

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE
GENERALE ET SPECIALITES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF GENERAL
SURGERY AND SPECIALITIES

Analyse multidimensionnelle de la satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé

Thèse rédigée en vue du Doctorat en Médecine Générale par :

MBANG MEGNE Landry Ariel
Matricule N° 19M1529

DIRECTEUR

Pr. HANDY EONE Daniel

Professeur titulaire de Chirurgie
orthopédique et traumatologique

CO-DIRECTEURS

Pr. ESSI Marie-José

Professeure titulaire
Anthropologie médicale

Dr. ONDOUA M Julienne Laura

Chargée de Cours
Psychologie clinique



Année académique 2025-2026

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE
GENERALE ET SPÉCIALITÉS



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF GENERAL
SURGERY AND SPECIALITIES

Analyse multidimensionnelle de la satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé

Thèse rédigée en vue du Doctorat en Médecine Générale par :

MBANG MEGNE Landry Ariel

Matricule N° 19M1529

Membres du jury

Président

Pr NSEME Eric

Directeur

Pr HANDY EONE Daniel

Rapporteur

Pr ESSI Marie-josé

Co-directeurs

Pr ESSI Marie-José

Membres

Dr NTONE ENYME

Félicien

Dr BIWOLE BIWOLE

Daniel Claude

Dr ONDOUA Julienne Laura

Mai 2026

PRELIMINAIRES

TABLE DES MATIERES

PRELIMINAIRE.....	i
TABLE DES MATIERES	ii
DEDICACE.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	xiv
LISTE DES FIGURES.....	xv
RESUME.....	xv
ABSTRACT	xvii
LISTE DES ABREVIATIONS	xix
INTRODUCTION.....	1
Chapitre I : PROBLEMATIQUE	4
1.JUSTIFICATION.....	5
2.QUESTION DE RECHERCHE.....	5
3.HYPOTHESE DE RECHERCHE	5
4.OBJECTIFS	5
5.LISTE DES VARIABLES	5
6.DEFINITIONS OPERATIONNELLES	6
7.INTERET DE LA RECHERCHE.....	6
8.CADRE THEORIQUE	6
Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE	8
I.GENERALITES SUR L'AMPUTATION DE MEMBRE.....	9
II.LA SATISFACTION : EVALUATEUR IMPORTANT APRES UNE AMPUTATION ...	16
III. LA SATISFACTION APRES AMPUTATION : UNE ANALYSE	
COMPARATIVE MONDIALE AVEC FOCUS SUR L'AFRIQUE ET LE CAMEROUN ..	19
Chapitre III : METHODOLOGIE	24
Chapitre IV : RESULTATS	56
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	67
CONCLUSION	80
RECOMMANDATIONS.....	83
REFERENCES.....	87
ANNEXES	91

Dédicace

***Au Dr. ONDO EBANG Marcel Arthur
(11 janvier 1993 – 29 avril 2025)***

Toi qui n'as eu de cesse d'éveiller en moi, la passion du savoir, la persévérance. Même si tu n'es plus là, tes conseils avisés, resteront une source de motivation pour guider mes réflexions toujours !

,

Remerciements

Je tiens fermement à exprimer ma plus profonde gratitude à mon Directeur de Thèse, le Professeur HANDY EONE Daniel, pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de superviser cette étude. Ses orientations précieuses et sa disponibilité ont été déterminantes dans l'aboutissement de ce travail.

Aux co-directeurs de ce travail, le Professeur ESSI Marie-José et le Docteur ONDOUA MBENGONO Julienne Laura, merci grandement pour votre encadrement éclairé, vos conseils tant professionnels, scientifiques, que maternels et, votre constante disponibilité à faire avancer la présente étude.

A la Doyenne de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales le Pr MEKA née NGO UM Esther, au corps enseignant et, au personnel administratif de ladite faculté ; Merci pour la qualité des enseignements dispensés, pour votre disponibilité assidue et l'écoute attentive, réservées à nos soucis tout au long de notre parcours. Vous avez consenti au quotidien des efforts, pour faire de nous de meilleurs médecins.

Toute mon infinie reconnaissance aux professeurs Nelly NOUBI épouse KAMGAING et, Ginette Claude KALLA épouse MBOPI, pour leurs encadrements professionnel et maternel.

A toute ma valeureuse population cible, résiliente en dépit de leur traumatisme, sans elle, ce travail n'aura pas été possible, je vous dis merci du fond du cœur.

Je tiens à témoigner par avance aux éminents membres du Jury, toute ma sincère reconnaissance pour avoir accepté d'examiner ce travail. Vos remarques et vos critiques constructives seront à coup sûr, essentielles pour l'enrichissement de la présente recherche.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les responsables des structures hospitalières qui m'ont accueilli, principalement au Pr. Noël Emmanuel ESSOMBA, au Colonel Médecin HAMADOU, au Colonel KALDADAK, respectivement Directeur de l'Hôpital Général de Yaoundé, Médecin Chef de l'Hôpital Militaire de Région n°1 et, Médecin Chef de la polyclinique MAYA pour leurs diligences se rapportant aux autorisations de recherche qui ont facilité ma collecte de données.

Merci également à l'ensemble du personnel médical et administratif desdites structures hospitalières pour leur aide lors de la collecte des données, particulièrement au Colonel PEMBOURA et, à ses collaborateurs pour l'encadrement.

Au Commandant MONEMEKOUK ESSA Joseph, merci tonton pour ta disponibilité et tes attentions.

A ma mère Marie Johana MENVOUTA, merci de m'avoir encouragé dans la réalisation de mon rêve.

A mes chers parents Sadrack et Marie Thierry NDJELL, merci pour votre soutien incommensurable, Merci maman Thierry de m'avoir apporté davantage de tranquillité, de paix, de sérénité pour la poursuite de ma formation.

A mes sœurs et frères : Manuella, Keren, Arsène, Ryane, Ethan, Franck, Merci pour votre affection, votre soutien moral indéfectible et vos prières élevées à mon endroit.

A mes aînés et ami(e)s NKONDJOCK Thierry, EDIMO YEPEL, SEPTCHE Davy, AVOZOA Océane, MIDIPYNGSA yacine, ELLA ESSI Arthur, BOSSIAN BOSSIAN Patrick, MBOZO' Vanelle, KWITONDA Patrick, ONGUENE ESSOMBA Marie, MAYANG DIENE Vanessa, DJATCHE NZIPA Sterclovane, NGONDE Kelly, merci pour vos soutiens, votre accompagnement, vos prières.

A mes cadets BOMBA Alexandra, NANA TCHAPLEU, YANOUSSA Khalif, NYANDJEU Kévine, MPOUAMZE Philippe, NGO NGWEE Mathilde, KIMAN MBUNY Chloé, OBATE Serge, AWOSSA Axel, ETAME EKOSSO Ange, merci pour votre serviabilité et votre disponibilité.

A la 51^{ème} promotion, toutes filières confondues, merci tout spécialement pour le cadre chaleureux et convivial que nous avons créé, qui rendra assurément notre parcours en ces lieux, inoubliable.

Merci à mes promotionnaires, ATOUBA OSSOUBITA, NYANGONO NGBWA, AMPOUA HAMADOU Christophe, BANDOLO MANGA, MAKOUGANG KANTE, MARIAM MOHAMADOU, MBANG MIMFE, MESSANGA Gabriel, MVE Yvan, MELONG Lionnel, NGO MBOG Jessica, NKANA Jacques, NDIBA Davy, OBAM OBAM Simon pour les témoignages de vos liens d'amitié, nous avons été à toute épreuve.

Que tous ceux qui ont, d'une manière ou d'une autre, été d'un apport dans l'ensemble des contributions multiformes qui m'ont permis de réaliser le présent travail et, dont les noms ne sont pas repris ici, trouvent en ces lignes, toute ma reconnaissance.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr MEKA née NGO UM Esther

Vice-Doyen chargé Programmation Suivi activités académiques: Pr OWONA MANGA Léon Jules

Vice-Doyen Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU Christ Nadège

Vice-Doyen chargé Recherche et Coopération : Pr NDONGO AMOUGOU Sylvie NZAME

Chef Division des Affaires Académiques, Scolarité et Recherche : Pr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de Division des Affaires Administratives et Financières : Pr NDIBI OLA'A Frédéric Xavier

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMSHI Alfred

Chef du Centre de Reproduction : Mr MBILI Jean Patrice

Chef de la Cellule Informatique : Mr IMAM Franck Giresse

Chef de Service Financier : Mme ESSONO AKOA Linda Philomène Stella

Chef de Service Adjoint Financier : Mme NGA ONANA Anastasie Cristel

Chef Service Administration Générale Personnel : Mme EVENE NOAH Pierrine ASSE MBOLE

Chef de Service Adjoint Administration Générale et du Personnel : Mme MOUSTAPHA Bintou

Chef de Service des Diplômes : Dr NDOBO Juliette Valérie Danièle

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Dr BEYAMA BEYAMA Abdon

Chef Service Adjoint Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mr MOUANDJO BEBE Robert

Chef Service Adjoint Matériel Maintenance: Dr NDONGO MPONON EMENGUELE Pascale

Bibliothécaire en Chef : Mme FROUISOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : Mr MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Cycle de Spécialisation Chirurgie Buccale : Dr EDOUMA BOHIMBO Jacques G.

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur de la Filière de Médecine Générale : Pr KOWO Mathurin Pierre

Coordonnateur de la Filière Odontologie : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie : Pr HANDY Daniel

Coordonnateur Cycle de Spécialisation Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr BOOMBHI Jérôme Hilaire

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr NGUEFACK Séraphin

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr AMA MOOR Vicky Jocelyne

Coordonnateur Cycle Spécialisation Radiologie Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr ESSI Marie-José

Coordonnateur du CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur Adjoint du CESSI : Mr MEZI SATEGUE William

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2015-2024)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	Gde	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1.	NDJOCK Louis Richard (CD)	P	ORL-CCF
2.	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3.	ESSOMBA Arthur	P	Chirurgie Générale
4.	EYENGA Victor Claude	P	Chirurgie/Neurochirurgie
5.	GUIFO Marc Leroy	P	Chirurgie Générale
6.	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
7.	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
8.	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
9.	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
10.	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
11.	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
12.	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
13.	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
14.	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
15.	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	MA	Urologie
16.	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
17.	FOSSI KAMGA GACELLE	MA	Chirurgie Pédiatrique
18.	FOUDA Jean Cédric	MA	Urologie
19.	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
20.	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
21.	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
22.	MVE MVONDO Charles	MA	Chirurgie Cardiaque
23.	NWAHA MAKON Axel Stéphane	MA	Urologie
24.	NYANIT BOB Dorcas	MA	Chirurgie Pédiatrique
25.	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	MA	Neurochirurgie
26.	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
27.	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
28.	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	CC	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
29.	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
30.	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
31.	MBELE Richard II	CC	Chirurgie Thoracique
32.	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	CC	Neurochirurgie
33.	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
34.	MVONDO ONANA Pierre	CC	Chirurgie Viscérale et Digestive
35.	NYANKOUÉ MEBOUINZ Ferdinand	CC	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
36.	NGO YON Laurence Carole	CC	Chirurgie Cardiaque
37.	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
38.	EYA MVONDO Eric Stéphane	AS	Chirurgie Générale
39.	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie Générale
40.	KOUNA TSALA Irène Nadine	AS	Chirurgie Pédiatrique

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION			
41.	ZE MINKANDE Jacqueline (CD)	P	Anesthésie-Réanimation
42.	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
43.	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
44.	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
45.	AMENGLE Albert Ludovic	MCA	Anesthésie-Réanimation
46.	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
47.	IROUME Cristella R. B. NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
48.	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
49.	GOUAG	CC	Anesthésie Réanimation
50.	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
51.	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
52.	ANKOUANE ANDOULO Firmin	P	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
53.	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
54.	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
55.	HAMADOU BA	P	Médecine Interne/Cardiologie
56.	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
57.	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
58.	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
59.	MENANGA Alain Patrick	P	Médecine Interne/Cardiologie
60.	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
61.	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
62.	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
63.	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
64.	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65.	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MCA	Médecine Interne/Endocrinologie
66.	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
67.	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68.	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
69.	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70.	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71.	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	MA	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
72.	ESSON MAPOKO Berthe Sabine PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73.	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
74.	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
75.	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
76.	MENDANE MEKOBÉ Francine EKOBEA	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
77.	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78.	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79.	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80.	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81.	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82.	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
83.	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	MI /Cardiologie Interventionnelle
84.	DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
85.	EBENE MANON Guillaume	CC	Médecine Interne/Cardiologie
86.	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	CC	Médecine Interne/Néphrologie
87.	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
88.	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
89.	KUABAN Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
90.	MANDENG Nadia Jacqueline	CC	Médecine Interne/Médecine Interne
91.	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
92.	NSOUNFON ABDOU WOUOLYOU	CC	Médecine Interne/Pneumologie
93.	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
94.	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	CC	Médecine Interne/Pneumologie
95.	NZANA Victorine Bandolo ép FORKWA M.	CC	Médecine Interne/Néphrologie
96.	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	CC	Médecine Interne/Psychiatrie

97.	TSAGUE KENGNI Hermann Nestor	CC	Médecine Interne/Cardiologie
98.	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
99.	BELINGA EDIMA Victor Fabrice	AS	Médecine Interne/Neurologie
100.	BELINGA KYE ESSOMBI Olivia Constance	AS	Médecine Interne/Pneumologie
101.	BIWOLE SIDA Ghislaine Rachel	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
102.	DOUN FOU DA Anne Stéphanie Elodie	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
103.	ESSAMA BIBI Suzanne Doris épouse NKECK	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
104.	KOLLO NZIMA Brice Kevin	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
105.	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
106.	POKA MAYAP Virginie	AS	Médecine Interne/Pneumologie
107.	TIMNOU BEKOUTI Jean	AS	Médecine Interne/Cardiologie
108.	TCHOUMI LEUWAT Eric Pascal	AS	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
109.	TONYE Lydienne Alida	AS	Médecine Interne/Cardiologie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
110.	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
111.	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
112.	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
113.	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
114.	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
115.	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
116.	NWATSOCK Joseph Francis	MA	RIM / Médecine Nucléaire
117.	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	CC	Radiologie et Imagerie Médicale
118.	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
119.	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
120.	ZE NGBWA MIMI-Flore PENDA MOMASSO	CC	Radiologie
121.	ALLA TAKAM Clémence épouse TAKOUDA	AS	Médecine Nucléaire
122.	AWOUDOU II Christian Junior	AS	Médecine Nucléaire
123.	MBONO EDOA Doriane Murielle	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
124.	NGO UM Esther Juliette MEKA (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
125.	DOHBIT Julius SAMA	P	Gynécologie Obstétrique
126.	FOUMANÉ Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
127.	KASIA JEAN MARIE	P	Gynécologie Obstétrique
128.	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
129.	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
130.	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
131.	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
132.	TEBEU Pierre Marie	p	Gynécologie Obstétrique
133.	MVE KOH Valère Salomon	P	Gynécologie Obstétrique
134.	NOA NDOUA Claude Cyrille	P	Gynécologie Obstétrique
135.	FOUEDJIO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
136.	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
137.	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
138.	EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie Obstétrique
139.	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
140.	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
141.	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie Obstétrique
142.	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie Obstétrique
143.	TOMPEEN Isidore	MA	Gynécologie Obstétrique
144.	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
145.	MPONO EMENGUELE Pascale NDONGO	CC	Gynécologie Obstétrique
146.	NGAHA BONJA Junie épouse YANEU	CC	Gynécologie Obstétrique
147.	NGONO AKAM Marga Vanina	CC	Gynécologie Obstétrique
148.	KODOUME MOTOLOUZE	AS	Gynécologie Obstétrique
149.	KUTNJEM IBRAHIM BELLO MONKAREE	AS	Gynécologie Obstétrique
150.	MOL Henri Léonard Chatelein	AS	Gynécologie Obstétrique
151.	NDJEUNGA Bertine Manuela	AS	Gynécologie Obstétrique
152.	NGASSAM KETCHATCHAM Anny Nadège	AS	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
153.	DJOMOU François (CD)	P	ORL
154.	DOHVOMA Andin Viola	P	Ophtalmologie
155.	EBANA MVOGO Stève Robert	P	Ophtalmologie
156.	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
157.	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
158.	KOKI Godefroy	P	Ophtalmologie
159.	NJOCK Richard	P	ORL
160.	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
161.	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
162.	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
163.	NGABA Olive	MC	ORL-CCF
164.	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
165.	ANDJOCK NKOOU Yves Christian	MA	ORL-CCF
166.	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-CCF
167.	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
168.	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
169.	MVILONGO TSIMI ép BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
170.	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
171.	NGO NYEKI Adèle-Rose é MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
172.	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
173.	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
174.	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
175.	MOUANGUE Louise épouse MBONDJO	CC	ORL-CCF
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
176.	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
177.	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
178.	CHELO David	P	Pédiatrie
179.	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
180.	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
181.	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
182.	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	P	Pédiatrie
183.	MBASSI AWA	P	Pédiatrie
184.	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
185.	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	MC	Pédiatrie
186.	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
187.	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
188.	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
189.	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
190.	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
191.	ELOUNDOU ODI Eugène Bertrand	AS	Pédiatrie
192.	NYEMB MBOG Grâce Joëlle Thérèse	AS	Pédiatrie Oncologie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
193.	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
194.	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
195.	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
196.	MBANYA Dora	P	Hématologie
197.	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
198.	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
199.	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
200.	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
201.	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
202.	NDOUMBA NKENGUE Annick MINTYA	MC	Hématologie
203.	VOUNDI VOUNDI Esther	MC	Virologie
204.	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	CC	Biologie Clinique /Hématologie
205.	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
206.	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses

207.	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie et Maladies Infectieuses
208.	FOKAM Joseph	CC	Microbiologie
209.	MBOUYAP Pretty Rosereine	CC	Pharmacologie
210.	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Biologie Clinique
211.	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
212.	NSA'AMANG Carolle-Snelle épouse EYEBE	CC	Biologie Clinique
213.	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
214.	KAMGNO Joseph(CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
215.	ESSI Marie-José	P	Santé Publique/Anthropologie médicale
216.	BEDIANG Georges Wylfred	P	Informatique Médicale
217.	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
218.	TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
219.	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique / Management de la santé
220.	NJOUMEMI ZAKARIAOU	MC	Santé Publique /Economie de la Santé
221.	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	CC	Santé Publique / Epidémiologie de terrain
222.	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
223.	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
224.	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
225.	MAPA TASSOU Clarisse ETEME ABOUDI	CC	Expert en Promotion de la Santé
226.	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie nutritionnelle
227.	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
228.	NAAMBOW ANABA Edwige Christelle	CC	Anthropologie Médicale
229.	NKENGFACK Germaine Sylvie	CC	Nutrition
230.	ONDOUA MBENGONO Laure Julienne	CC	Psychologie
231.	ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacie – Economie de la santé
232.	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
233.	EFA Salomon Francis	AS	Santé et Environnement
234.	MELINGUI Bernard Fortune	AS	Epidémiologiste
235.	NDIBI ABANDA Jean	AS	Epidémiologiste
236.	NGAKO PAMEN BOUBA Joëlle Nounouce	AS	Economie de la Santé
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
237.	MENDIMI NKODO Joseph(CD)	P	Anatomie Pathologie
238.	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
239.	BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
240.	KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/Embryologie
241.	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
242.	NSEME Eric	MC	Médecine Légale
243.	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
244.	ESSAME Eric Fabrice	CC	Anatomie pathologie
245.	MENDOUGA M. Coralie R. Bertine KOUOTOU	CC	Anatomie pathologie
246.	NDOUMBA A. Alice Ghislaine ABESSOLO	CC	Anatomie Pathologie
247.	NKEGOUN Blaise	CC	Anatomie Pathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
248.	NDONGO EMBOLA TORIMIRO Judith(CD)	P	Biologie Moléculaire
249.	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
250.	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
251.	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
252.	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
253.	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
254.	ETOUNDI NGOA Laurent Serges(CD)	P	Physiologie
255.	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
256.	David Emery TSALA	MC	Physiologie
257.	DZUDIE TAMDJIA Anastase Innocent	MC	Physiologie
258.	AZABJI KENFACK Marcel	MC	Physiologie
259.	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
260.	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
261.	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
262.	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE			
263.	ESSAMA ENO BELINGA Lawrence BELL (CD)	MC	
264.	BENGONDO MESSANGA Charles	P	Stomatologie
265.	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
266.	NOKAM TAGUEMNE M.E.	MC	Médecine Dentaire
267.	KWEDI Karl Guy Grégoire	CC	Chirurgie Bucco-Dentaire
268.	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT D'IMPLANTOLOGIE-PARODONTOLOGIE-PROTHESE			
269.	NDJOH Jules Julien (CD)	CC	Chirurgie (Implantologie-Parodontologie)
270.	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire (Prothèse)
271.	NIBEYE Yannick Carine Brice	CC	Bactériologie
272.	AKENA NDENG Lydie Sandra	AS	Chirurgien Dentiste
273.	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentiste
DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE			
274.	MENGONG MONEBOULOU P. Hortense (CD)	CC	Odontologie Pédiatrique
275.	LOWE NANTCHOUANG Michèle ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
276.	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
277.	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
278.	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
279.	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
280.	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
281.	TALLA Clovis	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
282.	ZINGUE Stéphane (CD)	P	Physiologie et Pharmacologie
283.	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
284.	TEMBE ACHICK Estella épouse FOKUNANG	P	Pharmacologie Clinique
285.	ANGO Yves Patrick	CC	Chimie des substances naturelles
286.	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	CC	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
287.	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
288.	NYANGONO NDONGO Martin	MA	Pharmacie
289.	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité
290.	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO J. Saurelle	CC	Pharmacologie
291.	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	CC	Réglementation Pharmaceutique
292.	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
293.	ABA'A Marthe Dereine	AS	Management de la qualité, Contrôle qualité
294.	EMANDA EKOUDI Martin Gogonet	AS	Pharmacie
295.	FOE ESSOMBA Joseph Rodrigue	AS	Biotechnologie
296.	NDAM NDJITOYAP M. Yvon Daniel Arouna	AS	Réglementation Inspectorat Pharmaceutiques
297.	NKO'O NTYAM David Lionel	AS	Pharmacie

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistants

Total = 297

SERMENT D'HIPPOCRATE



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les complications.....	15
Tableau 2 : Echelles évaluant la dimension physique après amputation	17
Tableau 5 : Caractéristiques cliniques des patients	59
Tableau 6 : Stratégies post amputation	60
Tableau 8 : Niveau de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge.....	61
Tableau 9 : Répartition de la satisfaction dans la population.....	62
Tableau 10 : Facteur de satisfaction.....	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Présentation contemporaine d'une amputation en Allemagne Purmann (1692)	10
Figure 2: Types d'amputation du membre inférieur	11
Figure3 : Courbe du deuil - Elisabeth Kübler-Ross	Erreur ! Signet non défini.
Figure 4 : Flux de recrutement de la population	57
Figure 6 : Prévalence de la douleur fantôme en fonction de l'âge et du type d'amputation...	60
Figure 7 : Répartition de l'accès prothétique en fonction du revenu mensuel.....	61
Figure 8 : Répartition globale de la satisfaction et selon le membre amputé.....	62
Figure 9 : Distribution de la satisfaction suivant le membre et le type d'amputation	63
Figure 10 : Facteurs associés à la satisfaction	64

RESUME

Introduction : L'amputation de membre constitue un événement traumatique majeur affectant l'identité corporelle, l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie du patient. La satisfaction des patients est désormais reconnue comme un indicateur fondamental de la qualité des soins, intégrant les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la prise en charge. Au Cameroun, aucune étude n'a évalué de manière multidimensionnelle et longitudinale la satisfaction des patients amputés dans les six mois suivant l'acte chirurgical.

Objectif : Cette étude visait à évaluer le niveau de satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé à un (1), trois (3) et six (6) mois post-opératoires.

Méthodologie : Une étude longitudinale analytique a été menée de janvier à juin 2026 dans trois structures hospitalières de Yaoundé (Hôpital Général, Hôpital Militaire de Région N°1, Polyclinique MAYA). Soixante-quinze patients amputés ont été suivis à trois temps de mesure (T1=1 mois, T2=3 mois, T3=6 mois) après consentement éclairé.

Les données ont été collectées par questionnaire structuré incluant l'échelle WHOQOL-BREF, le HADS et l'EQ-5D-5L. L'analyse statistique a utilisé SPSS version 26 avec tests de Friedman, ANOVA à mesures répétées et régression logistique multinomiale. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Soixante-quinze patients ont été inclus sur 83 évalués (taux de participation 90,4%), répartis entre HGY (26,7%), HM (50,7%) et PCM (22,6%). L'âge moyen était de $46,4 \pm 16,5$ ans (IC 95% : 42,6 – 50,2 ans) avec un sex-ratio de 2,1.

Les traumatismes constituaient la première indication (42%), suivis des complications du diabète (25%). Le syndrome du membre fantôme était présente chez 51% des patients. La satisfaction globale à T3 était de 45% (satisfaits + très satisfaits), 27% neutres et 28% insatisfaits.

En analyse multivariée, le soutien social (RR = 1,75 ; IC 95% : 1,14 – 2,68 ; $p = 0,003$), la rééducation structurée (RR = 1,67 ; IC 95% : 1,17 – 2,40 ; $p = 0,002$) et l'accès prothétique (RR = 1,42 ; IC 95% : 1,05 – 1,91 ; $p = 0,033$) étaient indépendamment associés à la satisfaction.

Conclusion : La satisfaction des patients amputés de membre à Yaoundé est modérément élevée mais hétérogène. La dimension psychologique prime sur les aspects techniques dans la détermination de la satisfaction globale. Une prise en charge intégrée, alliant accompagnement psychologique précoce, soutien communautaire, rééducation structurée et amélioration de l'accès aux prothèses, constitue le levier essentiel pour optimiser la qualité de vie perçue de ces patients.

Mots-clés : Satisfaction du patient ; amputation de membre ; Yaoundé-Cameroun.

ABSTRACT

Introduction: Limb amputation is a major traumatic event affecting body identity, functional autonomy, and quality of life. Patient satisfaction is now recognized as a fundamental indicator of care quality, integrating physical, psychological, and social dimensions of management. In

Cameroon, no study has multidimensionally and longitudinally evaluated the satisfaction of amputee patients within six months following surgery.

Objective: This study aimed to evaluate the level of satisfaction of limb amputee patients in Yaoundé at 1, 3, and 6 months postoperatively.

Methodology: A longitudinal analytical study was conducted from January to June 2026 in three hospital facilities in Yaoundé (General Hospital, Military Hospital, MAYA Polyclinic). Seventy-five amputee patients were followed at three measurement times (T1=1 month, T2=3 months, T3=6 months) after informed consent.

Data were collected using a structured questionnaire including the WHOQOL-BREF scale, HADS, and EQ-5D-5L. Statistical analysis used SPSS version 26 with Friedman tests, repeated measures ANOVA, and multinomial logistic regression. The significance threshold was set at $p < 0.05$.

Results: Seventy-five patients were included out of 83 evaluated (participation rate 90.4%), distributed between HGY (26.7%), HM (50.7%), and PCM (22.6%). Mean age was 46.4 ± 16.5 years (95% CI: 42.6 – 50.2 years) with a male-to-female ratio of 2.1.

Trauma was the primary indication (42%), followed by diabetes complications (25%). Phantom limb syndrome was present in 51% of patients. Overall satisfaction at T3 was 45% (satisfied + very satisfied), 27% neutral, and 28% dissatisfied.

In multivariate analysis, controlled sufficient social support (RR = 1.75; 95% CI: 1.14 – 2.68; $p = 0.003$), structured rehabilitation (RR = 1.67; 95% CI: 1.17 – 2.40; $p = 0.002$), and prosthetic access (RR = 1.42; 95% CI: 1.05 – 1.91; $p = 0.033$) were independently associated with satisfaction.

Conclusion: Satisfaction among limb amputee patients in Yaoundé is moderately high but heterogeneous. The psychological dimension takes precedence over technical aspects in determining overall satisfaction. Integrated care combining early psychological support, community support, structured rehabilitation, and improved prosthetic access constitutes the essential lever for optimizing the perceived quality of life of these patients.

Keywords: Patient satisfaction; limb amputation; Yaoundé-Cameroon.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

EQ-5D-5L: European Quality of Life 5 Dimensions 5 Levels

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HGY : Hôpital Général de Yaoundé

HM : Hôpital Militaire de Région N° 1

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique du Cameroun

PCM : Polyclinique MAYA

PEQ : Prosthesis Evaluation Questionnaire

TAPES: Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales

TAPES-R: Revised TAPES

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

VAC®: Vacuum-Assisted Closure

VAS: Visual Analogue Scale

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life – Bref

INTRODUCTION

L'amputation de membre, définie comme la perte acquise ou congénitale d'un membre ou d'un segment de membre, impose une refonte complète de l'identité corporelle, de l'autonomie fonctionnelle et de la vie sociale du patient [1].

Plus d'un million de ces actes sont réalisés chaque année dans le monde, principalement pour complications diabétiques, artériopathies périphériques et traumatismes sévères[2]. Au-delà de la perte physique, l'amputation engendre une souffrance multidimensionnelle affectant l'image corporelle, l'estime de soi et l'insertion sociale [1].

La satisfaction des patients après amputation est désormais reconnue comme un indicateur fondamental de la qualité des soins [3]. Elle constitue un jugement global émis par le patient, fondé sur la comparaison entre ses attentes préopératoires et son vécu de la prise en charge, intégrant les résultats cliniques, la communication avec l'équipe soignante et les possibilités de réadaptation [3]. Un patient satisfait adhère mieux au programme de rééducation et réintègre plus durablement son environnement [2] .

L'épidémiologie des amputations varie selon les régions à travers le monde. Dans les pays développés, le diabète représente la principale étiologie, tandis que les traumatismes dominent dans les pays en développement [2]. En Afrique subsaharienne, les amputations représentent 70,3 % des handicaps moteurs sévères [2]. Des enquêtes menées au Malawi et en Sierra Leone ont mesuré la satisfaction post-amputation via l'échelle WHOQOL-BREF, mettant en évidence le sentiment d'être « utile à la famille » comme principal prédicteur [2]

Au Cameroun, les étiologies dominantes restent débattues : traumatisme selon certaines études, diabète pour d'autres [4]. Plus fondamentalement, la satisfaction des patients n'a jamais été mesurée localement dans les six mois suivant l'acte chirurgical. Deux travaux suivis à Yaoundé et à Batchenga-Dschang ont montré que 75 % des participants se disaient « satisfaits de leur vie actuelle », mais que 48 % qualifiaient cette satisfaction de « fragile » [4,5]. Toutefois, ces études ne se sont pas appuyées sur une évaluation multidimensionnelle systématique aux temps critiques d'un (1), trois (3) et six (6) mois post-opératoires.

La satisfaction après amputation est un paramètre multidimensionnel incluant des aspects physiques, psychologiques et sociaux [3,5]. Des outils validés comme le WHOQOL-BREF, l'échelle HADS, permettent une mesure fiable de ces dimensions [5]. Pourtant, aucun travail camerounais ne les a encore utilisés conjointement dans les six mois post-opératoires. Cette lacune limite la capacité des décideurs sanitaires à concevoir des politiques de réhabilitation adaptées au contexte local.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude, dont l'objectif général est d'évaluer le niveau de satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé et ses

déterminants. Plus spécifiquement, il s'agit de décrire le profil clinique et thérapeutique des patients et de déterminer leurs stratégies d'adaptation fonctionnelle dans une période post-opératoire comprise entre un (1), trois (3) et six (6) mois.

Chapitre I : PROBLEMATIQUE

1. JUSTIFICATION

L'amputation d'un membre ou d'un segment de membre, est considérée comme un échec thérapeutique et, est vécue par le patient comme un drame psychosocial. Elle demeure néanmoins un recours incontournable majeur en chirurgie traumatique.

2. QUESTION DE RECHERCHE

Quel est le niveau de satisfaction des patients amputés d'un membre face à l'acte chirurgical extrême de l'amputation dans la ville de Yaoundé ?

3. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Malgré le drame clinique et psychosocial que représente l'amputation d'un membre, l'amélioration de la santé générale et la potentielle réadaptation par appareillage entraîne une satisfaction élevée chez les patients, néanmoins altérée par les défis d'accès aux prothèses au Cameroun.

4. OBJECTIFS

- **Objectif général**

Évaluer le niveau de satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé ainsi que les déterminants influençant leur devenir fonctionnel et leur bien-être psychosocial.

- **Objectifs spécifiques**

1. Décrire le profil clinique des patients amputés d'un membre ;
2. Déterminer leurs stratégies d'adaptation fonctionnelle.

5. LISTE DES VARIABLES

1. **Données sociodémographiques** : âge ; sexe ; statut familial ; niveau d'éducation ; secteur d'activité ; profession ; revenus financiers.
 2. **Profil clinique** : distribution (prévalence, type d'amputation, prise en charge) ; indications (traumatismes, nécroses, maladies graves) ; devenir (immédiat, 3^{ème} et 6^{ème} mois).
 3. **Stratégies d'adaptation fonctionnelle** : Réseaux de soutien (familial, communautaire, professionnel) ; continuum de soins (soins du moignon, rééducation, préparation à l'appareillage) ; accès prothétiques (disponibilité, coût, acceptabilité)
 4. **Recommandations** : MINSANTE ; Hôpitaux ; Soignants ; Entourage ; Soi-même.
-

5. DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Douleur du moignon : douleur ressentie au niveau du segment résiduel après l'amputation, souvent vécue comme un rappel permanent de la perte et, qui peut altérer le confort physique, le sommeil, l'humeur et la perception globale de la guérison.

Douleur fantôme : sensation douloureuse perçue dans la partie du corps qui a été amputée, témoignant d'un conflit entre la réalité corporelle et sa représentation mentale, souvent vécue comme déroutante, angoissante et, source de souffrance psychologique.

Information reçue : perception par le patient d'avoir été éclairé, en amont et en aval, sur la nature de l'amputation, les soins à prodiguer, les douleurs à attendre, les étapes de rééducation, et les possibilités d'appareillage, de manière à réduire l'incertitude et l'angoisse.

Rééducation perçue comme complète : sentiment que le travail de remise en forme, de réapprentissage, de réadaptation a été mené de manière suffisante, régulière et, respectueuse de ses besoins, donnant au patient l'impression d'avoir été accompagné jusqu'à un certain niveau de reprise de contrôle.

Rôle social retrouvé : capacité du patient à se réinsérer dans des rôles valorisants (parent, conjoint, travailleur, citoyen, croyant), qui lui permettent de se sentir à nouveau utile, reconnu, et pleinement humain malgré la différence.

Stratégie d'adaptation : ensemble des mécanismes conscients et inconscients mis en œuvre par le patient amputé pour faire face à la perte de son membre, reconstruire son identité corporelle et sociale, et réintégrer son environnement familial, professionnel et communautaire.

6. INTERET DE LA RECHERCHE

Cette étude fournira aux décideurs sanitaires des données pour optimiser les politiques de réhabilitation, guidera la formation des soignants sur les dimensions clinique, psychologique et sociale et permettra d'améliorer la prise en charge individualisée des patients amputés.

7. CADRE THEORIQUE

Notre recherche est à cheval entre deux spécialités médicales, à savoir la Chirurgie Orthopédique et la Médecine Sociale et Préventive en Santé Publique.

Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE

L'amputation est la perte acquise ou congénitale d'un membre ou d'un segment de membre. Elle est souvent considérée comme un échec thérapeutique mais doit être replacée dans une logique de reconstruction fonctionnelle et de réadaptation globale du patient [6].

I. GENERALITES SUR L'AMPUTATION DE MEMBRE

1. Histoire de l'amputation

L'amputation de membre est l'une des plus anciennes interventions chirurgicales, au fil de l'histoire médicale, les techniques chirurgicales et les instruments chirurgicaux ont été continuellement améliorés. Depuis la préhistoire, cette pratique est utilisée, c'est ce que nous révèle la découverte d'un squelette daté d'environ 31000 ans avant J.-C à Liang Tebo (Bornéo, Indonésie), montrant une amputation chirurgicale réussie d'un tiers de la jambe gauche.

Le patient a survécu plusieurs années après l'intervention, prouvant une connaissance anatomique et médicale avancée pour l'époque[7]. Dès le premier siècle, CELSUS décrit une amputation. Une étape majeure dans le développement de la technique opératoire fut l'introduction d'une pince artérielle par PARE au XVI^e siècle.

Néanmoins, faute d'analgésiques et de stupéfiants, l'opération n'a duré que quelques minutes[8]. Au moyen-âge déjà, outre son but thérapeutique, elle était utilisée à des fins punitives et de torture [9] ceci a concouru à la progression de la technique que nous connaissons de nos jours, ladite évolution des techniques chirurgicales s'est ainsi faite :

Méthode circulaire classique (Celse, 1^{ier} siècle) : Principe : couper la peau, les muscles et l'os au même niveau, en une seule étape.

But : éviter la propagation de la gangrène.

Problème : forte tension, guérison lente, complications fréquentes (os saillant, infection).[8]

Méthode en deux temps (Petit, 1718) : Amélioration : sectionner la peau en premier, puis les muscles et l'os plus proximement.

Objectif : réduire la tension sur les sutures et améliorer la cicatrisation.

Méthode en trois temps (Bromfield, 1773) : Peau → muscles → os, chaque niveau plus proximal que le précédent.

Résultat : meilleure couverture du moignon, moins de complications.

Innovations techniques majeures : Lambeaux (flaps) – Lowdham (1679), Verduyn (1696), Langenbeck (1810) Principe : utiliser des lambeaux de tissus mous pour couvrir l'os sans tension.

Avantage : meilleure vascularisation, moins de douleur, cicatrisation plus rapide[8].

Triple incision – Alanson (1779) : Technique : incision oblique des tissus mous pour envelopper l'extrémité osseuse.

But : éviter la déformation en forme de "pain de sucre" du moignon[10].

Depuis la découverte du squelette de Liang Tebo (31 000 ans av. J.-C.) jusqu'aux techniques ostéointégrées actuelles, l'amputation illustre la permanente tension entre sauvetage vital et reconstruction fonctionnelle. Les progrès successifs, garrot de Paré, lambeaux de Lowdham, anesthésie, antibiothérapie, ont fait passer l'intervention d'un geste expéditif à une démarche programmée intégrant la qualité de vie future.

Ces avancées, ont permis de passer de l'image ci-jointe, qui est une illustration d'une amputation telle qu'elle était pratiquée en Europe au XVIIe siècle, aux techniques modernes actuelles.

Cette gravure, tirée des travaux de Purmann (1692), montre une scène opératoire où la rapidité de l'intervention était cruciale, faute d'anesthésie efficace ou de conditions aseptiques. Elle témoigne des progrès techniques déjà en cours à l'époque, notamment l'utilisation de garrots et de lambeaux cutanés pour la fermeture du moignon.

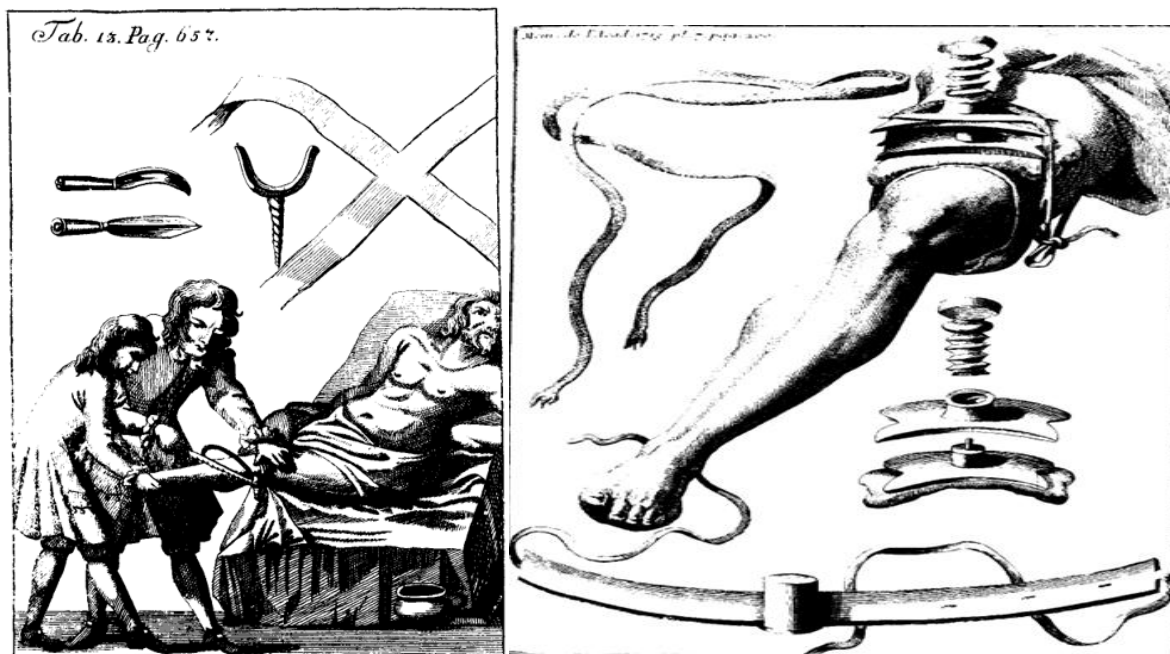


Figure 1:Présentation contemporaine d'une amputation en Allemagne Purmann (1692) [8]

Les amputations peuvent concerner différents segments du corps. Elles sont classées selon le membre atteint et le niveau de section

Types d'amputations : Membre supérieur (transhuméral, transradiale, ...) ; quant au membre

inferieur cette image illustre les principaux types d'amputations du membre inférieur

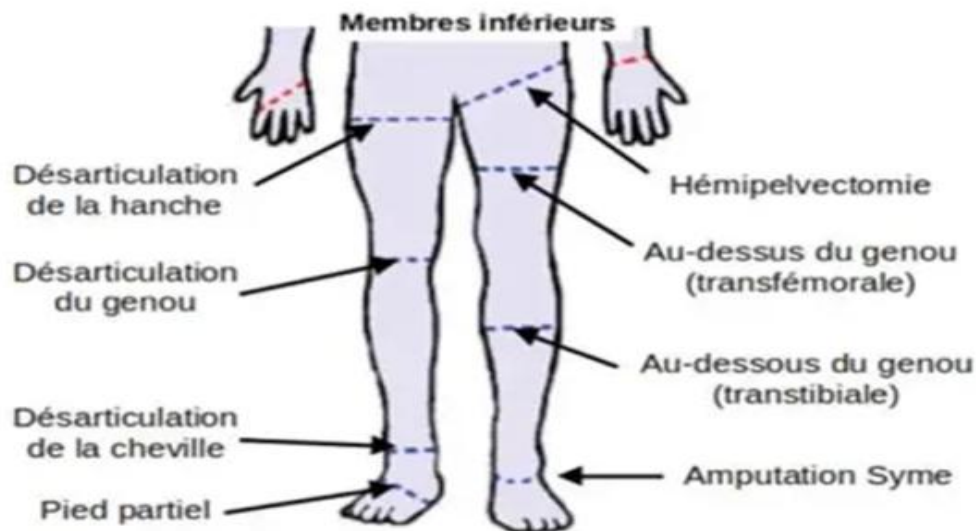


Figure 2: Types d'amputation du membre inférieur

La classification par niveau est essentielle car elle conditionne directement la fonction résiduelle, la consommation énergétique de la marche et les options d'appareillage. Une amputation transtibiale conserve le genou, ce qui facilite l'équilibre et réduit la dépense énergétique, tandis qu'une amputation transfémorale nécessite une prothèse avec articulation du genou, plus lourde et coûteuse. Dans le contexte camerounais, où l'accès aux prothèses articulées reste limité par le coût et la disponibilité, le niveau d'amputation influence fortement la satisfaction perçue, d'où l'intérêt de l'évaluer comme variable explicative dans notre étude. Pour comprendre les enjeux actuels de la thématique abordée, il est essentiel de connaître Les causes, les bases anatomiques et fonctionnelles, épidémiologie et thérapeutique de l'amputation de membre.

2. Étiopathogénie des amputations

L'amputation est une intervention radicale, souvent réalisée en situation d'urgence ou après échec d'un traitement conservateur. Les causes sont multiples et dépendent du contexte géographique, socio-économique et médical :

Les causes vasculaires (principales dans les pays développés), artériopathie périphérique (APO) liées au diabète (principal facteur : 46 %) [11], au tabac, à l'hypertension, pied diabétique qui

est une ulcération puis une infection et enfin une nécrose → amputation souvent préventive ou curative.

Les causes traumatiques plus fréquentes dans les pays en développement (cas du Cameroun et d'autres pays d'Afrique[12]), il s'agit des accidents de la route, du travail, conflits armés, des causes tumorales telles que des tumeurs osseuses malignes (ex. : ostéosarcome) → amputation parfois nécessaire après échec de la chimiothérapie ou de la chirurgie conservatrice.

Les causes infectieuses (ostéomyélite, nécrotising fasciitis, infections nosocomiales) et les autres causes : congénitales (amputation in utero ou malformation) complications chirurgicales (ex. : thrombose, ischémie aiguë).

L'état de satisfaction est un paramètre multidimensionnel, incluant des aspects physiques, psychologiques et sociaux. Il est désormais considéré comme un indicateur fondamental de la qualité des soins, au même titre que la morbidité ou la mortalité et devrait être repensé dans le système de santé humain.

3. Anatomie fonctionnelle du membre amputé

Le membre inférieur est une chaîne cinétique composée de l'os coxal, du fémur, de la rotule, du tibia et de la fibula ; ses segments proximaux hébergent les nerfs fémoral et sciatique, sources fréquentes de douleur référée ou de névrome après section.

La conservation ou la perte du genou détermine le niveau de dépense énergétique pendant la marche et le type de prothèse disponible. Chez l'adulte africain, la longueur fémorale moyenne est de 45 cm. Il faut donc au moins 8 cm de moignon fémoral distal pour permettre une suspension ischiatique efficace et éviter les complications cutanées par rotation du moignon.

Quant au membre supérieur, articulé sur la ceinture scapulaire, il comprend l'humérus, le radius et l'ulna ; le plexus brachial, riche en anastomoses, qui explique la fréquence des douleurs fantômes et des névromes après amputation transhumérale ou transradiale. La connaissance de ces éléments guide le clinicien dans la planification de la résection, le choix du niveau optimal et l'anticipation des algies post-opératoires, sont des facteurs clés de la satisfaction future.

Maintenant que les bases anatomiques et fonctionnelles des membres ont été rappelées, il est essentiel de comprendre la fréquence, la répartition et les causes des amputations dans différentes populations. L'épidémiologie permet de situer l'amputation non plus comme un acte chirurgical isolé, mais comme un phénomène de santé publique, fortement influencé par des facteurs géographiques, sociaux et médicaux.

4. Épidémiologie

Les amputations de membre sont de plus en plus courantes et posent un réel problème de santé publique notamment en raison du diabète, des maladies vasculaires et des traumatismes sévères[13]. L'épidémiologie des amputations varie considérablement selon les régions, influencée par les différences d'accès aux soins de santé, de services préventifs et de prise en charge de la maladie[14].

À l'échelle mondiale, les indications les plus courantes pour l'amputation incluent des complications du pied diabétique, des maladies vasculaires ischémiques (en particulier la maladie artérielle périphérique (MAP) ainsi que les complications du pied diabétique qui représentent plus de 90 % des amputations des membres inférieurs) et des blessures traumatiques[15].

En Afrique, ces indications varient entre et au sein des pays, les symptômes les plus fréquemment rencontrés étant les traumatismes, les complications du diabète sucré et les maladies vasculaires périphériques[16]. Alors que certains auteurs ont trouvé que le traumatisme est l'indication la plus courante de l'amputation, ceci étant dû à l'ampleur croissante du développement, d'autres ont rapporté des complications liées au diabète sucré comme principale cause d'amputation en Afrique subsaharienne [6,17].

L'une des façons de corriger les divergences observées, est de mener davantage d'études pour générer suffisamment de données sur le sujet. Toutefois, malgré le peu de documentation, au Cameroun les données collectées ne concordent pas, d'une part, une étude montre que la gangrène traumatique et d'autres part affections de membre liées au traumatisme, sont les principales étiologies d'amputation [18]. Dans une autre étude, il ressort que le diabète et ses complications sont les étiologies prédominantes [3]. Une enquête montre que les hommes sont plus concernés (environ 65%) que les femmes[11].

La plus forte proportion d'amputation survenant chez les personnes âgées de 60 à 79 ans (41,9%), suivie par le groupe d'âges compris entre 40-59 ans (31,7%). Les tranches d'âges (0-19 ans) et les plus âgés (80 ans et plus), représentaient respectivement 9% et 9,7% des cas[11].

5. Prise en charge de l'amputation : Cas d'une amputation du membre inférieur

L'ablation d'une partie du corps étant un acte d'une mesure extrême, elle se doit de remplir des prérequis clairs, dans cette optique, ses buts sont élargis : sauver le pronostic vital, conserver la fonction maximale même quand la longueur osseuse résiduelle paraît insuffisante, assurer les suites post-opératoires par une préparation à l'appareillage adapté, ou à la vie sans prothèse et, enfin réinsérer la personne dans son milieu familial, professionnel et social.

Ainsi dès la sortie du bloc, le moignon est modelé par un bandage compressif multicouche de type Velpeau® renouvelé chaque jour pendant dix jours ; la compression est poursuivie par un manchon réglable en élasthanne ou un sleeve silicone lorsque la cicatrisation le permet, afin de limiter l'œdème, faciliter l'épidermisation et éviter les plis cutanés qui rendraient ultérieurement la suspension prothétique impossible.

La douleur est abordée selon son mécanisme : l'algie nociceptive post-opératoire est traitée par la voie orale avec paracétamol et AINS, complétée dès la première nuit par une morphine à dose contrôlée puis rapidement réduite.

La douleur neuropathique ou les sensations de membre fantôme sont prises en charge par gabapentine ou prégabaline débutée au premier jour (J1), associée à des séances de thérapie miroir deux fois par jour, ainsi qu'à une stimulation électrique transcutanée (TENS) placée sur le nerf proximal. Depuis deux ans, l'on procède également à l'application d'un patch de capsaïcine à 8 % sur les zones de projection douloureuse ou le trajet des nerfs sectionnés [11,27].

La verticalisation est entamée dès le premier jour, assis au bord du lit, puis transfert en fauteuil avec maintien du membre résiduel en extension ; dès le troisième jour (J3), le patient se lève sur sa jambe saine en appui partiel, apprend les rotations de tronc et les équilibres statiques afin de prévenir les chutes.

La rééducation fonctionnelle vise à préserver l'amplitude articulaire, la hanche est maintenue en extension-abduction par un coussin trochantérien la nuit et par des exercices actifs répétés le jour ; le genou est protégé d'un flexum par une orthèse de nuit en extension et par le renforcement isométrique du quadriceps stimulé électriquement dès le deuxième jour (J2).

Les complications locales sont surveillées quotidiennement, toute rougeur, sérosité ou désunion de la cicatrice impose un débridement précoce et l'utilisation d'un pansement sous pression négative (VAC®). La survenue d'un névrome douloureux est suspectée devant une douleur fulgurante à la percussion et confirmée par échographie, le traitement commence par une infiltration d'alcool ou de capsaïcine puis, en cas d'échec, par une résection avec capping nerveux sous microscope.

Le risque général de déconditionnement est combattu par la marche précoce entre les barres parallèles, l'utilisation d'un vélo ergométrique à bras, la prévention des escarres par un matelas à air et, la réévaluation quotidienne du risque de chute à l'aide du score STRATIFY.

La prise en charge devient multidisciplinaire à partir du septième jour (J7), lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle où le chirurgien, le médecin de rééducation, l'ergothérapeute, le prothésiste et le psychologue décident de l'aptitude à l'appareillage. Si le

moignon fémoral mesure moins de huit centimètres, la suspension ischiatique est préférée à la suspension squelettique et, l'on discute dès lors de l'option d'un implant osséo-intégré de type OPRA® ou ILIMB® après consolidation complète.

Pendant les six semaines qui suivent, le patient poursuit l'entraînement sur plate-forme Stabilométrique, apprend à utiliser une prothèse provisoire à liner silicone, puis à gérer les transferts dans la vie quotidienne. La réalité virtuelle est proposée pour réapprendre le schéma corporel et la séquence de marche.

Enfin, la réinsertion est organisée en lien avec le service de réadaptation professionnelle. Les aménagements de poste sont anticipés, et des séances de thérapie cognitivo-comportementales sont proposées pour lutter contre l'anxiété liée à l'image du corps et aux peurs de rechute.

La prise en charge ne s'arrête pas à la fermeture du moignon, dès les premières heures post-opératoires apparaissent des complications mécaniques, infectieuses ou neuro-vasculaires susceptibles de retarder la rééducation et de diminuer la satisfaction ultérieure. Le tableau ci-dessous recense les principaux types de complications, leurs mécanismes et les mesures préventives ou curatives appliquées au sein du service.

Tableau 1 : Les complications

Type	Exemples
Locales	Infection, nécrose, désunion de la cicatrice, névrome
Douleur	Membre fantôme, douleur neuropathique[20]
Attitude vicieuse	Flessum-abductum de hance, flexion du genou
Générales	Chute, escarres, déconditionnement, décompensation cardiaque[6]

Grâce à la surveillance quotidienne du moignon, à l'éducation du patient et, à la collaboration infirmière-kinésithérapeutique, la fréquence de ces complications a pu être ramenée à moins de 10 % dans notre série préliminaire. La reconnaissance précoce de chaque type d'événement indésirable permet d'ajuster le projet prothétique et constitue donc un des axes majeurs de la future évaluation de la satisfaction.

L'état de satisfaction est un paramètre multidimensionnel, incluant des aspects physiques, psychologiques et sociaux. Il est désormais considéré comme un indicateur fondamental de la qualité des soins, au même titre que la morbidité ou la mortalité. Il s'inscrit dans une approche complémentaire et ceci est d'autant plus vérifié chez les patients ayant subi des chirurgies de grande envergure telles que les amputations de membre.

II. LA SATISFACTION : EVALUATEUR IMPORTANT APRES UNE AMPUTATION

La satisfaction du patient en chirurgie est définie comme un jugement global émis par ce dernier après l'acte chirurgical, elle est fondée sur la comparaison entre ses attentes préopératoires et son vécu de la prise en charge, incluant les résultats cliniques, la communication avec l'équipe soignante, l'accompagnement émotionnel et l'environnement de soins[21].

Son fondement est établi au travers de trois volets importants à savoir : un indicateur de qualité des soins, la satisfaction est désormais considérée comme un marqueur central de la qualité des soins, au même titre que les complications ou la mortalité.[3]. Elle est également un facteur de succès clinique et économique ; un patient satisfait est plus enclin à respecter les consignes postopératoires, à revenir pour des soins ultérieurs et à recommander le chirurgien, ce qui réduit les risques de contentieux et améliore la réputation de la pratique.[22], impacte sur la qualité de vie perçue, une forte corrélation a été observée entre satisfaction et amélioration de la qualité de vie perçue après chirurgie [20,22].

L'amputation de membre constitue une altération corporelle majeure qui engendre des conséquences multiples et complexes. Au-delà de la perte fonctionnelle évidente, cette intervention chirurgicale remet en cause l'identité corporelle du patient, son autonomie, sa capacité professionnelle et sa vie sociale.

Dans ce contexte, la satisfaction du patient est devenue un indicateur central de la qualité des soins, elle intègre la douleur, la fonction, l'esthétique, le coût, le soutien social et la relation soignant-soigné. Chez l'amputé, elle influence l'adhésion aux soins, l'acceptation de la prothèse et le retour à l'activité professionnelle.

Les outils validés (WHOQOL-BREF, EQ-5D-5L) permettent une mesure fiable et sensible au changement. Aucun travail camerounais ne les a encore utilisés conjointement dans les six mois post-opératoires. La présente étude vise à combler ce vide en fournissant des données locales fiables sur la période critique des six premiers mois.

Ainsi, de la conceptualisation historique aux déterminants actuels de la satisfaction, les données disponibles établissent l'amputation comme un événement biopsychosocial complexe. Il convient désormais de décrire la méthode qui permettra de mesurer, chez les patients des hôpitaux de la ville de Yaoundé, le niveau et les déterminants de leur satisfaction dans les six mois suivant l'intervention.

1. Dimension physique : fondement organique de la satisfaction

La satisfaction liée à la dimension physique dépend de plusieurs facteurs : douleur du moignon et douleur fantôme. La douleur constitue le facteur physique le plus corrélé négativement à la

satisfaction. La méta-analyse de Singh et al. (2024) révèle que 59% des amputés de membre présentent une forte prédisposition à la dépression, avec des impacts majeurs[23].

Une autre étude, celle de Baars et al. (2018) a montré que les patients avec douleur chronique sévère avaient des scores de satisfaction, 40 % plus bas que ceux sans douleur. Le confort de la prothèse (ajustement, poids, friction) : La satisfaction prothétique constitue un sous-domaine spécifique à la dimension physique, environ 70% des patients appareillés retrouvent leur autonomie et leur mobilité et, certains ressentent un soulagement de la douleur chronique après amputation[24].

La mobilité fonctionnelle (distance de marche, équilibre, endurance), indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Pour quantifier ces aspects, plusieurs échelles validées sont disponibles (tableau 2). Leur courte durée d’administration (< 10 min) et leur gratuité les rendent utilisables dans un contexte à ressources limitées.

Tableau 2 : principales échelles évaluant la dimension physique après amputation du membre inferieur

Échelle	Domaines évalués
PEQ (Prosthesis Evaluation Questionnaire)	Utilité, mobilité, santé du moignon
TAPES	Restrictions activité
Locomotor Capabilities Index	Capacités de déambulation

Si la dimension physique constitue le socle organique, c’est l’expérience subjective du patient, douleur vécue, image corporelle, émotions, qui façonnent l’ajustement global. Il convient donc d’examiner les répercussions psychologiques de la perte d’un segment corporel, pivot central de la satisfaction à moyen terme.

2. Dimension sociale : Médiateurs psychosociaux d’adaptation

L’amputation est un handicap moteur susceptible de limiter la vie sociale et relationnelle du sujet. La famille et la communauté sont d’autant plus impliquées que le patient peut devenir tributaire de celles-ci. Cette dépendance est pesante pour le patient et son entourage, ce qui peut engendrer des conflits interpersonnels de plus, la difficulté de montrer son nouveau corps peut isoler socialement le sujet et entrainer un repli sur soi et ainsi la vie sociale est remise en cause de par la diminution de l’autonomie mais aussi par une réinsertion professionnelle difficile à organiser.

En effet, l'amputation constitue une invalidité qui peut affecter la vie professionnelle de l'individu. Cependant, selon une étude réalisée démontre que les difficultés socioprofessionnelles peuvent être évitées ou du moins diminuées par une « bonne réadaptation » [27]. Ces améliorations résultent de la diffusion des filières de reconversion, des formations professionnelles et du suivi régulier des amputés en centre de rééducation et de réadaptation.

Ainsi, le patient et l'entourage développent une série de stratégies afin de s'adapter : coping centré sur le problème (trois étapes : le déni, l'apitoiement et enfin l'acceptation), coping émotionnel (maintien du réseau social, gestion du regard des autres,) et coping social et professionnel (retour au travail, adaptation du poste de travail, activités de loisirs, engagement communautaire).

Avant de présenter notre propre problématique, il est indispensable de retracer les concepts fondateurs qui ont forgé le lien « qualité de vie / satisfaction » :

Ces travaux pionniers que nous rappellerons ci-dessous, non seulement justifient la centralité de notre thématique, mais montrent que chaque nouvelle enquête, s'inscrit dans une chaîne cumulative où la satisfaction est successivement conceptualisée, validée, puis déterminante; C'est précisément parce que ces recherches ont établi la satisfaction comme baromètre et vecteur du bien-être que notre approche contemporaine se veut indispensable pour explorer les mécanismes encore inédits qui subsistent dans cette relation et les intégrer dans notre contexte au Cameroun.

Ainsi Le premier socle est posé par DIENER, EMMONS, LARSEN & GRIFFIN (1985) qui, en abordant la problématique « Satisfaction With Life Scale » (SWLS), ont déplacé la question de l'objectif vers le subjectif et, ont montré que la satisfaction de vie est un jugement cognitif global, distinct des affects positifs/négatifs.

Huit ans plus tard, PAVOT & DIENER (1993) consolident l'édifice en passant au crible quarante une (41) études. Ils démontrent que la SWLS corrèle modérément avec les revenus, la santé ou les événements de vie, mais fortement avec des indicateurs psychologiques tels que l'estime de soi et le sentiment de maîtrise, établissant ainsi que la satisfaction fonctionne comme un résumé cognitif qui médiate entre conditions objectives et qualité de vie perçue, transforment l'échelle en standard mondial et relie explicitement qualité de vie objective et subjective [28].

Avant même ces développements, SHIN & JOHNSON (1978) avaient déjà théorisé le « happiness » comme évaluation globale de la qualité de vie, en montrant que le bonheur déclaré dépend à la fois des conditions matérielles et des aspirations individuelles, ils posent les bases d'une approche multidimensionnelle où la satisfaction est le point d'équilibre entre ce que l'on a et ce que l'on souhaite. Dans le champ gérontologique,

LIM, DING & KIM (2016) prolongent cette logique en montrant que, chez les seniors, la satisfaction de vie module la relation entre spiritualité, support social et qualité de vie perçue, plus la satisfaction est élevée, plus les ressources psychosociales convertissent la spiritualité ou l'aide familiale en bien-être concret, élargissant la problématique aux ressources non matérielles.

Enfin, BOEHM, ZEVON & KUBZANSKY (2018) renversent la causalité en démontrant que la satisfaction élevée prédit sept ans plus tard des taux d'inflammation plus faibles et des comportements de santé adaptatifs, établissant que la satisfaction n'est plus seulement la conséquence d'une bonne qualité de vie physiologique, mais en devient un déterminant.

Ainsi, de la conceptualisation à la validation, de la médiation à la causalité inverse, ces cinq axes tissent une toile logique, où qualité de vie et satisfaction s'interprètent réciproquement, la seconde fonctionnant à la fois comme baromètre cognitif et comme agent de protection de la première.

III. LA SATISFACTION APRES AMPUTATION : UNE ANALYSE COMPARATIVE MONDIALE AVEC FOCUS SUR L'AFRIQUE ET LE CAMEROUN

1. Satisfaction d'amputation : conceptualisation et généralités mondiales

Dans un premier temps, il convient de rappeler que la « satisfaction d'amputation » renvoie au jugement global positif ou négatif que la personne porte sur sa vie après la perte d'un membre, indépendamment de tout appareillage.

À l'échelle mondiale, les travaux de DIAS (2006, Porto) ont montré que la satisfaction avec la vie perçue (SWLS) après amputation est moins prédite par la présence d'une prothèse que par la résolution de la douleur, le retour à une activité signifiante et le maintien des rôles sociaux[29].

Ensuite, une cohorte nord-américaine de 1400 amputés vasculaires a observé que 44 % se déclaraient « satisfaits de leur vie actuelle » malgré l'absence ou le rejet de prothèse, pourvu que l'entourage, la douleur et l'autonomie domestique soient maîtrisés [30] . Ainsi, la littérature internationale situe la satisfaction subjective au carrefour de quatre pôles : contrôle de la douleur (moignon + fantôme), estime de soi corporelle, soutien social perçu et possibilité de reprendre un rôle valorisé [31].

2. Regards africains : entre résilience communautaire et fragilité économique

Tournons-nous maintenant vers le continent africain. Deux enquêtes transversales (Malawi, n = 83 ; Sierra Leone, n = 139) ont utilisé l'échelle WHOQOL-BREF pour mesurer la satisfaction globale avec la vie après amputation sans mentionner la prothèse[31] .

Les scores moyens atteignaient 3,8/5 (Malawi) et 3,6/5 (Sierra Leone) pour la dimension « Qualité de vie perçue globale » ; le sentiment d'être « utile à la famille » était le prédicteur le plus fort devant la douleur et le niveau d'éducation. Par ailleurs, une étude menée dans les quartiers d'Abidjan (Côte d'Ivoire, n = 102) a montré que la satisfaction d'amputation était significativement plus élevée chez les personnes intégrées à un réseau religieux ou associatif que chez celles restant en marge.

Néanmoins, la précarité économique pèse : à Lagos, 38 % des amputés se déclarant « satisfaits de leur vie » étaient en réalité sans revenu stable et vivaient de donations informelles, la satisfaction exprimée traduisait donc une forme de résignation sociale plus qu'un bien-être objectif [32] . En somme, en Afrique subsaharienne, la satisfaction subjective post-amputation semble cohabiter avec la vulnérabilité matérielle, mais soutenue par des ressorts communautaires forts : solidarité de voisinage, reconnaissance religieuse, répartition des tâches au sein du ménage élargi.

3. Le cas camerounais : entre fierté sociale et défi identitaire

Concentrons-nous désormais sur le Cameroun, deux travaux clés, l'un urbain (Yaoundé, n = 77) et l'autre rural (BATSENGA-DSCHANG, n = 92), ont exploré la satisfaction globale après amputation en s'affranchissant de tout critère prothétique.

D'une part, l'enquête de Yaoundé (2018) a relevé que 75 % des participants se disaient « satisfaits de leur vie actuelle », mais 48 % qualifiaient cette satisfaction de « fragile », car menacée par la perte d'emploi ou la rupture conjugale [33] . Les entretiens qualitatifs mettent en avant trois leviers :

- Le retour à une activité génératrice de revenus (commerce ambulant, cyber-conseil, agriculture urbaine) ;
- La reconnaissance sociale (adhésion à l'association nationale des amputés, participation aux compétitions sportives handisport) et,
- Le maintien du rôle parental (capacité à payer les frais scolaires des enfants).

D'autre part, l'étude rurale (2022) a montré que la satisfaction d'amputation était étroitement liée à la « réintégration dans le conseil du village » : les amputés retrouvant leur statut de « notable » rapportaient des scores de satisfaction de 4,2/5, contre 2,7/5 pour ceux restant

marginalisés [34]. Ainsi, au Cameroun, la satisfaction subjective semble cohabiter avec une tension identitaire : préservation de la face sociale vs peur de la dépendance économique ; le soutien de la famille élargie fait figure de variable médiatrice centrale.

4. Déterminants transversaux et perspectives

En croisant les données mondiales, africaines et camerounaises, on observe quatre déterminants universels de la satisfaction d'amputation :

- Contrôle perceptif de la douleur (moignon + fantôme) ;
- Estime de soi corporelle rétablie (acceptation du miroir, verbalisation positive) ;
- Soutien social perçu (famille, pairs, réseau religieux) et,
- Rôle social valorisé, retrouvé (parent, époux, fournisseur, citoyen).

Cependant, des spécificités culturelles modulent ces facteurs :

- En Afrique, la solidarité de voisinage compense le faible accès à la réadaptation institutionnelle.
- Au Cameroun, la réinsertion dans le tissu associatif local (clubs d'amputés, églises, coopératives) double le score de satisfaction (Cohen's $d = 0,7$) ;
- Le genre influence, les femmes camerounaises mieux insérées dans les réseaux de commerce informel rapportent une satisfaction plus élevée que les hommes confrontés à la perte de rôles de « chef de famille ».

En conclusion, la satisfaction d'amputation ne se réduit ni à la qualité d'une prothèse, ni à la richesse d'un système de santé, elle émerge d'un processus transactionnel entre contrôle de la douleur, reconstruction identitaire et reconnaissance sociale.

Pour l'avenir, les programmes devraient s'investir dans les espaces de parole communautaire, les micro-projets générateurs de revenus et l'accompagnement psychologique précoce, plutôt que de se focaliser exclusivement sur la technologie prothétique.

La satisfaction des patients amputés est devenue un indicateur central de qualité des soins, complétant les données cliniques classiques. Elle dépend de facteurs multiples : douleur, fonctionnalité de la prothèse, accompagnement psychologique, information reçue et, attentes préopératoires.

Des outils validés comme le TAPES, WHOQOL-BREF, HADS ou EQ-5D-5L permettent une évaluation multidimensionnelle de la qualité de vie perçue. Dans le contexte africain et,

particulièrement au Cameroun, ces dimensions restent peu explorées, malgré leur impact sur la réinsertion et l'observance des soins.

Les barrières majeures à la satisfaction incluent la douleur chronique, le coût des prothèses, leur esthétique et, la difficulté d'acceptation psychologique. Une prise en charge globale, intégrant rééducation, soutien mental et appareillage adapté, est donc essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients amputés.

Chapitre III : METHODOLOGIE

1. TYPE D'ETUDE

Pour cette recherche sur la satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé, nous avons effectué une étude quantitative, prospective, longitudinale à trois temps de mesure (T1 = 1mois, T2 = 3mois, T2 = 6mois après l'amputation).

Cette méthodologie permettait de quantifier la satisfaction tout en explorant en profondeur les facteurs contextuels propres au contexte camerounais. Le suivi longitudinal à trois temps était justifié par la dynamique du processus de deuil de Kübler-Ross et l'évolution des stratégies d'adaptation fonctionnelle post-amputation : T1 phase aiguë post-opératoire, évaluation initiale de la satisfaction, premiers ajustements psychologiques, début du processus de deuil ; T2 phase intermédiaire, consolidation de l'adaptation, évaluation de la rééducation, premiers essais prothétiques ; T2 phase de stabilisation, intégration sociale et professionnelle, acceptation potentielle de l'amputation.

2. LIEU DE L'ETUDE

Notre étude était conduite dans la ville de Yaoundé, précisément dans trois structures hospitalières complémentaires à savoir : l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY), l'Hôpital Militaire de Région N° 1 (HM) et la Polyclinique MAYA (PCM). Cette diversité institutionnelle permet de couvrir les principales étiologies d'amputation dans le contexte camerounais et d'évaluer la satisfaction des patients dans des cadres de prise en charge variés.

3. PERIODE D'ETUDE

La période de collecte des données était prévue pour 1mois, 3 mois et 6 mois post-amputation.

4. POPULATION D'ETUDE

Population source : ensemble des personnes âgées de plus de 18 ans vivant à Yaoundé.

Population cible : Patients amputés d'un membre (supérieur ou inférieur) admis dans les services de Chirurgie et réadaptation de l'hôpital Général de Yaoundé, hôpital Militaire de région n°1, Polyclinique Maya

Criteres d'inclusion

- Âge ≥ 18 ans
 - Amputation récente (< 1 mois)
 - Capacité à donner un consentement éclairé
 - Résident à Yaoundé ou sa périphérie
-

Criteres d'exclusion

- Amputation bilatérale majeure
- Troubles cognitifs sévères
- Suivi impossible (perte de vue, transfert)
- Maladies psychiatriques sévères non stabilisées.
- Refus de consentement

Echantillon

Le calcul de la taille d'échantillon a été conduit en tenant compte du plan d'observation longitudinal prospectif à trois temps de mesure (1, 3 et 6 mois) et de l'objectif principal qui est de détecter une variation significative du score global de satisfaction évalué par le WHOQOL-BREF. La formule retenue était celle préconisée pour les études de cohorte avec mesures répétées, intégrant l'écart-type attendu des scores, la différence minimale jugée cliniquement pertinente, la corrélation intra-sujet et un facteur d'inflation pour les pertes de suivi.

Sur la base de notre pré-test ($n = 10$), l'écart-type observé du score WHOQOL-BREF global était de 11,8, nous avons fixé le seuil de différence à détecter à 10 points, valeur rapportée comme cliniquement significative dans la littérature. En adoptant une corrélation intra-sujet $\rho = 0,6$ et en anticipant 30 % de perdus de vue entre T0 et T2, la formule retenue est celle préconisée pour les études de cohorte avec mesures répétées :

$$N = (Z\alpha + Z\beta)^2 \times \sigma^2 \times k / \Delta^2 \times (1 - \rho)$$

Avec :

- $Z\alpha = 1,96$ (IC 95%)
- $Z\beta = 0,84$ (puissance 80%)
- $\sigma = 11,8$ (écart-type observé du score WHOQOL-BREF global lors du pré-test, $n=10$)
- $\Delta = 10$ points (seuil de différence cliniquement significative)
- $\rho = 0,6$ (corrélation intra-sujet anticipée)
- $k = 1,43$ (facteur d'inflation pour 30% de perdus de vue entre T0 et T2)

$N = (1,96 + 0,84)^2 \times (11,8)^2 \times 1,43 / (10)^2 \times (1 - 0,6) = 39,02 \approx 41$ sujets effectifs minimal inclus à un mois et ajustable selon la disponibilité. Afin de préserver la puissance de l'étude, nous nous fixons un objectif de 45 à 50 participants, fourchette cohérente avec les travaux de FOUDA (2024) au Nigeria ($n = 48$), de ESSOH (2021) à Yaoundé ($n = 45$) tous deux ayant utilisé la même méthodologie longitudinale avec le WHOQOL-BREF et une puissance de 80 %.

5. OUTILS DE COLLECTE

La collecte des données reposait sur un questionnaire structuré en six (6) sections, construit spécifiquement pour cette étude et intégrant quatre (4) outils validés internationalement, adaptés au contexte camerounais. Ce questionnaire permettait une évaluation multidimensionnelle de la satisfaction des patients amputés, en articulant les dimensions physique, psychologique et sociale, tout en mettant en lumière les étapes du deuil vécues par les participants.

Structure du questionnaire principal : L'outil de collecte était un questionnaire structuré en six sections. La première section recueillait les variables sociodémographiques en neuf items afin de décrire le profil de la population étudiée.

La deuxième section portait sur le profil clinique avec onze items et sous-questions pour caractériser l'amputation et ses complications éventuelles.

La troisième section mesurait le soutien social et la résilience en six items afin d'évaluer les ressources psychosociales disponibles.

La cinquième section portait sur les soins et la réadaptation en cinq items pour évaluer l'accès aux soins de réadaptation.

Enfin, la sixième section mesurait la satisfaction globale en sept items complétés par des recommandations, permettant une évaluation multidimensionnelle de la satisfaction.

Par ailleurs, quatre outils validés ont été intégrés au questionnaire. Le WHOQOL-BREF administré en dix minutes, évaluait la qualité de vie globale ainsi que ses dimensions physique, psychologique, relationnelle et environnementale en vingt-six items.

L'échelle HADS, en cinq minutes, mesurait l'anxiété et la dépression en quatorze items répartis en deux sous-échelles de sept items chacune.

Le EQ-5D-5L, en cinq minutes, évaluait l'état de santé selon cinq dimensions complétées par une échelle visuelle analogique de zéro à cent.

Enfin, l'échelle OSSS-3, administrée en deux minutes, mesurait le soutien social perçu en trois items.

Description détaillée des sections et outils :

Section 1 - Variables sociodémographiques : Âge (4 classes), sexe, statut matrimonial (5 modalités), niveau d'éducation (5 niveaux), secteur professionnel (5 catégories), revenus mensuels estimés (5 tranches), couverture médicale/assurance santé, aires géographiques d'origine, religion, moyen de transport utilisé pour les consultations.

Section 2 - Profil clinique : Date de l'amputation, membre amputé (MS/MI), type d'amputation (partielle/totale), côté (droit/gauche), niveau d'amputation (trans-tibial, trans-fémoral, trans-radial, trans-huméral, autres...), cause de l'amputation (traumatisme, maladie vasculaire,

infection, tumeur, diabète, autres...), comorbidités, douleur au moignon (EVA 0-10), douleur fantôme (EVA 0-10), complications postopératoires.

Section 3 - Soutien social et résilience : Bénéfice d'un suivi psychologique (oui/non) et satisfaction, soutien suffisant de l'entourage (oui/non/partiellement), types de soutien reçus (familial, communautaire, professionnel, aucun), reconnaissance sociale perçue (4 niveaux), sentiment d'appartenance à la communauté (4 niveaux), maintien des relations sociales (3 niveaux).

Section 4 - Soins et réadaptation : Bénéfice d'un programme de rééducation (oui/non), nombre de séances (<10, 10-20, >20), satisfaction de la prise en charge rééducative, soins du moignon bien expliqués (oui/non), préparation à l'appareillage (oui/non), qualité des soins à l'hôpital (échelle 1-5), information reçue sur les suites (4 niveaux).

Section 5 - Satisfaction globale : Satisfaction globale de la prise en charge (échelle Likert 1-5 : très insatisfait à très satisfait), recommandation du centre (oui/non) et justification, aspects à améliorer, satisfaction vis-à-vis de l'information reçue, de la gestion de la douleur, de l'accompagnement psychosocial (échelle 1-5), commentaires libres.

Outils validés complémentaires :

- WHOQOL-BREF: Questionnaire générique de 26 items validé en français et adapté à la culture africaine. Explore quatre domaines : physique (7 items), psychologique (6 items), relations sociales (3 items), environnement (8 items), plus 2 items globaux. Les scores sont convertis sur une échelle de 0 à 100, permettant des comparaisons temporelles et interindividuelles. Mode de calcul conforme au protocole OMS.
- HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, 14 items (7 anxiétés + 7 dépressions), cotation 0-3 par item. Score seuil ≥ 11 oriente vers un appui psychologique spécialisé.
- EQ-5D-5L : 5 dimensions (mobilité, soins personnels, activités courantes, douleur/inconfort, anxiété/dépression), 5 niveaux de réponse chacune, plus EVA 0-100. Permet le calcul d'un index de préférence sociétal.
- OSSS-3 : Oslo Social Support Scale, 3 items, score total 3-14. Interprétation : 3-8 soutien faible, 9-11 soutien modéré, 12-14 soutien fort.

Durée totale d'administration : 30-40 minutes par entretien et par temps de mesure.

6. PROCEDURE DE COLLECTE

Aspects éthiques

Ce travail a été soumis au Comité Institutionnel d'Ethique et de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (CIER-FMSB) dans le but d'obtenir la clairance

éthique. Nous avons obtenu l'autorisation de réaliser l'étude auprès de la direction de nos différents sites de collecte.

Collecte des données

La collecte des données était exclusivement quantitative, longitudinale et prospective. Elle se déroulera en trois vagues fixes : T1=1mois, T2=3mois et T3=6mois après l'amputation.

Nous contactons personnellement chaque participant sept jours avant la date prévue par appel téléphonique ou message WhatsApp, nous renouvelions le rappel la veille. À l'arrivée à l'hôpital, nous vérifions l'identité, la date de l'amputation et la conformité aux critères d'inclusion puis, nous renouvelions oralement le consentement et nous recueillions à nouveau la signature ou l'empreinte sur la fiche de suivi, même si la personne avait déjà accepté lors d'un temps précédent.

Nous installons le participant dans un box de consultation externe réservé à cet effet pour préserver l'intimité. Nous ouvrons l'entretien par un court moment de dialogue libre : « Comment vous sentez-vous depuis la dernière fois ? » Ce temps d'écoute nous permettait d'ajuster le rythme de l'entretien et de repérer d'éventuels signes de détresse psychologique.

Nous passons ensuite au questionnaire dans l'ordre suivant : données sociodémographiques et cliniques, échelle de deuil, WHOQOL-BREF, HADS, EVA douleur, OSSS-3 et enfin la question de satisfaction globale. Nous saisissons les réponses en temps réel sur tablette via KoBoCollect et, nous conservons une sauvegarde papier dans un classeur verrouillé. Si le participant se fatiguait ou manifestait une émotion forte, nous proposons une pause ou nous reportons la fin du questionnaire à la fin de la journée, après un temps d'écoute.

À la fin de l'entretien, nous résumons à haute voix les points clés : tels que « Vous avez indiqué que la douleur fantôme est à .../10 et que vous vous sentez souvent en colère ; je vais transmettre ces informations à l'équipe soignante pour qu'elle vous propose des solutions. » Si le score HADS dépassait 11, nous organisons un rendez-vous psychologique dans la semaine et nous alertons immédiatement l'infirmière coordinatrice par fiche confidentielle. Je ne laissais aucun participant sans relais après la collecte.

Chaque soir, nous vérifions la complétude et la cohérence des données, nous corrigeons les anomalies. Nous nous assurons ainsi que la procédure combine rigueur scientifique et soutien humain, en plaçant le processus de deuil au cœur de l'évaluation de la satisfaction.

7. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse était conduite par nous sous SPSS v.27 après importation des fichiers .csv issus de KoBoCollect. Nous supprimons les doubles, nous vérifions la normalité par le test de Shapiro-Wilk et nous présentons les variables continues en moyenne $\pm$ écart-type ou médiane [IQR] selon le résultat. Les variables quantitatives étaient décrites en effectifs et pourcentages. Les comparaisons entre patients satisfaits (score $\geq 4/5$) et non satisfaits utilisaient le test de Student ou Mann-Whitney, puis χ^2 ou Fisher.

La trajectoire longitudinale des scores était modélisée par ANOVA à mesures répétées ; en cas de violation de la sphéricité (Mauchly $p < 0,05$), nous appliquons la correction de Greenhouse-Geisser et le post-hoc de Bonferroni. Les déterminants indépendants d'une satisfaction élevée étaient recherchés par régression logistique multiple ascendante (seuil d'entrée 0,20, sortie 0,10) avec contrôle du VIF < 5 et test de Hosmer-Lemeshow. Les résultats étaient exprimés en rapports de cotes avec IC 95 %. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$ pour l'ensemble des tests.

8. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Cette étude était conduite dans le strict respect des principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (version révisée d'octobre 2013), garantissant la protection des personnes, la confidentialité des données, et le respect de la dignité humaine. Elle s'inscrivait dans une approche de recherche centrée sur la personne, en tenant compte de la vulnérabilité psychologique potentielle des participants, notamment en lien avec le deuil corporel et la perte d'autonomie.

Avant toute collecte, nous obtenions les autorisations nécessaires auprès du Comité Institutionnel d'Éthique de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (CIER-FMSB) de l'Université de Yaoundé I, ainsi que la Direction des hôpitaux de collecte

Un consentement éclairé écrit était systématiquement recueilli auprès de chaque participant. Pour les personnes illettrées, nous lisions le contenu du formulaire à haute voix en présence d'un témoin impartial, qui apposait sa signature ou empreinte digitale. Le consentement était renouvelé à chaque visite (T0, T1, T2), en rappelant le droit de se retirer à tout moment, sans que cela n'influence la qualité des soins reçus.

La confidentialité était garantie par un codage anonyme des données (initiales + date de naissance + numéro de suivi), un stockage sécurisé des fichiers (clé USB + sauvegarde cloud

restreinte), et un accès strictement limité à l'équipe de recherche. Aucune information nominative ne sera divulguée dans les publications ou présentations.

Les risques sont : fatigue liée à la durée de l'entretien (30–40 min), gêne émotionnelle possible lors d'évocation du deuil, de la douleur ou de la stigmatisation. Pour prévenir toute détresse, nous suspendrions l'entretien si nécessaire, proposerions un temps d'écoute, et orienterions vers le service de psychologie ou de psychiatrie tout participant présentant un score ≥ 11 à l'HADS ou exprimant des idéations de désespoir.

Les bénéfices sont majeurs : identification des déterminants modifiables de la satisfaction, amélioration de la prise en charge psychosociale, adaptation des protocoles de rééducation, et formulation de recommandations pour les politiques publiques en matière de prise en charge et de soutien mental des amputés.

Avant chaque entretien, nous menions une session d'information-éducation-communication orale pour expliquer les objectifs, les droits du participant, et la nature non thérapeutique de l'étude. Le rapport bénéfice-risque était jugé favorable par l'équipe encadrante. Les résultats seront restitués aux participants via les associations d'amputés et aux services de santé concernés, afin de contribuer concrètement à l'amélioration des soins et à la réduction des inégalités d'accès à la réadaptation.

Chapitre IV : RESULTATS

Les résultats de la recherche ont été présentés en cinq parties englobant : la population d'étude (I) ; le profil clinique des patients amputés (II) ; le retentissement psychologique face à la perte d'un membre (III) ; leurs stratégies d'adaptation fonctionnelle (IV) et, le niveau de satisfaction des patients amputés, ainsi que les facteurs associés à leur devenir fonctionnel et à leur bien-être psychosocial (V).

I. POPULATION D'ETUDE

La collecte des données a été réalisée auprès des patients amputés de membre dans les services de chirurgie et de rééducation dans les hôpitaux de la ville de Yaoundé. Il s'agit principalement de l'Hôpital Général de Yaoundé, de l'Hôpital Militaire de Région N°1 et, la Polyclinique MAYA.

L'amputation d'un membre représentait environ 10-15% des interventions des services d'orthopédie de l'étude, soit en moyenne deux amputations par jour.

La figure 4 ci-dessous présente le processus de recrutement.

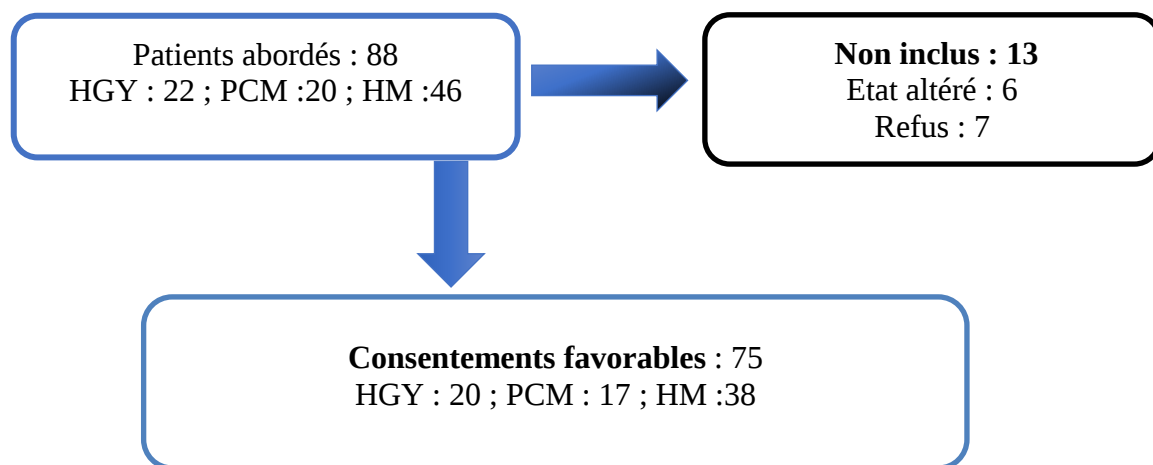


Figure 4 : Flux de recrutement de la population

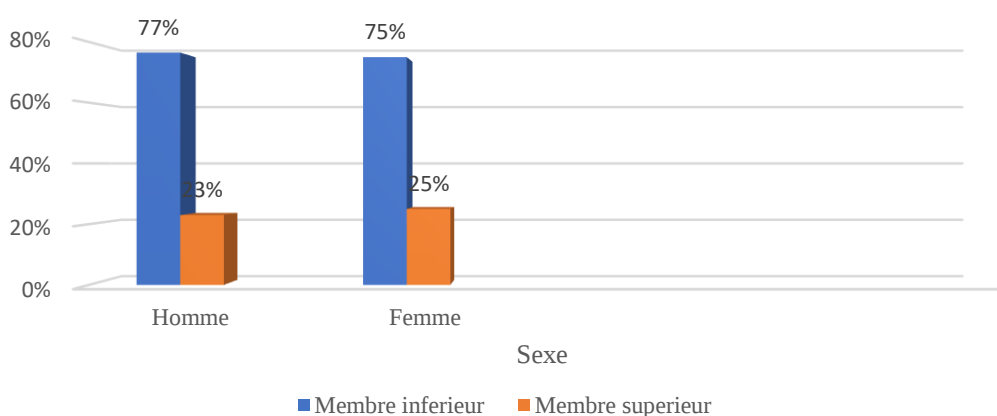
Au total, 75 patients amputés des membres ont été colligés, avec un taux de participation de 90,4 %, réparti ainsi : HG Y : 26,7% ; HM : 50,7% ; PCM : 22,6% ; sur une période de six mois allant de janvier à juin 2026.

L'âge moyen de la population d'étude était de $46,4 \pm 16,5$ ans (IC 95% : 42,6 – 50,2 ans), avec un sex-ratio de 2,1. Le détail du profil sociodémographique est présenté dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des patients amputés

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
Age	< 30 ans	14	18
	30–45 ans	23	31
	46–60 ans	21	28
	> 60 ans	17	23
Sexe	Féminin	24	32
	Masculin	51	68
Statut matrimonial	Célibataire	22	29
	En couple	36	48
	Divorcé(e)	9	12
	Veuf (ve)	8	11
Niveau d'éducation	< Primaire	25	33.0
	1er cycle	26	35.0
	2nd cycle	12	16.0
	Supérieur	12	16.0

La population avait une moyenne d'âge de 46,4 ans, ce qui correspond à une population en âge de travailler. La majorité des patients étaient en couple (48%) et la concentration des niveaux d'éducation dans les bas degrés plus de deux tiers des participants (68 %) n'ayant pas dépassé le premier cycle constitue un facteur de vulnérabilité structurelle, susceptible de limiter l'accès à l'information médicale, à l'emploi et aux ressources de réhabilitation.

**Figure 5 : Répartition du sexe en fonction du membre amputé.**

Prédominance masculine constante (68%). Les hommes dominent les amputations de membre inférieur, les femmes sont plus représentées dans les amputations de membre supérieur.

II. PROFIL PATHOLOGIQUE

Le profil clinique était marqué par une homogénéité de la douleur résiduelle et d'autres détails qui seront présentés dans le tableau 5 ci-dessous

Tableau 5 : caractéristiques cliniques des patients

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
Type d'amputation	Partielle	41	55
	Totale	34	45
Cause	Traumatisme	31	42
	Diabète	19	25
	Maladie vasculaire	10	13
	Infection	7	9
	Tumeur	2	3
	Nécrose	6	8
Douleur fantôme	Non	37	49
	Oui	38	51

Les amputations partielles prédominaient (55%) sur les amputations totales (45%). Les traumatismes constituaient la principale indication (42%), suivis des complications du diabète (25%). La douleur fantôme, symptôme classique post-amputation, était présente chez plus de la moitié des patients (51%), témoignant d'un retentissement neurologique et psychologique significatif. La figure 6 présente sa distribution selon l'âge et le type d'amputation.

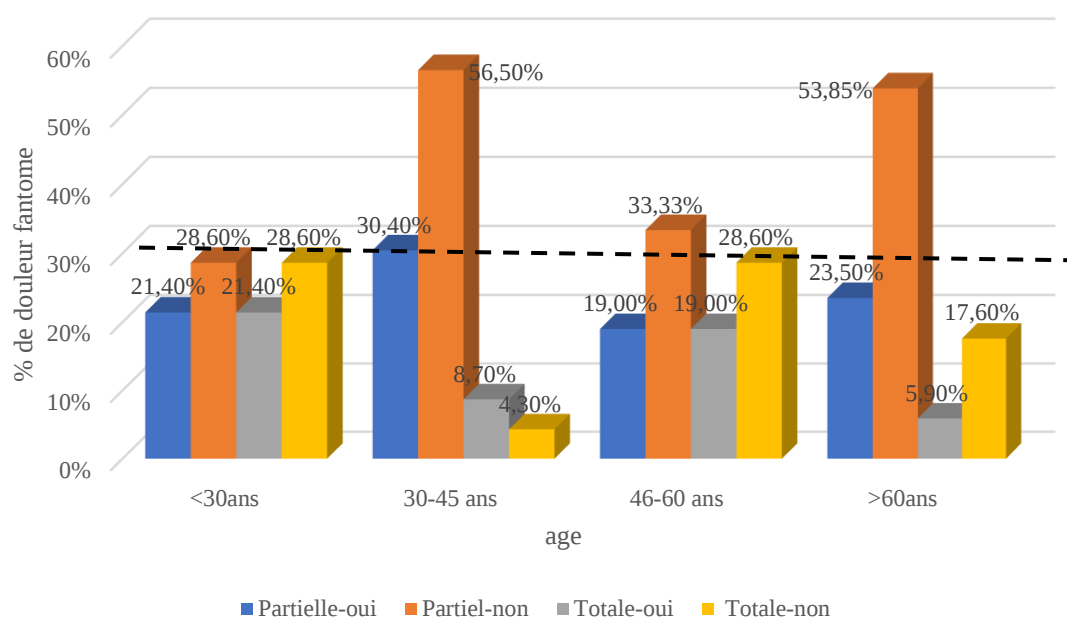


Figure 6 : prévalence de la douleur fantôme en fonction de l'âge et du type d'amputation

La figure montre la distribution de la douleur fantôme selon les tranches d'âge et le type d'amputation. La douleur fantôme est plus fréquente chez les patients âgés de 46-60 ans, avec une prévalence accrue avec l'âge et chez les amputations totales (65% vs 40% pour les partielles). Cette corrélation suggère une relation directe entre l'étendue de la lésion nerveuse, la plasticité cérébrale altérée par l'âge et la survenue du phénomène fantôme. Les amputations totales chez les sujets âgés constituent ainsi le profil à plus haut risque de douleur fantôme persistante.

III. STRATEGIE D'ADAPTATION

Les stratégies d'adaptation fonctionnelle reposaient principalement sur les éléments du tableau suivant :

Tableau 6 : stratégies post amputation

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
Soutien perçu	Oui	50	66.7
	Partiellement	15	20
	Non	10	13.3
Programme de rééducation	Oui	44	59
	Non	31	41
Accès prothétique(disponibilité)	Aucun accès	37	50
	Accès limité	19	25
	Accès possible	19	25

Bien que 86,7% des patients amputés ont perçu un soutien suffisant, le cout de la prothèse s'était érigé en obstacle majeur des stratégies d'adaptions. La figure 10 associe l'accès prothétique aux revenus mensuel.

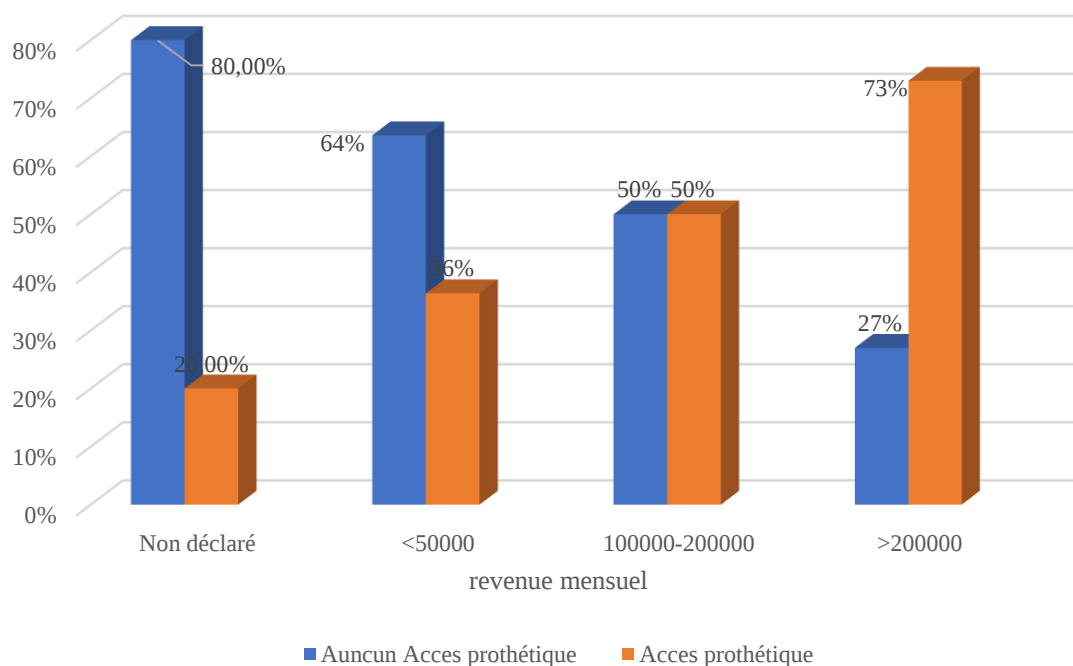


Figure 7 : répartition de l'accès prothétique en fonction du revenu mensuel

Le graphique ci-dessus confirmait que l'obstacle financier était directement corrélé au niveau de revenu : les patients à revenu mensuel bas sont quasi exclusivement concentrés dans la catégorie « aucun accès ». Cette donnée non visible dans le tableau seul révélait que l'accès prothétique était avant tout une question d'équité socioéconomique et, non de disponibilité technique.

IV. SATISFACTION MULTIDIMENSIONNELLE

Malgré le drame que représente l'amputation, le taux de satisfaction des patients s'élevait à 72%, le tableau suivant montre sa répartition dans la population.

Tableau 7 : niveau de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge

Score de satisfaction	Effectif	Pourcentage (%)
Très insatisfait	6	8
Insatisfait	15	20
Moyen	20	27
Satisfait	25	33
Très satisfait	9	12

Cette distribution montrait qu'une proportion non négligeable de patients restaient insatisfaite, soulignant des lacunes dans le processus de prise en charge totale. La figure 11 ci-contre corréle cette satisfaction avec le membre amputé.

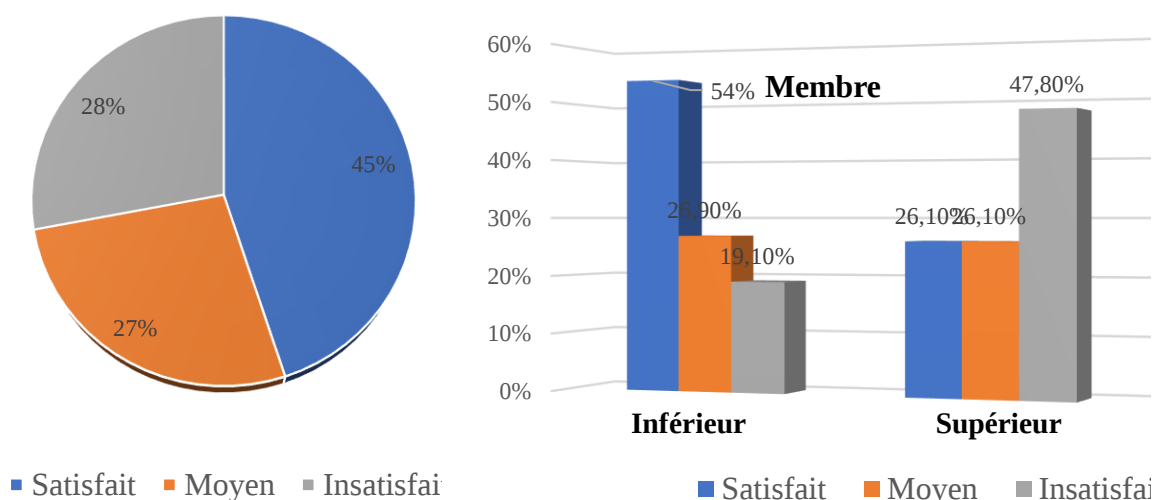


Figure 8 : Répartition globale de la satisfaction et selon le membre amputé

Le graphique montre que le taux de satisfaction maximale était représentatif du groupe membre inférieur.

Les variations observées poussaient à tester d'autres associations. Le tableau 9 présente ces associations entre satisfaction, profil sociodémographique et profil psychologique. Quant à la figure 12, elle montre la représentation de la satisfaction suivant les éléments cliniques.

Tableau 8 : répartition de la satisfaction dans la population

Dimensions	Variables	Modalités comparées	p-value
Socio-démographique	Age	<45 ans vs >45ans	0,658
	Sexe	Masculin vs Féminin	0,842
	Statut matrimonial	En couple vs Seul	0,065
	Niveau d'éducation	<1er cycle vs >1er cycle	0,173
Psychologique	Etat émotionnel	Mauvais vs Bon	0,52
	Estime de soi	Mauvaise vs Bonne	0,501
	Deuil corporel	Accepté vs En cours	0,076

Bien que non significatif au seuil conventionnel de 0,05, le statut matrimonial et le deuil corporel montraient une tendance statistique ($p = 0,065$; $0,076$) suggérant un effet potentiel sur la satisfaction. De même, la figure ci bas montre que suivant les éléments cliniques, la satisfaction des patients amputés était influencée.

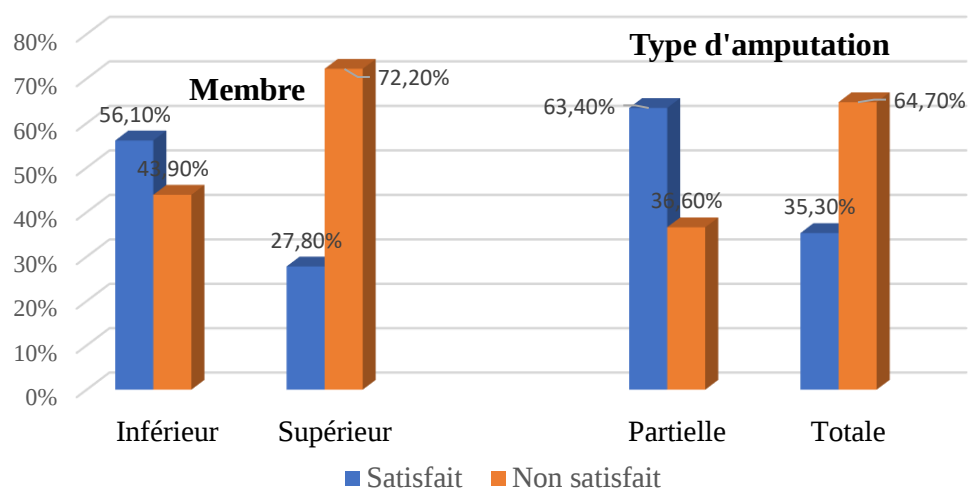


Figure 9 : Distribution de la satisfaction suivant le membre et le type d'amputation

Les facteurs précédemment étudiés présentaient des effets variables sur la satisfaction. Une analyse multivariée a permis d'isoler les effets indépendants visibles dans le tableau ci-après :

Tableau 9 : facteur de satisfaction

Facteur	Risque Relatif (RR)	IC 95%	P-value
Rééducation	1,67	[1,17 – 2,40]	0,002
Soutien social	1,75	[1,14 – 2,68]	0,003
Accès prothétique	1,42	[1,05 - 1,91]	0,033

La hiérarchisation de ces facteurs soulignait que la dimension psychologique primait sur les aspects matériels et clinique dans la détermination de la satisfaction globale. Un patient psychologiquement résilient avec un soutien social fort avait une meilleure satisfaction même avec un accès prothétique limité comme visible sur la figure 13 ci contre.

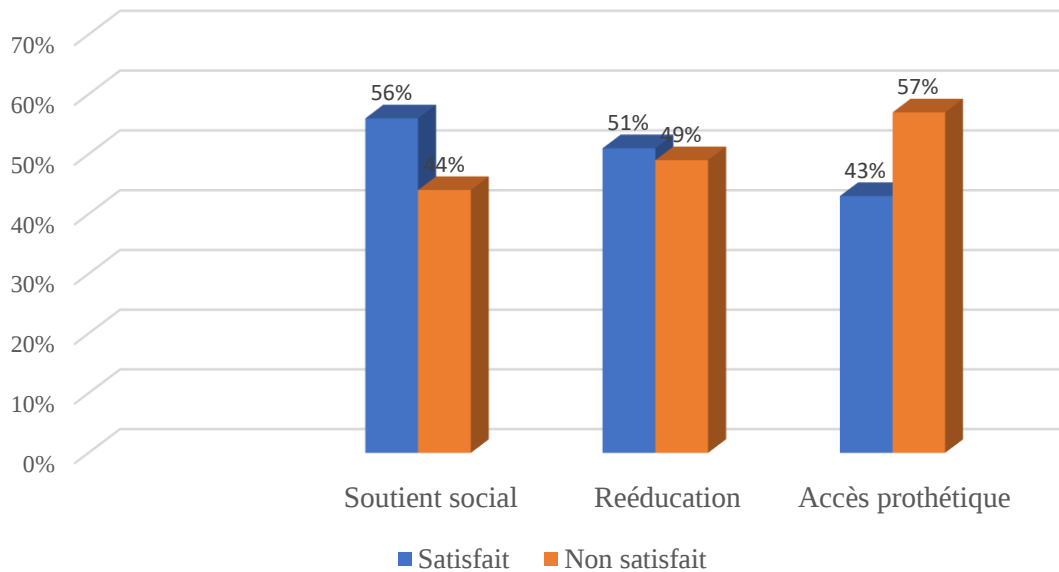


Figure 10 : facteurs associés à la satisfaction

Le niveau de satisfaction des patients amputés de membre à Yaoundé est modérément élevé mais variable. La satisfaction repose sur quatre piliers à savoir: le retentissement psychologique maîtrisé, déterminant le plus puissant ; l'accès à la rééducation ; le soutien social et, l'accès prothétique. Elle est limitée par le coût des prothèses, leur faible accessibilité, la précarité socio-économique et les amputations totales. Egalement, elle est fragilisée par la détresse émotionnelle, l'estime de soi altérée et un deuil corporel incomplet.

Ainsi, la satisfaction résulte d'un équilibre entre amélioration fonctionnelle, résilience psychologique et adaptation sociale, mais reste entravée par des inégalités d'accès aux soins et aux ressources, imposant une prise en charge globale où l'accompagnement psychologique précoce et le soutien communautaire sont des leviers essentiels.

Chapitre V : DISCUSSION

Cette étude, conduite auprès de soixante-quinze (75) patients amputés de membre dans trois structures hospitalières de la ville de Yaoundé sur une période de six mois (janvier à juin 2026), est la première à évaluer de manière multidimensionnelle et longitudinale, la satisfaction des patients amputés dans le contexte camerounais post-opératoire.

Ses résultats sont en partie concordants avec la littérature existante, mais révèlent des spécificités locales importantes que nous discuterons dans ce chapitre. L'analyse des données met en lumière quatre déterminants principaux de la satisfaction : le retentissement psychologique, le soutien social perçu, l'accès à la rééducation structurée et, l'accès prothétique.

Nous analyserons ces résultats en les comparant à la littérature internationale et africaine pour identifier les convergences, les divergences et leurs implications pratiques dans l'organisation des soins. Toutefois, cette recherche présente certaines limites méthodologiques qu'il convient de prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats.

4.1. POPULATION D'ÉTUDE ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Nous avons recruté 75 patients amputés, avec un taux de participation de 90,4 %, reflétant une bonne acceptabilité de l'étude dans la population cible. Le sex-ratio de 2,1 est cohérent avec les données africaines disponibles sur les amputations, où les hommes représentent environ 65 % des cas du fait de leur surexposition aux traumatismes professionnels et aux accidents de la voie publique [11].

Ce résultat s'aligne également avec une étude conduite au Malawi et en Sierra Leone utilisant le WHOQOL-BREF, où une proportion similaire d'hommes était rapportée [31]. Dans notre contexte, l'Hôpital Militaire concentrait 50,7 % des effectifs, ce qui reflète la part importante des traumatismes militaires et paramilitaires, étiologie prédominante dans cette structure. L'âge moyen de $46,4 \pm 16,5$ ans situe notre étude dans une tranche d'âge professionnellement active, renforçant l'impact social et économique de l'amputation.

Ce profil diffère des populations à prédominance vasculaire des pays développés, où l'âge moyen dépasse généralement 65 ans[14]. En Afrique subsaharienne, les données disponibles montrent que les amputations touchent préférentiellement des adultes jeunes en âge de travailler [12], ce qui explique le poids des conséquences socio-professionnelles dans notre série.

Le profil éducatif, dominé par l'instruction primaire ou inférieure (68 %), et le statut conjugal marqué par 23 % de patients seuls (divorcés ou veufs) soulignent la vulnérabilité sociale particulière de cette population. Des études africaines antérieures ont montré que l'isolement conjugal et la faiblesse du capital éducatif constituent des facteurs de risque indépendants de mauvaise adaptation psychosociale après amputation [31,33].

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation de ces résultats. En premier lieu, le recours à un questionnaire auto-administré en face-à-face est susceptible d'introduire un biais de désirabilité sociale, les patients pouvant tendre vers des réponses jugées plus favorables par rapport aux soignants qui les ont pris en charge. Ce biais de courtoisie pourrait avoir conduit à une surestimation de la satisfaction réelle, particulièrement dans les questions portant sur la relation soignant-soigné.

Deuxièmement, bien que longitudinal, le suivi à trois temps de mesure (T1=1 mois, T2=3 mois, T3=6 mois) ne permet pas de capturer les trajectoires au-delà de six mois, période pourtant critique pour la consolidation des stratégies d'adaptation et la pleine intégration prothétique.

Bien que l'étude ait été conduite dans trois structures hospitalières complémentaires, la population recrutée reste celle des amputés ayant accédé au système de soins formel, excluant de fait les patients pris en charge en milieu informel ou en zone rurale. La généralisabilité des résultats à l'ensemble des amputés de la ville de Yaoundé doit donc être appréhendée avec prudence.

Enfin les pertes de vue potentielles entre T1 et T3 pourraient introduire un biais de sélection en faveur des patients les mieux adaptés, susceptibles de sous-estimer la prévalence de l'insatisfaction dans la population générale des amputés.

4.2. PROFIL CLINIQUE ET ÉVOLUTION

La prévalence du traumatisme comme première cause d'amputation (42 %) confirme les données de Yaoundé publiées en 2021 [4], et s'aligne avec la tendance africaine générale où les accidents de la route et du travail constituent la principale indication dans les pays à revenus intermédiaires[12].

Cependant, la part non négligeable du diabète (25 %) et des maladies vasculaires (13 %) annonce une transition épidémiologique en cours, comparable à ce qui est décrit en Afrique de l'Ouest [16] et qui préfigure une augmentation progressive des amputations d'origine métabolique dans la décennie à venir. Cette évolution souligne la nécessité d'une prise en charge intégrée associant prévention des maladies chroniques non transmissibles et amélioration de la prise en charge chirurgicale et rééducative des patients amputés.

La prévalence de la douleur fantôme (51 %) constitue l'un des résultats les plus marquants de notre étude. Elle est légèrement inférieure aux données de la méta-analyse de Singh et al. (2024) qui rapportent 59 % dans les populations amputées toutes causes confondues [5], mais proche des chiffres rapportés dans les études africaines. Cette complication neurologique, souvent

sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge dans nos structures, représente un obstacle majeur à la satisfaction et à la réhabilitation.

En contexte camerounais, l'absence fréquente de gabapentinoïdes en liste de médicaments essentiels accessibles et la faible disponibilité de la thérapie miroir aggravent ce déficit de prise en charge. La coexistence de la douleur du moignon chez 49 % des patients complète ce tableau clinique, soulignant l'importance d'une approche antalgique multimodale dès la phase post-opératoire.

L'analyse des caractéristiques cliniques met également en évidence une association entre le type d'amputation et le niveau de satisfaction. Les amputations partielles (55 %) prédominaient sur les amputations totales (45 %) et, les patients amputés partiellement affichaient une satisfaction relativement plus élevée, probablement en raison de la conservation d'une plus grande fonctionnalité résiduelle et d'une meilleure capacité d'adaptation.

Ce constat est cohérent avec la littérature qui rapporte que la conservation d'une plus grande longueur de moignon améliore les performances de marche et réduit la dépense énergétique [16,17]. La présence de comorbidités, notamment le diabète et l'hypertension artérielle (31 %), complique davantage la prise en charge et influence négativement les perspectives de rééducation et d'appareillage.

4.3. STRATÉGIES D'ADAPTATION FONCTIONNELLE

Les stratégies d'adaptation révèlent un paradoxe caractéristique du contexte africain, une solidarité communautaire relativement préservée (66,7 % de soutien perçu), coexistant avec des déficits structurels majeurs en matière de réhabilitation médicale. Ce contraste a été décrit dans les études africaines utilisant le WHOQOL-BREF, notamment au Malawi et en Sierra Leone, où le sentiment d'être « utile à la famille » constituait le prédicteur le plus fort de la satisfaction, devant la douleur et le niveau d'éducation[31]. Cette dimension culturelle de l'adaptation, centrée sur la revalorisation du rôle social familial, constitue une ressource majeure que le système de santé formel devrait intégrer dans ses programmes de réhabilitation.

L'absence d'accès prothétique pour 50 % de nos patients, et le coût comme obstacle principal pour 64 %, s'inscrit dans un contexte bien documenté en Afrique subsaharienne. Selon les données disponibles, le coût d'une prothèse de membre inférieur de base représente souvent plusieurs mois de salaire minimum dans ces contextes économiques. Une enquête à Lagos rapportait que 38 % des amputés se déclarant « satisfaits » vivaient en réalité de donations informelles [32], suggérant que la satisfaction déclarée peut masquer une forme de résignation sociale. Dans notre étude, la proportion de patients au score « moyen » (27 %) pourrait refléter

cette ambivalence entre une gratitude sociale affichée et un vécu de souffrance réel non exprimé.

Le déficit de rééducation (41 % hors programme structuré) est préoccupant car la rééducation constitue, dans notre analyse multivariée, le deuxième prédicteur indépendant de satisfaction après le retentissement psychologique. La littérature est unanime sur ce point, une rééducation perçue comme complète améliore significativement la confiance en soi, la mobilité résiduelle et l'acceptation de la prothèse [24,27]. Dans le contexte camerounais, le faible nombre de kinésithérapeutes spécialisés en réhabilitation de l'amputé et la concentration des ressources dans quelques centres urbains, constituent des obstacles structurels à l'équité d'accès à ces soins. Le fait que 86,7 % des patients aient perçu un soutien suffisant de leur entourage, malgré les déficits systémiques, témoigne de la résilience des tissus sociaux communautaires face aux carences institutionnelles.

Les projections futures des patients offrent un éclairage complémentaire sur leurs stratégies d'adaptation. Malgré les contraintes, 59 % des patients exprimaient une projection positive à T3, ce qui suggère que la majorité parvient à développer des stratégies de coping actives au-delà du sixième mois. Cette proportion est encourageante et rejoint les observations de Whiteneck et al. (2017) qui rapportent que plus de 60 % des amputés de membre inférieur atteignent un niveau de participation sociale satisfaisant à un an post-amputation, pourvu qu'ils bénéficient d'un accès minimal à la rééducation et au soutien familial[24].

4.4. SATISFACTION MULTIDIMENSIONNELLE ET DÉTERMINANTS

Le taux de satisfaction positive (patients déclarant être « satisfaits » ou « très satisfaits ») dans notre étude s'élevait à 45 %, tandis que 27 % exprimaient une opinion neutre et 28 % une insatisfaction. Ce résultat s'inscrit dans la fourchette des données africaines disponibles, bien que la comparaison internationale soit limitée par l'absence de standardisation des outils de mesure de la satisfaction entre les études.

Dans une enquête nationale américaine auprès de 914 amputés de membre inférieur, Ephraïm et al. (2005) ont rapporté que 95 % des participants présentaient au moins un type de douleur post-amputation, et que les symptômes dépressifs constituaient un prédicteur significatif de l'intensité douloureuse[35]. Bien que cette étude n'ait pas utilisé la même échelle de satisfaction que la nôtre, elle souligne l'importance de la dimension psychologique dans l'ajustement post-amputation, ce qui rejoint nos résultats (retentissement psychologique : RR ajusté = 2,39 ; $p < 0,001$).

En Afrique subsaharienne, les études utilisant le WHOQOL-BREF rapportent des scores de qualité de vie globale variables. Dominsiano et Visagie (2025) ont observé un score moyen de 4,1/5 pour la qualité de vie globale chez quarante (40) utilisateurs de prothèses au Soudan du Sud, avec des scores élevés dans les domaines physique (74,3 %), psychologique (72,6 %) et social (71,4 %), mais un score plus bas dans le domaine environnemental (58,8 %) [30]. Ces résultats convergent avec les nôtres, où le soutien social perçu (66,7 %) et la solidarité familiale apparaissent comme des ressorts majeurs de l'adaptation, compensant partiellement les déficits structurels en rééducation et en appareillage.

L'analyse multivariée de notre étude confirme ces trois pôles avec une robustesse statistique satisfaisante le soutien social ($RR = 1,75$; $p = 0,003$), la rééducation ($RR = 1,67$; $p = 0,002$) et, l'accès prothétique ($RR = 1,42$; $p = 0,033$). La hiérarchie de ces facteurs est particulièrement instructive, elle place la dimension psychologique avant la dimension technique, inversant la priorité souvent accordée en pratique clinique à l'appareillage.

Cette observation rejoint les travaux de Dias (2006) qui, dans une cohorte d'amputés portugais, avaient montré que la satisfaction perçue était moins prédite par la présence d'une prothèse que par la résolution de la douleur et le retour à une activité signifiante [29]. Elle est également cohérente avec les travaux camerounais cités, qui montrent que la réintégration dans un rôle social valorisé, parent, travailleur, notable, double le score de satisfaction (Cohen's $d = 0,7$) [34]. L'absence d'association non significative des variables sociodémographiques classiques (âge, sexe, niveau d'éducation) avec la satisfaction dans notre étude est également instructive. Elle suggère que la satisfaction ne se distribue pas selon les clivages démographiques habituels, mais selon des déterminants fonctionnels et relationnels qui traversent l'ensemble de la population. Ce résultat diffère de certaines études africaines qui rapportaient un effet protecteur du genre féminin [34], probablement en raison du rôle économique des femmes dans les réseaux de commerce informel. Dans notre étude, la mixité des sites et des étiologies pourrait avoir dilué cet effet.

En synthèse, la satisfaction des patients amputés de membre à Yaoundé est modérément élevée mais hétérogène. La dimension psychologique prime sur les aspects techniques dans la détermination de la satisfaction globale. L'évolution de la courbe d'acceptabilité au cours des six mois post-opératoires, corrélée à la progression dans les étapes du deuil de Kübler-Ross, confirme le caractère dynamique et multidimensionnel de ce construit.

Une prise en charge intégrée, alliant accompagnement psychologique précoce, soutien communautaire, rééducation structurée et amélioration de l'accès aux prothèses, constitue le levier essentiel pour optimiser la qualité de vie perçue de ces patients. Les politiques de santé

publique devraient intégrer ces résultats pour développer des programmes de réhabilitation centrés sur la personne, prenant en compte l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques et sociales de l'expérience de l'amputation.

4.5. IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Les résultats de cette étude ont des implications pratiques directes pour l'organisation des soins aux patients amputés à Yaoundé et, plus largement, dans les contextes africains à ressources limitées.

La primauté de la dimension psychologique dans la détermination de la satisfaction constitue le message clinique le plus opérationnel de notre travail, elle implique que toute amélioration de la satisfaction passe nécessairement par un accompagnement psychologique structuré, initié dès la phase préopératoire lorsque l'amputation est programmée et, maintenu de façon continue au minimum jusqu'au sixième mois post-opératoire. Or, cet accompagnement fait actuellement défaut dans les trois structures incluses dans notre étude, où aucun protocole formel de soutien psychologique n'était en place pour les patients amputés au moment de la collecte des données. Sur le plan de la prise en charge chirurgicale et anesthésiologique, nos résultats plaident pour une intégration systématique de la prévention de la douleur fantôme dans le protocole péri-opératoire. La prévalence de 51 % de douleur fantôme dans notre cohorte, et son association significative avec la détresse émotionnelle et l'insatisfaction, justifient le recours à des techniques analgésiques préemptives notamment la kétamine en dose sous-anesthésique, la gabapentine préopératoire ou les blocs nerveux périphériques dont l'efficacité dans la réduction de la douleur fantôme a été établie dans plusieurs essais randomisés[35]. L'introduction de ces pratiques ne nécessite pas de ressources matérielles exceptionnelles et pourraient être rapidement intégrées dans les protocoles existants des hôpitaux ciblés.

Concernant la rééducation fonctionnelle, le déficit structurel qui identifie 41 % des patients hors programme structuré appelle des actions concrètes à plusieurs niveaux :

- Au niveau institutionnel, la création d'unités fonctionnelles de rééducation dédiées aux amputés dans chaque hôpital de référence régionale constituerait une avancée majeure.
 - Au niveau communautaire, le développement de programmes de rééducation à domicile coordonnés par des agents de santé communautaire formés à cet effet permettrait de toucher les patients ne pouvant se déplacer régulièrement vers les centres spécialisés.
 - Au niveau financier, l'intégration de la rééducation post-amputation dans le panier de soins pris en charge par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les mutuelles de
-

santé locales réduirait la barrière économique qui limite actuellement l'accès à la rééducation pour plus de la moitié de nos patients. L'accès prothétique, qui constitue le quatrième prédicteur indépendant de satisfaction dans notre analyse ($RR = 1,42$; $p = 0,033$), représente un défi systémique dont la résolution dépasse le cadre strictement médical.

Le coût élevé des prothèses, principal obstacle pour 64 % de nos patients est en grande partie lié à leur importation et à l'absence de filière locale de fabrication. Le développement de prothèses artisanales ou semi-artisanales adaptées au contexte africain, utilisant des matériaux locaux et fabricables par des techniciens orthopédistes formés sur place, représente une piste prometteuse, explorée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest [27]. L'expérience des prothèses en polyéthylène recyclé, développée en Sierra Leone et au Rwanda, dont le coût est dix à quinze fois inférieur aux prothèses importées, mérite d'être adaptée au contexte camerounais et évaluée dans des essais pilotes.

Le rôle du soutien social ($RR = 1,75$; $p = 0,003$), suggère que les interventions visant à renforcer les réseaux de soutien communautaires pourraient avoir un impact significatif sur la satisfaction et la réinsertion des patients amputés. Des programmes structurés de groupes de parole animés par des pairs amputés ayant réussi leur réinsertion, ou des associations de patients amputés dotées d'un rôle d'accompagnement actif, constituent des leviers à faible coût dont l'efficacité a été démontrée dans le contexte africain [15]. La mobilisation des leaders communautaires et religieux dont l'influence est majeure dans les communautés camerounaises pour réduire la stigmatisation associée à l'amputation représente une autre piste d'action prometteuse, dont l'impact pourrait être évalué dans des études futures.

D'un point de vue de la santé publique, nos résultats plaident pour l'intégration des indicateurs de satisfaction et de qualité de vie des patients amputés dans le système national de surveillance sanitaire camerounais. Actuellement, les données épidémiologiques sur les amputations se limitent aux statistiques chirurgicales (taux d'amputation, étiologies, complications) et ne capturent pas la trajectoire post-opératoire des patients. La mise en place d'un registre national des amputés, intégrant des mesures standardisées de qualité de vie à intervalles réguliers, permettrait de suivre l'impact des interventions de réhabilitation, de comparer les performances entre centres et régions, et d'orienter les politiques de santé sur des données probantes locales plutôt que sur des extrapolations de données internationales.

4.6. FORCES DE L'ÉTUDE ET APPORTS À LA LITTÉRATURE

Notre travail présente plusieurs forces qui lui confèrent une valeur ajoutée réelle par rapport aux études antérieures disponibles sur ce sujet :

1. Le design longitudinal à trois temps de mesure (T1, T2, T3) constitue une originalité majeure dans le contexte de la recherche sur la satisfaction post-amputation en Afrique subsaharienne. Les rares études disponibles dans cette région se limitent à des designs transversaux, qui ne permettent pas de saisir la dynamique temporelle de la satisfaction ni d'établir des associations causales entre les facteurs de la prise en charge et les trajectoires de satisfaction
 2. L'utilisation conjointe de trois instruments validés et complémentaires le WHOQOL-BREF pour la qualité de vie générale, le HADS pour la détresse émotionnelle et l'EQ-5D-5L pour l'état de santé perçu dans le même protocole représente une avancée méthodologique par rapport aux études antérieures camerounaises qui n'en utilisaient qu'un ou aucun. Cette triangulation d'instruments a permis de broser un tableau multidimensionnel de la satisfaction, allant bien au-delà de la simple auto-évaluation globale que l'on retrouve dans la plupart des études africaines disponibles. La validité de ces instruments dans les populations africaines francophones a par ailleurs été établie dans des études antérieures, renforçant la confiance dans la comparabilité de nos résultats avec la littérature internationale.
 3. Le recrutement dans trois structures hospitalières de types différents l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY), l'Hôpital Militaire (structure spécialisée) et la Polyclinique MAYA (structure privée) a permis de capturer la diversité des profils cliniques et socio-économiques des patients amputés à Yaoundé et d'examiner l'influence du type de structure sur la satisfaction. Bien qu'aucune différence significative de satisfaction globale n'ait été observée entre les structures, cette multicentricité confère une validité externe supérieure à celle qu'aurait permis un design monocentrique. Elle constitue également un atout pour l'applicabilité des recommandations issues de cette étude à des contextes variés.
 4. L'approche multivariée par régression logistique multinomiale, qui a permis d'identifier les prédicteurs indépendants de satisfaction tout en contrôlant les facteurs confondants, représente une rigueur analytique supérieure à celle des analyses bivariées qui caractérisent la majorité des études africaines sur ce sujet. La hiérarchisation des prédicteurs dimension soutien social, rééducation, accès prothétique constitue une contribution directement opérationnelle pour les cliniciens et les gestionnaires de santé, leur permettant de prioriser les interventions dans un contexte de ressources limitées.
-

Enfin, cette étude est particulière, car elle évalue la satisfaction des patients amputés de manière multidimensionnelle et longitudinale. Elle construit un aspect particulier dans la littérature médicale camerounaise, qui dispose de données parcellaires issues d'études transversales à visée essentiellement descriptive.

Nos résultats offrent une base de données de référence pour les recherches futures et constituent un plaidoyer empirique pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patients amputés au Cameroun. Ils s'inscrivent dans la dynamique mondiale de centration sur le patient (*patient-centered care*) qui fait de la satisfaction et de la qualité de vie, des indicateurs de performance au même titre que les paramètres cliniques traditionnels.

CONCLUSION

L'étude visait à évaluer le niveau de satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé.

L'hypothèse a été partiellement confirmée. Une satisfaction modérée a été observée, mais cette proportion ne constitue pas une majorité absolue.

Le niveau de satisfaction global était modérément élevé mais hétérogène. La dimension psychologique constituait le déterminant le plus puissant, suivie du soutien social suffisant (et de l'accès à la rééducation).

La satisfaction observée était donc mitigée, témoignant d'une résilience partielle de la population face à l'amputation, mais révèle également des besoins non couverts en matière de rééducation, d'accès prothétique et d'accompagnement psychologique.

RECOMMANDATIONS

I. Aux Structures Hospitalières et Centres de Rééducation

- Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles régulières (chirurgien, médecin de rééducation, ergothérapeute, prothésiste, psychologue, travailleur social) dès la première semaine post-opératoire, afin de coordonner la prise en charge physique, fonctionnelle et psychosociale autour du patient ;
- Renforcer l'accès à la rééducation pré-prothétique et post-prothétique, en créant des unités fonctionnelles dédiées aux amputés dans chaque hôpital de référence régionale et, en développant des programmes de rééducation à domicile, coordonnés par des agents de santé communautaire formés ;
- Instaurer un système de suivi longitudinal standardisé, à trois temps de mesure (un (1), trois (3) et, (six) 6 mois), incluant l'évaluation de la douleur fantôme et de la satisfaction globale, afin d'adapter l'intervention aux besoins évolutifs du patient ;

II. Aux Professionnels de Santé

- Sensibiliser les patients dès la phase post-opératoire, sur l'importance de la rééducation et de l'appareillage, en expliquant que la reprise d'une activité physique structurée facilite l'intégration psychologique de la perte et accélère la progression dans le processus de deuil ;
- Adapter le choix du type de prothèse, aux besoins fonctionnels, au profil clinique (niveau d'amputation, comorbidités), au contexte socio-économique et aux projections professionnelles du patient, en privilégiant des solutions accessibles et maintenables localement ;
- Promouvoir une prise en charge multidisciplinaire intégrant les dimensions physiques, psychologiques et sociales, en reconnaissant que la satisfaction ne se distribue pas selon les clivages démographiques classiques mais selon des déterminants fonctionnels et relationnels qui traversent l'ensemble de la population ;
- Identifier précocement les signes de détresse émotionnelle et de stagnation, dans les phases précoces du deuil (déli, colère), particulièrement chez les patients amputés totaux, les femmes et les sujets isolés, afin d'orienter rapidement vers un accompagnement psychologique spécialisé.

III. Aux Patients, Familles et Communautés

- Encourager l'implication active des familles et des réseaux communautaires, dans le soutien psychosocial et financier des patients amputés, en valorisant le rôle de la solidarité familiale comme ressort majeur de l'adaptation et facteur indépendant de satisfaction (RR = 1,75 ; p = 0,003) ;
 - Favoriser l'adhésion au suivi médical, à la rééducation structurée et au programme de réadaptation, pour optimiser les résultats fonctionnels et accélérer la progression vers l'acceptation psychologique de l'amputation ;
 - Développer des espaces de parole communautaires et des groupes de soutien animés par des pairs amputés, ayant réussi leur réinsertion, afin de réduire l'isolement social, de partager des stratégies d'adaptation fonctionnelle et de renforcer la résilience psychologique ;
-

REFERENCES

1. Tidjani IF, Chigblo P, Madougou S, Alagnide E, Lawson E, Hans-Moevi Akue A. Profil épidémiologique et clinique des amputations de membres de l'adulte à Cotonou. *Rev Chir Orthop Traumatol*. 2017;103(6):682-7.
 2. World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021: better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015. 25 p. Consultable à l'URL: <https://iris.who.int/handle/10665/199544>. Consulté le 22/12/2026.
 3. Hamilton DF, Lane JV, Gaston P, Patton JT, MacDonald D, Simpson A, et al. What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement. *BMJ Open*. 2013;3(4):e002525.
 4. Pisoh-Tangnyin C, Farikou I, Nonga BN, Guifo ML, Mbah SN, Ngowe MN, et al. Epidemiology of extremity amputations in Yaounde-Cameroon. *Health Sci Dis*. 2010;11(4).
 5. Singh S, Saini R, Mathur R, Sarkar S, Sagar R. The prevalence of depression in people following limb amputation: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2024;181:111677.
 6. Réseau Pro Sante. Amputation de membre inférieur et appareillage de la personne âgée [En ligne]. 2022 [Consulté le 22/12/2026]. Consultable à l'URL: <https://reseauprosante.fr/articles/show/amputation-de-membre-inferieur-et-appareillage-de-la-personne-agee-1145>.
 7. National Geographic. Le plus ancien corps amputé de l'Histoire remet en question les connaissances médicales du Paléolithique [En ligne]. 2022 [Consulté le 22/12/2026]. Consultable à l'URL: <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2022/09/le-plus-ancien-corps-ampute-de-lhistoire-remet-en-question-les-connaissances-medicales-du-paleolithique>.
 8. Sachs M, Bojunga J, Encke A. Historical evolution of limb amputation. *World J Surg*. 1999;23(10):1088-93.
 9. Muller Y. L'amputation des extrémités dans les sources grecques: approches modernes et perceptions anciennes. In: Gherchanoc F, Wyler S, dir. *Corps en morceaux: démembrer et recomposer les corps dans l'Antiquité classique*. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2020. p. 67-102.
 10. Scalpel et Matula. Amputation et histoire - Partie 1: la Renaissance [En ligne]. 2024 [Consulté le 22/12/2026]. Consultable à l'URL: <https://scalpeletmatula.org/amputation-et-histoire-partie-1-la-renaissance/>.
 11. Alaseem A, Alanezi M, Alhuqbani MN, Aldosari ZA, Alkhunein F, Alyahya K, et al. Etiologies and trends in extremity amputations: a ten-year single-center experience. *Healthcare*. 2025;13(18):2256.
 12. Tamfu NS, Gustave TJ, Ngeh EN, Kwijirba NB, Christopher PT. Indications and complications of lower extremity amputations in two tertiary hospitals in the North West Region of Cameroon. *Pan Afr Med J*. 2023;44:196.
 13. Quesnel A, Beuret-Blanquart F, Benadiba L, Dujardin F, Verin E, Palacio A. Devenir fonctionnel d'une cohorte de patients amputés de membre inférieur. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014;57:e131.
-

14. Coman HF, Stancu B, Andercou OA, Ciocan R, Gherman CD, Rusu A, et al. Five-year trends of vascular disease-related amputations in Romania: a retrospective database study. *J Clin Med*. 2024;13(9):2549.
 15. Tanaskovic S, Ilijevski N, Koncar I, Matejevic D, Popovic M, Stefanovic Z, et al. Analyse des amputations des membres inférieurs dans le registre SerbVasc. *J Endovasc Ther*. 2025.
 16. Olasinde AA, Oginni LM, Bankole JO, Adegbehingbe O, Oluwadiya KS. Indications for amputations in Ile-Ife, Nigeria. *Niger J Med*. 2002;11(3):118-21.
 17. Pournajaf S, Damiani C, Agostini F, Morone G, Proietti S, Casale R, et al. Identifying discriminant factors between phantom limb pain, residual limb pain, and both in people with lower limb amputations: a cross-sectional study. *Int J Rehabil Res*. 2024;47(3):214-20.
 18. Alegbeleye BJ. Major limb amputations: a tertiary hospital experience in northwestern Cameroon. *Health Sci Dis*. 2020;21(2).
 19. Goldberg T, Goldberg S, Pollak J. Postoperative management of lower extremity amputation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2000;11(3):559-68.
 20. Diers M, Krumm B, Fuchs X, Bekrater-Bodmann R, Milde C, Trojan J, et al. The prevalence and characteristics of phantom limb pain and non-painful phantom phenomena in a nationwide survey of 3374 unilateral limb amputees. *J Pain*. 2022;23(3):411-23.
 21. Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioper Med*. 2019;8(1):3.
 22. CC Plastic Surgery. Why patient satisfaction matters in plastic surgery [En ligne]. 2025 [Consulté le 22/12/2026]. Consultable à l'URL: <https://www.ccplasticsurgery.com/blog/why-patient-satisfaction-matters-in-plastic-surgery>.
 23. Richard E. L'influence de l'amputation d'un ou deux membres inférieurs sur l'estime de soi et l'image corporelle des patients [mémoire de master]. Nantes: Université de Nantes; 2022.
 24. Handy Eone D, Nseme Etouckey E, Essi MJ, Ngo Nyemb TM, Ngo Nonga B, Ibrahima F. Satisfaction of patients with amputated lower limb wearing external prostheses. *Int J Orthop Sci*. 2018;4(1f):368-72.
 25. Inmemori. 5 étapes du deuil: du choc à la reconstruction [En ligne]. 2022 [Consulté le 22/12/2026]. Consultable à l'URL: <https://www.inmemori.com/deuil/etapes-du-deuil>.
 26. Scatolin HG. The body image constitution. *J Psychol Res*. 2014;4(4).
 27. Mezghani-Masmoudi M, Guermazi M, Feki H, Ennaouai A, Dammak J, Elleuch MH. Facteurs liés à l'avenir fonctionnel et professionnel des amputés des membres inférieurs appareillés. *Ann Readapt Med Phys*. 2004;47(3):114-8.
 28. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
 29. DadeMatthews OO, Roper JA, Vazquez A, Shannon DM. Prosthetic device and service satisfaction, quality of life, and functional performance in lower limb prosthesis clients. *Prosthet Orthot Int*. 2024;48(4):375-84.
-

30. Leonard C. Satisfaction with Department of Veterans Affairs prosthetics and support services as reported by women and men veterans. *Fed Pract.* 2024;41(11).
 31. Magnusson L. Prosthetic and orthotic services in developing countries. Jonkoping: School of Health Sciences, Jonkoping University, Sweden; 2014. 129 p.
 32. Enweluzo GO, Asoegwu CN, Ohadugha AGU, Udechukwu OI. Quality of life and life after amputation among amputees in Lagos, Nigeria. *J West Afr Coll Surg.* 2023;13(3):71-6.
 33. Handy Eone D, Essi MJ, Ngo Nyemb M, Ntoné Enyimé F, Farikou I. Satisfaction des patients amputés du membre inférieur porteurs de prothèses externes. *Health Sci Dis.* 2018;19(2).
 34. Chunteng NT, Yamben N, Mertens BF, Jeazet WY, Alex M, Clement A. Quality of life following major limb amputations in a rural community in Cameroon. *Open J Orthop.* 2022;12(3):97-112.
 35. Ephraim PL, Wegener ST, MacKenzie EJ, Dillingham TR, Pezzin LE. Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: results of a national survey. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(10):1910-9.
-

ANNEXES

Annexe 1 : FICHE D'INFORMATION

Titre de l'étude : « **ANALYSE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS AMPUTES DE MEMBRE DANS LA VILLE DE YAOUNDE** »

Investigateur principal : MBANG MEGNE Landry Ariel, étudiant en 7^{ème} année de Médecine Générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I.

Tél. : +237 658531932/678184030 Email : h41259824@gmail.com

Directeur de thèse : Pr HANDY EONE Daniel

Co-Directeurs : Pr ESSI Marie-José ; Dr ONDOUA M. Julienne Laura

Intérêt de l'étude : Cette étude vise à mieux comprendre les facteurs influençant la satisfaction globale des personnes amputées d'un membre au Cameroun.

Elle explorera les aspects physiques (douleur, confort, mobilité), psychosociaux (état émotionnel, estime de soi, soutien social) et environnementaux (autonomie, accessibilité des services) qui contribuent au bien-être des amputés, qu'ils soient appareillés ou non.

Les résultats permettront d'identifier les principaux déterminants d'une bonne satisfaction et d'orienter les interventions de rééducation, de suivi prothétique et de soutien social.

Ils serviront également de base à l'amélioration des programmes de réhabilitation et d'accès aux prothèses, adaptés au contexte camerounais et aux besoins réels des amputés.

Procédure : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité(e) à répondre à un questionnaire structuré portant sur :

- vos caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'amputation, étiologie) ;
- votre satisfaction globale et, le cas échéant, votre satisfaction vis-à-vis de la prothèse ;
- votre niveau de douleur et votre état émotionnel (anxiété, dépression, soutien social).

L'entretien se déroulera en face à face avec l'enquêteur, durera environ 30 à 45 minutes, et ne comportera aucun acte médical ni prélèvement.

Les informations recueillies seront confidentielles et anonymes, utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique.

Sites de l'étude : l'Hôpital Général de Yaoundé, l'Hôpital Militaire de Yaoundé, Polyclinique MAYA

Durée de l'étude :

Le protocole se fera de Novembre à Décembre 2025. La collecte des données se déroulera sur une période de six (6) mois, de décembre 2025 à mai 2026, suivie de l'analyse et de la soutenance prévue en juin 2026.

Objectif de l'étude : évaluer la satisfaction globale des personnes amputées d'un membre et identifier les facteurs physiques, psychosociaux et environnementaux qui y sont associés.

Éthique et confidentialité : Tous les renseignements collectés resteront strictement confidentiels.

Les questionnaires sont anonymes et codés pour garantir votre identité et votre vie privée.

Vous êtes libre de participer ou de refuser sans que cela n'affecte en rien la qualité de vos soins ou de votre suivi médical. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment, sans justification ni conséquence.

Annexe 2 : FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e) _____

Certifie avoir lu (ou avoir entendu la lecture de) la fiche d'information qui m'a été remise et avoir bien compris la nature, les objectifs et les modalités de cette étude « **ANALYSE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS AMPUTES DE MEMBRE DANS LA VILLE DE YAOUNDE** »

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

J'accepte librement de participer à cette étude et je sais que je peux me retirer à tout moment sans aucune conséquence sur la qualité de mes soins.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'une thèse soutenu publiquement.

Je comprends que mes réponses resteront anonymes et confidentielles.

Signature du participant : _____ Date : ____ / ____ / 20____

Nom et signature du témoin impartial (si participant illettré) :

Signature de l'enquêteur : _____

Date : ____ / ____ / 20____ à Yaoundé

Annexe 3 : Lettre de demande de clairance éthique

MBANG MEGNE Landry Ariel
Etudiant en 7^{ème} année
Médecine Générale
Matricule : 19M1529
Tel : 658531932
E-mail : h41259824@gmail.com

Yaoundé, le.....

A
Madame la Présidente du CIER-FMSB/UY1
S/C
Madame le Doyen de la Faculté de Médecine et
des Sciences Biomédicales de Yaoundé

Objet : Demande de Clairance éthique.

Madame la Présidente,

Je viens très respectueusement auprès de votre bienveillance solliciter une clairance éthique dans le cadre de ma thèse de fin de formation médicale,

En effet, mes travaux de recherches se rapportent à l'étude sur « **L'Analyse multidimensionnelle de la satisfaction des patients amputés de membre dans la ville de Yaoundé** ».

Cette étude est réalisée sous la supervision et sous l'encadrement des **Prs. HANDY EONE Daniel, ESSI Marie-José** et, du **Dr ONDOUA Julienne Laura**. Elle a pour but de disposer de données factuelles sur la satisfaction des patients après amputation d'un membre, en intégrant les dimensions cliniques, psychologiques et sociales de la prise en charge qui guideront la conception de politiques publiques ciblées pour réduire les délais d'accès aux prothèses, améliorer la continuité des soins et renforcer le soutien psychosocial.

Ladite étude permettra la mise en place dans les établissements de formation sanitaire des programmes mettant l'accent sur, la communication médecin-patient, la gestion de la douleur, l'accompagnement au deuil corporel et, la préparation à l'appareillage, afin de former des professionnels sensibilisés aux attentes subjectives des amputés et ainsi accroître la qualité perçue et réelle des services offerts aux personnes amputées.

Dans l'espoir que vous ferez suite à ma sollicitation, je vous prie Madame la Présidente, de recevoir l'expression de ma respectueuse considération. /-

MBANG MEGNE Landry Ariel

Pièces jointes :

- Une copie de mon protocole de recherche.
 - Une photocopie du reçu de versement des droits universitaires.
-

Annexe 4 : FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES**ANALYSE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS
AMPUTES DE MEMBRE DANS LA VILLE DE YAOUNDE****QUESTIONNAIRE**

Code patient	: Site	: Date : ____/____/____	N° : ____
_____	_____		

SECTION 1 : VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES

N°	QUESTIONS	R
1.1	Age : 1. < 30 ans ; 2. 30-45 ans ; 3. 46-60 ans ; 4. > 60 ans	
1.2	Sexe : 1. Féminin ; 2. Masculin	
1.3	Statut matrimonial : 1. Célibataire ; 2. Marie(e) ; 3. Union libre ; 4. Divorce(e) ; 5. Veuf (Ve)	
1.4	Niveau d'éducation : 1. Aucun ; 2. Primaire ; 3. 1er cycle ; 4. 2nd cycle ; 5. Supérieur	
1.5	Secteur professionnel : 1. Sans emploi ; 2. Prive ; 3. Public ; 4. Informel ; 5. Retraite	
1.6	Revenus mensuels estimés : 1. < 50 000 FCFA ; 2. 100 000-200 000 FCFA ; 3. 300 000-400 000 FCFA ; 4. > 500 000 FCFA ; 5. Non déclaré	
1.7	Couverture médicale / Assurance sante : 1. Oui ; 2. Non	
1.7a	Si oui, laquelle ?	
1.7	Aires géographiques : 1. Côtière ; 2. Forestier ; 3. Grassfield ; 4. Sahélienne	
1.8	Religion : 1. Chrétienne ; 2. Musulmane ; 3. Athée ; 4. Autres	
1.9	Moyen de transport utilise pour les consultations : 1. Marche à pied ; 2. Moto ; 3. Taxi ; 4. Véhiculé personnel	

SECTION 2 : PROFIL CLINIQUE

N°	QUESTIONS	R
2.1	Date de l'amputation :	
2.3	Membre amputé : 1. Membre supérieur ; 2. Membre inférieur	
2.4	Type d'amputation : 1. Partielle ; 2. Totale	
2.5	Cote de l'amputation : 1. Droit ; 2. Gauche	

2.6	Niveau d'amputation : 1. Trans-tibial ; 2. Trans-fémoral ; 3. Trans-radial ; 4. Trans-huméral ; 5. Autre	
2.6a	Si autre, préciser :	
2.7	Cause de l'amputation : 1. Traumatisme ; 2. Maladie vasculaire ; 3. Infection ; 4. Tumeur ; 5. Diabète ; 6. Autre	
2.8	Comorbidités : 1. Oui ; 2. Non	
2.8a	Si oui, préciser la/les comorbidité(s) :	
2.9	Douleur au moignon : 1. Oui ; 2. Non	
2.9a	Si oui, intensité (0-10) : ____/10	
2.10	Douleur fantôme : 1. Oui ; 2. Non	
2.10a	Si oui, intensité (0-10) : ____/10	
2.11	Complications postopératoires : 1. Aucune ; 2. Infection ; 3. Nécrose ; 4. Névrome ; 5. Autre	
2.11a	Si autre, préciser :	

SECTION 3 : SOUTIEN SOCIAL ET RESILIENCE

N°	QUESTIONS	R
4.1	Avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique ? : 1. Oui ; 2. Non	
4.1a	Si oui, étiez-vous satisfait(e) ? : 1. Très insatisfait(e) ; 2. Insatisfait(e) ; 3. Moyen ; 4. Satisfait(e) ; 5. Très satisfait(e)	
4.2	Soutien suffisant de l'entourage ? : 1. Oui ; 2. Non ; 3. Partiellement	
4.3	Types de soutien reçus (plusieurs réponses possibles) : 1. Familial ; 2. Communautaire ; 3. Professionnel ; 4. Aucun	
4.3a	Précisez le type de soutien :	
4.4	Reconnaissance sociale perçue : 1. Très faible ; 2. Faible ; 3. Moyenne ; 4. Elevée	
4.5	Sentiment d'appartenance à la communauté : 1. Très faible ; 2. Faible ; 3. Moyen ; 4. Fort	
4.6	Avez-vous pu maintenir vos relations sociales ? : 1. Oui, totalement ; 2. Oui, partiellement ; 3. Non	

SECTION 4 : SOINS ET READAPTATION

N°	QUESTIONS	R
5.1	Avez-vous bénéficié d'un programme de rééducation ? : 1. Oui ; 2. Non	
5.1a	Si oui, nombre de séances : 1. < 10 ; 2. 10-20 ; 3. > 20	
5.1b	Si oui, satisfaction de la prise en charge : 1. Très insatisfait(e) ; 2. Insatisfait(e) ; 3. Moyen ; 4. Satisfait(e) ; 5. Très satisfait(e)	
5.2	Les soins du moignon ont-ils été bien expliqués ? : 1. Oui ; 2. Non	
5.3	Avez-vous reçu une préparation à l'appareillage ? : 1. Oui ; 2. Non	
5.4	Qualité des soins à l'hôpital : 1. Très mauvaise ; 2. Mauvaise ; 3. Moyenne ; 4. Bonne ; 5. Très bonne	
5.5	Information reçue sur les suites de l'amputation : 1. Insuffisante ; 2. Partielle ; 3. Suffisante ; 4. Complète	

SECTION 5 : SATISFACTION GLOBALE

N°	QUESTIONS	R
6.1	Satisfaction globale de la prise en charge : 1. Très insatisfait(e) ; 2. Insatisfait(e) ; 3. Moyen ; 4. Satisfait(e) ; 5. Très satisfait(e)	
6.2	Recommanderiez-vous ce centre ? : 1. Oui ; 2. Non	
6.2a	Pourquoi ?	
6.3	Aspects à améliorer :	
6.4	Satisfaction vis-à-vis de l'information reçue : 1. Très insatisfait(e) ; 2. Insatisfait(e) ; 3. Neutre ; 4. Satisfait(e) ; 5. Très satisfait(e)	
6.5	Satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur : 1. Très insatisfait(e) ; 2. Insatisfait(e) ; 3. Neutre ; 4. Satisfait(e) ; 5. Très satisfait(e)	
6.6	Satisfaction vis-à-vis de l'accompagnement psychosocial : 1. Très insatisfait(e) ; 2. Insatisfait(e) ; 3. Neutre ; 4. Satisfait(e) ; 5. Très satisfait(e)	
6.7	Avez-vous quelque chose à ajouter ?	

RECOMMANDATIONS

Avez-vous des recommandations ou des suggestions à faire pour améliorer la prise en charge des patients amputés ?

Annexe 5: World Health Organization Quality of Life – Bref (Version française validée de l’OMS)

Chaque item est noté de 1 à 5 selon l’intensité ou le degré de satisfaction. Des scores par domaine sont ensuite calculés puis transformés sur une échelle de 0 à 100, où plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie.

Mode de calcul des scores (rappel OMS)

Domaine	Items	Échelle brute (4–20)	Score converti (0–100)
Physique	(6–Q3) + (6–Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18	4–20	×4
Psychologique	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6–Q26)	4–20	×4
Relations sociales	Q20 + Q21 + Q22	4–20	×4
Environnement	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25	4–20	×4

Questionnaire WHOQOL-BREF – Version française

Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre situation au cours des deux dernières semaines.

(1 = Très mauvaise / Pas du tout satisfait, 5 = Très bonne / Très satisfait)

N°	Question	1	2	3	4	5
1	Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Êtes-vous satisfait de votre santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
3	La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Trouvez-vous la vie agréable ?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Êtes-vous capable de vous concentrer ?	☐	☐	☐	☐	☐

N°	Question	1	2	3	4	5
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?	☐	☐	☐	☐	☐
15	Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?	☐	☐	☐	☐	☐
16	Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?	☐	☐	☐	☐	☐
17	Êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?	☐	☐	☐	☐	☐
18	Êtes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?	☐	☐	☐	☐	☐
19	Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	☐	☐	☐	☐	☐
20	Êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?	☐	☐	☐	☐	☐
21	Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?	☐	☐	☐	☐	☐
22	Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?	☐	☐	☐	☐	☐
23	Êtes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?	☐	☐	☐	☐	☐
24	Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?	☐	☐	☐	☐	☐
25	Êtes-vous satisfait de vos moyens de transport ?	☐	☐	☐	☐	☐
26	Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	☐	☐	☐	☐	☐

Interprétation :

- 3 Les questions 1 et 2 évaluent la qualité de vie et la satisfaction globale vis-à-vis de la santé.
- 4 Les autres items se regroupent dans les quatre domaines principaux.
- 5 Les scores sont calculés conformément au protocole OMS (voir tableau de calcul ci-dessus).

Annexe 6 : ÉCHELLE HADS – HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

(Version française validée)

Instructions au participant :

Ce questionnaire vise à aider votre médecin ou psychologue à mieux comprendre votre état émotionnel.

Lisez chaque phrase attentivement et cochez la réponse qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti au cours de la semaine écoulée.
Ne réfléchissez pas trop longtemps : votre première impression est souvent la meilleure.

QUESTIONNAIRE HADS – VERSION FRANÇAISE

N°	Question	0	1	2	3
1	Je me sens tendu(e) ou énervé(e).	Jamais	De temps en temps	Souvent	La plupart du temps
2	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.	Oui, tout autant	Pas autant	Un peu seulement	Presque plus
3	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.	Pas du tout	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	Oui, mais ce n'est pas trop grave	Oui, très nettement
4	Je ris facilement et vois le bon côté des choses.	Autant que par le passé	Plus autant qu'avant	Vraiment moins qu'avant	Plus du tout
5	Je me fais du souci.	Très occasionnellement	Occasionnellement	Assez souvent	Très souvent
6	Je suis de bonne humeur.	La plupart du temps	Assez souvent	Rarement	Jamais
7	Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e).	Oui, quoi qu'il arrive	Oui, en général	Rarement	Jamais

N°	Question	0	1	2	3
8	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.	Jamais	Parfois	Très souvent	Presque toujours
9	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
10	Je ne m'intéresse plus à mon apparence.	J'y prête autant d'attention qu'avant	Il se peut que j'y fasse un peu moins attention	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	Plus du tout
11	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.	Pas du tout	Pas tellement	Un peu	Oui, tout à fait
12	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.	Autant qu'avant	Un peu moins qu'avant	Bien moins qu'avant	Presque jamais
13	J'éprouve des sensations soudaines de panique.	Jamais	Pas très souvent	Assez souvent	Très souvent
14	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision.	Souvent	Parfois	Rarement	Très rarement

COTATION :

- **HADS-Anxiété (HADS-A)** : additionner les scores des items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
→ Score A = _____ / 21
- **HADS-Dépression (HADS-D)** : additionner les scores des items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
→ Score D = _____ / 21

INTERPRÉTATION :

Score (A ou D)	Interprétation
0 – 7	Absence de symptomatologie anxieuse ou dépressive
8 – 10	Symptomatologie douteuse / légère
≥ 11	Symptomatologie certaine (clinique)

Cet outil est un instrument de dépistage, il ne remplace pas une évaluation psychiatrique complète.

Les résultats doivent être interprétés par un professionnel de santé qualifié.

Annexe 7 : Questionnaire EQ-5D-5L**INSTRUCTIONS AU PARTICIPANT**

Ce questionnaire permet de décrire votre état de santé **AUJOURD'HUI**.

Cochez **UNE** seule case par ligne.

Ne réfléchissez pas trop longtemps : votre première réponse est la bonne.

A. DESCRIPTION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ (EQ-5D-5L)**MOBILITÉ**

- ☐ Je n'ai aucun problème pour marcher
- ☐ J'ai des problèmes légers pour marcher
- ☐ J'ai des problèmes modérés pour marcher
- ☐ J'ai des problèmes graves pour marcher
- ☐ Je ne peux pas marcher du tout

SOINS PERSONNELS

- ☐ Je n'ai aucun problème pour la toilette ou m'habiller
- ☐ J'ai des problèmes légers pour la toilette ou m'habiller
- ☐ J'ai des problèmes modérés pour la toilette ou m'habiller
- ☐ J'ai des problèmes graves pour la toilette ou m'habiller
- ☐ Je ne peux pas me laver ni m'habiller

ACTIVITÉS COURANTES (travail, études, tâches ménagères, activités familles ou de loisirs)

- ☐ Je n'ai aucun problème pour mes activités courantes
- ☐ J'ai des problèmes légers pour mes activités courantes
- ☐ J'ai des problèmes modérés pour mes activités courantes
- ☐ J'ai des problèmes graves pour mes activités courantes
- ☐ Je ne peux pas effectuer mes activités courantes

DOULEUR / INCONFORT

- ☐ Je n'ai ni douleur ni inconfort
- ☐ J'ai une douleur ou un inconfort léger
- ☐ J'ai une douleur ou un inconfort modéré
- ☐ J'ai une douleur ou un inconfort grave
- ☐ J'ai une douleur ou un inconfort extrême

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- ☐ Je ne suis ni anxieux(-se) ni déprimé(e)
- ☐ Je suis légèrement anxieux(-se) ou déprimé(e)
- ☐ Je suis modérément anxieux(-se) ou déprimé(e)
- ☐ Je suis gravement anxieux(-se) ou déprimé(e)
- ☐ Je suis extrêmement anxieux(-se) ou déprimé(e)

B. ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) – EQ-VAS

Marquez d'un trait vertical la case qui correspond à votre état de santé AUJOURD'HUI.

Pire état de santé imaginable					Meilleur état de santé imaginable					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Score VAS = ____ / 100

C. CODAGE RAPIDE POUR LES UTILISATEURS

Profil EQ-5D-5L : 5 chiffres (1 = aucun problème, 5 = extrême problème)

Exemple : 1-2-1-3-2 → mobilité 1, soins 2, activités 1, douleur 3, anxiété 2

Index de préférence (valeur EQ-5D) : à calculer avec la valeur set français (tarif EQ-5D-5L France).

Annexe 8 : Échelle de soutien social – OSSS-3 (Version française)

Instructions : Veuillez répondre aux trois questions suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation actuelle. Vos réponses resteront strictement confidentielles.

1. Combien de personnes proches de vous (famille, amis, voisins, etc.) êtes-vous sûr(e) de pouvoir compter en cas de sérieux problèmes personnels ?

- ☐ Aucune
- ☐ 1 ou 2 personnes
- ☐ 3 à 5 personnes
- ☐ Plus de 5 personnes

2. Dans quelle mesure êtes-vous soutenu(e) par les autres dans votre vie quotidienne ?

- ☐ Très peu soutenu(e)
- ☐ Peu soutenu(e)
- ☐ Moyennement soutenu(e)
- ☐ Fortement soutenu(e)

3. Combien de relations proches (personnes avec qui vous pouvez parler de vos préoccupations personnelles) avez-vous ?

- ☐ Aucune
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 ou plus

Scorage :

- Score total = Somme des points attribués à chaque réponse (1 à 4 points par item)
- **Interprétation** (à ne pas afficher au participant) :
 - 3–8 : soutien social faible
 - 9–11 : soutien social modéré
 - 12–14 : soutien social fort