

IFPEK
Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie, Masso-kinésithérapie
12 rue Jean-Louis Bertrand, 35000 Rennes



Accompagnement de l'ergothérapeute vers l'activité sportive significative de la personne amputée : un atout de résilience

SONNET Typhaine

Mémoire d'initiation à la recherche en Ergothérapie

Formation en Ergothérapie

Sous la direction de Mme VILLARD Aline



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

ATTESTATION SUR L'HONNEUR, FRAUDES ET PLAGIAT, CODE DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Travaux de fin d'études :

Accompagnement de l'ergothérapeute vers l'activité sportive signifiante de la personne amputée : un atout pour la résilience

Page à insérer par l'étudiant après la 1^{ère} page de couverture de son travail de fin d'études

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 18/05/2021

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Je soussigné(e), SONNET Typhaine, étudiant(e) IFPEK en :

Pédicurie-Podologie

Ergothérapie

Masso-kinésithérapie

- Reconnaître avoir pris connaissance de la procédure IFPEK « Procédure Interne Ethique Recherche Etudiante »
- Accepte les conditions de réalisation des projets au sein de l'IFPEK
- M'engage à respecter toutes les étapes définies dans la procédure, durant toute la durée de mes études au sein de l'IFPEK, et notamment :
 - Le recueil des consentements auprès des personnes interrogées dans le cadre de mes projets,
 - Le recueil de l'autorisation du professionnel de santé d'utiliser des données de santé anonymisées dans le cadre d'une étude rétrospective,
 - L'anonymisation des personnes interrogées et des données collectées,
 - La non diffusion de ces données en dehors du cadre pédagogique,
 - La destruction des données brutes recueillies à l'issue du projet.

En cas de manquement à ces différentes règles, l'IFPEK sera susceptible d'appliquer des sanctions notamment si des plaintes ou réclamations sont déposées par des personnes interrogées (avertissement, conseil de discipline, ...).

Fait en deux exemplaires à Rennes, le 16/05/2021

L'étudiant IFPEK
(lu et approuvé)

Lu et approuvé



Remerciements

*Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes m'ayant aidée
dans la réalisation de ce travail de recherche :*

*Ma directrice de mémoire, Aline VILLARD, pour ses conseils et sa
disponibilité.*

*Les formateurs de l'IFE, et particulièrement ma référente pédagogique
Virginie BENIS, pour leur accompagnement durant ces trois années de
formation.*

*Les personnes interrogées pour m'avoir accordé de leur temps et m'avoir
partagé leur expériences et réflexions qui ont été une aide précieuse
pour ce travail*

*Lola pour son soutien sans faille, ses relectures, ses encouragements et
tous ces beaux moments partagés*

Angèle pour son amitié précieuse, son écoute et ses encouragements

*Mes « trois survivants » pour l'entraide et pour m'avoir apporté joie et
rire tout au long de la formation.*

Lukas pour son soutien précieux et ses relectures

Ma famille pour leurs encouragements et leur aide

*Et enfin, mes camarades du groupe « Camping » pour ces trois années
merveilleuses*

NOM : SONNET

PRENOM : Typhaine

TITRE : Accompagnement de l'ergothérapeute vers l'activité sportive signifiante de la personne amputée : un atout pour la résilience

RESUME : L'activité physique, et en particulier le sport, a une place de plus en plus importante dans le quotidien de chacun. Cette occupation apporte du bien-être et de la sociabilité. Mais qu'en est-il pour les personnes vivant une rupture brutale liée à un accident provoquant une amputation d'un membre supérieur ou inférieur et désireuses de retrouver cette occupation ? Ce travail de recherche vise à étudier si l'activité physique aide la personne dans son indépendance et peut favoriser sa résilience. Il questionnera également le rôle de l'ergothérapeute en tant que professionnel de l'activité humaine dans son accompagnement pour favoriser la reprise de cette activité signifiante.

Trois entretiens semi-directifs seront réalisés auprès d'ergothérapeutes et cinq auprès de personnes amputées. Ceux-ci montrent les nombreux bénéfices de cette reprise pour la personne amputée ainsi que l'importance de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant ce projet. Une discussion ouvrira sur le thème de l'activité signifiante.

ABSTRACT : Physical activities, and especially sports are more and more important in people's life. This occupation brings well-being and sociability. But what about people experiencing a sudden break caused by an accident with lower and upper members amputation which would like to exercise again? This research work aims to study if physical activities help to be independent and resilient. It is also about the occupational therapist role as a human activity professional who helps to exercise again. Semi-directive interviews with 3 occupational therapists and 5 amputees will be realized. They will underline the numerous advantages of this resumption for an amputee and the important place of the occupational therapist in a multidisciplinary team. The theme of significant activity will then be discussed.

MOTS-CLES : Amputé - activité sportive – ergothérapie – résilience - indépendance

KEYWORDS : Amputee – sport activity – Occupational therapist – resilient – independence

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE RENNES

12 rue Jean-Louis Bertrand, 35000 RENNES

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES-2020-2021

Table des matières

1.	Problématique.....	3
1.1.	Emergence du sujet.....	3
1.1.1.	Situation d'appel	3
1.1.2.	Question de départ	5
1.1.3.	Démarche exploratoire	5
1.1.3.1.	Entretien exploratoire.....	5
1.1.3.2.	Apport théorique	7
1.2.	Cadre conceptuel	8
1.2.1.	Définitions des termes	8
1.2.1.1.	Amputation	8
1.2.1.2.	Acceptation du handicap	9
1.2.1.3.	La résilience.....	10
1.2.1.4.	Activité signifiante ou significative ?.....	12
1.2.1.5.	Activité sportive	13
1.2.2.	Cadre théorique	14
1.2.2.1.	Le lien entre l'activité physique et la santé des personnes amputées	14
1.2.2.1.	Ergothérapie et activité/occupation	18
1.2.2.2.	Le lien entre l'ergothérapeute et l'activité physique : Loi du 1 mars 2017	20
1.2.2.3.	APA kesako ?	23
1.2.2.4.	Les principes de PEC de la personne amputée en ergothérapie.....	24
1.2.2.5.	Modèle de l'occupation humaine (MOH)	25
1.2.3.	Question de recherche et hypothèses.....	27
2.	Partie Méthodologie	27
2.1.	Méthodologie.....	27
2.1.1.	Choix de l'outil.....	27
2.1.2.	Choix de la population	28
2.1.2.1.	Ergothérapeute	28
2.1.2.2.	Personnes amputées.....	29
2.1.3.	Elaboration des guides d'entretiens	29
2.1.4.	Considération éthique.....	30
2.2.	Analyse des entretiens :.....	31
2.2.1.	Présentation de la population interrogée.....	31
2.2.1.1.	Ergothérapeutes (E)	31
2.2.1.2.	Personnes amputées (PA).....	31

2.2.2.	Analyse du contenu des entretiens des ergothérapeutes	32
2.2.2.1.	Rôle de l'ergothérapeute	32
2.2.2.2.	La collaboration.....	34
2.2.2.3.	Impact sur le patient	37
2.2.3.	Analyse du contenu des entretiens de personnes amputées.....	38
2.2.3.1.	Besoin de retour activité signifiante, motivation :.....	38
2.2.3.2.	Apport psychologique	40
2.2.3.3.	Apport physique.....	41
2.2.3.4.	Apport social	42
2.2.3.5.	Les douleurs du membre fantôme.....	43
2.2.3.6.	Prise en charge ergothérapique.....	44
2.3.	Discussion.....	46
2.3.1.	Limites et biais identifiés.....	46
2.3.2.	Retour sur hypothèse.....	47
2.3.3.	Conclusion de l'enquête.....	47
2.3.4.	Piste de réflexion.....	51
3.	Conclusion.....	52
4.	Bibliographie	53
5.	Annexes.....	I
5.1.	Classification de diverses activités physique selon leur valeur en METS.....	I
5.2.	Guides d'entretien	II
5.2.1.	Entretien exploratoire.....	II
5.2.2.	Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes :	II
5.2.3.	Guide d'entretien destiné à des personnes amputées :	III

Index des illustrations

Figure 1: Modèle de l'Occupation Humaine	25
Figure 2: Graphique de l'occurrence des métiers dans les entretiens des ergothérapeutes	35

Index des tableaux

Tableau 1: Présentation des ergothérapeutes interrogés	31
Tableau 2: Présentation des personnes amputées interrogées	31
Tableau 3: Citation des ergothérapeutes à propos de leur rôle	32
Tableau 4: Citations des ergothérapeutes à propos de la collaboration.....	34

Tableau 5: Citations des ergothérapeutes concernant l'impact de la reprise sur le patient.....	37
Tableau 6: Citations des PA sur l'importance de l'activité sportive pour eux	39
Tableau 7: Citations des PA à propos de l'apport psychologique de l'activité sportive	40
Tableau 8: Citations des PA à propos de l'apport physique de l'activité sportive	41
Tableau 9: Citations des PA à propos de l'apport social de l'activité sportive	42
Tableau 10: Citations des PA sur les douleurs du membre fantôme.....	43
Tableau 11: Citations des PA à propos de leur ergothérapeute	44

Abréviations et sigles

- ABIS** Amputee Body Image Scale : échelle d'image de corps d'amputé.
- ALD** Affection Longue Durée
- ANFE** Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- AT** Aide-technique
- AVQ** Activité de Vie Quotidienne
- DMF** Douleurs des Membres Fantômes
- eAPA** enseignant en Activité Physique Adaptée
- MET** Métabolic Equivalent Task : équivalent métabolique
- MOH** Modèle de l'Occupation Humaine
- OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- PA** Personne Amputée
- PEC** Prise En Charge

Introduction

L'activité physique a un impact bénéfique sur la santé qui n'est plus à démontrer. Selon l'OMS, cette activité physique « peut s'observer dans l'exercice d'une profession, au cours d'activités récréatives et de loisirs, de tâches domestiques ou d'activités sportives ». Cette dernière a de nombreux bénéfices pour la santé, notamment en tant que prévention de maladies cardiovasculaires ou de cancers. Le nouveau plan santé de l'OMS programmé pour les années 2018/2030, et qui a pour slogan « More active people for a healthier world » (*Des personnes plus actives pour un monde en meilleure santé*), a pour objectif une réduction de l'inactivité¹ dans la population de 15%. En effet, selon l'organisation, le manque d'activité physique est le quatrième facteur de décès dans le monde et est responsable de nombreuses pathologies. Le but de la stratégie mondiale est donc de promouvoir et de protéger la santé grâce à une alimentation saine et de l'exercice physique. Dans cette approche de promotion de l'activité physique, l'OMS a créé un plan introduisant de nouvelles mesures dans les soins apportés aux patients. Cette approche inclut le rôle de l'ergothérapeute pour son intégration de l'activité dans sa prise en soins. En effet, selon l'ANFE « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ».

A l'heure où « l'activité physique » est au cœur des grands projets de promotion de la santé et où elle représente « un mode de vie sociale » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019, p.52). Les jeux paralympiques sont de plus en plus médiatisés et on voit apparaître, notamment sur les réseaux sociaux, de plus en plus de personnes amputées réalisant des exploits sportifs. Je me questionne alors sur l'apport de l'activité physique sur la santé physique et psychique des personnes amputées.

Dans une première partie je vous exposerai l'émergence de mon intérêt pour ce sujet et de mon questionnement. Ensuite j'exposerai mes premiers entretiens ainsi que mes premières recherches. Celles-ci porteront sur les apports du sport pour les personnes amputées ainsi que sur le rôle actuel de l'ergothérapeute dans la pratique sportive de ces patients. Dans un second temps, des entretiens semi-directifs seront réalisés auprès d'ergothérapeutes et de personnes amputées et seront analysés. Enfin, au regard des données recueillies et de la littérature, je tirerai une conclusion de ce travail de recherche.

¹ Selon l'Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS, 2015) l'inactivité se caractérise par « un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé ».

1. Problématique

1.1. Emergence du sujet

1.1.1. Situation d'appel

Au cours de ma vie j'ai pu croiser le chemin de personnes ayant subi une ou plusieurs amputations et qui m'ont marquée par leur résilience et leur joie de vivre. J'ai aussi pris la connaissance du parcours de nombreuses personnes amputées faisant preuve de courage et de détermination, via la télévision, les réseaux sociaux ou des lectures, et qui m'ont rendue extrêmement admirative. C'est de cette admiration qu'est née mon attirance pour les métiers de la rééducation et plus particulièrement mon choix de devenir ergothérapeute. C'est donc tout naturellement que j'ai eu l'envie de développer mes connaissances sur les amputations en choisissant ce thème pour mon mémoire.

Je retiens trois personnalités publiques, que je peux citer et qui m'ont réellement marquée et m'ont donnée l'idée de mon sujet de mémoire :

- Phillippe CROIZON, amputé de ses quatre membres à l'âge de 26 ans après avoir été électrisé par un courant de 20 000 volts et qui a réalisé en 2010 la traversée à la nage de la Manche. Il a ensuite relié des continents entre eux lors d'une expédition nommée « Nager au-delà des frontières ». Sa capacité à rire de son handicap et son autodérision dans tous ses livres et interviews m'impressionnent vraiment. Une de ses phrases m'interpelle aussi « Vaincre l'impossible en étant capable autrement ». Je trouve cette citation très en cohérence avec le métier d'ergothérapeute qui a pour objectif d'accéder à l'autonomie du patient via des compensations, des adaptations.
- Théo CURIN, quadri-amputé à l'âge de 6 ans à la suite d'une méningite et champion paralympique de natation. Avant son accident il avait peur de l'eau et pourtant c'est cet élément qui lui a permis d'accepter son handicap. En effet, comme il l'a décrit dans une interview au journal télévisé « Quotidien », lorsqu'il est dans l'eau il se sent libre étant donné que ce milieu est le seul lui permettant de se mouvoir sans ses prothèses.
- Marie- Amélie LE FUR, amputée tibial gauche à l'âge de 14 ans lors d'un accident de la voie publique. Elle reprend la course seulement 4 mois après son accident et remportera de nombreuses médailles aux jeux paralympiques. Elle est actuellement détentrice du

record du monde du 400 mètres et du saut en longueur. En lisant son livre, sa détermination pour se surpasser et aller toujours plus haut dans les performances m'a impressionnée.

Tous évoquent, que ce soit dans leurs livres ou dans des interviews télévisées, que le fait de pratiquer un sport et de se lancer des défis leur a permis d'accepter leur handicap. De plus, ils évoquent une sensation de liberté dans leur pratique sportive. Ils expliquent que la pratique sportive leur a permis de transformer leur handicap en force pour se dépasser. De ce constat, je me suis intéressée à la notion de résilience par le sport.

Au-delà de cet intérêt pour les personnes amputées, l'idée d'axer ma problématique sur l'activité sportive provient d'un intérêt personnel. En effet, une notion qui m'a directement attirée dans le métier de l'ergothérapeute est la place centrale des activités significatives dans la prise en soins d'un patient. Pour ma part, l'activité sportive est une de mes activités principales, la plus significative, et j'ai pleinement conscience qu'elle joue un rôle important sur ma santé et également sur mon bien-être moral.

En effet, au cours de ma vie, j'ai déjà été privée d'activité physique pour cause de blessures. Pendant le temps de guérison de celles-ci, j'ai directement senti que mon rendement occupationnel² était bousculé ; je ne savais plus comment occuper pleinement mes journées et je ressentais également un impact négatif sur mon humeur et mon moral. De plus, la motivation pour réaliser d'autres activités était amoindrie par cette privation et engendrait alors un engrenage négatif pour ma performance occupationnelle. Par ce dernier terme, j'entends ma satisfaction par rapport à la réalisation de l'ensemble des mes activités de la vie quotidienne.

Ici, je ne cherche en aucun cas à comparer une blessure passagère à une amputation, mais je souhaite montrer que pour toute personne une privation de son activité significative, quelle qu'en soit la raison, peut avoir de grandes répercussions sur son quotidien.

De ce fait je m'intéresse beaucoup aux impacts que peut avoir le sport sur une personne. Ainsi qu'au fait qu'une pratique sportive soit accessible pour toutes les personnes pour qui elle occupe une place centrale dans leur équilibre de vie et leur bien-être.

² Dans la MCRO il est défini comme le produit d'un « rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation », de ce fait il montre « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction »

1.1.2. Question de départ

De ce raisonnement personnel j'en ressors une question de départ qui est la suivante :

« Quel est le rôle de l'activité sportive, lorsqu'elle est signifiante pour la personne amputée, dans son processus d'acceptation du handicap et dans la prise en charge de l'ergothérapeute ? »

Plusieurs questions se posent en lien avec celle-ci :

- L'activité sportive peut-elle agir comme un facteur de résilience ?
- Que peut apporter la reprise d'une activité signifiante pour le patient ? Et dans la rééducation ?
- Quel rôle peut jouer l'ergothérapeute concernant la reprise d'une activité sportive ?

En effet, comme on peut le percevoir dans ma question ci-dessus, mon mémoire ne questionnera pas seulement l'apport que peut avoir l'ergothérapeute dans la démarche visant la reprise d'une activité sportive, mais principalement l'apport de cette dernière comme moyen de rééducation dans la prise en soin de l'ergothérapeute. En effet, cette PEC vise l'indépendance et l'autonomie au quotidien dans les Activités de Vie Quotidienne (AVQ) ainsi que le bien-être et la performance occupationnelle de la personne amputée. Mon travail de recherche portera donc sur les bénéfices de l'activité physique concernant le développement de l'indépendance, le bien-être et la socialisation.

1.1.3. Démarche exploratoire

1.1.3.1. Entretien exploratoire

Afin de mieux cerner mon sujet j'ai, dans le cadre d'entretiens exploratoires anonymisés (Cf § 5.2.1), posé les mêmes questions à deux sportifs que j'appellerai Marc et Océane : l'un pratiquant principalement de la voile et l'autre principalement du vélo, les deux étant amputés tibiaux à la suite d'un traumatisme. Les questions posées tournaient autour du rôle de l'ergothérapeute dans leur prise en soins et dans l'accès à leur sport ainsi que l'apport de celui-ci pour leur reconstruction.

En comparant leurs réponses je peux en dégager quelques similitudes. En effet, tous les deux indiquent que reprendre le sport était une façon de se prouver à eux-mêmes et aux autres qu'ils étaient capables de faire comme avant : « Le sport a toujours fait partie de moi ce n'est pas une amputation qui aurait changé ça ! » (Océane). Ces deux personnes sont très actives et adorent bouger, elles ne voulaient pas que la perte d'un membre les rende inactives, ni les empêche de faire ce qui leur plaît et ainsi de « vivre ». « J'ai toujours fait plein de sport (...) pouvoir refaire ça c'était comme revivre comme avant quoi. C'était hyper important pour moi de refaire du sport. » « ça c'est hyper important, moi il faut que je bouge tout le temps c'est ça qui me fait vivre et puis qui me fait bien vivre quoi. » (Marc)

En revanche, ces deux personnes indiquent s'être senties seules dans leur quête vers la reprise du sport. « Quand on sort de rééducation on se retrouve bien isolé, pour le centre dans la mesure où tu es capable de vivre quasiment normalement au quotidien le reste n'a pas l'air d'être important » (Océane). Certes, ces deux personnes ont pu rentrer chez elles grâce notamment à des aménagements pour les aider à être indépendantes dans leurs soins personnels, mais elles ne pouvaient pas réaliser leurs loisirs et leur rendement occupationnel n'était donc pas atteint. En effet, en centre de rééducation on vise l'indépendance dans les AVQ (Activité de Vie Quotidienne) mais il ne faut pas oublier la notion de loisirs qui en fait partie. De plus, en tant qu'ergothérapeute, professionnel centré sur le patient et sur ses activités significatives, je trouve que c'est notre rôle d'accompagner les patients dans leur démarche de reprise du sport, dans la mesure où elle est « vitale » pour le patient. Ou du moins, si cela ne relève pas de nos compétences, alors faire le lien avec d'autres professionnels pouvant les aider dans leur démarche.

De ces entretiens je retiens donc l'importance évidente pour une personne sportive avant la perte d'un membre de pouvoir reprendre son activité sportive après l'amputation. En effet, il est important que le handicap ait le moins d'impact possible sur le quotidien d'une personne, or dans le cas de ces personnes la reprise du sport est une condition sine qua non d'un retour à la « vie normale ».

De plus, je note comme une évidence que le lien entre l'ergothérapeute et l'activité physique, que je souhaite faire dans mon travail de recherche, n'est pas encore « déployé » sur le terrain. Cela consiste donc en un certain défi personnel que de réussir à démontrer, via des articles ou des faits, la légitimité de ce lien. Bien sûr, j'ai conscience que l'activité physique est un domaine qui relève davantage de la profession d'enseignant en Activité Physique Adaptée (APA) et que

l'adaptation des prothèses est réservée aux professionnels orthoprothésistes. Cependant, je soutiens le fait que lorsque cette activité sportive, représente une part importante du quotidien d'une personne, l'ergothérapeute est tout autant légitime pour le prendre en compte dans sa prise en charge. L'indépendance dans les activités du quotidien est l'essence même de l'objectif recherché par ce métier « L'ergothérapeute permet à la personne de maximiser son potentiel d'indépendance et/ou d'autonomie dans le domaine personnel, social ou professionnel. »(COQUILLON, 2015). Ici, favoriser l'accès aux sports via des adaptations ou des moyens de compensation peut constituer l'une des multiples facettes de ce métier d'ergothérapeute.

Ce travail de recherche ne consistera pas seulement à tenter de légitimer ce lien, mais étudiera surtout les impacts de la pratique de cette activité signifiante dans le quotidien, la réinsertion sociale et la performance occupationnelle des personnes amputées.

1.1.3.2. **Apport théorique**

Ce sujet me passionnant, j'ai d'abord lu quatre livres autobiographiques de personnes amputées dont trois qui pratiquent du sport et qui ont réalisé des exploits sportifs. Grâce à ces livres j'ai pu mieux m'imprégner de mon thème en comprenant davantage ce que peuvent ressentir ces personnes lors de leurs exploits et ce que la pratique sportive leur apporte dans leur combat pour accepter le handicap. Notamment j'ai réalisé leur soif de revenir à leur vie d'avant ou, du moins, l'importance pour eux de continuer leurs activités signifiantes pour ne pas se laisser « abattre » par le handicap.

J'ai par ailleurs regardé le documentaire « Comme des Phoenix : esprit paralympique » (IAN BONHOTE, PETER ETTEGDI, 2020) mettant en avant différents champions paralympiques de toutes nationalités. Chaque champion interviewé explique son histoire et celle de son handicap, qui est souvent une amputation. Ils expriment également comment le sport est entré dans leur vie, comment ils se sont dépassés pour participer aux jeux paralympiques et ce que cela leur a apporté. Ils évoquent tous un sentiment de liberté lorsqu'ils courent, nagent ou font du sport en fauteuil roulant. En plus du sentiment d'appartenance procuré, le fait de se surpasser dans un sport, surtout aux jeux paralympiques, permet de prouver au monde entier que le handicap n'est pas une fin en soi mais le début d'une nouvelle vie.

À la vue de ces exploits je me suis penchée sur la notion de résilience et j'ai donc, évidemment, lu un livre de Boris CYRULNIK, maître de la résilience. Ce livre « J'aime le sport de petit niveau »

(BORIS CYRULNIK, 2020) met en avant le plaisir du sport de petit niveau et ce que celui-ci peut procurer.

J'ai également lu plusieurs articles dans des revues telles que celle de la collection « ergOTHérapie » ou de la collection « le journal de l'orthopédie », faisant référence soit au bénéfice du sport dans la rééducation, soit au rôle de l'ergothérapeute dans l'occupation humaine. Cela m'a permis de me rassurer sur l'implication que peut avoir l'ergothérapeute ainsi que sur les bénéfices que le sport peut apporter dans la rééducation d'une personne amputée notamment sur la notion de développement de l'autonomie.

Je suis également entrée en contact avec Alain VIDAL, trésorier de la branche Finistère de l'ADEPA (Association de Défenses et d'Etude des Personnes Amputées), qui m'a notamment donné accès à de nombreux « ADEPAMag' » répertoriant une pléthore de témoignages, très intéressants, de personnes amputées évoquant leur reprise du sport.

1.2. Cadre conceptuel

1.2.1. Définitions des termes

Il est tout d'abord intéressant de redéfinir les termes évoqués dans le questionnaire. En effet, certaines notions qui y sont présentes peuvent porter à confusion et il est donc important de les éclaircir avant de poursuivre ce travail de recherche.

1.2.1.1. Amputation

D'après le dictionnaire LAROUSSE l'amputation est définie comme « l'ablation d'un membre ou d'un segment de membre. » Elle peut faire suite à une opération chirurgicale ou à un traumatisme (arrachement, déchirement, section). On peut également parler d'amputations congénitales, présentes dès la naissance, et qui sont appelées plus communément des agénésies. Celles-ci résultent de l'absence de formation d'un membre lors du développement fœtal de l'enfant et plus précisément lors de l'embryogénèse. D'un point de vue étiologique, d'après le site ADEPA (ADEPA, 2021) 80% des amputations sont de types pathologiques (artériosclérose, artérite ou cancer comme sarcome ou ostéosarcome) , les 20% restants sont d'origine traumatologique et font le plus souvent suite à des accidents de la voie publique. Dans

ce dernier cas les amputations peuvent être pratiquées dans l'urgence ou bien en second temps si des complications surviennent, si les chirurgies réparatrices échouent, si les douleurs persistent ou si le membre est non fonctionnel.

D'après le cours du Dr BERTIER, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, vu en première année de formation en ergothérapie, il y a environ 8000 nouveaux amputés du membre inférieur et 200 nouveaux amputés du membre supérieur par an en France, avec une incidence 14 fois plus élevée chez les personnes diabétiques. Cette incidence est également plus élevée chez les hommes.

Pour rentrer dans le cadre de l'activité sportive en tant qu'activité signifiante il est important que l'amputation survienne au cours de la vie de la personne ce qui écarte le profil des amputations agénésiques. De plus, il y aura sûrement dans les entretiens et le cadre théorique, une forte proportion d'amputations d'origine traumatique. En effet celles-ci surviennent généralement à un âge moins élevé que les amputations d'origine vasculaire et touchent donc une population plus en lien avec la pratique sportive.

Cette amputation pouvant donc apparaître au cours de la vie, et notamment lors d'un évènement brutal, la personne devra passer par un processus d'acceptation de son handicap.

1.2.1.2. **Acceptation du handicap**

L'acceptation du handicap et de la perte d'un membre par la personne amputée peut être assimilée au processus de deuil. « Une amputation est avant tout une histoire de perte, une histoire de deuil. Le deuil engage un processus psychique de séparation et de réparation qui se décline généralement en cinq étapes » (JUNKER-TSCHOPP, 2012). En effet, la personne doit faire le deuil de son membre, de son ancien corps, de ses capacités fonctionnelles. En somme elle doit faire le deuil de son ancienne vie. Ce deuil est essentiel pour pouvoir aller de l'avant et se reconstruire. Selon Sigmund FREUD³, ce processus est un travail psychique consistant à l'acceptation de la perte de l'objet investi tout en se protégeant.

Ce processus comporte 5 phases conceptualisées et définies par Kübler-Ross⁴ :

³ Sigmund FREUD : neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse.

⁴ Kübler-Ross : psychiatre et psychologue.

- Le déni : processus de défense permettant à la personne de faire face à cette annonce insurmontable. Dans le cadre d'une amputation elle s'assimile notamment à un refus du diagnostic.
- La colère : l'annonce est vécue comme une injustice par la personne qui exprime alors sa colère. Cette phase peut notamment consister en la recherche d'un coupable.
- La négociation : la personne est à la recherche d'un consensus entre son handicap et sa vie antérieure, elle est dans l'espoir d'un « retour à la norme ».
- La dépression : étape de la prise de conscience de la situation, le patient prend conscience que sa vie va changer.
- L'acceptation : cette ultime étape du processus réside dans le fait d'accepter son nouveau corps et de renoncer à son corps antérieur. Lors de cette étape la personne crée des projets, se focalise sur les nouvelles possibilités qui s'offrent à elle.

Dans un processus de deuil réussi, la personne amputée arrive à faire de son handicap une force.

Outre l'acceptation du handicap en lui-même, l'acceptation de sa « nouvelle vie » passe également par l'acceptation de la prothèse. Cette aide technique est un dispositif artificiel mis en place pour remplacer le membre amputé. Celle-ci permet le développement de l'indépendance de la personne amputée et, comme pour n'importe quelle aide-technique, une étape d'appropriation de l'outil par le sujet est nécessaire. En effet, le patient doit apprendre à s'en servir, l'accepter avant que celle-ci devienne réellement une aide au quotidien. La personne doit « la découvrir, l'investir, la maîtriser, se l'approprier pour qu'elle devienne alors un médiateur de son action avec le monde. » (DEGACHE, 2015). Ce processus est plus ou moins complexe et variable, il dépend notamment de l'acceptation du handicap par le sujet. Certains aspects peuvent faciliter et accélérer cette étape, notamment la pratique d'une activité sportive car elle permet l'utilisation intensive de la prothèse. « La pratique d'une activité sportive peut ainsi favoriser ce processus d'apprentissage et d'intégration de cette technologie à l'utilisateur » (DEGACHE, 2015, p.13).

Cette notion d'acceptation du handicap est en lien avec le concept de résilience.

1.2.1.3. **La résilience**

Le concept de résilience est de plus en plus utilisé de nos jours. Il est caractérisé par l'idée de surmonter un traumatisme et par la capacité d'une personne d'en ressortir, d'une certaine manière, plus forte qu'avant. D'après Boris CYRULNIK, neuropsychiatre et éthologue connu pour ses ouvrages sur la résilience, « la définition de la résilience, c'est la métamorphose du trauma.

Le trauma, on l'a reçu, mais on ne s'y soumet pas. On en fait une performance, qui sert de modèle à d'autres blessés »(BORIS CYRULNIK, 2020, p.62). Plus précisément sur le thème du sport, il indique également « La résilience par le sport, c'est la métamorphose du handicap auquel on ne se soumet pas » (BORIS CYRULNIK, 2020). Cette dernière citation est forte car elle démontre la détermination d'être, en quelque sorte, plus fort que le handicap et de ressortir grandi d'un traumatisme en se surpassant grâce au sport. Le célèbre neuropsychiatre est ici en accord avec Philippe BOUHOURS, psychiatre spécialiste de résilience ;« Tout sport, à quelque niveau qu'on le pratique, peut aider à « se restructurer » après un accident entraînant un handicap, une dépression, un deuil (...) » (TESTARD-VAILLANT, 2013). On comprend alors que le sport peut constituer un réel atout de résilience pour la personne amputée. Ces deux protagonistes ont d'ailleurs collaboré pour écrire « Sport et Résilience », un livre qui est le fruit de leur groupe de travail visant à étudier l'impact du sport et sa capacité à constituer un outil de résilience. Cette dernière y est alors également décrite comme « cette reprise d'un développement après une agonie psychique traumatique (...) Elle représente la réponse adaptative d'une personne face à l'adversité en fonction de ses propres capacités émotionnelles et cognitives » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019, p.20). Ici, on comprend que la résilience dépend de facteurs intrinsèques individuels. Dans cet ouvrage est décrite notamment la relation à double sens qui réside entre le sport et la résilience « Soit la résilience a un impact dans le sport, soit, à l'inverse, l'action du sport enclenche un processus adaptatif de résilience »(CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019, p.22). On comprend alors que non seulement le sport est vecteur de résilience mais également que cette dernière peut être un atout dans la performance sportive.

Les trois personnes qui ont été évoquées en première partie, et d'autres, créent par leurs exploits la notion même de résilience. En effet, comme l'indique Boris CYRULNIK dans la préface du livre « Plus fort la vie » de Philippe CROIZON « c'est de cette indignation, justifiée par quelques exemples de cabossés de l'existence qui parvenaient à se remettre à vivre, qu'est né le concept de résilience » (CROIZON PHILIPPE, 2014, p.14). Par ailleurs, il évoque dans cette préface les différents facteurs de résilience qui existent et dont Mr CROIZON fait part. En effet, il explique que l'humour et la mentalisation sont deux exemples de caractéristiques personnelles acquises avant un accident et qui peuvent se transformer après le traumatisme en facteurs de résilience. De plus, je cite ; « Par bonheur, autour des éclopés, beaucoup de personnes parviennent à faire vivre les deux mots clés de la résilience : « soutien » et « sens ». » (CROIZON PHILIPPE, 2014, p.17). Il décrit ici que l'entourage d'une personne est important dans la notion de résilience. Que ce soit la famille, les amis ou l'équipe soignante, c'est au contact de

cet entourage que certaines personnes trouvent la force de se reconstruire après un traumatisme, ou plutôt de « se construire autrement » (CROIZON PHILIPPE, 2014, p.17).

Dans cette dernière expression on peut faire un lien avec le métier d'ergothérapeute. En effet, comme l'explique habilement François CHEVET dans son livre « Prendre soin », l'ergothérapeute « transforme les « je ne peux plus » en « je vais plutôt faire comme ça ». »(CHEVET FRANÇOIS, 2018, p.83) Ainsi, en tant que professionnel de santé, nous avons également un rôle dans le processus de résilience de nos patients. « Les professionnels de santé (...) réparent les corps et invitent les personnes handicapées à poursuivre un nouveau développement résilient ». (CROIZON PHILIPPE, 2014, p.17).

S'il peut être tiré une synthèse de ces apports théoriques, elle serait que la notion de résilience se réfère à la détermination de quelqu'un de surpasser son traumatisme. Et cela non pas afin de redevenir « comme avant », mais plutôt, pour devenir « plus fort qu'avant ». En somme, c'est la capacité d'une personne à faire de son handicap une force.

Ce travail de recherche tentera donc de montrer en quoi l'activité sportive peut devenir un facteur de résilience et quelle force elle peut apporter à la personne pour se reconstruire. Il sera également évoqué les apports de cette force dans le quotidien de la personne et le rôle de l'ergothérapeute dans le processus de résilience.

1.2.1.4. **Activité signifiante ou significative ?**

Il y a une différence qui peut paraître assez abstraite entre les deux termes. En effet, le mot « signifiant » relève de ce qui est important pour la personne, ce qu'il prend plaisir à réaliser. Ainsi lors d'une prise en soins en ergothérapie une activité signifiante est une activité qui a un sens pour le patient. Le mot « significatif », pour sa part, relève de ce qui a du sens pour ce qui entoure le patient, son entourage mais aussi la société. Autrement dit, il représente le sens social attribué à l'activité. En effet : « Une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne, elle est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social » (MOREL-BRACQ, 2006).

Les activités signifiantes sont les plus privilégiées en séances d'ergothérapie car elles permettent d'accroître la motivation et l'engagement du patient dans l'activité, sans lesquels la performance ne peut être atteinte. C'est également à ce type d'activité que ce travail de recherche fera

référence. En effet, il ne traitera pas du sport en tant qu'activité simple mais en tant qu'activité signifiante aux yeux du patient et dans sa vie.

1.2.1.5. **Activité sportive**

Il y a souvent un amalgame entre activité physique et activité sportive. D'après le cardiologue et médecin du sport F. CARRE lors de son intervention à la journée « activité physique et santé » de l'IFPEK (Institut de Formation en Pédicurie-Podologie, Ergothérapie, Masso-Kinésithérapie), l'activité physique se définit comme « tout mouvement lié à une contraction musculaire » c'est-à-dire bouger. L'exercice physique, quant à lui, se définit comme le fait de réaliser une « activité physique programmée réalisée pour sa santé », et donc l'activité sportive est définie comme un « exercice physique réalisé dans un cadre réglementaire de loisir ou de compétition ». On peut donc dire que l'activité sportive est une activité physique spécifique.

D'après DEPIESSE, GRILLON et COSTE (2009) les différentes activités physiques peuvent être classées selon quatre catégories. En effet, ils séparent les activités « domestiques », comme le ménage, des activités dites « professionnelles » telle que marcher ou faire du vélo. Ils font également une distinction entre les activités appelées « sport de compétition » regroupant les pratiques physiques au sein de fédérations sportives organisées, des activités de « loisirs » tel que le jardinage et où l'on retrouve le sport en tant que loisir, c'est-à-dire sans compétition.

Ce travail de recherche ne s'intéresse pas forcément au sport de haut niveau avec la notion de compétition comme celui qu'on peut voir aux jeux paralympiques, mais plutôt au sport tel qu'il représente une activité signifiante pour la personne et qui lui procure satisfaction et joie. En effet, l'activité sportive peut procurer de nombreux plaisirs pour une personne. Boris CYRULNIK les énumère dans un de ces livres « le plaisir d'utiliser son corps, de se sentir bien, le plaisir de réaliser des performances, le plaisir de rencontrer, le plaisir aussi d'entrer en compétition » (BORIS CYRULNIK, 2020, p.87). Par ailleurs, il décrit cette activité comme « un facteur de résilience : si on a été blessé dans un domaine de la vie, on peut très bien compenser, ou se revaloriser dans un autre domaine de la vie. » (BORIS CYRULNIK, 2020, p.31).

1.2.2. Cadre théorique

1.2.2.1. Le lien entre l'activité physique et la santé des personnes amputées

L'un des premiers praticiens à avoir indiqué que l'activité sportive pouvait être utilisée dans les centres de rééducation fonctionnelle en tant qu'outil de réadaptation et de réinsertion est Ludwig Guttam. En effet, selon lui « Le sport est un élément primordial de la réhabilitation physique et psychique. Parce qu'il développe la confiance en eux des handicapés, favorise un travail d'intelligence, l'esprit de compétition et la camaraderie ». Il indique ici plusieurs capacités cognitives intéressantes procurées par le sport qui peuvent servir aux ergothérapeutes dans leur prise en charge. Par exemple la confiance est un élément moteur qui est très recherché par les praticiens. Ici, la confiance et la camaraderie sont également des facteurs de bien-être importants pour toute personne et d'autant plus pour les personnes ayant subi un traumatisme qui leur a causé la perte d'un membre. Par ailleurs, Ludwig Guttam affirme « Cela aurait été une grave omission de ne pas inclure le sport dans la réhabilitation des handicapés » (IAN BONHOTE, PETER ETTEDEGUI, 2020).

D'autre part, d'après Jean-Luc BLAISE « Faire du sport c'est développer sa force musculaire et des compétences pour améliorer son autonomie » (BLAISE JEAN LUC, 2010). Or, l'essence même du travail de l'ergothérapeute, ainsi que l'objectif principal de ses prises en charge, est de redonner le maximum d'autonomie possible à ses patients. « L'intervention de l'ergothérapeute a pour objectif de permettre à la personne d'avoir plus d'autonomie, de sécurité et de satisfaction dans la réalisation de ses activités. » (CNSA, 2020).

Être en situation de handicap est souvent un facteur de sédentarité ce qui est défavorable à la personne car cela diminue d'autant plus ses capacités. La pratique sportive, quant à elle, permet à la personne en situation de handicap de développer son autonomie et d'augmenter ses acquis. En outre, elle permet un renforcement musculaire et une meilleure souplesse articulaire. Ces deux capacités sont utiles dans la vie quotidienne de la personne amputée que ce soit pour la réalisation de ses transferts ou pour l'utilisation d'un fauteuil roulant. En effet pour une personne amputée du membre inférieur il est envisageable qu'elle ne puisse pas utiliser sa prothèse tous les jours et ainsi elle aura recours au fauteuil roulant. Dans ce cas les membres supérieurs seront plus sollicités, donc les entretenir via une activité sportive peut être très utile pour l'indépendance du patient.

Ainsi, nous pouvons voir que l'activité sportive est bénéfique pour la rééducation du patient car elle permet à la fois de développer son autonomie mais également sa confiance en soi et son intégration dans la société.

De plus, l'activité sportive améliore la représentation que la personne a d'elle-même. En effet « Le sport améliorant les liens sociaux et la psychologie de la personne il améliore aussi l'image de soi » (TIMSIT BONNET, 2017).

Il peut être cité deux témoignages présents dans « ADEPAMag » de Mars 2018, qui expriment l'apport de la reprise d'une activité physique et sportive pour les personnes concernées :

- Christophe NOUVEL (PHILIPPE LOUZEAU, NICOLAS DE RAUGLAUDE, et CHRISTOPHE GUILLOU, 2018, p.14) commence son témoignage avec ces mots « le sport, une école de la vie », il s'explique ensuite en indiquant le sport comme ce qui l'a sauvé « j'ai été victime d'un accident du travail qui a nécessité une amputation de membre inférieur (...). Dans cette épreuve difficile, la famille avant tout, l'entourage ensuite ont été importants mais le sport m'a été également d'un grand secours ». Plus tard dans son récit, il exprime également « quelques jours après mon accident j'étais déjà dans la reconstruction. J'y suis parvenu grâce à l'activité sportive ». Ce témoignage nous montre la force que peut prendre l'activité sportive en tant que facteur de résilience pour accepter le handicap.
- Olga (PHILIPPE LOUZEAU, NICOLAS DE RAUGLAUDE, et CHRISTOPHE GUILLOU, 2018, p.14) , fait part de son ressenti et de ses émotions après la reprise du ski. « Refaire du ski me redonne confiance en moi » en lisant cela on comprend l'impact que peut avoir une pratique sportive sur le bien-être psychologique. De plus, elle indique « Sur les pistes je me sens de nouveau à l'aise, comme avant, sans différence, comme tout le monde », tout comme pour Katell et Daniel (entretiens exploratoires) on voit que la possibilité de faire du sport renvoie à une notion de normalité. En effet, si on se réfère à la notion du handicap en tant qu'incapacité de réaliser une habitude de vie, alors la pratique de l'activité sportive et son accessibilité le font disparaître.

Il réside un paradoxe entre corps sportif et corps altéré. En effet, dans notre société le sport est très lié au culte du corps, celui que l'on entretient et de plus en plus, celui que l'on montre et que l'on expose notamment sur les réseaux sociaux. Or « Une personne qui présente une déficience physique ne correspond pas à l'image d'un corps sain, beau et performant que l'on se fait souvent du sportif » (GAREL, 2010). L'engouement relativement récent autour des personnes en situation de handicap pratiquant du sport, notamment via la représentation des

Jeux Paralympiques, permet de réduire cette distance entre corps d'une personne en situation de handicap, qui peut être apparenté à un corps impuissant, et corps sportif dit « performant ». De plus, comme l'explique Jean-Pierre GAREL dans son texte « Du corps altéré au corps sportif » le sport met en avant d'autres écarts comme celui opposant le corps « caché » des personnes en situation de handicap car il ne répond pas aux critères esthétiques de la société, et le corps « exposé » mince, beau et musclé. Il expose également l'écart entre le corps « qui isole » socialement, du fait de l'inégalité d'accès pour les personnes en situation de handicap, et le corps « qui réunit » par la pratique sportive. Cette idée est soulignée par Roy COMPTE ; « La relation sport et handicap est une relation paradoxale car elle se construit souvent sur des notions antagonistes : capacité/incapacité, maladie/santé, intégration/exclusion... » (COMPTE, 2010). De plus « L'expression « athlète handicapé » est bien un oxymoron, car le sens commun associe l'idée d'athlète à celle d'un corps sain, dynamique, vigoureux et beau ; en contraste, le handicap évoque un corps malade, apathique, chétif et mutilé » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019, p.87). Les personnes en situation de handicap en pratiquant du sport, de loisir ou de compétition, sortent des sentiers battus et viennent casser ces préjugés et cette distance que la société peut créer entre eux et « la vie normale ». C'est ainsi que « Le sport se trouve investi d'une valeur sociale quasi ontologique de lutte contre les discriminations et l'effritement du lien social. » (COMPTE, 2010).

Les notions de bien-être et d'image du corps, vues précédemment, peuvent également être influencées et dégradées, chez beaucoup de personnes amputées par la présence de Douleur du Membre Fantôme (DMF).

Ces DMF sont des illusions souvent douloureuses de la partie du corps qui est amputée et se caractérisent par « une perception vivide du segment corporel manquant » (ANDRÉ et al., 2001, p.3). Elles sont « temporaires mais récurrentes » (ANDRÉ et al., 2001, p.3) et peuvent être très invalidantes. Ces DMF peuvent apparaître sous différentes formes. Les membres fantômes peuvent ainsi être dits « normaux » quand ils représentent le membre de façon normale et avec des mouvements habituels, ils sont dits « déformés ou anormaux » quand ils ont une forme atypique (trop longs, trop gros) et qu'ils suivent des mouvements anormaux. Enfin, ils peuvent être dits « commémoratifs ou de rappel » quand ils sont caractérisés par « la perception de réminiscences corporelles, antérieures à l'amputation » (ANDRÉ et al., 2001, p.4). Le patient peut alors, par exemple, visualiser et ressentir son membre au moment du traumatisme et cela peut donc être très douloureux.

Une étude de ARENA J et SHERMAN R (ARENA et SHERMAN, 1990) montre que 63% des 27 sujets amputés de cette étude estiment qu'il existe une relation entre le niveau d'activité physique et la DMF. En effet, il peut être démontré que l'activité physique et surtout une utilisation intense de la prothèse aide à les diminuer. (ARENA et SHERMAN, 1990)

Cet effet est également influencé par le fait que « L'activité physique stimule la sécrétion d'endomorphines qui agissent au niveau des récepteurs nociceptifs de tout organisme, apportant détente, bien-être et dissipation des douleurs » (J.F BOFFA, S.ERHLER, 2004). Ainsi, il y a un lien de causalité non seulement psychologique mais aussi physiologique qui démontre que le sport permet de diminuer la douleur.

De plus, une étude réalisée auprès d'amputés du membre inférieur d'origine turque (TATAR Y., 2010) démontre une relation entre image du corps, dont les DMF, et le sport. Pour cette étude, dix-sept personnes sportives ont été interrogées, ainsi que vingt personnes n'en pratiquant pas. Les sports pratiqués sont le basket (trois personnes), la natation (cinq personnes), le tennis de table (quatre personnes) ou le fitness (cinq personnes). Toutes ces personnes utilisent une prothèse depuis au moins trois ans. Ces trente-sept personnes amputées du membre inférieur ont répondu au questionnaire ABIS. Il est composé de vingt items auxquels le patient attribue une note de un à cinq, cette dernière note étant la plus mauvaise sauf pour trois items qui sont inversement cotés. On obtient donc un score pour chaque patient, plus il est élevé plus la personne présente des troubles de l'image du corps. Le score ABIS (Amputee Body Image Scale) des dix-sept sujets pratiquants un sport était de 25.5 ± 7.3 , tandis que celui des vingt personnes ne pratiquant pas de sport était de 35.9 ± 12.2 . Cette différence est donc statistiquement significative ($p < 0.05$) et nous pouvons donc y voir une corrélation entre pratique sportive et diminution des DMF. La pratique sportive influence positivement l'image qu'une personne amputée a de son corps. [Traduction personnelle]

Une autre étude (MIHAIL BRAGARU, RIENK DEKKER, JAN H.B. GEERTZEN AND PIETER U. DIJKSTRA, 2011) répertorie quarante-sept articles de recherche traitant de l'impact de l'amputation sur le bien-être, la mobilité et la vie sociale des personnes, et surtout, leur rapport avec l'activité sportive. Dix des articles analysés traitent l'aspect biomédical de certains sports (natation, course, saut en longueur). Douze articles analysent le lien entre capacité cardiopulmonaire et activité physique. Six analysent le lien entre pratique sportive et qualité de vie. Quinze articles analysent l'association entre la pratique sportive et les « fonctionnalités » physiques de l'individu. Quatre étudient les blessures sportives des personnes amputées. La conclusion de cette revue d'articles est que la participation à une pratique sportive pour les

personnes amputées du membre inférieur est tout autant bénéfique que pour une personne valide. [Traduction personnelle]

La pratique sportive est également un atout pour la socialisation du patient. « Elle favorise les interactions et les expériences sociales (...) les sportifs sont plus satisfaits de leur vie, aussi bien sur le plan physique, psychique que sociale » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019, p.89). En effet, la pratique sportive permet à l'individu de se réintégrer dans la vie sociale en côtoyant des personnes, valides ou non, et cela d'autant plus s'il s'agit d'un sport d'équipe. Cela permet aux personnes amputées de faire des rencontres, de partager leurs expériences, de tisser des liens d'amitié qui augmenteront leur bien-être psychologique. Ainsi, on comprend l'importance que peut avoir une activité sportive en tant que forme d'engagement occupationnel car elle apporte plaisir, esprit de groupe et sentiment d'appartenance.

La Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé exprime dans son argumentaire sur une lame de course ; « les individus ayant une amputation de membre et pratiquant un sport ou ayant une activité physique ont une meilleure qualité de vie et une estime de soi plus élevée que celles des personnes amputées qui ne pratiquent pas ce type d'activités. L'activité sportive et physique aide ces individus à augmenter le nombre de leurs contacts sociaux, ainsi que leur connaissance sur l'équipement sportif pouvant faciliter leur participation sportive. Cela les aide aussi à accepter leur handicap et à augmenter leurs capacités locomotrices. » (HAS, 2016). Cela recapitalise les apports évoqués plus tôt à savoir ; sur leur qualité de vie, leur sociabilité, leur capacité physique et sur l'acceptation du handicap.

1.2.2.1. Ergothérapie et activité/occupation

Nous savons que l'essence même du métier d'ergothérapeute, et c'est d'ailleurs ce qui m'a directement plu, est d'intégrer l'activité dans sa prise en soins, plus précisément l'activité signifiante du patient et avec pour objectif de le rendre indépendant dans la réalisation de celle-ci. En effet, l'ergothérapeute cherche à promouvoir le rendement occupationnel c'est-à-dire permettre aux personnes de choisir et d'accéder aux activités qu'ils considèrent significatives (TOWNSEND et al., 2002). La préoccupation principale d'un ergothérapeute est donc de soutenir l'engagement de ses patients dans les occupations dont ils ont besoin et envie, avec comme but recherché de développer leur participation et de soutenir leur santé. L'engagement étant défini

comme le niveau d'investissement d'une personne dans l'activité considérée. (TOWNSEND et POLATAJKO, 2008).

L'occupation est définie comme « Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. » (SYLVIE MEYER, 2013).

L'ergothérapeute base sa prise en soins sur l'activité, certes, mais pas n'importe quelle activité. En effet, l'objectif général étant l'indépendance dans les activités de vie quotidienne, l'activité choisie comme moyen de rééducation et réadaptation doit être en adéquation avec le mode de vie du patient, avec ses envies et ses besoins. L'ergothérapeute recherche également l'intérêt thérapeutique de l'activité, c'est-à-dire les compétences qui peuvent être développées à partir de celle-ci et qui pourront ensuite être introduites dans le quotidien de la personne.

Ainsi, « Découvrir quand, comment et quelles occupations restaurent réellement le corps et l'esprit pourrait être intégré à la vie quotidienne dans le but de soutenir l'état de santé général. Cela pourrait devenir une nouvelle façon d'intégrer le pouvoir de l'occupation dans l'intervention en ergothérapie et à la vie quotidienne » (PIERCE DORIS, 2016, p.212) Dans ce livre, Doris Pierce utilise le profil PPR (Plaisir, Productivité, Ressourcement) pour parler de la science de l'occupation. L'intérêt de ce profil est d'amener la personne à réfléchir sur ses activités quotidiennes en notant chaque activité réalisée au cours d'une journée, le temps passé et la réalisation en indépendance ou avec aide. Selon ce profil PPR le plaisir (l'appréciation de l'activité), la productivité (le but de l'activité) et le ressourcement (capacité de se reconstituer permise par l'activité) sont trois composantes indéniables de l'activité.

L'ergothérapeute s'appuie également sur la théorie du Flow de Mihály Csikszentmihalyi⁵. Ce concept consiste dans le fait de proposer une activité selon un consensus entre motivation du patient et intérêt pour la rééducation, avec un juste équilibre entre « zone de confort » et « acquisition de nouvelles compétences ». En effet, l'activité proposée ne doit pas être trop facilement réalisable pour sortir le patient de sa zone de confort, mais sans le mettre en échec avec une activité impossible à réaliser. Cette théorie vise la performance du patient. « La performance est ainsi au cœur des pratiques de l'ergothérapeute qui propose la réalisation de tâches ou d'activités à l'utilisateur comme modalité d'intervention. En ce sens, la performance est un moyen de traitement. » (SYLVIE MEYER, 2013). Pour atteindre cette notion de performance, l'ergothérapeute peut avoir recours à des techniques de graduation ou de séquençage de

⁵ Mihály Csikszentmihalyi est un psychologue hongrois connu pour sa théorie du flow.

l'activité. C'est-à-dire qu'il pourra faire évoluer la difficulté de l'activité en fonction de l'avancée du patient dans sa rééducation, ou bien diviser cette activité en étapes de réalisation.

1.2.2.2. Le lien entre l'ergothérapeute et l'activité physique : Loi du 1 mars 2017

Après avoir démontré le lien évident entre ergothérapie et activité humaine, je vais maintenant restreindre cette dernière notion à l'activité physique et sportive, et voir le rôle de l'ergothérapeute en rapport avec celle-ci.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) « Les activités sportives de loisir ne représentent en Europe que 7 % de l'activité physique totale de l'individu. Elles doivent être promues par le médecin, adaptées au goût du patient, à son état de santé et sa condition physique, en l'orientant au besoin vers des activités de « sport-santé » (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2019).

Depuis le 1^{er} mars 2017 la loi intègre, via l'article 144 de la loi de modernisation du système de santé, l'activité physique dans le parcours de soin des personnes en ALD⁶. Cette activité physique adaptée est prescrite par le médecin et « On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L.1172-1, la pratique dans un contexte d'activités du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, les mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui limitent leur pratique dans des conditions ordinaires » (JORF, 2016)(MARCHALOT ISABELLE, 2018).

Cette loi mentionne les ergothérapeutes comme légitimes pour dispenser une activité physique adaptée. Cette légitimité vient notamment du fait que leur prise en soins est axée sur les activités problématiques du quotidien, de loisir ou de travail. En effet « Les ergothérapeutes interviennent auprès de tout public pour lequel une problématique d'occupation de vie a été générée par un changement d'état de santé ou de limitation de participation sociale, présent ou à venir » (ISABELLE MARCHALOT, 2020). Ainsi, « en tant que spécialiste de l'activité humaine l'ergothérapeute a la légitimité d'investir ce champ » (R. BERTRAND, 2020).

⁶ Affections longues durées

Dans ce dispositif, le rôle de l'ergothérapeute est principalement d'orienter vers une activité physique spécifique et ainsi accompagner le médecin dans la rédaction de sa prescription. En effet, l'ergothérapeute réalise des bilans synthétisés à partir de plusieurs outils analysant les fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles du patient, ainsi que des évaluations complémentaires pour déterminer notamment les freins et leviers environnementaux. Avec ces bilans, il détermine le niveau de limitation du patient ainsi que ses capacités et ses habitudes de vie dans le but d'identifier l'activité physique la plus en adéquation avec son profil. Cela est nécessaire pour optimiser la motivation du patient et ainsi favoriser son observance de la prescription du médecin. Le bilan que réalisera l'ergothérapeute aura également un rôle important dans l'adaptation de l'activité, à savoir les moyens de compensation, les aménagements ou les aides techniques nécessaires à sa réalisation.(MARCHALOT, 2018)

Voici donc le rôle de l'ergothérapeute dans la prescription mais son rôle ne s'arrête pas là, en effet il peut également réaliser des séances d'activité physique. Dans ce contexte, ses compétences seront utilisées afin, principalement, de mettre le patient en situation dans le but de transférer les acquis au quotidien. Ces mises en situation permettront également d'aider la personne à développer des aptitudes d'adaptation et de compensation et pourront aboutir à une préconisation d'aménagement ou d'aides techniques.

Dans ce dispositif l'ergothérapeute travaille avec les patients qui ont des limitations minimales, voire aucune, à sévères. Il travaille en coordination avec les autres professionnels de santé et les différents intervenants.

Certes, jusqu'ici les textes que j'ai présentés se réfèrent à la notion d'activité physique et non d'activité sportive. Mais les deux sont liées puisque l'activité sportive est une des nombreuses activités physiques possibles. En partant du fait que l'activité physique prescrite doit être adaptée au patient et à ses envies, il se peut qu'elle soit une activité sportive. On peut classer les différentes activités physiques selon leur valeur en METs (Métabolic Equivalent Task) c'est-à-dire selon la consommation énergétique qu'elles engendrent. Selon ce tableau (Cf. § 5.1), qui classifie les activités d'intensité faible, modérée ou vigoureuse, on peut voir que différentes activités sportives telles que le vélo ou la course à pied (etc.) font belle et bien partie des activités physiques.(OPDQ, 2008)

Nous pouvons donc constater que l'ergothérapeute a bien un rôle dans la pratique d'une activité physique et sportive et notamment dans l'adaptation de celle-ci au patient. Cette intervention pour l'accessibilité est également soutenue par R. BERTRAND « aborder celle-ci en recherche dans une perspective occupationnelle soutient l'implémentation de l'activité physique et

sportive dans la pratique des ergothérapeutes francophones, notamment pour la rendre accessible aux populations auprès desquelles ils interviennent » (R. BERTRAND, 2020, p.27).

Inversement, nous pouvons voir dans ce lien entre ergothérapeute et activité physique et sportive des bénéfices à double sens. En effet, cette activité a, elle aussi, un rôle dans la prise en soins de l'ergothérapeute ; « Vectrice d'inclusion sociale (...), procurant du plaisir et permettant le développement d'habilités qui favorisent l'indépendance au quotidien (...) l'Activité physique et sportive présente de nombreux avantages pour l'ergothérapeute qui veut intervenir en se centrant sur cette occupation » (R. BERTRAND, 2020, p.26).

De ce fait, si l'activité sportive, en tant qu'occupation humaine et qu'activité signifiante, ne peut plus être pratiquée par une personne à la suite, notamment, d'une amputation, alors l'ergothérapeute se doit de le prendre en compte dans sa rééducation. De plus, « l'activité physique et sportive est un vecteur d'engagement occupationnel et contribue positivement à l'équilibre occupationnel des individus et à leur inclusion sociale » (R. BERTRAND, 2020, p.17). En tant que professionnel de l'occupation humaine « l'ergothérapeute est le mieux placé pour comprendre le sens que prend une activité physique et sportive pour une personne » (R. BERTRAND, 2020, p.25). Dans ce sens il ajoute « Promouvoir la pratique des activités physiques et sportives auprès de l'ensemble de la population est un enjeu de santé publique dans lequel l'ergothérapie peut se positionner. » (BERTRAND, 2020)

On peut alors se demander de quelles manières l'ergothérapeute peut agir afin d'accompagner ces personnes dans leur souhait de reprise d'une activité sportive. Tout l'art des ergothérapeutes réside dans l'adaptation et l'aménagement. « Il évalue les besoins en adaptation des habitudes de vie, en aménagement, en aides techniques, en aides technologiques, en aides humaines et animalières. » (ANFE ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES, 2021). Je pense que là où l'ergothérapeute est le plus légitime dans sa relation avec la pratique sportive est lorsqu'il met en avant la compétence 4 inhérente au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. En effet, une des facettes de ce métier est de savoir « Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques » (JORF, 2010). Ainsi, si nous prenons l'exemple d'une personne dont l'activité signifiante est le tennis. Si celle-ci est amputée de la main ou même d'un de ses doigts, nous pouvons imaginer que l'ergothérapeute l'accompagnera en cherchant à adapter la raquette ou à proposer des aides techniques de maintien de celle-ci sur le membre supérieur. Si cette personne est amputée du membre

inférieur, nous pouvons considérer que l'ergothérapeute aura notamment pour rôle de l'accompagner dans l'acquisition d'un fauteuil roulant sportif. Cela ne représente que des exemples de prise en charge possible, mais ils montrent en quoi l'ergothérapeute peut aider la personne amputée dans l'accès au sport.

1.2.2.3. **APA kesako ?**

Les activités physiques adaptées « sont définies comme des situations motrices, spontanées et organisées, qui tendent à mettre en valeur l'identité individuelle et sociale de la personne en situation de handicap, en introduisant plaisir, jeu, capacités d'action et liberté d'expression motrice et esthétique. » (DEGACHE, 2015, p.8).

J'ai pu questionner deux enseignants APA (e.APA) afin de mieux comprendre leur rôle auprès des personnes amputées. En ce qui concerne les activités utilisées, elles sont divisées en deux phases. La première, avant la prothèse, et la phase de préparation au béquillage, c'est-à-dire que les activités réalisées auront pour but de renforcer le membre supérieur. Une fois que la prothèse est en place, les eAPA passent, en accord avec le masseur-kinésithérapeute sur le renforcement musculaire du membre inférieur, la marche et le travail de l'équilibre debout. Dans ce dernier objectif, un large champ d'activités diversifiées est possible comme le tir à l'arc ou le ping-pong. Pour eux, l'intérêt de la pratique sportive est double. Tout d'abord il permet la reprise de la confiance en soi du patient ainsi que sa confiance dans son membre opéré via son utilisation dans des activités. Cela se rapproche de ce qu'explique Mr DEGACHE qui indique que les APA servent à « encourager, dans un contexte sportif, la réconciliation de l'individu avec son corps. » (DEGACHE, 2015, p.9). De plus cela permet de montrer à la personne que c'est possible de faire à nouveau et qu'elle peut faire des choses avec sa prothèse. « Reprise de confiance, confiance en soi, confiance en ses capacités, projection vers l'avenir ». Ensuite, il y a également l'aspect social de l'activité qui a un intérêt pour eux car les patients, via les activités physiques de groupe, peuvent créer des liens et ainsi échanger sur leurs parcours, ce qui peut être très enrichissant. Concernant le lien entre leur profession et celle des ergothérapeutes, les enseignants APA estiment que, dans le centre dans lequel ils travaillent, ce lien ne se fait pas. Ils rajoutent que c'est l'organisation du temps au centre qui ne le permet pas. En revanche, ils ont déjà travaillé en collaboration sur des adaptations de matériel sportif pour des patients du centre.

« Les APA permettent d'accélérer de façon importante l'intégration de certaines techniques corporelles, notamment au sein des phases successives de la réadaptation. Elles agissent aussi à d'autres niveaux de la construction d'un individu en situation de handicap en apportant motivation, partage, plaisir et de nouvelles perspectives et possibilités d'activités. » (DEGACHE, 2015, p.13-14). Ainsi, elles consistent en un réel atout de rééducation et peuvent favoriser l'acceptation du handicap par le sujet amputé.

1.2.2.4. Les principes de PEC de la personne amputée en ergothérapie

D'après ce que j'ai pu lire et observer lors de mon stage dans un SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) au sein du service accueillant des personnes amputées, le rôle de l'ergothérapeute est le même qu'ailleurs, à savoir : rendre le patient le plus autonome et indépendant possible dans sa vie quotidienne. Ainsi, dans sa prise en charge, l'ergothérapeute s'intéresse aux activités qui ont du sens pour la personne et articule sa prise en charge autour des objectifs occupationnels du patient.

Dans un premier temps, l'ergothérapeute se charge, en collaboration avec le masseur-kinésithérapeute de renforcer le membre controlatéral à l'amputation. À savoir, si le patient a été amputé d'un membre inférieur, on travaillera en ergothérapie le renforcement de l'autre membre en travaillant par exemple en assis-debout. Si le patient, est amputé d'un membre supérieur, l'ergothérapeute développera la re-latéralisation. En parallèle, l'ergothérapeute renforcera, évidemment, l'indépendance dans les AVQ (toilette, habillage, repas) et les transferts.

Ensuite, quand le patient a sa prothèse, l'ergothérapeute continuera de favoriser et développer l'indépendance du patient et si besoin il mettra en place des aides techniques ou des aménagements. Pour les patients ayant une amputation du membre supérieur « L'ergothérapeute enseigne aux personnes amputées du bras à utiliser leur membre artificiel et leur appareil terminal ainsi qu'à développer de nouvelles habiletés » (LES AMPUTÉS DE GUERRE, 2021)

En ce qui concerne le fait d'accompagner un patient dans la reprise du sport, j'ai discuté avec une ergothérapeute du SSR lors de mon stage. Elle évoque un patient qu'elle a suivi et qui avait pour souhait de reprendre le vélo. Elle explique que dans ce centre, travaillant en interdisciplinarité, ce n'était pas son rôle d'accompagner la personne dans la reprise du vélo

mais le rôle de l'enseignant APA. En revanche, elle indique que dans le cas où la pratique du vélo n'aurait pas été possible et que des adaptations auraient été nécessaires alors elle aurait travaillé sur ce projet en collaboration avec l'enseignant APA. De plus, elle affirme qu'étant le souhait du patient de reprendre son activité signifiante, notre rôle d'ergothérapeute est d'en tenir compte. Elle ne travaillait donc pas directement sur le sport mais sur l'équilibre qui est également nécessaire pour le vélo.

1.2.2.5. **Modèle de l'occupation humaine (MOH)**

Le MOH, élaboré par Gary KIELHOFNER, me semble particulièrement adapté à mon sujet de mémoire. En effet, il interroge le rapport de la personne à l'occupation humaine.

Selon (ANFE, 2021) ce modèle « permet de structurer le recueil des données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique. »

Il s'intéresse particulièrement à ce qui donne un sens à la vie du patient et le décrit selon trois systèmes interdépendants et inséparables de l'environnement qui sont : la volition, l'habituatation et la capacité de performance.

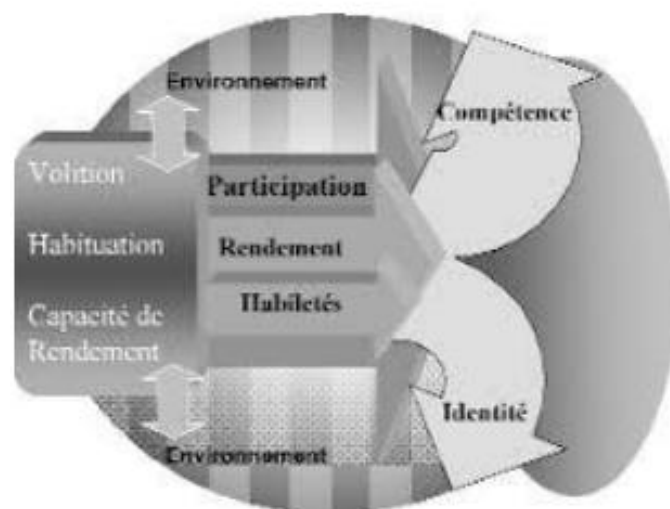


Figure 1: Modèle de l'Occupation Humaine

La volition est le fait de faire un choix et de s'engager dans quelque chose, c'est la motivation à agir. Elle comprend la causalité personnelle c'est-à-dire ce que la personne connaît de son

efficacité et de ses propres capacités, les valeurs c'est-à-dire ce que le patient considère comme significatif et l'intérêt c'est-à-dire ce que la personne trouve satisfaisant et agréable à réaliser.

L'habituación est l'organisation de la routine de vie du patient et elle comprend ses habitudes et ses rôles.

La capacité de performance est ce qui permet l'action, c'est la perception de son corps. Elle comprend deux sous catégories qui sont la dimension subjective et la dimension objective.

Ces trois systèmes sont donc en constante relation avec l'environnement du patient, et ce dernier peut être propice ou non à la pratique de l'activité. C'est là que l'ergothérapeute peut trouver son rôle. C'est-à-dire en permettant l'accès, via des adaptations, des techniques de compensation ou des aménagements, aux activités signifiantes de la personne.

Le MOH comprend trois niveaux d'observation : la participation, le rendement et l'habileté.

- La participation est l'agir c'est-à-dire l'implication de la personne dans ses occupations en fonction de ses désirs, besoins et nécessités.
- La performance occupationnelle est l'engagement c'est-à-dire faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale.
- L'habileté est différenciée en trois sous catégories : les habiletés motrices, opératoires et de communication.

Le patient peut ainsi se créer une identité propre et se forger des compétences qui vont-elles-mêmes entrer en interaction avec son environnement.

Mon travail de recherche est donc en cohérence avec ce modèle parce qu'il cherche à comprendre l'intérêt et les motivations que trouve le patient pour sa reprise de l'activité physique. De plus, il interroge le rôle de cette reprise sur la performance occupationnelle du patient. Enfin, mon travail de recherche porte sur les compétences que développe cette pratique et qui sont transposables dans la vie quotidienne du patient, comme notamment l'autonomie, la confiance en soi et la socialisation.

1.2.3. Question de recherche et hypothèses

Suite à la rédaction de ce cadre théorique, je définirai ma question de recherche par :

« En quoi l'activité sportive, lorsqu'elle est signifiante pour la personne amputée, peut-elle être à la fois vecteur de résilience et un atout dans la rééducation en ergothérapie ? »

Hypothèses :

- H1 : la pratique d'une activité sportive signifiante par la personne amputée est un atout au quotidien car elle augmente le bien-être, la sociabilisation et facilite l'acceptation du handicap.
- H2 : Les ergothérapeutes ont un rôle dans la reprise sportive de leurs patients et celle-ci peut être un atout dans leur rééducation car elle favorise l'indépendance.

2. Partie Méthodologie

2.1. Méthodologie

Dans cette partie, il vous sera exposé la méthode choisie pour réaliser l'enquête de terrain. Celle-ci permettra de collecter des données qui pourront par la suite être analysées et comparées avec les informations littéraires recueillies lors de la première partie de ce travail de recherche. Cette étude comparative aura pour finalité de répondre à la problématique définie plus tôt.

2.1.1. Choix de l'outil

Il existe de nombreuses méthodes de recherche. Cependant, on peut en distinguer deux principales, qui peuvent être complémentaires : la méthode quantitative et la méthode qualitative. Cette dernière est plutôt associée aux sciences humaines et sociales c'est pourquoi, dans l'optique de valider ou non mes hypothèses permettant de répondre à ma question de recherche, il a été décidé d'opter pour une approche dite qualitative. En effet, en comparaison à la méthode quantitative, elle est davantage subjective et « elle est particulièrement utile pour comprendre les perceptions et les sentiments des personnes. » (FORTIN, 2010, p.13). Il aurait pu être choisi de faire une méthode quantitative via un questionnaire distribué largement via les réseaux sociaux à des personnes amputées afin d'avoir plus de réponses et de points de vue, mais la méthode qualitative nous permettra de mieux comprendre le ressenti subjectif de la personne et ainsi mieux pouvoir répondre aux hypothèses.

Plus précisément c'est l'entretien qui sera utilisé comme outil de recueil de données. L'entretien se caractérise par « un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même » (EYMARD et THUILIER, 2020, p.85). Il permet d'en apprendre plus « sur ce que les personnes perçoivent et/ou pensent de tel ou tel thème, ou ce qu'elles déclarent et imaginent faire » (EYMARD et THUILIER, 2020, p.87).

Il existe différents types d'entretiens en fonction du niveau de directivité appliqué par l'intervieweur. L'entretien non-directif ou « la liberté d'expression de l'enquêté est la plus grande » (EYMARD et THUILIER, 2020, p.91) c'est-à-dire que l'enquêteur pose une seule question ouverte et laisse ensuite libre cours au discours de l'interviewé. L'entretien directif qui, se rapprochant d'un questionnaire, consiste en plusieurs questions ouvertes ou fermées dans un ordre précis. Pour ce travail de recherche, ce sont les entretiens semi-directifs qui seront utilisés. Pour ce type d'entretien, l'enquêteur « prépare des questions qui permettent de recueillir des données concernant les thèmes ou sous-thèmes non abordés » (EYMARD et THUILIER, 2020, p.91). L'entretien semi-directif semble plus pertinent dans ce travail de recherche car il permet de laisser l'autre s'exprimer et ainsi mieux recueillir son ressenti et ses représentations. Il permet d'approfondir un sujet si besoin et peut faire naître de nouvelles hypothèses. Enfin, il rend possible un vrai échange entre le chercheur et son interlocuteur.

2.1.2. Choix de la population

Dans le cadre de ce travail de recherche, il semble intéressant et évident de prendre en considération à la fois le point de vue d'ergothérapeutes mais également celui de personnes amputées. Pour pouvoir confronter et analyser les différents avis, j'ai choisi de m'entretenir avec deux personnes amputées et trois ergothérapeutes.

2.1.2.1. Ergothérapeutes

En ce qui concerne les entretiens auprès des ergothérapeutes, il a été décidé d'interroger des ergothérapeutes travaillant dans un service de rééducation et de réadaptation auprès de personnes amputées. Ainsi ils pourront faire part de leurs expériences en lien avec le sujet de recherche pour pouvoir comprendre leurs avis. J'ai choisi, de préférence, des ergothérapeutes qui travaillent avec une patientèle relativement jeune, avec une cause d'amputation traumatique et non vasculaire. De ce fait, la patientèle aura plus de chance d'avoir l'activité

sportive comme activité signifiante. Il me semble intéressant de choisir des lieux de travail différents, centre privé, public, de petite et grande taille, ce qui me permettra de voir si le lieu de travail influence la vision et la pratique des ergothérapeutes. En effet, il se peut que leurs expériences soient différentes également en fonction de l'équipe pluridisciplinaire dans laquelle ils travaillent.

2.1.2.2. Personnes amputées

Etant donné que ma première hypothèse porte sur leurs ressentis et leur vécu, je trouve primordial d'interroger des personnes ayant subi une amputation. Plus précisément je souhaite m'entretenir avec des personnes pratiquant régulièrement une activité sportive. De plus, il serait intéressant que ces personnes aient déjà pratiqué ce sport avant leurs amputations pour faire un lien avec le thème de reprise d'une activité signifiante. Je cherche également à prendre contact avec des personnes qui n'ont plus de suivi en ergothérapie, afin qu'ils aient plus de recul sur leur situation et puissent en parler peut-être avec plus de facilité, plus de « maturité », et qu'ils puissent mieux voir ce que la pratique sportive leur a apporté. Avec ces entretiens je vais chercher à comprendre si la reprise du sport les a influencés et a permis une certaine résilience. De plus, il serait intéressant de comparer des personnes amputées pratiquant un sport collectif et d'autres un sport individuel afin de voir si leur ressenti vis-à-vis de leur sociabilité diffère.

2.1.3. Elaboration des guides d'entretiens

L'élaboration d'un guide d'entretien permet de mettre en évidence un fil logique de thèmes et de sous-thèmes à évoquer avec des questions adaptables au vu des réponses de l'interlocuteur. Ce guide facilite l'analyse des entretiens, car, bien que chaque entretien soit unique, le guide permet de poser à peu près les mêmes questions. Pour élaborer ce guide, les hypothèses ont été reprises afin d'en dégager les thèmes principaux à aborder avec mes différents interlocuteurs. J'ai créé deux guides, l'un destiné aux ergothérapeutes (Cf §5.2.2) et l'autre destiné aux patients amputés (Cf §5.2.3). Il existe des questions propres à chaque guide mais également des questions qui se ressemblent et qui permettront de mettre en évidence les différents points de vue autour d'un même sujet.

Ces guides permettront à la fois de comprendre l'apport de la reprise de l'activité sportive pour les personnes amputées et l'apport de l'ergothérapeute dans ce parcours.

2.1.4. Considération éthique

Dans le cadre où je réalise des entretiens, la loi Jardé impose certaines règles éthiques qu'il est nécessaire de prendre en compte et de respecter. Pour cela il me faudra faire lire et signer un formulaire de consentement, édité par l'école, à toutes les personnes qui seront interrogées dans le cadre de mon travail de recherche. Je devrais m'assurer que les personnes en question ont compris le fonctionnement et les modalités de l'entretien et qu'elles sont en accord avec ceux-ci. De ce fait il me sera possible d'utiliser les informations recueillies. Avant chaque entretien, ainsi que pendant si nécessaire, il me faudra indiquer aux interlocuteurs plusieurs choses : les mesures prises afin de garantir l'anonymat ainsi que le fait que leur consentement est réversible. De plus, il faudra leur indiquer qu'ils ne sont pas obligés de répondre à toutes les questions et qu'ils peuvent nous en poser également.

2.2. Analyse des entretiens :

2.2.1. Présentation de la population interrogée

Trois ergothérapeutes et cinq personnes amputées ont donc été interrogés. En voici une brève présentation sous forme de tableaux comparatifs.

2.2.1.1. Ergothérapeutes (E)

Ergothérapeute	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'exercice de la profession	Ancienneté dans le centre
E1	2003	Hôpital d'instruction des armées	14 ans
E2	2006	SRR	11 ans
E3	2010	Centre de réadaptation et de rééducation fonctionnel spécialisé	9 ans

Tableau 1: Présentation des ergothérapeutes interrogés

Les ergothérapeutes interrogées travaillent dans des centres de tailles variées et avec des spécificités différentes. Selon leur lieu d'exercice elles ont été plus ou moins souvent amenées à prendre en soins des personnes amputées et pourront me faire part de leurs expériences. Ces ergothérapeutes ont été contactées via l'adresse mail de leur service de rééducation ou via le site internet du centre où elles travaillent.

2.2.1.2. Personnes amputées (PA)

Personnes Amputées	Niveau d'amputation	Age	Année d'amputation	Sport après amputation	Sport avant amputation
PA1	Fémorale	29 ans	2009	Basket fauteuil	Basket
PA2	Fémorale	55 ans	1987	Basket fauteuil, voile	Basket
PA3	Tibiale	29 ans	2013	Foot béquille	Football
PA4	Tibiale	30 ans	2014/2018	Foot béquille	Football
PA5	Fémorale	57 ans	1985/2016	Vélo	Football

Tableau 2: Présentation des personnes amputées interrogées

Les cinq personnes interrogées sont amputées du membre inférieur dont trois au niveau fémoral et deux d'entre eux ont subi une amputation dite « volontaire » à distance de leur accident. Ils ont entre 29 et 57 ans. Quatre personnes sur cinq pratiquent principalement un sport d'équipe.

Ils utilisent, lors de l'activité sportive, des aides techniques au déplacement variées à savoir : prothèse, fauteuil roulant ou béquilles. Ces personnes ont été principalement contactées par Facebook, que ça soit directement sur leur profil personnel ou via la page de leur association. Deux d'entre eux ont été contactés via un cercle privé de connaissance. Quatre de ces personnes ont recommencé la même activité sportive après leur amputation.

2.2.2. Analyse du contenu des entretiens des ergothérapeutes

2.2.2.1. Rôle de l'ergothérapeute

E1	« Au cours de ces stages sportifs on est amené à adapter le matériel. » « Que ça soit une raquette soit une raquette de ping-pong on fait une orthèse pour maintenir, ça va dépendre un peu du niveau d'amputation si c'est un amputé de membre supérieur on peut faire des aides techniques. » « C'est évident qu'on a notre rôle d'ergo après à quelle position dans l'équipe » « On intervient vraiment sur la partie technique c'est-à-dire comment le patient va pouvoir s'adapter à l'activité physique, sur une aide technique, sur un positionnement, sur une installation, sur un siège moulé, sur un coussin »
E2	« adaptations matériel et choix de matériel » « nous c'est vraiment plus donner l'accès à l'activité » « le choix, argumentaire et accès d'un Handbike (...) on a fait des réglages (...) moi je me suis assurée qu'elle puisse monter seule dedans et sortir seule et puis optimiser les réglages effectivement pour que ça soit plus facile puisque c'est avec la prothèse de que ça n'ait pas d'incidence sur la hanche, pas de douleur, il y avait aussi la notion de l'assise qu'il fallait adapter » « ça va faire partie de nos objectifs de séance comme de reprendre la cuisine ou comme de reprendre n'importe quelle autre activité » « en phase de prothétisation reprend toute l'indépendance au même titre que sans la prothèse donc on va aussi réinterroger cette pratique d'activités » « ça leur empêche pas de nous faire appel pour la partie ergo qui est l'adaptation » « ça fait partie de notre évaluation globale d'ergothérapeute »
E3	« j'ai déjà fait des adaptations de ping-pong et des structures entre guillemets pour que la personne puisse fixer sur des machines de musculation » « on a eu des modifications de services et du coup les orthoprothésistes interviennent maintenant sur ces adaptations » « on a réfléchi à adapter la raquette correctement pour qu'elle puisse tenir sur son avant-bras sans que ça lui fasse mal » « moi j'ai fait l'adaptation »

Tableau 3: Citation des ergothérapeutes à propos de leur rôle

Pour E1, l'ergothérapeute, dans le processus de reprise d'une activité sportive, « intervient vraiment sur la partie technique » c'est-à-dire « comment le patient va pouvoir s'adapter à l'activité physique ». Pour cela l'ergothérapeute peut mettre ses compétences à profit en terme « d'aides techniques », de « positionnement » et « d'installation » comme pour « un siège moulé, sur un coussin ». Elle explique que dans certains cas il faut « adapter le matériel » et que dans d'autres il faut également « faire une orthèse », elle précise que cela dépend « du niveau d'amputation si c'est un amputé de membre supérieur on peut faire des aides techniques ».

Pour E2, le rôle de l'ergothérapeute concernant cette reprise d'activité réside dans « adaptation de matériel et choix de matériel » en somme elle indique « nous c'est vraiment plus donner l'accès à l'activité ». Elle évoque l'exemple d'un projet Handbike avec une patiente et indique que ses compétences ont été mises à profit pour s'assurer de l'accès à l'activité « s'assurer qu'elle puisse monter et sortir seule et puis optimiser les réglages » et également pour l'adaptation du matériel en lien avec le positionnement et le confort de la personne « l'assise qu'il fallait adapter ». Elle ajoute « la partie ergo qui est l'adaptation ».

Pour E3, le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire réside principalement dans « l'adaptation », comme, par exemple concernant un projet de reprise de ping-pong où elle a utilisé ses compétences pour « adapter la raquette correctement pour qu'elle puisse tenir sur son avant-bras sans que ça lui fasse mal ». Cependant, suite à une réorganisation et à des « modifications de services », elle n'intervient plus pour cela car « ce sont les orthoprothésistes qui interviennent maintenant sur ces adaptations ».

Concernant la place de cette activité dans la rééducation, E2 indique « ça va faire partie de nos objectifs de séance comme de reprendre la cuisine ou comme de reprendre n'importe quelle autre activité », « en phase de prothésisation on reprend toute l'indépendance au même titre que sans la prothèse donc on va aussi réinterroger cette pratique d'activité » et ajoute « ça fait partie de notre évaluation globale d'ergothérapeute ».

En somme, ces ergothérapeutes expriment que notre rôle, en tant que professionnel de l'activité humaine, réside principalement dans l'adaptation de celle-ci, que ce soit par la fabrication d'une orthèse ou par l'apport d'aides-techniques. Notre rôle est donc le même que concernant n'importe quelle autre activité de vie quotidienne à savoir ; favoriser l'accès à l'activité. Cela fait partie de notre rôle de professionnel de l'activité humaine de prendre l'activité sportive en considération dans nos évaluations et nos objectifs à partir du moment où elle est signifiante pour le patient.

Concernant le rôle de l'ergothérapeute, E1 ajoute « c'est évident qu'on a notre rôle mais après à quelle position dans l'équipe », cela permet de rebondir sur la notion d'équipe car il est important de rappeler que ce travail autour d'un projet de reprise d'activité sportive est un travail collaboratif entre plusieurs professionnels.

2.2.2.2. La collaboration

Le mot « collaboration » qui est défini par « L'acte de travailler ensemble pour atteindre un objectif. » (GIRARD, 2021) revient à 5 reprises dans le discours des ergothérapeutes interrogées.

E1	« Seule non en collaboration oui. » « C'est déjà très organisé en fait la reprise sportive donc on a déjà tout un process donc on a pas besoin de démarcher pour aller vers cette activité là, vous avez d'autres services c'est pas tout ça n'est pas du tout organisé et donc du coup là vraiment l'ergo il va avoir un sens pour ben du coup accompagner le patient vers cette reprise, motiver l'équipe médicale pour aller lui proposer des séances d'handisport » « ça va vraiment dépendre de la façon dont c'est organisé » « l'ergo a toute sa place parce qu'on est une équipe de toute façon » « ça dépend des centres de rééducation mais c'est peut-être aussi une des vocations de l'ergo dans un service de rééduc c'est de se batailler un peu pour effectivement qu'on ait une reconnaissance de ce handisport de l'importance du handisport comme activité signifiante » « C'est une activité signifiante »
E2	« en collaboration avec les kinés en collaboration avec les moniteurs APA » « la collaboration sur une activité sportive elle est aussi ponctuelle (...) ils vont nous interpellé de façon hyper ponctuelle sur un sujet donné où ils ont pas la solution d'accessibilité » « c'est spécifique à chaque centre » « de l'organisation du centre et de la place de chaque professionnel » « Selon les centres je pense qu'on a des organisations de travail complètement différentes et puis selon aussi quelle place on se donne en fait dans notre activité » « l'ergo a un champ tellement vaste que il peut vite bah pas se spécialiser mais aller dans des actes dans des directions ou pas quoi » « pour moi l'activité sportive fait partie d'une activité de vie quotidienne au même titre que une activité je sais pas moi par exemple pratique de la musique, comme la lecture comme tout le reste après bah forcément selon les priorités du patient et selon du coup si c'est plus ou moins significatif bah on si attellera plus ou moins tôt dans la prise en charge, les priorités seront données par le patient »
E3	« notre place elle est là parce qu'on fait partie de l'équipe qui entoure le patient et qui l'accompagne » « Une question d'organisation » « la réflexion se fait vraiment tout en équipe ça reste plus important en tout cas c'est que toutes les professions ont leurs interventions et leurs idées à donner donc c'est une organisation » « la profession APA a vraiment une place importante chez nous » « on trouvera toujours notre place qu'importe la pratique que le patient souhaite et si c'est un accès au sport et que pour ça il faut soit réfléchir avec l'orthoprothésiste et le prof APA à la meilleure solution en terme d'adaptation de sport là on interviendra effectivement » « si on doit intervenir dans le sens où la personne a besoin de renseignements sur comment elle pourra accéder à ce sport sur éventuellement le déplacement »

Tableau 4: Citations des ergothérapeutes à propos de la collaboration

En effet pour E1 le travail autour de la reprise d'une activité sportive d'un patient se fait « seul non, en collaboration oui ». Toutes les trois évoquent la notion d'équipe pluridisciplinaire et pour E3 nous avons « notre place dans cette réflexion de projet (...) parce qu'on fait partie de

l'équipe qui entoure le patient et qui l'accompagne ». De même que E1 qui indique « l'ergo a toute sa place parce qu'on est une équipe de toute façon »

E2 indique « en collaboration avec les kinés, en collaboration avec les moniteurs APA ». Cette collaboration se fait donc notamment avec les moniteurs APA, les kinésithérapeutes et les orthoprothésistes. Ces professionnels sont évoqués plusieurs fois dans le discours des ergothérapeutes ; le mot « APA » revient 22 fois, l'appellation « kiné » revient 4 fois et le métier d' « orthoprothésiste » est évoqué 8 fois. Cela montre leurs grandes importances en ce qui concerne l'activité sportive.

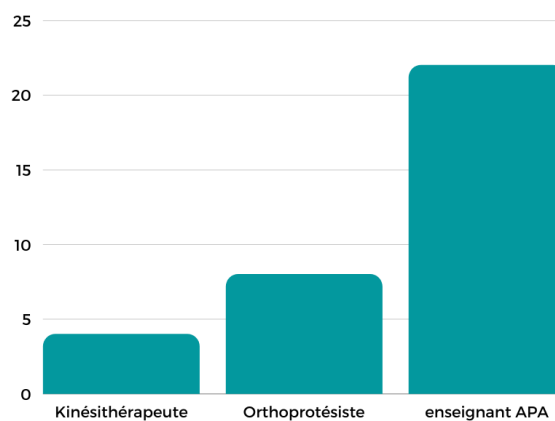


Figure 2: Graphique de l'occurrence des métiers dans les entretiens des ergothérapeutes

Pour E2, lorsqu'elle évoque les APA « ces professionnels-là sont spécialistes de ça mais ça les empêche pas de nous faire appel pour la partie ergo pure qui est l'adaptation parce que ça ils ne le font pas ». Ainsi elle exprime que chaque professionnel avec ses spécificités a son rôle à jouer.

On peut retenir de ces trois entretiens auprès d'ergothérapeutes l'importance de la collaboration pluridisciplinaire. En effet, la réflexion autour de la reprise d'une activité sportive est une réflexion qui se fait en équipe et avec le patient car chacun, avec ses différents domaines de compétences, peut apporter sa pierre à l'édifice. Le patient et son projet sont complexes et sont à prendre en globalité c'est pourquoi il est important que les professionnels collaborent et apportent chacun leurs compétences professionnelles pour une prise en charge complète et satisfaisante.

Pendant cette collaboration de l'équipe professionnelle et le rôle de chacun dans ce projet peut différer en fonction des centres.

En effet, d'après E1 « ça dépend des centres de rééducation (...) des vocations de l'ergo dans un service de rééduc c'est de se batailler un peu pour effectivement qu'on ait une reconnaissance de ce handisport ». Elle ajoute « c'est déjà très organisé (...) on a déjà tout un process donc on n'a pas besoin de démarcher pour aller vers cette activité-là »

Pour E2, l'implication de l'ergothérapeute est « spécifique à chaque centre » et dépend de « l'organisation du centre et de la place de chaque professionnel ». Elle exprime que « selon les centres moi je pense qu'on a des organisations de travail complètement différentes et puis selon aussi quelle place on se donne en fait dans notre activité ». Et ajoute « la collaboration sur une activité sportive elle est aussi ponctuelle (...) ils vont nous interpeller de façon hyper ponctuelle sur un sujet donné où ils ont pas la solution d'accessibilité »

Cette notion de différence d'organisation est également évoquée par E3 « c'est une question d'organisation » « toutes les professions ont leurs interventions et leurs idées à donner donc c'est une organisation ».

On peut donc voir que l'implication de l'ergothérapeute est personnelle et peut venir de l'intérêt des ergothérapeutes et de leurs motivations à s'impliquer dans ce projet. En effet, en tant qu'ergothérapeute nous avons des champs d'interventions larges et nous pouvons en privilégier certains en fonction de nos domaines d'intérêt personnel et ainsi, en quelque sorte, spécialiser notre intervention sur certains domaines de vie. Cette réflexion est intéressante et peut être reliée à la notion de signifiante qui peut également jouer un rôle du côté de l'ergothérapeute et de son implication ou non dans la reprise de l'activité sportive de son patient. Le rôle de l'ergothérapeute dépendra également de l'organisation du centre dans lequel il travaille.

De plus, l'implication de l'ergothérapeute dépend de sa façon de percevoir l'activité sportive. Pour E1, « c'est une activité signifiante » ce qui justifie pour elle son implication dans les processus de reprise et son intérêt pour « la reconnaissance de l'importance de l'handisport comme activité signifiante. ». Dans ce sens, E2 explique « pour moi l'activité physique fait partie d'une activité de vie quotidienne au même titre qu'une activité comme la pratique de la musique ou comme la lecture, comme tout le reste ».

Mais cette implication des ergothérapeutes dans le processus d'accompagnement de la reprise du sport dépend également du centre dans lequel ils travaillent, de l'organisation mise en place et des autres professionnels. En effet, dans les centres de E1 et E2 tout ce qui concerne l'adaptation du matériel est géré par l'ergothérapeute or, dans le centre de E3, ce domaine est désormais géré par l'orthoprothésiste. Cependant elle précise que « on trouvera toujours notre place qu'importe la pratique que le patient souhaite » et « on interviendra effectivement si on

peut être demandé » par exemple, si « la personne a besoin de renseignements sur comment elle pourra accéder à ce sport ». Cette notion de demande venant du patient nous permet de rebondir sur une des paroles de E2 « selon les priorités du patient et selon du coup si c'est plus ou moins signification bah on s'y attèlera plus ou moins tôt dans la prise en charge » qui nous rappelle que cette collaboration est avant tout à effectuer avec le patient car c'est à lui de définir ses objectifs.

En conclusion, l'accompagnement autour de la reprise de l'activité sportive d'un patient est une réflexion pluridisciplinaire en équipe et la place que l'ergothérapeute a dans celle-ci dépend de l'organisation du centre dans lequel il travaille mais également de sa motivation et de ses centres d'intérêts personnels.

2.2.2.3. Impact sur le patient

E1	« C'est évident que un patient qui va avoir pour activité signifiante le sport ça va être un vrai facteur de rebondissement pour lui d'arriver à s'investir là-dedans du coup » « à partir du moment où ils vont réussir à réinvestir l'activité physique adaptée ils auront dépassé déjà un certain nombre des limites du handicap donc ils vont aller mieux dans leur tête et donc mieux de façon générale, je le mettrai plus comme ça que sur l'indépendance directement »
E2	« moralement ça a un impact sur les gens on le sait la motivation » « c'est vrai que si on permet à la personne de retrouver, de reprendre l'activité bah ça donne confiance, ça donne confiance aussi en l'autre ou en son thérapeute » « qu'est-ce qu'on entend par reprise d'activité sportive, reprise telle que la personne a pratiquée dans son club ou est-ce que justement la reprise de l'activité c'est la mise en situation avec un APA ou l'ergo » « ils en sont pas à ce stade de reprise d'activité antérieure ou en tout cas dans un milieu ordinaire » « c'est pas forcément l'activité pratiquée comme le souhaite la personne (...) on est quand même dans un cadre donné »
E3	« si on répond positivement à la demande d'un patient sur son projet personnel forcément sa motivation et toute la volition qu'il va mettre dans son projet de rééducation et de réadaptation va découler de ça » « il sera plus ouvert à réfléchir à comment arriver à ses objectifs »

Tableau 5: Citations des ergothérapeutes concernant l'impact de la reprise sportive sur le patient

La reprise de l'activité sportive est donc un objectif que le patient se fixe, mais on peut se demander l'impact que peut avoir la prise en compte de ce projet pour lui.

D'après E3 « si on répond positivement à la demande d'un patient sur son projet personnel forcément sa motivation, toute la volition qu'il va mettre dans son projet de rééducation va découler de ça ». Cette notion de motivation est également évoquée par E2 qui exprime que « moralement ça a un impact sur les gens on le sait, la motivation du coup sûrement aussi ». De plus, elle indique « reprendre l'activité bah ça donne confiance, ça donne confiance aussi en l'autre ou en son thérapeute ». Ainsi, outre l'impact positif sur le patient, l'activité sportive peut

également aider pour une bonne relation thérapeutique. Pour E1 l'activité physique inspire la résilience et agit comme un « facteur de rebondissement pour lui d'arriver à s'investir là-dedans ». Pour elle, les aider à réinvestir l'activité physique c'est augmenter leur bien-être car grâce à cela « ils auront dépassé déjà un certain nombre des limites du handicap donc ils vont être mieux dans leur tête et donc mieux de façon générale ». Par ailleurs, E3 indique que de ce fait le patient « sera plus ouvert à réfléchir à comment arriver à ses objectifs »

Concernant le terme de reprise sportive E2 indique « qu'est-ce qu'on entend par reprise d'activité sportive, reprise telle que la personne a pratiquée dans son club ou est-ce que justement la reprise de l'activité c'est la mise en situation avec l'APA ou l'ergo » et ajoute « c'est pas forcément l'activité pratiquée comme le souhaite la personne (...) on est quand même dans un cadre donné ».

Pour ces trois ergothérapeutes la reprise de l'activité physique apparaît donc comme source de motivation et de confiance pour la personne amputée. Elle augmente également la volition, terme en lien avec le modèle de l'occupation humaine pour désigner la motivation à agir. De plus cette activité les aide à rebondir et à surpasser certaines limites du handicap. Elle serait donc facteur de résilience. Cependant, E2 soulève l'idée que cette reprise est nuancée et peut être très différente, du moins durant la rééducation, de ce qui est réellement l'activité signifiante du patient.

Cependant cet avis reste subjectif et pour réellement comprendre l'apport de la reprise de l'activité sportive pour les personnes amputées nous allons maintenant analyser leurs réponses.

2.2.3. Analyse du contenu des entretiens de personnes amputées

2.2.3.1. Besoin de retour activité signifiante, motivation :

PA1	« Je vivais sport à ce moment-là euh quand j'étais gamin je faisais plus de dix heures de sport dans la semaine donc j'étais toujours au sport » « il fallait que je retrouve ça » « on se dit bah si je veux pouvoir aller au sport il faut que je réussisse à plus avoir mal ou à pouvoir mobiliser moi mon bras gauche » « c'était ma motivation oui, chacun a ses motivations moi je sais que ça, fallait absolument au départ que j'y arrive pour ça »
PA2	« Ça me paraissait naturel de continuer le sport » « je suis sportif dans la tête quoi »
PA3	« J'ai toujours trouvé mon équilibre dans le sport clairement »
PA4	« J'étais très sportif » « quand on prend du sport en compétition bah forcément on a envie de se surpasser donc du coup ça motive et ça donne envie d'aller plus loin » « moi j'ai fait mon deuil alors que ma jambe était encore accrochée à mon corps. Donc du coup c'est

	pour ça que dès que l'amputation a été faite euh la semaine qui suivait il fallait que je trouve un sport » « j'ai toujours été très très actif »
PA5	« passé de footballeur » « je faisais beaucoup de football à un niveau qui était pas trop mal » « je faisais beaucoup de vélo » « moi je concevais pas l'amputation sans le sport »

Tableau 6: Citations des PA sur l'importance de l'activité sportive pour eux

Toutes les personnes interrogées expriment l'importance de l'activité sportive dans leur vie.

PA1 « je vivais sport »

PA3 « j'ai toujours trouvé mon équilibre dans le sport »

PA4 « j'étais très sportif » « j'ai toujours été très très actif »

PA5 « je faisais beaucoup de football »

Pour eux le sport est une activité importante qui occupe une grande partie de leur vie, ce qui montre la signifiante. Perdre cette activité était pour eux inenvisageable et elle est alors devenue une source de motivation comme l'exprime PA1 « on se dit bah si je veux pouvoir aller au sport il faut que je réussisse à plus avoir mal ou à pouvoir mobiliser mon bras gauche (...) c'était ma motivation oui (...) fallait absolument au départ que j'y arrive pour ça ! ». Quant à la notion de motivation PA4 indique « quand on prend du sport en compétition bah forcément on a envie de surpasser donc du coup ça motive »

Etant donné l'importance de l'activité sportive il fallait que ces personnes retrouvent leurs sensations, comme l'exprime PA4 « dès que l'amputation a été, la semaine qui suivait il fallait que je retrouve un sport », PA5 « je ne concevais pas l'amputation sans le sport » ou PA1 « il fallait que je retrouve ça ». Pour PA2 quant à lui c'était « naturel de continuer le sport ».

L'activité sportive est donc signifiante pour ces personnes et il était naturel et nécessaire pour eux de reprendre cette activité après leur amputation. Ce besoin de retrouver l'activité était essentiel et leur a servi de source de motivation.

La reprise de cette activité signifiante, pour PA2 lui a « apporté beaucoup » ainsi que pour PA3 qui dit « ça m'a beaucoup apporté sur le plan moral ». Cette reprise a donc aussi un impact psychologique que nous allons étudier plus en détail dans le paragraphe suivant.

2.2.3.2. Apport psychologique

PA2	« Ça m’a apporté beaucoup parce qu’en fait bah en sortant de l’hôpital genre 15 jours après j’étais sur un fauteuil de basket » « ça m’a permis de rebondir plus vite je pense » « ça m’a fait du bien psychologiquement et également physiquement »
PA3	« J’ai eu du mal à me remettre de l’accident moralement et mentalement et à partir du moment où déjà on m’a mis une prothèse pour pouvoir courir et reprendre le sport ça allait mieux » « ça m’a apporté beaucoup sur le plan moral » « ça m’a permis de découvrir des choses que j’aurais peut-être pas découvert sinon »
PA4	« ça m’a littéralement permis de réexister c’est un peu fort mais c’est le cas en fait ça m’a permis d’évacuer »
PA5	« un bien-être on a l’impression d’être comme les autres » « ça vous permet déjà aussi de vous vider la tête » « ça vous permet de vous réintégrer dans la vie et de pas se sentir souvent à l’écart quoi » « le sport vous permet de se sentir bien et si on se sent bien on s’adapte » « le sport c’est ouais c’est ça vous permet de vous libérer »

Tableau 7: Citations des PA à propos de l’apport psychologique de l’activité sportive

Pour PA2 la reprise d’une activité sportive lui « a permis de rebondir plus vite ». Pour PA3 cette reprise « a permis de découvrir des choses que je n’aurais pas découvert sinon » de plus il exprime « j’ai eu du mal à me remettre de l’accident moralement et mentalement et à partir du moment où déjà on m’a mis une prothèse pour pouvoir courir et reprendre le sport ça allait mieux ». PA4 quant à lui exprime que le sport lui « a littéralement permis de réexister » ainsi que lui « a permis d’évacuer ».

D’après PA5 cela lui a apporté « un bien-être » et lui a permis de se « vider la tête », il indique aussi : « ça vous permet de vous réintégrer dans la vie et de pas se sentir souvent à l’écart ». De plus il rajoute « le sport nous permet de se sentir bien et si on se sent bien on s’adapte (...) le sport ça vous permet de vous libérer »

On voit ici que cette reprise a un réel impact psychologique et a permis une certaine résilience en les aidant à surpasser le handicap et à évacuer l’accident. La reprise du sport, en tant qu’activité signifiante, apporte un réel apaisement moral et un bien-être.

Par ailleurs PA2 indique « ça m’a fait du bien psychologiquement et également physiquement », et PA5 « vous allez être mieux physiquement vous allez être mieux mentalement » ce qui permet de rebondir sur l’apport physique de la pratique sportive.

2.2.3.3. Apport physique

PA2	« l'épanouissement physique et sportive » « ça m'a permis de mieux savoir manipuler le fauteuil »
PA3	« Quand tu pratiques un sport en béquilles bah du coup c'est plus facile de faire des béquilles enfin j'en profite » « le problème c'est que si on se muscle pas régulièrement et tout ça crée des déséquilibres facilement dans le corps » « une activité physique régulière ça a quand même un impact sur tout le reste »
PA4	« ça m'a réveillé physiquement »
PA5	« le vélo m'a apporté beaucoup (...) je me musclais beaucoup et le fait d'être musclé j'ai quand même soulagé pas mal mon genou » « ça permet aussi de se remuscler ce qui est très important euh si vous faites du sport vous allez vous remuscler donc vous allez être mieux vous allez être mieux physiquement vous allez être mieux mentalement c'est tout un ensemble » « ça me permet de pouvoir être tout seul » « vous vous musclez donc du coup vous avez pas besoin d'aide (...) si vous tombez vous avez pas besoin d'aide pour vous relever » « le fait de faire du sport ça vous aide dans pouvoir vous déplacer plus longtemps » « vous pouvez porter des choses lourdes » « le sport ça vous ouvre à plein de choses » « vous permet de vous maintenir en forme » « le sport ça me permet aussi de pouvoir marcher en béquilles » « je suis musclé des bras et de la jambe ce qui me permet de pouvoir monter et faire ce que je veux quoi »

Tableau 8: Citations des PA à propos de l'apport physique de l'activité sportive

Pour PA2 l'activité sportive aboutit à « l'épanouissement physique et sportif ». PA4 décrit la reprise de l'activité sportive comme quelque chose qui l'a « réveillé physiquement ».

PA5 quant à lui dit que « ça vous permet de vous maintenir en forme » et rajoute « de se remuscler ce qui est très important ». Le fait de se remuscler par l'activité physique est bénéfique pour l'indépendance au quotidien de la personne. En effet pour PA5 « je suis musclé des bras et de la jambe ce qui me permet de pouvoir monter et faire ce que je veux » et PA3 indique aussi « le problème c'est que si on ne se muscle pas régulièrement et tout ça créé des déséquilibres facilement dans le corps ».

De plus pour PA2 « ça m'a permis de mieux savoir manipuler le fauteuil » ce qui est un atout pour son indépendance. Cette même idée est évoquée par PA3 et PA5 concernant les béquilles : « quand tu pratiques un sport en béquille bah du coup c'est plus facile de faire des béquilles enfin j'en profite » (PA3), « le sport ça permet aussi de pouvoir marcher en béquilles » (PA5).

Ce bénéfice au quotidien est évoqué par PA5 sur de nombreux autres points « ça permet de pouvoir être seul (...) si vous tombez vous n'avez pas besoin d'aide pour vous relever (...) de pouvoir se déplacer plus longtemps (...) porter des choses lourdes ». Dans ce sens, PA3 indique « une activité physique régulière ça a quand même un impact sur tout le reste » et PA5 « le sport ça vous ouvre à plein de choses ».

L'impact de la reprise de l'activité sportive n'est donc pas que psychologique mais aussi physique. Le sport aide, non seulement l'esprit à se surpasser mais aussi le corps à se réveiller. Les bénéfices de la reprise sont multiples et sont visibles au quotidien pour ces personnes. On voit que l'activité sportive leur permet de développer une musculature qui leur est essentielle et bénéfique pour de nombreuses choses du quotidien, notamment leurs déplacements, et que cela leur permet une plus grande indépendance. Grâce à l'activité sportive ils se sentent en capacité de faire davantage de choses et cela est bénéfique d'un point de vue psychologique.

2.2.3.4. Apport social

PA1	« On relativise sur le handicap parce que quand on est jeune handicapé entre guillemets et que euh on est avec d'autres handis (...) quand on arrive dans un club, un vrai club handisport c'est que des handis où les trois quarts sont des handis qui eux vivent avec ce handicap permanent donc ça apprend aussi à relativiser et à voir d'autres personnes dans la même situation, la façon dont eux ils le vivent et à échanger avec eux c'est ça aussi qui est important »
PA2	« Je me suis fait tout un réseau de copains »
PA3	« Le fait de rencontrer des personnes qui ont des cas similaires au sien c'est sûr que ça peut ça t'apporte du courage »
PA4	« Et en plus étant donné que c'est du handisport j'étais qu'avec des handicapés donc avec des personnes qui avaient rencontré des difficultés un peu comme les miennes » « beaucoup beaucoup d'échanges et de la compréhension » « c'est vrai que certaines personnes peuvent, même s'ils sont bienveillants elles peuvent pas forcément comprendre alors qu'une personne qui a vécu un accident comme le sien ça aide »
PA5	« vous avez l'impression de vous rapprocher on va dire entre guillemets des valides » « vous faites partie d'un groupe » « ça permet de discuter ça permet bah de dédramatiser » « on peut mélanger des valides et des invalides (...) ça permet de réunir tout le monde et puis ça permet aussi les gens ont un regard sur l'handicap qui est assez bizarre donc du coup ça permet de casser un peu les lignes en disant bah voilà c'est pas parce que je suis handicapé que je peux pas faire beaucoup de choses »

Tableau 9: Citations des PA à propos de l'apport social de l'activité sportive

Au-delà de l'apport physique et psychologique, les entretiens ont pu mettre en évidence un bénéfice social à cette reprise d'activité sportive. En effet cela leur permet de créer des liens comme évoquent PA2 « je me suis fait tout un réseau de copains » et PA5 « vous faites partie d'un groupe ».

Pour PA4 ces liens lui apportent « beaucoup d'échanges et de la compréhension » et il ajoute « une personne qui a vécu un accident comme le sien ça aide », cette idée est aussi exprimée par PA5 qui dit que cela lui « permet de discuter (...) de dédramatiser ». Cette notion de

dédramatisation est aussi évoquée par PA1 « ça apprend aussi à relativiser et à voir d'autres personnes dans la même situation, la façon dont eux ils le vivent et échanger avec eux c'est ça aussi qui est important ». Comme le dit PA4 « j'étais qu'avec des handicapés donc qu'avec des personnes qui avaient rencontré des difficultés un peu comme les miennes ». Pour PA3 « le fait de rencontrer des personnes qui ont des cas similaires au sien c'est sûr que ça t'apporte du courage »

Cependant, pour PA5 il n'y a pas que cet intérêt de rencontre avec des personnes dans des situations similaires. Pour lui le sport permet « de réunir tout le monde (...) mélanger des valides et des invalides ». Et cela « permet de casser un peu les lignes en disant bah voilà c'est pas parce que je suis handicapé que je peux pas faire des choses ». On comprend ici l'impact fondamental du sport qui réunit et qui, comme évoque PA4, leur donne « l'impression d'être comme les autres (...) l'impression de vous rapprocher on va dire entre guillemets des valides ».

L'impact social de la reprise de l'activité sportive est donc bien réel et participe également à l'acceptation du handicap. On voit que le sport leur permet d'échanger avec d'autres personnes en situations de handicap et que cela les aide à accepter le leur et à relativiser, ce qui aura donc un impact sur leur moral. On peut voir également que l'activité sportive permet de casser les barrières que le handicap peut instaurer entre les personnes valides et invalides. Pour eux le sport a une notion de normalité et leur permet de se sentir comme les autres.

2.2.3.5. Les douleurs du membre fantôme

Deux des personnes amputées interrogées ont spontanément évoqué les douleurs du membre fantôme.

PA4	« Je n'avais pas de douleur fantôme et à partir du moment où j'ai vu mon pied dans le miroir ça m'en a déclenché » « elles ont disparu avant de reprendre le sport, ça a été plus un travail psychologique »
PA5	« j'ai été très réceptif à tout ce qui a été le miroir » « j'ai très peu de douleurs fantômes » « moi j'ai surtout des douleurs fantômes quand j'enlève ma prothèse, pas tant que je suis avec ma prothèse et que je suis debout »

Tableau 10: Citations des PA sur les douleurs du membre fantôme

Les deux personnes ont bénéficié de la thérapie miroir mais celle-ci a eu des conséquences différentes, pour PA4 « je n'avais pas de douleur fantômes et à partir du moment où j'ai vu mon

« pied dans le miroir ça m'en a déclenché », alors que PA5 quant à lui indique « j'ai été très réceptif à tout ce qui a été le miroir ».

Actuellement PA4 indique que « elles ont disparu avant de reprendre le sport, ça a été un travail psychologique ». Et PA5 exprime « j'ai très peu de douleurs fantômes » et précise « j'ai surtout des douleurs fantômes quand j'enlève ma prothèse. »

Il est intéressant de voir comment la miroir thérapie peut avoir des conséquences totalement différentes entre les personnes. En effet elle peut aussi bien déclencher les douleurs fantômes que les apaiser. On voit que pour PA5 l'utilisation de la prothèse protège la survenue des douleurs. On peut alors se demander si c'est la prothèse en elle-même qui a cet effet là (par appuis) ou si c'est le fait qu'elle permet à la personne d'être en mouvement et que cela diminue les DMF.

2.2.3.6. Prise en charge ergothérapique

PA1	« Oui oui bah je suis toujours en contact avec mon ergo d'ailleurs » « c'est elle aussi qui m'a dit que y'avait ça et qui m'a un peu poussé à y retourner, bon elle a pas eu grand mal non plus mais c'est elle qui m'a présenté un peu le contexte et qui m'a fait voir aussi que y'avait des clubs handisport qui existaient »
PA2	Pas d'ergothérapeute. « Non »
PA3	Pas d'ergothérapeute. « C'est surtout des kinés à qui j'avais affaire pas vraiment des ergo »
PA4	« Transfert d'appuis » « Après j'ai aussi pu faire la thérapie miroir » « c'est les ergos qui m'ont d'abord donné un fauteuil roulant avec un repose moignon » « c'est tout ce qui est équipement ça vient d'eux » « Alors au foot non y'a pas eu d'adaptation c'est des béquilles simples » « elle était à fond derrière moi d'ailleurs c'était une des seules personnes qui me poussait à en faire plus »
PA5	« l'ergothérapeute quand j'ai commencé à faire du ping-pong m'a expliqué comment me comporter où me mettre (...) il m'a apporté plein de petites choses comme ça que j'aurais mis peut-être j'aurais découvert mais j'aurais mis longtemps comment bah comment m'asseoir, déjà les positions » « c'est surtout les positions comment se comporter » « c'est l'ergothérapeute qui vous qui les premiers moulages qui sont pris pour avoir une emboiture pour essayer des genoux c'est l'ergothérapeute qui vient vous voir qui regarde comment vous vous sentez qui dit tient là on peut améliorer alors il est toujours en relation avec le prothésiste (...) ils sont trois alors vous avez le kiné, l'ergo et puis le prothésiste » « je crois que le mieux qui comprend c'est l'ergo » « des fois vous avez du mal à transmettre ce que vous ressentez et puis euh l'ergothérapeute comprenait très bien cette partie-là »

Tableau 11: Citations des PA à propos de leur ergothérapeute

Au niveau de la prise en charge ergothérapique de leurs différents parcours, seulement trois personnes sur cinq ont bénéficié d'une prise en soins en ergothérapie durant leur séjour en centre de rééducation.

En ce qui concerne leurs équipements PA4 indique « l'équipement ça vient d'eux ». Au niveau du positionnement, l'ergothérapeute de PA4 a travaillé sur « les transferts d'appuis » et celui de PA5 sur « les positions » et lui a expliqué « comment se comporter ». Son ergothérapeute a également travaillé sur son équipement comme il l'explique « il fait les premiers moulages (...) regarde comment vous vous sentez, qui dit tient là on peut améliorer ». L'ergothérapeute a donc eu un rôle d'expert dans l'équipement et le positionnement. PA4 indique « après j'ai aussi pu faire la thérapie miroir ».

De plus, PA1 indique « c'est elle qui m'a dit que y'avait ça et qui m'a un peu poussé à y retourner (...) c'est elle qui m'a présenté un peu le contexte et qui m'a fait voir aussi que y'avait des clubs d'handisport qui existaient ». Dans ce sens, PA4 exprime aussi « elle était à fond derrière moi d'ailleurs c'était une des seules personnes qui me poussait à faire plus ». PA5 indique « il m'a apporté plein de petites choses » et ajoute « le mieux qui comprend c'est l'ergo ».

Concernant l'adaptation sportif PA4 indique « au foot non y'a pas eu d'adaptation c'est des béquilles simples ».

En somme, on peut retrouver les différents items évoqués par les ergothérapeutes lors de leurs entretiens, à savoir : l'adaptation, le positionnement et le conseil. Cependant, les cinq personnes interrogées n'ont pas eu besoin de beaucoup d'adaptation pour pouvoir reprendre le sport. De ce fait l'ergothérapeute n'a pas joué un rôle aussi important, concernant la reprise de l'activité sportive, que ce que les ergothérapeutes avaient pu décrire lors de leurs entretiens.

2.3. Discussion

2.3.1. Limites et biais identifiés

Après avoir retranscrit et analysé mes entretiens, j'ai pu identifier certaines limites et biais.

Tout d'abord, malgré une préparation méticuleuse des questions, des thèmes à aborder et des relances, je n'ai pas suffisamment réussi à rebondir et la durée de mes entretiens était donc relativement courte. Cela n'a pas été très problématique en ce qui concerne les entretiens auprès des ergothérapeutes étant donné que j'ai tout de même pu recueillir des informations précises et riches. Cependant, je me suis rendue compte que je n'avais pas d'informations suffisantes à la suite de mes deux premiers entretiens avec les personnes amputées (nombre d'entretiens prévus au départ) car je n'avais pas suffisamment relancé sur les points importants que je voulais aborder. Suite à quoi j'ai recherché d'autres personnes à interroger pour compléter mon recueil de données et j'ai donc interrogé trois autres personnes amputées.

De plus, concernant cette population, il aurait pu être intéressant qu'elle soit plus hétérogène avec des niveaux d'amputation variés et pas uniquement des personnes présentant une atteinte au membre inférieur. En effet, une amputation au membre supérieur requiert une prise en charge ergothérapique différente avec éventuellement plus d'adaptations nécessaires pour l'activité sportive. Il aurait donc été très intéressant d'avoir également des informations concernant cette pratique.

Par ailleurs, du fait de la situation sanitaire actuelle les entretiens n'ont pas pu se dérouler en face à face mais uniquement par téléphone. De ce fait, je n'avais qu'un retour verbal à mes questions alors que les réactions non-verbales auraient pu également être très intéressantes notamment pour rebondir ou pour mieux cerner d'éventuelles incompréhensions.

Enfin, il a pu exister lors des entretiens un biais lié à mes convictions personnelles lors de mes tournures de questions et de relances. Cela a pu influencer les réponses de mes interlocuteurs en faveur de mes hypothèses.

2.3.2. Retour sur hypothèse

L'objectif de ce travail de recherche était de répondre à la question « **En quoi l'activité sportive, lorsqu'elle est signifiante pour la personne amputée, peut-elle être à la fois vecteur de résilience et un atout dans la rééducation en ergothérapie ?** »

Suite à l'analyse de ces différents entretiens, il convient de vérifier les hypothèses évoquées en première partie et qui sont :

Hypothèse n° 1 : La pratique d'une activité sportive signifiante par la personne amputée est un atout au quotidien car elle augmente le bien-être, la sociabilisation et facilite l'acceptation du handicap.

Hypothèse n°2 : Les ergothérapeutes ont un rôle dans la reprise sportive de leurs patients et celle-ci peut être un atout dans leur rééducation car elle favorise l'indépendance.

Le cadre théorique étudié en première partie allait déjà dans le sens de ces hypothèses mais elles vont maintenant être discutées au regard également des entretiens et de leur analyse.

2.3.3. Conclusion de l'enquête

Concernant l'hypothèse n°1 à savoir :

La pratique d'une activité sportive signifiante par la personne amputée est un atout au quotidien car elle augmente le bien-être, la sociabilisation et facilite l'acceptation du handicap.

Notons que les réponses des personnes amputées et des ergothérapeutes lors des entretiens vont dans le même sens que les idées évoquées dans le cadre théorique.

Tout d'abord, les différents protagonistes interrogés, ergothérapeutes et personnes amputées, ont évoqué la notion de « rebond » permis par la reprise de l'activité sportive après l'amputation. « ça m'a permis de rebondir plus vite » (PA2). En effet, comme évoqué dans le cadre théorique, l'activité sportive est un outil de résilience. Le psychologue et spécialiste en neurosciences Hubert Ripoll exprime « Le sport est un extraordinaire terrain de résilience. Il permet à la personne handicapée de se réapproprier les potentialités de son corps, de s'accomplir dans une démarche de progrès, d'affirmer sa singularité de sportif, de restaurer l'estime de soi et la confiance » (RIPOLL, 2016, p.60). Outre le fait que le sport permet de se

« restructurer » (TESTARD-VAILLANT, 2013) il permet aussi d'évacuer et de se « vider la tête » (PA5). Déjà dans le cadre théorique des témoignages faisaient part de ce sentiment de bien-être procuré par l'activité sportive, et cela a été confirmé lors des entretiens. La notion de **bien-être**, et les sensations associées, reviennent à plusieurs reprises dans le discours des personnes amputées, ainsi que dans celui des ergothérapeutes. « Mieux dans leur tête » (E1).

Une autre notion revient régulièrement dans le discours des personnes amputées et confirme ce qui a été décrit dans le cadre théorique : l'aspect social. En effet, la littérature avait décrit l'activité sportive comme un atout social « favorise les interactions et les expériences sociales » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019). Cela n'a pu qu'être vérifié par les paroles des personnes amputées. Ils évoquent tous cet aspect de groupe, de réunion qui leur permet de discuter, d'échanger sur leur parcours et surtout de dédramatiser. Ici, l'activité sportive augmente donc la **sociabilisation** et est en lien avec le bien-être ressenti. Cette sociabilisation est également en lien avec la résilience « chez eux, la résilience a une dimension sociale et passe par le partage » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019).

Cette notion de réunion existe également avec les valides. Cela est en cohérence avec l'idée, décrite dans le cadre théorique, supposant que l'activité sportive permet de se sentir comme les autres et de casser les barrières du handicap. Cela est évoqué par les ergothérapeutes « ils auront déjà dépassé un certain nombre des limites du handicap » (E1) et aussi par les personnes amputées « ça permet de casser les lignes en disant bah voilà c'est pas parce que je suis handicapé que je peux pas faire les choses » (PA5). Dans la littérature on retrouve « le sport (...) peut les aider à sortir du « ghetto du handicap » » (CYRULNIK B. BOUHOURS P, 2019, p.101). Cette notion ajoutée à l'idée évoquée précédemment que cela aide à rebondir, montre que la reprise de l'activité sportive faciliterait l'**acceptation du handicap**.

Les douleurs des membres fantômes étaient évoquées dans le cadre théorique comme en lien avec le ressenti de bien-être de la personne et le sport était supposé avoir un impact bénéfique sur ces douleurs. J'avais ensuite, dans l'élaboration de mes hypothèses et de mes grilles d'entretiens décidé de ne pas les évoquer. Cependant, comme deux des protagonistes les ont évoquées je trouve intéressant de faire un retour. En effet, on remarque que pour PA5 l'utilisation de la prothèse empêche la survenue de douleur.

Cette confrontation entre cadre théorique et entretiens ainsi que ces éléments mis bout à bout vont en faveur de la validation de cette première hypothèse. En effet, les protagonistes ainsi que la littérature évoquent un impact positif de l'activité sportive sur le bien-être, la sociabilisation et l'acceptation du handicap.

Concernant l'hypothèse n°2 à savoir :

Les ergothérapeutes ont un rôle dans la reprise sportive de leur patient et celle-ci peut être un atout dans leur rééducation car elle favorise l'indépendance.

De la même façon que le montre la littérature, les entretiens appuient la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la reprise d'une activité sportive chez un patient. En effet, mon cadre théorique soutenait le rôle de l'ergothérapeute dans l'activité physique adaptée et donc notamment l'activité sportive, et je supposais que, en ce qui concerne les patients amputés, son importance principale résidait dans l'adaptation. Les entretiens avec les ergothérapeutes et les personnes amputées vont en faveur de cette supposition. En effet, leur rôle est évoqué concernant le positionnement, l'adaptation et les orthèses. De plus, pour les personnes amputées l'ergothérapeute a eu un rôle motivationnel et de conseiller, ce qui peut être mis en lien avec la notion de tuteur de résilience évoqué dans le cadre théorique

La place des ergothérapeutes est donc bien réelle. Cependant, ce que le retour de terrain a révélé et que le cadre théorique n'avait pas, ou très peu, pris en compte est l'importance de la collaboration. En effet, mon hypothèse porte sur la place de l'ergothérapeute auprès de la personne amputée lors de sa reprise d'activité sportive. Or il aurait été davantage intéressant de l'envisager comme faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire accompagnant le patient. En effet, la notion d'équipe est omniprésente dans le discours des ergothérapeutes et se retrouve dans celui des personnes amputées « ils sont trois le kiné l'ergo et le prothésiste » (PA5).

De plus la littérature indiquait que la reprise sportive présentait de nombreux avantages pour l'ergothérapeute et pour la rééducation qu'il met en place, étant donné que le sport favorise le développement de la masse musculaire et également l'autonomie et **l'indépendance**. Cette idée est soutenue par les personnes amputées lors des entretiens qui démontrent l'impact bénéfique au quotidien du sport pour leur indépendance, notamment au niveau de leurs déplacements. Cependant, pour les ergothérapeutes interrogées cela ne leur semble pas si simple. En effet, il a été mis en lumière que l'activité sportive adaptée proposée durant la rééducation n'était pas forcément la pratique du sport imaginée par les personnes amputées et pas dans leur cadre habituel. L'apport physique peut être alors amoindri comparé à l'apport que peut présenter une pratique sportive hors de rééducation.

En revanche, ce que les ergothérapeutes soutiennent et que l'hypothèse n'avait pas pris en compte est que cela favorise une bonne relation thérapeutique en apportant confiance et motivation ce qui va de pair avec une bonne rééducation. Ici, c'est davantage la considération de l'envie de reprise qui a un impact bénéfique sur la rééducation, que la pratique sportive en elle-même. Cette pratique aide malgré tout, d'après les personnes amputées, à développer leur indépendance mais sans doute davantage après leur sortie du centre de rééducation lorsqu'ils sont de retour à domicile.

Par ailleurs, durant les enquêtes de terrain, j'ai relevé une notion que je n'avais pas imaginée. En effet, selon les ergothérapeutes, le choix de travailler en collaboration sur ce projet de reprise d'activité sportive dépend également des centres d'intérêt de l'ergothérapeute. Cela voudrait donc dire que le sport ne doit pas être signifiant uniquement pour le patient mais également pour le thérapeute ?

Cette hypothèse tend à être validée partiellement. Le rôle de l'ergothérapeute semble réel, mais en ce qui concerne le bénéfice sur l'indépendance et la rééducation les avis sont plus contradictoires. En effet, ces avis diffèrent en fonction du stade de la reprise d'activité dans lequel se trouve le patient.

2.3.4. Piste de réflexion

Ce mémoire d'initiation à la recherche, et plus précisément l'analyse des entretiens, a fait émerger en moi d'autres questionnements et axes de réflexion, portant sur la notion d'activité signifiante.

C'est essentiellement l'entretien avec E2 qui a fait émerger ce nouveau questionnement. En effet, lors de la discussion autour de l'impact de la reprise de l'activité signifiante sur la rééducation, cette dernière évoque « c'est pas forcément l'activité pratiquée comme le souhaite la personne (...) on est quand même dans un cadre donné ». Cela m'a permis de remettre en question la notion principale de mon travail de recherche qui est la reprise de l'activité signifiante.

En effet on peut se demander : **Quand une personne reprend une activité sportive en rééducation, peut-on dire qu'elle a repris son activité signifiante ?**

Je pense que la réponse à cette question repose sur ce qui est réellement signifiant pour la personne : est-ce que ce qui a du sens pour lui c'est le fait de bouger, de jouer en équipe, d'être en extérieur ou est-ce la compétition ? On peut faire beaucoup de suppositions concernant la ou les composantes de l'activités qui ont réellement du sens pour la personne.

Cela peut également nous faire rebondir sur l'importance pour l'ergothérapeute de prendre en compte toutes les composantes de l'activité et de voir ce qui a réellement du sens pour la personne afin de proposer la meilleure adaptation possible de cette activité. Cependant, du fait du bouleversement physique, l'activité sera forcément modifiée donc **existe-t-il réellement un retour à l'activité signifiante ?**

3. Conclusion

D'un point de vue personnel ce mémoire m'a, tout d'abord, permis de développer mon sens de l'analyse ainsi que mes capacités de rédaction. Il m'a également permis d'interroger des ergothérapeutes aux points de vue extrêmement intéressants qui ont accentué ma capacité de réflexion. Cette dernière me sera très utile dans mon futur métier d'ergothérapeute afin d'accompagner au mieux mes patients.

Ce travail de recherche m'a également permis de découvrir des parcours et des témoignages admirables et riches d'enseignements de personnes amputées, qui ont renforcé mon envie de travailler auprès de ce public lors de ma future vie professionnelle.

Concernant cette pratique professionnelle, ce mémoire a renforcé mon intérêt, déjà grand, envers les activités signifiantes et ma conviction de l'importance de les prendre en compte. Cela a également fait émerger mon envie de faire reconnaître l'importance du handisport. De plus, avec les témoignages des ergothérapeutes je n'ai pu que constater la force et l'importance d'un travail pluriprofessionnel. Cette notion d'équipe m'attirait déjà énormément lors de mes différents stages et je souhaite, à l'avenir, développer le plus possible le travail interdisciplinaire lors de ma pratique. En somme, je dirais que ce travail a renforcé mon identité professionnelle.

Par ailleurs, ce mémoire m'a permis de me questionner personnellement sur l'activité sportive et les composantes de cette activité qui ont réellement du sens pour moi. Cela a notamment été renforcé par le contexte sanitaire actuel empêchant la pratique sportive habituelle.

J'ai également abordé le concept de résilience. Ce travail de recherche ne représente qu'une réflexion assez superficielle autour de ce concept qui aurait pu être davantage développé. Mes lectures, notamment du neuropsychiatre Boris CYRULNIK, ont accru mon intérêt pour cette notion et me donnent l'envie de développer davantage mes connaissances sur ce sujet.

Enfin, je souhaite conclure ce travail de recherche avec la citation suivante prenant tout son sens à la suite de ce mémoire :

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

-Nelson Mandela

4. Bibliographie

ADEPA (2021) *ADEPA – Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées*. Disponible sur : <https://www.adepa.fr/> [Consulté le 11/11/20].

ANDRÉ, J.M. et al. (2001) Classification et mécanismes des perceptions et illusions corporelles des amputés. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 44(1), p. 13-18.

ANFE (2021) *Le modèle de l'occupation humaine (MOH) et ses outils validés d'entretien, d'évaluation, d'analyse*. Disponible sur : <https://www.anfemigal.fr/formation-le-modele-de-occupation-humaine-moh-et-ses-outils-valides-entretien-evaluation-analyse> [Consulté le 14/05/21].

ANFE ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES (2021) Réussir l'adaptation des logements à l'ergothérapie.

ARENA, J.G. et SHERMAN, R.A. (1990) The relationship between situational stress and phantom limb pain: cross-lagged correlational data from six month pain logs. *Journal of Psychosomatic Research*, 34.

BERTRAND, Romain (2020) Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : *ErgOThérapies*.

BLAISE JEAN LUC A vos marques, prêts...bougez ! En avant pour une région active et sportive. *EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé publique*.

BORIS CYRULNIK (2020) *J'aime le sport de petit niveau*. le cherche midi. paris.

CHEVET FRANÇOIS (2018) *Prendre soins*. Don quichotte.

CNSA (2020) *L'ergothérapeute*. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lergotherapeute> [Consulté le 14/05/21].

COMPTE, Roy (2010) Sport et handicap dans notre société : un défi à l'épreuve du social. *Empan*, n° 79(3), p. 13-21.

COQUILLON, Antoine (2015) *Ergothérapie * Vers le bien-être au quotidien*. Vers le bien-être au quotidien. Disponible sur : https://www.leoia.fr/?page_id=28 [Consulté le 13/05/21].

CROIZON PHILIPPE, DAL'SECCO Emmanuelle (2014) *Plus fort la vie*. Arthaud poche.

CYRULNIK B. BOUHOURS P (2019) *Sport et Résilience*. Odile Jacob.

DEGACHE, Francis (2015) *Chapitre 10. Apprentissage de nouvelles techniques corporelles en situation de handicap*. Presses Universitaires de France.

DEPIESSE, Frédéric, GRILLON, Jean-Luc et COSTE, Olivier (2009) *Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

EYMARD, Chantal et THUILIER, Odile (2020) *La recherche en sciences paramédicale, (se) former à et par la recherche*. Lamarre.

FORTIN, Marie-Fabienne (2010) *Fondements et étapes du processus de recherches. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation. Montréal.

GAREL, Jean-Pierre (2010) Du corps altéré au corps sportif. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, N° 50(2), p. 107-116.

GIRARD, Suzanne (2021) *Coopération et collaboration au travail, quelle est la différence? | Suzanne Girard, Conseils RH et Coaching | Cabinet de conseils en solutions RH*. Disponible sur : <https://conseilrhcoaching.com/cooperer-et-collaborer-article/> [Consulté le 18/05/21].

HAS (2016) Avis de la CNEDiMTS sur la lame de sport DYNASPORT 1A90.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2019) Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes.

IAN BONHOTE, PETER ETTEDEGUI (2020) *Comme des phoenix : l'esprit paralympique*.

ISABELLE MARCHALOT (2020) Promouvoir l'activité physique : une mission de l'ergothérapeute. 78, p. 7-15.

J.F BOFFA, S.ERHLER (2004) Appareillage et la douleur du membre fantôme: liens et bénéfice chez l'amputé du membre inférieur. Etude auprès de 200 amputés. 21, p. 922-927.

JORF (2010) *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*.

JORF (2016) *Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*.

JUNKER-TSCHOPP (2012) Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité ? Perspectives neuro-psychomotrices. p. 47-53.

LES AMPUTÉS DE GUERRE (2021) Franchir les étapes de la réadaptation. p. 7.

MARCHALOT ISABELLE (2018) Activité physique et affection longue durée. Ergothérapie : une aide à la prescription. ANFE.

MARCHALOT, Isabelle (2018) *Activité physique et ALD. L'ergothérapie : une aide à l'engagement. Livret prescripteurs*. ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

MIHAIL BRAGARU, RIENK DEKKER, JAN H.B. GEERTZEN AND PIETER U. DIJKSTRA (2011) Amputees and Sports, A Systematic Review. *Sports Medicine*, (41), p. 721-740.

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal (2006) Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie. p. 78.

ONAPS (2015) *Définitions - Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité*. ONAPS. Disponible sur : <http://www.onaps.fr/boite-outils-et-ressources/definitions/> [Consulté le 10/12/20].

OPDQ (2008).

PHILIPPE LOUZEAU, NICOLAS DE RAUGLAUDE, et CHRISTOPHE GUILLOU (2018) ADEPA Mag'. Mars 2018.

PIERCE DORIS (2016) *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

R. BERTRAND (2020) Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits. 78, p. 17-29.

RIPOLL, Hubert (2016) *La résilience par le sport*. Odile Jacob. Paris.

SYLVIE MEYER (2013) *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal. Paris.

TATAR Y. (2010) Body image and its relationship with exercise and sports in Turkish lower-limb amputees who use prosthesis. *Science Et Sports*, (25), p. 312-317.

TESTARD-VAILLANT, Philippe (2013) Sport : Voies du plaisir, revers de la douleur. *Science&Santé [magazine papier, ISSN : 2119-9051]*, 2013, N°15, p.22-33.

TIMSIT BONNET (2017) Image corporelle du sujet amputé sportif et non sportif amputé de membre inférieur. *Le Journal de l'Orthopédie*, (63), p. 2932-2933.

TOWNSEND, E. et al. (2002) *Concepts et pratique de l'ergothérapie*.

TOWNSEND, E. et POLATAJKO, H.J. (2008) *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*.

5. Annexes

5.1. Classification de diverses activités physique selon leur valeur en METS

Tableau 2 : Classification de diverses activités physiques selon leur valeur en METS

Activités de faible intensité (< 3 METS)	METS
Billard	2,5
Danse sociale (lente)	2,9
Jardinage (effort léger)	2,5- 3,0
Golf (en utilisant une voiturette)	2,5
Marche d'un pas lent ou modéré (< 5 km/h)	2,5- 3,0
Volley-ball récréatif	2,9
Activités d'intensité modérées (3 - 5 METS)	METS
Badminton récréatif	4,5
Bicyclette, promenade	3,5 - 4,0
Curling	4,0
Danse sociale (disco, carrés, foire, etc)	4,5
Golf (en marchant avec ses bâtons)	4,5
Gymnastique douce, à la maison ou à la piscine	3,5 - 4,0
Jardinage (effort modéré)	4,0 - 5,0
Marche d'un pas rapide (5 - 7 km/h)	3,3 - 5,0
Natation (effort léger)	4,5
Ping-pong	4,0
Taï chi	4,0
Travaux ménagers (effort modéré)	3,0 - 4,0
Activités vigoureuses (> 5,0 METS)	METS
Badminton de compétition	7,0
Basket-ball	8,0 - 8,0
Bicyclette stationnaire (effort léger à modéré)	5,5 - 7,0
Conditionnement physique (effort modéré)	5,5 - 8,0
Conditionnement physique (effort vigoureux)	9,0 - 12,0
Cyclisme, vitesse modérée (16 - 22 km/h)	6,0 - 8,0
Cyclisme, vitesse élevée (22 à 30 km/h)	10,0 - 12,0
Danse aérobique	6,5
Football de compétition	9,0
Handball	12,0
Hockey sur gazon ou sur glace	8,0
Jogging (8 - 10 km/h)	8,0 - 10,0
Judo ou karaté	10,0
Marche d'un pas très rapide (8 km/h)	8,0
Marche en montant (avec une charge < 4 kg)	7,0
Marche en montant (charge de 4,5 à 19 kg)	7,5 - 8,0
Natation (effort modéré)	6,0 - 8,0
Natation rapide ou water-polo	10,0
Patinage sur glace ou sur route	5,5 - 7,0
Planche à roulette	5,0
Racquetball	7,0 - 10,0
Saut à la corde (modéré ou rapide)	10,0 - 12,0
Ski (effort léger à vigoureux)	5,0 - 8,0
Ski de fond (effort léger à vigoureux)	7,0 - 9,0
Soccer	7,0 - 10,0
Squash	12,0
Tennis	5,0 - 8,0
Volley-ball de compétition	8,0

(OPDQ, 2008)

5.2. Guides d'entretien

5.2.1. Entretien exploratoire

Qu'est-ce que l'ergothérapeute vous a apporté dans votre rééducation et dans votre quotidien après l'amputation ?

Qu'est-ce que la pratique d'une activité sportive vous a apporté ?

Est-ce que l'ergothérapeute vous a aidé dans la reprise de votre sport, notamment dans la notion de son accessibilité ?

Qu'est-ce que le fait reprendre une activité que vous tenez à cœur vous a apporté ?

5.2.2. Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes :

Présentation de l'entretien :

Bonjour, tout d'abord je vous remercie de bien vouloir m'accorder de votre temps pour cet échange. Je réalise donc mon mémoire sur le thème de la résilience par l'activité sportive pour les personnes amputées ainsi que le lien avec l'ergothérapie. Mes questions porteront donc principalement sur vos expériences et votre ressentie.

Je tenais à vous rappeler que tout ce qui sera dit lors de cet entretien sera anonymisé et nécessitera votre signature d'un consentement. Je vous rappelle que vous pouvez à tout moment décider de ne pas répondre à une de mes questions ou de m'interrompre pour vous-même m'en poser une. Etes-vous toujours d'accord avec les conditions de cet entretien ? M'autorisez-vous à enregistrer notre échange ?

Si vous n'avez pas de questions supplémentaires on va pouvoir commencer.

Pouvez-vous vous présenter succinctement ?

- Depuis quand êtes-vous ergothérapeute ?
- Dans quelle structure ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de personnes amputées ?

Avez-vous déjà pris en charge des personnes amputées pour qui l'activité sportive était une activité signifiante ?

- Si la personne ne semble pas comprendre précisément les termes de la question : pouvez-vous m'expliquer ce qu'est pour vous une activité sportive et une activité signifiante ?
- Si oui ;

Avec cette question je cherche à connaître l'éventuelle expérience que mon interlocuteur peut avoir eue en lien avec ma thématique de mémoire.

Avez-vous travaillé seul ou en collaboration avec d'autres professionnels sur l'accès à l'activité sportive de ces patients ?

- Thème : rééducation, matériel, aide techniques, contact avec club et association

- Relance : donner un exemple de prise en charge avec un patient

Avec cette question je cherche à questionner plus précisément l'ergothérapeute sur son expérience.

Pensez-vous que les ergothérapeutes ont la légitimité d'investir ce champ avec leurs patients ?

Si réponse brève ;

- Si oui : Comment l'ergothérapeute peut-il intégrer l'activité sportive dans sa prise en charge ?
- Si non : Pourquoi l'ergothérapeute n'est-il pas légitime pour aborder cette activité ?

Avec cette question je cherche à savoir si le lien entre ergothérapie et activité sportive est légitime sur le terrain.

Pensez-vous que la pratique d'une activité sportive puisse avoir un impact sur la prise en charge d'une personne amputée, en ergothérapie ?

- Si réponse brève : En quoi ?

Conclusion de l'entretien :

Je vous remercie pour cet échange et le temps que vous m'avez accordé, je vais donc vous envoyer la feuille de consentement évoqué en début d'entretien. Au revoir.

5.2.3. Guide d'entretien destiné à des personnes amputées :

Présentation de l'entretien :

Bonjours, tout d'abord je vous remercie de bien vouloir m'accorder de votre temps pour cet échange. Je réalise donc mon mémoire sur le thème de la résilience par l'activité sportive pour les personnes amputées ainsi que le lien avec l'ergothérapie. Mes questions porteront donc principalement sur vos expériences et votre ressentie.

Je tenais à vous rappeler que tout sera dit lors de cette entretiens sera anonymiser et nécessitera votre signature d'un consentement. Je vous rappelle que vous pouvez à tout moment décider de ne pas répondre à une de mes questions ou de m'interrompre pour vous-même m'en poser une. Etes-vous toujours d'accord avec les conditions de cet entretien ? M'autorisez-vous à enregistrer notre échange ?

Si vous n'avez pas de questions supplémentaires on va pouvoir commencer.

Pouvez-vous vous présentez ?

- Histoire de l'amputation
- Sport

Cette question me permettra de commencer l'échange et de mieux comprendre le contexte et l'histoire de la personne.

Qu'est-ce que la reprise de l'activité sportive vous a apporté ?

- Sous thèmes à évoquer pour relance : sociabilité, acceptation du handicap, bien être.

Avec cette question je cherche à recueillir le ressenti de la personne vis-à-vis de sa pratique sportive.

Avez-vous été aidé par un ergothérapeute dans votre reprise de cette activité ?

- Si pas connue : savez-vous ce qu'est le rôle d'un ergothérapeute ? (Donner une définition si nécessaire)

Si non : auriez-vous aimé être plus accompagné dans cet objectif ?

Avec cette question je cherche à savoir si la personne a été accompagné et aidé par un ergothérapeute et comment a-t-il perçu cette aide.

Pensez-vous que l'activité sportive a un impact sur le développement de votre indépendance ?

- Redéfinir indépendance si compréhension vague de la question

Conclusion de l'entretien :

Je vous remercie pour cet échange et le temps que vous m'avez accordé, je vais donc vous envoyer la feuille de consentement évoqué en début d'entretien. Au revoir.