques et sportives ou la prothèse de membre inférieure qui est en général une prothèse pour la vie quotidienne ne suffit pas donc il va falloir l’adapter” “on a aussi la question des femmes qui ont besoin de reprendre leur singularité vestimentaire, la question de féminité” “ils sont obligés d’adapter les chaussures, mes vêtements en fonction de l’appareillage” “ce sont des personnes qui peuvent avoir intégré leur prothèse mais qui se retrouvent limités sur l’aspect de l’image de soi”

La notion d'équilibre occupationnel vous parle-t-elle ?	“ça fait très longtemps que je n'ai pas revu les notions en ergothérapie” “En tant qu'ergothérapeute on fait en fonction de la personne qu'on a en face et je pense que chacun fait avec ses propres clés et nous on fait en fonction des clés de la personne. On apprend de ses clés pour la gestion de son équilibre occupationnel” “y'en qui qui mettaient en avant les occupations qui avaient du sens pour eux et d'autres les occupations qui avaient du sens pour leur famille, et nous on faisait en fonction d'eux” “après il y a également le syndrome de stress post traumatique qui peut impacter leurs occupations et parfois on peut avoir du mal à le prendre en compte”	“Ah l'équilibre occupationnel j'y crois beaucoup” “c'est pas un terme que j'utilise forcément avec les patients, mais dans les faits, c'est ce qu'on travaille” “parfois on leur impose un rythme, une prothèse, un programme, sans vraiment leur demander ce qu'ils veulent faire” “parfois notre rôle c'est aussi de faire le liens entre les contraintes médicales, les possibilités techniques et la personne avec ce qu'elle veut faire. C'est la que rentre en jeu leur équilibre occupationnel pour moi”	“Oui ça me parle” “pour moi, j'y contribue déjà par le fait de questionner le patient sur ce qui a du sens pour lui, quelles sont les occupations qui l'anime, ses leviers de motivation” “ça permet de dégager des axes de travail pour l'aider à optimiser telle ou telle activités” “par exemple ça permet de conserver son identité en tant que parents, de pouvoir accompagner ses enfants à l'école et que son périmètre de marche ne le permet pas, c'est de pouvoir proposer des alternatives de déplacement en fauteuil roulant électrique par exemple” “c'est également accompagner la reprise de la conduite automobile, ça peut être une activité sportive ou encore des aides techniques spécifiques pour rechercher des moyens de compensations”
Comment évaluez-vous l'impact de la prothèse sur leur indépendance et leurs activités du quotidien ?	“S' ils arrivent à faire des activités qui ont du sens pour eux” “L'évaluation, en tout cas pour moi, c'est l'entretien”	“ça dépend du patient et de son parcours” “je reste attentive entre ce que la prothèse leur apporte concrètement et ce qu'elle demande en termes d'énergie, de douleurs, d'entretien.” “Je l'évalue dans les mises en situations dans les quotidien”	“je ne dis pas que je le fais régulièrement, mais je pourrais utiliser une échelle que j'ai trouvé pas mal qui s'appelle l'ESAT, Échelle de Satisfaction en Aide Technique, qui permet d'évaluer la satisfaction du patient ou je considère la prothèse comme une aide technique dans ce cas.” “j'évalue le confort, le poids, l'utilité et la performance”

			“j'utiliserais également le MCRO qui me paraît très intéressant, que je ferais en deux temps, sans prothèse et avec prothèse” “j'aiderais le patient à transposer des questions quand il effectue ses activités avec ou sans prothèses, peut être à distance de la mise en place de la prothèse pour qu'il ait eu le temps de l'intégrer suffisamment” “tout ne tient pas à l'appareillage. il y a des moments de travail d'autonomisation sans prothèse aussi, tout ce qui est transfert, tout ce qui est adaptation du domicile, le patient n'aura pas toujours ses prothèses”
Quelles stratégies mettez-vous en place pour aider le patient à s'adapter à sa prothèse ?	“Moi j'interviens après du coup ils sont déjà appareillé, parce que moi je travaille sur la marche donc je peux pas trop répondre”	“Je commence par écouter ce qu'ils en pensent, leurs appréhensions et leurs attentes” “j'essaie de l'introduire progressivement dans le travail en en parlant, en la manipulant ensemble et dans des mises en situations” “on peut commencer par des transferts, du travail d'équilibre en collaborant avec les kiné et les orthoprothésistes” “je préfère avancer lentement mais en confiance plutôt que forcer les étapes”	“sortir un peu de l'utilisation analytique de la prothèse, faire en sorte qu'il l'ait et de varier les supports de vie” “accompagner le patient à réaliser des activités qui ont du sens pour lui en intégrant les acquis déjà effectué en rééducation” “multiplier les supports expérientiels, avec prothèse” “faire des mises en situations dans le centre ou même hors du centre? C'est aussi aller faire les courses, faire un transfert dans la voiture, aller au restaurant, monter des escaliers et des escalators...”
Quels sont les facteurs qui influencent la	“La gestion du membre fantôme, la gestion des douleurs fantômes”	“il y a plein de facteurs” “le type de prothèse”	“la cohérence du rejet d'appareillage. C'est à dire que le patient est bien

réussite ou l'échec de l'intégration de la prothèse ?	“L'adhésion de la personne à sa prothèse, à son environnement social avec la prothèse” “Les phases d'acceptation de la maladie, ou est-ce qu'il en est dans son processus”	“une prothèse adaptée, bien réglée et confortable” “le caractère du patient et son entourage. Ceux qui sont isolés ou dans un contexte social difficile, ont plus de mal” “le timing de l'accompagnement, il faut intervenir au bon moment, pas trop tôt et pas trop tard. C'est un équilibre à trouver”	informé des possibilités des limites d'une prothèse et donc aura une désillusion moins importante” “il y a quand même négociation avec le patient sur les objectifs fonctionnels qu'on attends avec le patient grâce à l'appareillage” “un patient qui est dans une attente trop importante vis à vis de sa prothèse ou qui n'est pas réaliste par rapport à ses aptitudes fonctionnelles déjà de base sans prothèse, cela va être préjudiciable au bilan final” “il y a aussi la disponibilité du patient, c'est-à-dire qu'on peut avoir des patients qui ne sont pas encore disponibles pour un appareillage. par ça j'entend la notion du travail de deuil, l'implication du patient n'est pas forcément au rendez-vous” “je dirais aussi la sensation d'être attendu à l'extérieur du centre, la notion du rôle social et d'entourage. De savoir qu'il a toujours sa place dans sa famille” “il y a une notion de personnalité intérieure également, une personne investie, engagée, va faciliter de toute façon l'intégration de la prothèse, plutôt qu'un personnalité passive, un peu fataliste” “les douleurs fantômes aussi peuvent gêner. En début de prise en charge il peut y avoir une petite résurgence des douleurs fantômes mais qui se
--	--	---	--

			calment souvent après car la prothèse peut apaiser ces douleurs”
Si vous ne travaillez pas avec des patients amputés traumatiques, pour quelles raisons ?			

Annexe IV : Retranscription intégrale de l'entretien réalisé avec E3

Moi : Peux-tu me décrire ton parcours professionnel depuis l'obtention de ton diplôme ?

E3 : Oui ! Alors je suis donc diplômée de 2003 de XXX. euh suite à quoi j'ai pris un premier poste dans le XXX dans un ehpad privé, c'était un ehpad pour anciens réfugiés russes. euh voilà... ou y'avait eu simplement une ergothérapeute avant moi, qui avait tenté de faire comprendre ce que pouvait apporter l'ergo... euh.. et puis euh... bon j'étais à un poste un peu compliqué en termes d'identité professionnelle euh puisqu'en fait euh je savais pas trop ce qu'on pouvait attendre de moi, j'ai du un petit peu faire la part des choses donc j'suis restée deux ans dans ce poste là, j'ai travailler dans trois bâtiments différents avec peu de moyens euh avec surtout du maintien de l'autonomie, un groupe thérapeutique avec une psychologue pour tout ce qui est euh euh maintien des fonctions exécutives et puis pour tout ce qui est positionnement au fauteuil et au lit pour la prévention du traitement des escarres. Bon euh très seule dans ce poste là, à un moment donné j'ai eu besoin de retrouver une équipe ergo donc je suis ensuite allée travailler à l'hôpital XXX à l'APHP dans le XXX ou j'ai retrouvé une équipe de quatre ergos et une cadre ergo avec vraiment un centre gériatrique et des gériatres euh donc euh vraiment un travail donc pendant 3 ans dans ce poste là. Euh super équipe, travail très varié et la place de l'ergothérapie tout à fait installée et reconnue euh voilà. Bon je suis partie de ce poste là parce que pour des raisons personnelles j'avais besoin de me rapprocher de chez moi étant devenue maman. Je suis ensuite allée travailler à l'hôpital de XXX sur l'ouverture d'un soins de suite et réadaptation donc la vraiment la préhistoire, c'est à dire qu'on avait confié un poste d'ergo mais on ne savait pas du tout ce qu'on pouvait attendre, aucuns moyens pendant 6 mois, mon lieu de travail en fait était une vieille balnéo qu'avait jamais été terminée donc j'avais vraiment voilà.. donc là à nouveau j'ai entrepris de faire découvrir ce que pouvait apporter une ergothérapeute, mise en place de support de travail, création du poste euh visite à domicile, comptes rendus et tout ce qui est relatif à l'escarre également avec un gros travail avec

l'équipe soignante. Euh.. mais effectivement un profil patient qui n'était pas très nécessiteux régulièrement de prise en charge ergo donc je m'ennuyais dans ce poste là et donc je suis arrivée à XXX euh là ou je suis donc depuis 16 ans maintenant, donc avec tout ce qui est atteinte de l'appareil locomoteur euh.. orthopédie euh amputations voilà que tu connais.

Moi : Okay, donc je te rappelle juste mon sujet de mémoire qui porte sur l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse de membre inférieur chez les personnes amputés traumatiques de membre inférieur. Et donc là je vais te demander quel est le rôle principal de l'ergothérapeute auprès de ces patients ?

E3 : Alors euh en tout cas pour moi ce que je vois de la prise en charge des patients en cours d'appareillage membre inférieur, ça va être probablement déjà pour commencer aide euh si besoin à l'autonomisation du chaussement de la prothèse si ça n'est pas euh travaillé suffisamment avec l'orthoprothésiste, je pense que l'ergothérapeute peut avoir tout à fait un rôle à jouer là dessus, euh surtout quand il s'agira de transposer le lieu de chaussement, par exemple une prothèse fémorale à domicile, aider le patient à se projeter sur transposer les acquis de haussement de prothèse à son domicile, dans son environnement propre. Voilà, ya souvent cette problématique en tout cas pour les amputés fémoraux euh.. de l'autonomie de chaussement mais aussi de l'environnement dans lequel euh il va pouvoir sécuriser ce moment un petit peu particulier euh.. voilà.

Euh Après ça peut être euh ça on le fait peut être pas assez euh en ergothérapie, ça peut être euh.. accompagner le patient sur des environnements un peu variés, on le faisait à l'époque, c'est par exemple accompagner le patient à réaliser euh ne serait ce que des courses, emprunter un escalator euh ramasser des objets au sol. Faire des activités de vie quotidienne et euh penser son quotidien avec une prothèse chose qu'il a dû adapter sans prothèse en étant amputé, peut être le retravailler avec des mises en situations concrètes avec une prothèse de membre inférieur. Voilà.

Moi : Et du coup en quoi euh ton intervention en tant qu'ergo va se distinguer par rapport aux autres professionnels ? C'est quoi on va dire la plus-value de l'ergo dans tout ça.

E3 : Euh ouais ouais bah moi je je vais dire ça c'est par exemple lors d'une visite à domicile c'est une mise en situation d'un patient, si il faut enjamber qlq chose, ramasser un objet à terre, vraiment des mises en situations de vie quotidienne. Alors bien sur on va avoir tout ce qui est temps dédié patient donc là forcément ça va être le bas c'est à dire qu'on ne prend pas le temps de le faire euh véritablement, parce que je pense qu'on a un ratio ergo par rapport au nombre de patient mais dans un monde idéal il me semble qu'au delà de travailler sur un plateau technique, la spécificité de l'ergothérapeute pourrait être d'amener le patient dans un environnement de vie extérieur au centre, le domicile, en milieu urbain, euh voilà.

Moi : Okay. Euh.. qu'est-ce que tu penses de l'idée comme quoi les membres inférieurs c'est que les kinés et les membres sup que les ergos ?

E3 : Euh ouais moi je ne trouve pas euh.. dans la mesure où euh euh nous on va alors le kiné va être fondamental dans la rééducation propre à la marche euh mais y'a toujours un gap important entre ce que le patient prend de façon purement analytique à euh une autonomie fin une automatisation des apprentissages dans la vie quotidienne, une transposition dans le quotidien. euh de la même manière que un patient peut très bien.. moi souvent c'est la que j'ai une discussion avec le kiné, avoir un bilan modeste avec deux cannes béquilles, je pourrais suggérer au kiné qu'au vu du domicile et des difficultés du patient de devoir libérer ses mains un déambulateur euh serait peut être préférable étant donné un bilan un peu fragile en canne béquille pour faciliter le quotidien, éviter les risques de chute et euh optimiser l'équilibre du patient en déambulateur pour un patient qui vit seul à domicile euh les cannes béquilles ne sont pas forcément un mieux pour un patient qui a un petit peu de limites entre euh entre euh un déambulateur et cannes béquilles donc voila ca peut etre justement euh alors je je suis contre l'idée que le kiné c'est le membre inférieur ergo membre sup euh simplement parce qu'en fait on a une personne dans sa globalité et des besoins qui sont un peu spécifique et que l'ergothérapeute peut tout à fait avoir euh un travail spécifique à mener avec un patient amputé ne serait-ce que bilat membre inférieur euh voila et que tout ne tient pas à l'appareillage, il y a peut être des moments de travail d'autonomisation sans prothèse aussi. tout ce qui

est transfert, tout ce qui est adaptation du domicile, le patient n'aura pas toujours ses prothèses. Voilà

Moi : Quelles sont pour toi les limites de l'ergothérapie dans cette prise en charge ? Qu'est ce qu'on pourrait améliorer ?

E3 : Sur les patients amputés de membres inférieurs bien sûr toujours hein. Et ben très honnêtement le le le temps dédié, c'est à dire que le nombre d'ergo euh rapporté au nombre de patient ne nous permet pas d'aller euh développer euh au maximum une prise en charge personnalisé, on va je pense à l'essentiel euh c'est à dire euh adapter l'environnement du patient mais le temps de mise en situation varié euh... d'apprendre au patient à aller ramasser des objets au sol à travailler son équilibre, à travailler des retournements ou des choses comme ça sur tout ce qui est préparation des repas euh porter des charges au sol, en l'air, aller chercher euh voilà. je pense qu'il y a une insuffisance en terme de temps ergo pour les patients membre inférieur ce qui fait qu'on nous amène à aller vers l'essentiel, euh à savoir euh questionner euh l'environnement propre du patient pour limiter le risque de chutes, mais on est pas dans euh du transfert d'acquis dans la vie quotidienne, pas assez.

Moi : Okay, après oui pendant mon premier entretien aussi ce qu'elle a soulevé l'ergo c'est que même pendant notre formation à l'école on a pas assez de chose justement en rapport avec les amputations euh qu'est ce que l'ergo comment il intervient, qu'est ce qu'il fait. Du coup je pense que ça aussi peut freiner, mettre des limites.

E3: Bien sûr je pense que y'a quand même une orientation des ergo beaucoup plus sur le membre supérieur. Est ce que c'est du fait d'une identité professionnelle qui est trop axé sur le membre sup ou c'est parce qu'en termes de temps on oriente davantage nos prises en charges la dessus et que y'aurait tout à gagner à travailler d'autre choses ouais . EUh.. voilà.

Moi : Euh... Selon toi, quelles sont les principales difficultés rencontrées par ces patients ? Que ce soit niveau physique, psycho-social ou environnemental ?

E3 : Euh.. physique bon bah on va avoir forcément l'image de soi hein on va avoir quand même euh la question de bah de l'identité euh euh de l'identité même socio professionnelle dans la famille donc y'a quand même le sujet du rapport à l'autre aussi la relation de couple aussi qui n'est pas à mon avis assez traité euh... Voilà. au niveau socio professionnel bien sur il va y avoir euh bah la compatibilité avec le métier antérieur, la question qui va se poser avec l'identité professionnelle, la reprise de la conduite auto aussi. euh.. je réfléchis et au niveau environnemental c'est le domicile, également le lieu de travail et euh les activités antérieures du patient, c'est -à -dire si t'as un patient qui est sportif il va se poser la question de reprise des activités sportives. Voilà, donc ça va être tout ça euh est ce que tu peux répéter ta question il me semble que j'avais quelque chose à dire mais je m'en souviens plus.

Moi : c'est quoi les principales difficultés rencontrées par ces patients justement dans ces moments...

E3 : Ouais et puis ça va être tout ce qui est périmètre de marche, l'autonomie des déplacements parce qu' un patient va avoir un périmètre de marche parfois qui est limité ou qui est possible en intra domiciliaire euh mais qui est euh insuffisant pour lui permettre de se rendre en autonomie faire ses courses et donc une dépendance à une tierce personne ou à une aide technique donc euh ça va être ça aussi. Et à questionner effectivement l'autonomie antérieure à l'amputation, hein on aura pas un meilleur bilan fonctionnel qu'avant.

Moi : Est-ce que tu as déjà observé une évolution de leur participation sociale ou professionnelle après qu'ils aient intégré leur prothèse ?

E3 : euh oui. Euh oui, alors une évolution plutôt positive pour certains euh une réorientation pour d'autres euh voilà. ce qui n'est pas forcément négatif, peut être euh voilà une adaptation de leur rythme d'activité, de leur profession euh évolution euh dans quel sens tu entends ça

Moi : bah qu'est-ce qui va favoriser ou freiner euh le fait qu'il euh.. Mince je sais plus ce que je voulais dire

E3 : qu'il soit amputé de membre inférieur ?

Moi : Euh ouais en fait qu'est qui va faire que.. après l'intégration de la prothèse, une fois qu'ils l'ont intégré, qu'est-ce qui va favoriser ou freiner l'évolution de leur participation ?

E3 : Ah ! euh ça va être probablement les variations de volume, on a beaucoup de patient qui ont une autonomie avec prothèse mais qui sont empêchés par l'appareillage qui se désadapte qui peut les blesser euh.. voilà et ça peut également être euh je réfléchis hein le bah effectivement les activités sportives qui sont encore une question à part entière ou la prothèse de membre inférieur qui est en général une prothèse pour la vie quotidienne euh ne suffit pas donc il va falloir euh adapter aussi l'activité professionnelle, l'accès en piscine, euh aux activités nautiques, donc on va avoir aussi tout cet aspect là qui n'est pas euh malgré un patient qui pourrait avoir intégré sa prothèse, y'a des limites soit en terme d' appareillage qui ne permet pas de tout faire? Voila apres on a aussi la question des femmes, euh.. qui ont besoin de reprendre euh euh leur singularité vestimentaire euh la question de la féminité aussi. Hein donc qu'ils sont obligés d'adapter les chaussures, les vêtements en fonction de l'appareillage euh se sont des personnes qui peuvent avoir intégré leur prothèses mais qui se retrouvent limité sur l'aspect image de soi, voilà.

Moi : Okay, est ce que la notion d'équilibre occupationnel te parles ? Et est ce que ton intervention y contribue ?

E3 : Euh équilibre occupationnel oui me parle, euh c'est à a dire alors moi je le vois comme ça mais je euh? c'est-à-dire la sensation d'avoir une utilité, d'avoir une occupation qui a du sens est-ce que je me trompe ou j'en suis loin?

Moi : Non en gros c'est ça, ça va être euh une occupation qui a du sens et que toutes tes occupations soient équilibré de manière égales et adapté à soi.

E3 : Donc de quelle manière, alors déjà par le fait de questionner le patient sur ce qui a du sens, quelles sont les occupations qui l'anime, quels sont ses levier de motivation et en fonction de ce questionnement qu'on a, de pouvoir dégager éventuellement des axes de travail pour l'aider à optimiser telle ou telle activités donc tout à fait je pense que l'ergothérapeute a un orle la dessus et ça va pouvoir être euh euh permettre au patient si euh si le patient euh veut euh c'est un exemple hein, conserver euh son identité en terme de parents, de pouvoir accompagner ses enfants à l'école et que son périmètre de marche ne lui permet pas de pouvoir proposer des alternatives de déplacements en fauteuil roulant électrique, j'ai des exemples très concret en tête euh ça peut être accompagner a la reprise de la conduite automobile, ça peut être une activité sportive, il m'est déjà arrivé pour une patiente d'adapter euh c'est du membre sup mais la tenue d'une rame de canoë. Euh voilà, ça peut être des aides techniques spécifiques pour un accompagnement à rechercher des moyens de compensations pour permettre au patient de retrouver même de façon un peu détourner une activité qui a du sens pour lui. Voila

Moi : Et du coup comment tu évalues l'impact de la prothèse sur leur autonomie et leurs activités de vie quotidienne ?

E3 : Alors si il m'arrivait de devoir le faire je ne dis pas que je le fais régulièrement euh je pourrait utiliser une échelle moi que j'ai trouvé pas mal qui s'appelle l'ESAT, Echelle de Satisfaction en Aide technique; euh qui permet euh d'évaluer euh la satisfaction patient, je considère la prothèse comme une aide technique dans ce cas, la satisfaction du patient quant à son appareillage en terme de confort de poids, d'utilité, de performance et probablement j'utiliserais également le MCRO qui me paraît très intéressant euh que j'évaluerais en deux temps, sans prothèse et avec prothèses, j'aiderais le patient à transposer des questions quand il effectue ses activités avec ou sans prothèses, peut être à distance de la mise en place de la prothèse pour qu'il ait eu le temps de l'intégrer suffisamment.

Moi : Oui un peu comme tu faisais avec XXX et sa prothèse myo même si c'est du membre sup ça reste similaire

E3 : Oui c'est ça exactement. Voilà

Moi : Euh.. Quelle stratégie tu peux mettre en place pour aider le patient à s'adapter à sa prothèse ? Donc comme tu disais tout à l'heure j'imagine des mises en situations, accompagnement à domicile...

E3 : Oui c'est ça, sortir un petit peu de l'utilisation analytique de la prothèse, faire en sorte qu'il l'ait et de varier les supports de vie, c'est à dire accompagner le patient à eu à réaliser des activités qui ont du sens pour lui en intégrant les acquis déjà effectué en rééducation avec un kiné par exemple, donc multiplier les supports expérientiels en fait avec prothèse. Moi je verrais ça, c'est une mise en situation dans le centre et même hors du centre, c'est aller faire les courses, faire un transfert dans la voiture euh aller au restaurant euh monter des escalier, escalators euh voilà

Moi : Et donc quels sont les facteurs qui influencent la réussite ou l'échec de l'intégration de la prothèse ? Qu'est ce que le patient va va...

E3 : Alors moi je dirais peut être la cohérence de rejet d'appareillage, c'est à dire qu'un patient qui est bien informé des possibilité des limites d'une prothèse euh aura une désillusion moins important, c'est à dire que ya quand meme négociation sur les objectifs fonctionnels qu'on attends avec le patient grâce à l'appareillage, je pense que y'a ça. Un patient qui est dans une attente trop importante vis à vis de sa prothèse ou qui n'est pas réaliste par rapport à ses aptitudes fonctionnelles déjà de base sans prothèse euh ça va être difficile je pense que ça va être préjudiciable au bilan final et après effectivement ya la disponibilité du patient c'est à dire qu'un patient, on a beaucoup de patient à XXX qui nous sont envoyés après une amputation mais qui ne sont peut être encore disponible pour une appareillage, par ça j'entend la notion de travail de deuil d'implication de patient qui n'est pas forcément au rendez vous on a des patients qui sont euh sonné par ce qui leur arrive et le temps de l'institution et le temps patient sont des fois un peu en décalage. Je pense que y'a ça euh voilà et puis troisième chose donc y'avait euh la négociation et la cohérence du projet d'appareillage, le travail de deuil du patient et sa disponibilité et je dirais la sensation d'être attendu à l'extérieur du centre, c'est à dire la notion du

X X

rôle social et d'entourage euh qui soit euh soutenant euh un patient qui a qui se sent attendu qui a une utilité dans la vie, qui se sent soutenu , qui a toujours sa place au sein de sa famille euh par par exemple il va avoir un levier de motivation beaucoup plus important que si il vit seul, qu'il a peu d'activité, y'a une notions de personnalité intérieure également,euh d'une personne investie, engagé qui va faciliter de toute façon l'intégration de la prothèse, plutôt qu' une personnalité plutôt passive euh un peu fataliste, ya aussi ça, beaucoup plus suggestif mais en tout cas je le ressens comme ça.

Moi :Tu penses aussi que les douleurs fantômes peuvent jouer dessus ?

E3 : Euh oui bien sur, oui on peut avoir un impact des douleurs fantômes, pour autant euh au début de la mise en place d'une prothèse membre inférieur il peut y avoir une petite résurgence des douleurs fantômes mais souvent qui se calment après, c'est à dire que la présence d'une prothèse peut apaiser les douleurs fantômes justement .

Résumé

Titre : Le rôle de l'ergothérapeute dans l'intégration et l'apprentissage de l'utilisation de la prothèse chez les personnes amputées traumatique des membres inférieurs

Chaque année en France, environ 8 000 personnes subissent une amputation du membre inférieur. Parmi elles, 15 % sont liées à un traumatisme, souvent chez des personnes jeunes, actives, qui sont brutalement confrontées à une rupture de vie. Dans ce contexte, la prothèse devient bien plus qu'un simple dispositif technique, elle peut représenter un outil vers la reconstruction d'un équilibre occupationnel. L'ergothérapeute, ici, accompagne le patient dans l'appropriation de la prothèse, mais aussi dans l'adaptation de son environnement, la reprise des activités et la redéfinition de son identité

À travers des entretiens menés auprès d'ergothérapeutes, ce mémoire interroge la manière dont l'apprentissage de la prothèse peut contribuer à la restauration d'un équilibre occupationnel.

Les résultats mettent en lumière que même si cette notion d'équilibre est présente dans la pratique, elle reste souvent implicite. L'accompagnement varie en fonction des ressources disponibles, du temps consacré, mais aussi des représentations professionnelles. Ce travail ouvre alors une réflexion sur la reconnaissance de l'amputation traumatique comme un événement singulier, nécessitant une approche globale, humaine et adaptée.

Mots-clés : Amputation traumatique – prothèse – équilibre occupationnel – ergothérapie – intégration

Title: The role of the occupational therapist in the integration and learning of prosthesis use in individuals with traumatic lower limb amputation

Each year in France, approximately 8,000 people undergo a lower limb amputation. Among them, 15% are due to trauma, often affecting young, active individuals who are suddenly faced with a life-altering rupture. In this context, the prosthesis becomes much more than a technical device, it can serve as a tool for rebuilding occupational balance. The occupational therapist supports the patient not only in learning to use the prosthesis but also in adapting their environment, resuming activities, and redefining their identity.

Through interviews conducted with occupational therapists, this thesis explores how the learning process of prosthesis use can contribute to restoring occupational balance.

The results highlight that, although the concept of balance is present in clinical practice, it often remains implicit. The support provided varies depending on available resources, time constraints, and professional perceptions. This work thus opens a reflection on the recognition of traumatic amputation as a unique event, requiring a holistic, human-centered, and tailored approach.

Keywords: Traumatic amputation – prosthesis – occupational balance – occupational therapy – integration