



Article Original

Satisfaction des Patients Amputés du Membre Inferieur Porteurs de Prothèses Externes

Satisfaction of patients with amputations of the lower limb with external prostheses in Yaoundé

Handy Eoné Daniel¹, Essi Marie-José², Ngo Nyemb Muriel³, Ntoné Enyimé F⁴, Farikou Ibrahima¹.

RÉSUMÉ

¹ Département de chirurgie et spécialités-FMSB

² Laboratoire de Recherche sur les Hépatites Virales et Communication en Santé – FMSB/UYI

³ Faculté de médecine et de Sciences Biomédicales (FMSB)

⁴ Département de Médecine interne -FMSB

Correspondance: Marie-José Essi,
essimj@yahoo.com

Mots clés : Prothèses, membre inférieur, satisfaction.

Key words: Prostheses, lower limb, satisfaction.

Objectif. Décrire la satisfaction globale des patients amputés du membre inférieur porteurs de prothèses externes à Yaoundé. **Méthodologie.** Une étude transversale descriptive a été menée au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées-Cardinal Paul Émile Leger et au Centre Jamot de Yaoundé sur une période allant du 7 novembre 2016 au 29 mars 2017. Seuls ceux âgés de plus de 5 ans étaient inclus. Les paramètres de la satisfaction physique étaient : autonomie, mobilité, poids de la prothèse, douleur du moignon, plaie du moignon, facilité du port, facilité de l'entretien, dimensions, apparence et coût alors que les paramètres de la satisfaction sociale étaient : acceptation par la famille, vie sexuelle, réintégration au travail ou à l'école et acceptation par l'entourage. **Résultats.** Il a été recruté 77 patients (sex-ratio H/F de 2.85 et moyenne d'âge de 46,02 ans). La prévalence était de 39,44%. L'étiologie principale était traumatique et l'amputation trans-tibiale le siège le plus retrouvé, suivi de l'amputation trans-fémorale. De manière globale, 75,3% des patients appareillés se disaient satisfaits, et 24.7% des patients appareillés étaient insatisfaits. 39% des patients appareillés étaient physiquement insatisfaits et 11% très insatisfaits. Le taux d'insatisfaction était lié au poids, aux contraintes liées au déplacement, aux douleurs et plaies générées par le port de la prothèse, à l'apparence et au prix élevé. Psychologiquement, 26% des patients étaient insatisfaits et jusqu'à 17% très insatisfaits. L'insatisfaction ici était liée à une faible estime de soi malgré l'appareillage et une faible acceptation de la prothèse. Socialement, près de 17% étaient insatisfaits. La prothèse a favorisé une meilleure acceptation familiale et amicale du handicap. Elle a favorisé un retour aux activités courantes, bien que certains aient signalé des problèmes conjugaux et d'autres une perte d'emploi. **Conclusion.** Si la plupart des patients amputés du membre inférieur appareillés sont globalement satisfaits, la satisfaction vis-à-vis de leur prothèse peut encore être améliorée notamment en matière d'apparence, de poids, des contraintes liées au déplacement, de prix, et de qualité de la prothèse.

ABSTRACT

Objective. To describe the level of satisfaction of patients with amputations of the lower limb with external prostheses in Yaoundé...**Methodology.** A descriptive cross-sectional study was carried out at the National Center for the Rehabilitation of Persons with Disabilities-Cardinal Paul Emile Leger and the Jamot Center in Yaoundé from 7 November 2016 to 29 March 2017. Only those over 5 years of age were included. The data collection was carried out using a data sheet inspired by the SAT-PRO. **Results.** 77 patients with prostheses were recruited with an average age of 46.02 years, predominantly male. The prevalence was 39.44%. The main etiology was traumatic and the trans-tibial amputation was the most found, followed by trans-femoral amputation. Overall, 75.3% of patients were satisfied, and up to 24.7% of patients were dissatisfied. 39% of patients were physically dissatisfied and up to 11% very dissatisfied. The rate of dissatisfaction was related to weight, displacement constraints, pain and sores generated by wearing the prosthesis, its appearance and its high price. Psychologically, 26% of patients were dissatisfied and up to 17% were very dissatisfied. Dissatisfaction here was related to low self-esteem despite equipment and poor acceptance of the prosthesis. Socially, nearly 17% were dissatisfied. The prosthesis has favored a better family and friendly acceptance of the handicap. This encouraged a return to routine activities, although some had marital problems and others lost their jobs...**Conclusion.** Although most patients with amputations of the lower limb are globally satisfied with respect to their prosthesis, the satisfaction of patients is not optimal in the sense that criteria still needed to be improved in the same way as appearance, weight, constraints displacement, price, and quality of the prosthesis.

INTRODUCTION

La prothèse externe est un appareillage orthopédique externe destiné à remplacer un membre ou un segment de membre absent[1]. Le contexte actuel est marqué par la recrudescence des accidents de la voie publique et les pathologies vasculaires comme principales causes d'amputation dans les pays en voie de développement[2]. Par conséquent la prothèse externe constitue un moyen privilégié pour compenser les pertes vécues lors d'une amputation[3]. Il devient donc important de connaître le niveau de satisfaction des patients appareillés. De ce fait, la satisfaction d'un patient appareillé est l'opinion de celui-ci résultant de l'écart entre sa perception de la prothèse et ses attentes[4]. Elle implique une expérience vécue par le patient et du fait de son caractère subjectif, elle nécessite d'être décomposée pour être mesurée de façon précise[3]. Le but de ce travail était de décrire le niveau de satisfaction des patients amputés du membre inférieur porteurs de prothèses externes à travers les satisfactions physique, psychologique et sociale à Yaoundé.

MÉTHODOLOGIE

L'étude menée était transversale descriptive sur une durée de 5 mois dans le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile Leger (CNRPH-CPEL) et le Centre Jamot de Yaoundé(CJY). Notre population source était les patients amputés du membre inférieur porteurs de prothèse recrutés dans lesdits centres. Étaient inclus tous les patients appareillés âgés de plus de 5 ans et étaient exclus tout patient appareillé perdu de vue, n'ayant pas achevé l'entretien, décédé, ou n'ayant pas consenti. Par ailleurs, L'échantillonnage était exhaustif et consécutif. La collecte des données se faisait à l'aide d'une fiche technique réadaptée, inspirée du questionnaire SAT-PRO qui a été créé et validé par Bilodeau et collaborateurs en 1999 au Québec [3]. Nous l'avons repartie en 5 thématiques à savoir : Le profil sociodémographique, le profil clinique, les attentes physiques, les attentes

psychologiques, et les attentes sociales. Les interviews ont été faites dans les ménages, au CNRPH-CPEL, au CJY, et via des appels téléphoniques pour les patients qui étaient hors de la ville de Yaoundé au moment de notre étude. Après avoir expliqué aux patients, le but de notre étude, la fiche technique était remplie par le patient ou son accompagnateur dans le cas où le patient était incapable de le faire. La durée de remplissage de la fiche était d'environ 30 à 45 minutes par patient. L'analyse des résultats a été réalisée grâce au logiciel Epi-info version 3.5.4. Les données quantitatives ont été rapportées en moyenne, écart-type, minimum et maximum, puis évalué selon le coefficient Kappa.

RÉSULTATS

360 dossiers de patients amputés du membre inférieurs ont été colligés, parmi lesquels ont été exclus les dossiers des patients aux numéros incorrects ou indisponibles, les patients non porteurs de prothèses, les patients appareillés décédés et les patients non consentants. Ainsi notre échantillon final était de 77 patients amputés de membre inférieur appareillés. La prévalence des patients appareillés dans cet échantillon était de 39,44%. Cet échantillon était majoritairement jeune, la tranche d'âge la plus représentée était de [20-39] ans soit 37,70% dont une moyenne de 46 ans et un sex-ratio de 2.85. L'étiologie principale des amputations était traumatique représenté à 59,74%. L'amputation la plus retrouvée était trans-tibiale représentée à 70,12% ce qui favorisait un nombre élevé de prothèse tibiale.

En ce qui concerne la satisfaction physique, 70,10% des patients appareillés ont retrouvé leur autonomie et 51,90% déclaraient avoir retrouvé une bonne mobilité mais trouvaient le déplacement difficile avec la prothèse (**Tableau I**). Toutefois, certains se plaignaient de plaies et de douleurs du moignon générées par le port de la prothèse 66,2% des patients appareillés disaient que leur prothèse est lourde. 55,9% la trouvaient inesthétique, et 79,2% la trouvaient chère.

Tableau I : Composantes de la satisfaction physique

Classes		n =77	%
Autonomie	-	54	70.10
Mobilité	-	40	51.90
Prothèse lourde	-	51	66.20
Douleur du moignon	-	50	64.90
Plaie du moignon	-	28	36.40
Port facile	-	73	94.80
Entretien facile	-	72	93.50
Dimensions respectées	-	39	50.60
Apparence de la prothèse	Très proche	2	2.60
	Assez proche	32	41.60
	Pas proche	27	35.10
	Pas du tout proche	16	20.80
Coût	Très chère	52	67.50
	Assez chère	9	11.70
	Abordable	16	20.80

Au niveau de la satisfaction psychologique, 61% des patients avaient du mal à accepter leur prothèse. Toutefois, la prothèse a permis à 87% des patients appareillés de mieux accepter le handicap avec leur prothèse. Néanmoins, 13% des patients appareillés ont déclaré préférer les béquilles, les cannes, et les fauteuils roulants.

En ce qui concerne la satisfaction sociale (**Tableau II**), le port de la prothèse a permis la réhabilitation familiale et amicale, de la majorité des patients appareillés en favorisant le retour aux activités quotidiennes, et un

meilleur épanouissement. Tandis que, Jusqu'à 59,4% des patients appareillés avaient admis avoir eu des problèmes dans leur vie de couple à cause du regard du ou de son conjoint(e). 92,30% des étudiants et élèves appareillés de notre étude ont pu réintégrer leur école pour la plupart sans écart social. Cependant, jusqu'à 39,06% des patients appareillés travailleurs se sont retrouvés au chômage après l'amputation et ce malgré la prothèse. Les principaux motifs cités étaient le licenciement, la démission, et la prise de la retraite anticipée.

Tableau II : Composantes de la satisfaction sociale

	Classes	n	%
Acceptation par la famille (n=77)	Très bien	57	74.00
	Assez bien	9	11.70
	Pas du tout	11	14.30
Acceptation par les enfants (n=61)	Très bien	44	72.10
	Assez bien	14	23.00
	Pas du tout	3	4.90
Vie sexuelle (n=69)	Bien	28	40.60
	Je ne sais pas	9	13.00
	Pas du tout	32	46.40
Réintégration au travail (n=64)	-	32	41.6
Réintégration à l'école (n=13)	-	12	92.30
Acceptation par l'entourage (n=77)	Très bien	48	62.30
	Assez bien	16	20.80
	Pas du tout	13	16.90

Globalement 75,3% étaient satisfaits et 24,7% des patients appareillés étaient insatisfaits (**Figure 2**). Dans notre échantillon, 15,59% ont finalement abandonné leur prothèse. Les causes principales d'abandon étaient les douleurs et plaies du moignon secondaires au port, et le poids de la prothèse.

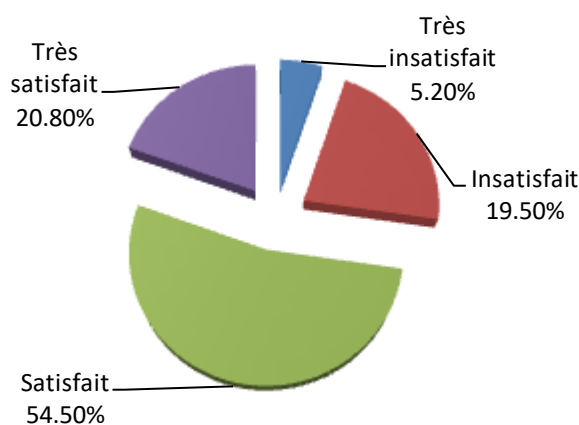


Figure 1 : Score de satisfaction globale

Par ailleurs, les femmes étaient généralement plus satisfaites que les hommes ainsi que les patients ayant un âge inférieur à 39 ans. Les patients ayant une amputation

trans-tibiale étaient plus satisfaits que les patients ayant une amputation trans-fémorale.

DISCUSSION

Profil socio sanitaire

Ces résultats nous indiquent que les patients sujets à l'amputation dans notre contexte étaient jeunes, actifs, à la demande fonctionnelle élevée. Cette tranche d'âge est similaire à celle des résultats retrouvés dans une étude faite en Malaisie en 2016 mais représentée à 33,3% avec un sex-ratio de 2. Cette légère différence s'expliquerait par le fait que leur échantillon était plus petit que le nôtre[2]. Ils nous renseignent sur le fait que les hommes sont impliqués dans des professions plus actives et plus exigeantes. Ce qui les expose plus à des Accidents de la voie publique (AVP), accidents de circulation (AC), et des accidents de travail (AT) que les femmes (26%) qui pour la plupart sont dans les ménages et sont par contre plus exposées aux AD, aux complications médicales et peu souvent aux AVP. L'étiologie principale traumatique s'expliquerait par la présence excessive d'engins à deux roues, le mauvais état des routes[5]. L'amputation trans-tibiale était le niveau le plus retrouvé, les acteurs de la santé tenaient à conserver l'autonomie et la mobilité du patient amputé du membre inférieur (PAMI). Car plus l'amputation est distale, mieux le patient conserve sa mobilité et son autonomie[6]. Seulement 6,50% des patients appareillés eu un suivi psychologique après l'amputation. Ces résultats nous indiquent que le suivi psychologique n'est pas intégré dans nos deux centres

alors que l'amputation est non seulement un handicap physique mais surtout psychologique. Par conséquent les patients amputés doivent également être pris en charge psychologiquement.

Satisfaction physique

La prothèse externe a amélioré la réhabilitation physique des PAMI en ce sens qu'ils ont retrouvé une image corporelle semblable à celle d'avant l'amputation avec possibilité de remarquer, se tenir debout. Ils ont retrouvé une bonne autonomie leur permettant de pouvoir vaquer à leurs activités quotidiennes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le patient amputé porte sur lui un handicap physique important qui le rend inapte, à la déambulation et à la station debout. Cependant, cette satisfaction est altérée par le poids, la douleur et les plaies secondaires au port, difficultés liées au déplacement, l'apparence inesthétique de la prothèse. Ils faisaient recours aux béquilles et aux cannes en même temps que la prothèse pour une meilleure mobilité. Le moignon rétrécissait au fil du temps et l'emboîture des prothèses ne pouvant être ajustée, les patients appareillés étaient soit contraint à enfiler plusieurs chaussettes pour maintenir la prothèse en place, ce qui n'était pas confortable pour tous ; soit contraint à se faire confectionner une autre prothèse, or tous les patients n'avaient pas les moyens de s'en procurer [2].

Satisfaction psychologique

La prothèse a amélioré la réhabilitation psychologique des patients. Elle a permis aux patients de mieux s'accepter avec leur prothèse. Cette acceptation de soi-même malgré le handicap a permis de constater que, la majorité patients appareillés ne se noyaient pas dans la dépression, l'anxiété, le repli sur soi qu'engendre l'amputation[5]. Cependant jusqu'à 13% des patients appareillés ont déclaré ne pas s'accepter avec leur handicap. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement psychologique familial ou amical, ils n'ont pas pu accepter la vie avec ce nouvel état et même malgré le port de la prothèse. Ils ont dit préféré un autre appareillage orthopédique que la prothèse, entre autre les béquilles, les cannes, ou les fauteuils roulants. L'apparence de la prothèse joue un grand rôle dans la réhabilitation psychologique d'un patient amputé, de ce fait une mauvaise image corporelle de soi-même est liée à l'anxiété, à la dépression et a une grande influence sur la satisfaction du patient face à sa prothèse autrement dit, les patients amputés plus investi dans l'apparence physique seraient plus susceptibles de connaître des problèmes psychologiques[2,7].

Satisfaction sociale

Le port de la prothèse a favorisé la réintégration familiale et amicale des PAMI diminuant ainsi leur exclusion dans la société. Les patients appareillés ont vu leur nombre d'amis augmenter, ont pu participer aux jeux et autres loisirs de société. Par ailleurs, les collègues ou les camarades des PAMI ressentaient de l'empathie pour ceux-ci. 84,4% des patients appareillés n'avaient plus la sensation d'être dans la solitude, parce que le port de la

prothèse avait permis de retrouver leur image corporelle primaire c'est-à-dire avant l'amputation, le retour aux activités quotidiennes, et un meilleur épanouissement. La majorité des étudiants et élèves de notre étude ont réintégré leur école avec le port de la prothèse, pour la plupart sans écart social. Cependant, jusqu'à 39,6% des patients appareillés travailleurs se sont retrouvés au chômage après l'amputation et malgré la prothèse. Ceci s'explique par une perte importante de travailleurs dans le secteur privé après l'amputation. Les principales causes de l'augmentation du taux de chômage était le licenciement des PAMI (52,00%) soit clair : c'est-à-dire lié à l'amputation (69,29%) ou déguisé (30,80%) : c'est-à-dire sous-entendu par des expressions comme « réduction du personnel » ; soit une démission volontaire du patient parce qu'il ne supportait pas le regard des autres, soit parce qu'il se sentait inapte dans la pratique de sa profession[8]. Jusqu'à 59,4% des patients appareillés avaient admis avoir eu des problèmes dans leur vie sexuelle.

Satisfaction globale

Dans cet échantillon, 15,59% ont finalement abandonné le port de leur prothèse et 84,41% portaient leur prothèse en raison des bénéfices qu'elle leur apportait, mais aussi pour des raisons esthétiques. Les causes principales d'abandon du port de la prothèse étaient les douleurs du moignon secondaires au port, les plaies du moignon générées par celle-ci et le poids lourd de la prothèse[9]. En somme 24,7% des patients appareillés étaient globalement insatisfaits et 75,3% satisfaits. Ceci s'expliquerait par le fait que la mise de la prothèse ait amélioré leur qualité de vie. En ce sens qu'ils ont compris comment fonctionne leur prothèse. La prothèse a amélioré leur image corporelle, facilité leur acceptation personnelle, leur autonomie et leur réintégration dans la société. Quoi que certains critères étaient associés à une insatisfaction à l'instar du risque d'avoir des douleurs après le port de la prothèse, des difficultés liées au déplacement avec la prothèse, et l'apparence de la prothèse[10].

Dans cette étude, une bonne satisfaction était liée à un âge inférieur à 39 ans, au sexe féminin, à la vie en zone urbaine, au niveau distal de l'amputation, et au port de prothèse tibiale [2,11]. L'insatisfaction était liée au poids, aux douleurs et plaies secondaire au port et à l'apparence de la prothèse

CONCLUSION

Au niveau de la satisfaction physique, 39% des patients appareillés sont insatisfaits et 61% satisfaits. L'insatisfaction est liée au poids de la prothèse, aux douleurs et plaies générées par le port de celle-ci et à son apparence. En ce qui concerne la satisfaction psychologique, 26% des patients appareillés sont insatisfaits contre 74% de satisfaits. Les critères d'insatisfactions sont une faible estime de soi malgré l'appareillage et une faible acceptation de la prothèse. Au niveau de la satisfaction sociale 16.9% sont insatisfaits et 83.2% satisfaits. L'appareillage des patients amputés du membre inférieur favorise une meilleure acceptation

familiale, amicale du handicap. Elle favorise un retour aux activités courantes. Cependant plus de la moitié des patients déclarent avoir des problèmes conjugaux depuis l'amputation et malgré la prothèse. Le port de la prothèse ne permet pas la réintégration au travail de 39,06% de patients après l'amputation. Globalement, 75,3% des patients appareillés se disent satisfaits de leurs prothèses,

ceci en ce sens que la prothèse améliore leur image corporelle, leur autonomie, et leur mobilité. Les patients appareillés insatisfaits de leurs prothèses souhaitent des améliorations quant au poids, aux douleurs et plaies secondaires au port et aux exigences requises pour se déplacer avec la prothèse.

RÉFÉRENCES

1. Sautreuil P. L'appareillage orthopédique. *Déficit Mot Handicaps Paris*. 1996;385–399.
2. Mohd Hawari N, Jawaid M, Md Tahir P, Azmeer RA. Case study: survey of patient satisfaction with prosthesis quality and design among below-knee prosthetic leg socket users. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2017;1–7.
3. Bilodeau S, Hébert R, Desrosiers J. Questionnaire sur la satisfaction des personnes amputées du membre inférieur face à leur prothèse: Développement et validation. *Can J Occup Ther*. février 1999;66(1):23-32.
4. Santé AN d'Accréditation et d'Évaluation en, others. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. *Rev Litt Médicale Paris ANAES*. 1996;
5. Narang IC, Mathur BP, Singh P, Jape VS. Functional capabilities of lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int*. 1984;8(1):43–51.
6. Oliveira YS, Angoue JM, Mbadinga AN, Feimokib D, Magossou P, Ibinga AF, et al. Amputation des membres inférieurs et appareillage: expérience du centre de réadaptation et d'appareillage pour handicaps «La Raison de Vivre, Le Droit d'Espérer» à Libreville. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt*. 2014;34(2):53–59.
7. Kegel B, Carpenter ML, Burgess EM. Functional capabilities of lower extremity amputees. *Arch Phys Med Rehabil*. mars 1978;59(3):109-20.
8. Curelli A, Antoine P. Douleur du membre fantôme: influence des facteurs psychologiques. *J Thérapie Comport Cogn*. 2004;14:44.
9. Chamlian TR. Use of prostheses in lower limb amputee patients due to peripheral arterial disease. *Einstein Sao Paulo Braz*. déc 2014;12(4):440-6.
10. Bilodeau S, Hébert R, Desrosiers J. Lower limb prosthesis utilisation by elderly amputees. *Prosthet Orthot Int*. 2000;24(2):126–132.
11. Miled HM, Brahim HB, Hassine YH, Boudokhane S, Abdelkafi N, Salah AH, et al. Tunisian lower limb amputees and satisfaction towards their prosthesis: About 74 cases. *Ann Phys Rehabil Med*. 2016;59:e31–e32.

ICONOGRAPHIE



Figure 2 : Patient porteur d'une prothèse fémorale articulée gauche provisoire en position debout et assise



Figure 3 : Patiente porteuse de prothèse tibiale définitive gauche en position debout et assise



Figure 4 : Patient porteur de prothèse tibiale définitive gauche