



**Institut de Formation en Ergothérapie de Paris**

*Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie  
(A.D.E.R.E)  
52 Rue Vitruve, 75020 Paris*

**L'ergothérapie et le développement de la résilience  
chez les personnes atteintes de brûlures graves,  
survenues dans un contexte accidentel**

*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5 S6 :*

*Evaluation de la pratique professionnelle et recherche*

Amélie LECLERC

**SOUS LA DIRECTION DE Marijane PROVENZANO-LOIZILLON**

**Session juin 2020**

**Note aux lecteurs :** « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'institut de formation concerné* ».

*« L'important n'est pas ce  
qu'on fait de nous, mais ce  
que nous faisons nous-même  
de ce qu'on a fait de nous. »*

Jean Paul Sartre, *Saint Genet, comédien et martyr*

## REMERCIEMENTS

La recherche n'est jamais une aventure en solitaire disent les adages, j'en ai fait l'expérience :

*Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près et de loin, à cette véritable aventure de mémoire d'initiation à la recherche, en particulier ma famille ;*

*Madame Marijane Provenzano-Loizillon pour sa grande disponibilité, ses encouragements et ses conseils éclairés ;*

*Tous les ergothérapeutes et personnes ayant accepté de m'accorder du temps et qui ont participé à l'émergence de cet écrit ;*

*Je remercie également mes tuteurs de stage, qui m'ont beaucoup appris au cours de ces trois ans de formations ;*

*L'ensemble de l'équipe de formation de l'IFE A.D.E.R.E, pour leur pédagogie et leur écoute. Ces dernières ont constitué une véritable base théorique, pratique et psychologique pour mener ce mémoire ;*

*Et enfin, je remercie mes amis proches pour leur soutien continu et leur joie de vivre, sans qui ces trois années n'auraient pas été les mêmes.*

## Table des matières

<b>PREAMBULE</b> .....	1
<b>INTRODUCTION</b> .....	2
<b>CADRE CONCEPTUEL</b> .....	4
I.    LA BRÛLURE .....	4
1. Généralités .....	4
2. Conséquences d'une brûlure.....	7
3. Parcours de soin de la personne brûlée.....	10
II.   LA RESILIENCE .....	11
1. Concept de résilience.....	11
2. Dispositions personnelles .....	12
3. Facteurs extérieurs et environnementaux .....	14
4. Indicateurs de résilience .....	15
III.  PRISE EN SOIN ET ERGOTHERAPIE .....	18
1. Brûlure : les grandes étapes de rééducation en ergothérapie.....	18
2. Concepts de base en ergothérapie.....	19
3. Modèle de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et de Participation.....	21
4. L'ergothérapeute : un potentiel tuteur de résilience .....	23
IV.   CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE.....	25
<b>CADRE DE RECHERCHE</b> .....	26
I.    METHODOLOGIE .....	26
1. Choix des outils d'investigation .....	26
2. Choix de la population interrogée .....	27
3. Démarche d'investigation.....	27
4. Limites .....	30
II.   PRESENTATION DES RESULTATS .....	31
1. Méthodologie de l'analyse .....	31
2. Caractéristiques des participants .....	31
3. L'intervention en ergothérapie .....	33
4. Le retour à domicile.....	39
<b>ANALYSES DES DONNEES ET DISCUSSION</b> .....	41
I.    RETOUR SUR L'HYPOTHESE .....	41
1. Les modalités de l'intervention en ergothérapie .....	41
2. Impact de la brûlure.....	42

3. L'utilisation des activités significatives dans l'accompagnement des personnes brûlés dans un contexte accidentel .....	43
4. Le retour à domicile.....	45
5. Conclusion.....	46
II. CRITIQUE DE LA RECHERCHE ET NOUVELLE PERSPECTIVE.....	48
<b>CONCLUSION</b> .....	50
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	52
Ouvrage .....	52
Articles .....	53
Webographie.....	55
<b>ANNEXES I</b>	
Annexe n°1 : Schéma de la peau saine et de la profondeur des lésions .....	I
Annexe n°2 : Courbe d'évolution cicatricielle .....	II
Annexe n°3 : Mandala de la résilience .....	III
Annexe n°4 : Principales échelles de mesure de la résilience .....	IV
Annexe n°5 : Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes .....	V
Annexe n°6 : Guide d'entretien destiné aux personnes brûlées accidentellement .....	IX
Annexe n°7 : Exemple des premiers échanges avec les professionnels.....	XIII
Annexe n°8 : Lettre d'information et feuillet de consentement pour les personnes brûlées victimes d'un accident .....	XV

## **PREAMBULE**

Suite à un stage réalisé dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation, la prise en soin d'une patiente m'a particulièrement interpellée. C'était la première personne présentant une brûlure grave que je rencontrais durant mon cursus de formation en ergothérapie.

Les brûlures de Madame X, 53 ans, survenues dans un contexte violent (accident de la voie publique), s'étendaient sur l'ensemble de la paume de sa main dominante. C'est lors du premier entretien que j'ai pu prendre connaissance de l'histoire de son traumatisme et appréhender la patiente dans sa globalité. Madame X m'a alors fait part de ses doutes et de ses peurs concernant sa vie quotidienne mais surtout sur la reprise de sa profession : chirurgienne dentiste.

Cette prise en soin longue et douloureuse l'a amenée peu à peu à perdre confiance en elle et à s'isoler socialement.

En tant que future ergothérapeute, habilitée à faire de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion, je me suis interrogée quant à l'accompagnement de personnes présentant des brûlures plus importantes, les Grands brûlés, mais également sur les moyens dont l'ergothérapeute dispose afin de répondre au mieux aux problématiques d'une personne ayant subi un traumatisme

## **INTRODUCTION**

De l'enfance à la vieillesse, notre époque contemporaine encourage l'idée d'un corps maîtrisable. En effet, notre société se dessine, comme l'énonce le psychiatre français Christophe ANDRE, « *hyper-compétitive, où chacun est rapidement, et parfois définitivement, jugé sur son image et ses performances, où l'on doit sans cesse démontrer sa valeur, sur le marché du travail, de l'amour, des relations sociales* » (2014, p. 27).

Après une hospitalisation en centre aigu de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois, l'arrivée en centre de rééducation peut s'avérer particulièrement éprouvante pour la personne grand brûlé. En effet, la brûlure marque une rupture avec sa vie antérieure et permet difficilement d'accéder à ces valeurs de performances. De plus, la personne grand brûlé se trouve parfois alitée, ayant besoin d'aide pour l'ensemble de ses activités de vie quotidienne (soins personnels, productivité et loisirs) et vit alors une forme de régression dans sa performance et son engagement occupationnel. En raison d'une altération de son image corporelle, elle développe régulièrement une souffrance psychologique importante pouvant se traduire par un repli sur soi, un sommeil perturbé par des ruminations et des cauchemars et une perte d'intérêt et de motivation (NICOLAS et MARECHAL, 2018). Ainsi, la construction de son identité déjà établie est complètement bouleversée.

Boris CYRULNIK, psychiatre, appuie cette idée en définissant le handicap comme un « *traumatisme physique, psychique et social* » (CYRULNIK, 2011). C'est pourquoi le sujet grand brûlé aura besoin d'utiliser toutes ses ressources, internes et externes, afin de se reconstruire non seulement physiquement mais aussi psychologiquement et socialement. C'est ce qu'on appelle la résilience. Marie ANAUT (2003) ainsi que de nombreux auteurs de la communauté scientifique, ont établi un consensus autour de la définition de la résilience : la résilience est la capacité à reprendre un développement de soi après un traumatisme.

A travers les témoignages que j'ai pu collecter lors de la phase exploratoire de ce travail d'initiation à la recherche, on retrouve des similitudes dans la pratique des différents ergothérapeutes. Leurs premiers rôles auprès des personnes grand brûlé sont la mise en place d'appareillage et la rééducation fonctionnelle. Toutefois, l'ergothérapeute, riche de sa vision holistique grâce aux différents modèles conceptuels existants et à son large choix d'outils, peut accompagner de façon personnalisée les personnes présentant de graves brûlures.

De ce constat émane un questionnement autour duquel va s'articuler la présente étude, sur l'intérêt d'un accompagnement ergothérapeutique dans l'engagement occupationnel auprès d'une personne Grand brûlé, l'objectif étant de contribuer au processus de résilience. Ainsi,



ma question de départ est la suivante :

**En quoi l'accompagnement ergothérapique dans l'investissement occupationnel contribue-t-il au processus de résilience d'un patient adulte atteint de brûlures graves, survenues lors d'un accident ?**

Afin de répondre à cette question de recherche, je vais donc éclairer les grands concepts de l'étude. Premièrement, je vais définir les spécificités de cette population, puis dans un second temps, expliquer la notion de résilience. Enfin, je vais décrire le parcours de soin d'une personne grand brûlé et ce que propose et apporte l'ergothérapeute concernant cet accompagnement.

## **CADRE CONCEPTUEL**

### **I. LA BRÛLURE**

#### *1. Généralités*

##### 1.1. Définition

La brûlure est une agression et/ou une destruction du revêtement cutané, voire des tissus sous-jacents, suite à l'action d'un agent qui peut être thermique, électrique, chimique ou de radiation. ECHINARD et LATARJET la définissent comme « *un transfert d'énergie entre une source de chaleur et le corps humain* » (2010, p 24). En effet, la brûlure dépend des altérations de températures qui apparaissent dès 44°C et sont en augmentation exponentielle jusqu'à 51°C. En dessous de 44°C aucune lésion ne sera observée sauf pour des expositions prolongées à des agents spécifiques tels que des substances caustiques<sup>1</sup>. Pour des températures supérieures à 60°C, la mort cellulaire est inévitable entraînant ainsi une nécrose tissulaire (BERGER & RAFFOUL, 2006)

##### 1.2. Epidémiologie et étiologie d'une brûlure

Bien que les campagnes d'information et de prévention en aient réduit l'incidence, la brûlure est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement et reste un traumatisme fréquent dans les pays industrialisés comme la France. (DUCHESNE et al., 2019)

Dans la grande majorité des cas, la brûlure est bénigne, relevant d'un simple traitement ambulatoire. Toutefois, des formes plus graves sont à l'origine de séjours hospitaliers. Il n'existe pas de consensus autour de la définition de la brûlure grave ou du terme **grand brûlé** mais différents experts tels que JAULT et al. (2012) proposent d'y joindre le « *brûlé grave à risque vital* » et le « *brûlé grave à risque fonctionnel* ». Ainsi, le terme grand brûlé est utilisé pour parler d'une personne ayant une brûlure dépassant 20% de la surface corporelle totale, ou d'une surface moindre associée à une atteinte de zones hautement fonctionnelles telles que la face, le cou ou les mains.

En France métropolitaine, on dénombre vingt services spécialisés dans l'accueil des personnes grands brûlés. Ces derniers sont autorisés et aidés financièrement par l'Agence Régionale de Santé faisant l'objet de l'article R- 6122-25 du code de la santé publique.

---

<sup>1</sup> **Substances caustiques** : substances qui brûlent ou corrodent les tissus de l'organisme

Il est difficile de déclarer précisément le nombre de personnes brûlées en France actuellement. Néanmoins, certains chiffres nous en donne un aperçu. En effet, Santé Publique France fait état d'environ 8120 patients hospitalisés pour brûlure en 2014, dont 5099 hommes et 3021 femmes. Parallèlement, les résultats du PMSI3 de 2011 révèle que les personnes âgées entre 15 et 59 ans (45%) sont les plus touchées. Enfin, environ un tiers (28,8 % des patients précisément) sont des enfants de moins de 5 ans, âgés de 1 an pour la plupart d'entre eux (InVS).

Des études françaises menées dans ces centres montrent que les circonstances de survenue sont dans 93,7 % des cas, accidentelles et surviennent plus rarement dans un contexte intentionnel (agression, violence, tentative de suicide, etc.). ECHINARD et LATARJET (2010) attestent que ces accidents sont majoritairement domestiques (67.8%), suivis par des accidents de travail (16.4%) et des autolyse<sup>2</sup> (7.8%). Il est difficile de déterminer un échantillon fiable pour présenter l'ensemble de la population des personnes brûlées, avec les ressources disponibles limitées (financières, humaines, temporelles) pour cette recherche. En effet, le ratio des personnes brûlées dans un contexte accidentel et intentionnel peut varier selon les périodes et/ou les structures. J'ai donc fait le choix de me centrer exclusivement sur les personnes aux brûlures accidentelles. Ce choix s'appuie également sur un constat de la vulnérabilité psychologique voir psychique des personnes brûlées intentionnellement, dans l'optique de préserver au maximum le bien-être de cette population tout en évitant un potentiel biais pour mon enquête.

Les brûlures sont regroupées en 4 grands cadres étiologiques : Il s'agit à 92% de brûlures thermiques ; dont 50,8% causées par des liquides chauds et 27,1% dû à des incendies. Les brûlures par substances chimiques ou par électrisation sont globalement peu fréquentes (4 %). Il en est de même pour les rayonnements ionisants<sup>3</sup> (1%). (PAGET et THELOT, 2018). Ces constats montrent que les facteurs de risques de brûlures sont variés et dépendent non seulement de l'âge, du sexe et du milieu socio-économique mais également des causes.

### 1.3. Pronostic vital

Les risques sur le plan vital et fonctionnel engendrés par une brûlure dépendent de cinq paramètres : la profondeur, la superficie, la localisation des lésions, la présence de traumatismes ou d'intoxication associées et les antécédents du patient (GUEUGNIAUD et al., 2000).

---

<sup>2</sup> **Autolyse** : suicides.

<sup>3</sup> **Rayonnements ionisants** : rayonnements qui agissent sur les atomes du corps humain.

### Profondeur

Sur le plan histologique, la peau est un organe complexe composé de trois types de tissus qui comportent eux-mêmes plusieurs couches cellulaires. Dans cette étude, les trois couches de la peau : **l'épiderme, le derme et l'hypoderme** seront considérées. [cf : Annexe 1]

Ainsi, les lésions sont classifiées en 3 grandes catégories, correspondant ainsi chacune à un degré de profondeur :

**Le premier degré** est défini par une atteinte des couches supérieures de l'épiderme.

L'épiderme est une barrière imperméable et immunologique qui empêche les organismes pathogènes de pénétrer dans le corps. Il correspond à la couche la plus superficielle de la peau, constitué de plusieurs assises cellulaires dont **la couche basale**. Celle-ci représente la couche la plus profonde et est composée d'une seule épaisseur de cellules : les kératinocytes. Ces cellules procèdent à leur activité mitotique<sup>4</sup> dans la couche basale et migrent afin de former une membrane solide grâce à la kératine, imperméable et très protectrice.

**Le deuxième degré**, qui peut être subdivisé en deux niveaux d'atteinte, **superficiel et profond**, correspond à une lésion totale de l'épiderme (couche basale comprise), voire superficielle du derme. Le derme est composé de vaisseaux sanguins, de nerfs et de terminaisons nerveuses. Il renferme des fibroblastes qui synthétisent le collagène, l'élastine et la réticuline. Ces protéines confèrent à la peau, structure, résistance et élasticité mais contribuent également à son hydratation.

Enfin, **le troisième degré** correspond à la destruction totale de l'épiderme, du derme et parfois avec une atteinte de l'hypoderme. L'hypoderme est la couche la plus profonde, richement vascularisé avec plus ou moins des tissus graisseux permettant à la peau de glisser sur les plans sous-jacents. Il a un rôle d'amortisseur en cas de choc. De plus, il constitue le plus grand réservoir énergétique de l'organisme tout en jouant un rôle de « manteau » thermique.

### Superficie et localisation des lésions

L'étendue de la brûlure est également à prendre en compte. En effet, le regard clinique parle d'engagement du pronostic vital si les lésions sont supérieures à 30% de surface corporelle. (KÜNZI et WELDER, 2004).

---

<sup>4</sup> **Activité mitotique** : renouvellement cellulaire

Quant au pronostic fonctionnel d'une brûlure, il est souvent lié à l'atteinte des zones de grande mobilité. Ces zones qui correspondent aux mains, aux pieds, au cou et aux différents plis de flexion (coude, genou, cheville, ...) peuvent, si elles sont touchées, entraîner de graves complications et séquelles notamment pour l'indépendance dans les activités de vie quotidienne. Outre ces risques, FASSI FIRHI et al. (2010) préconise de prendre toujours en considération une brûlure de la face en raison du risque de lésion de l'arbre respiratoire ou d'une perturbation de la fonction respiratoire et ventilatoire du poumon.

### Antécédents

L'état général du patient avant la brûlure a son importance. Un trouble antérieur à l'accident peut à tout moment se décompenser et aggraver considérablement le pronostic vital. Il est donc important de relever tous les éléments susceptibles d'influencer le pronostic et la prise en charge du patient afin de proposer les soins les plus optimaux (ECHINARD et LATARJET, 2010).

Ainsi, le plan d'intervention des différents professionnels est initié par les différentes caractéristiques de la brûlure et sera guidé tout au long par l'évolution des conséquences de la brûlure.

## *2. Conséquences d'une brûlure*

Le Grand brûlé est touché dans son intégrité et sa manière de vivre en est bouleversée. Il va devoir faire face non seulement à des changements concernant ses activités quotidiennes, son métier et/ou ses loisirs, mais aussi à des répercussions bio-psycho-sociales. En effet, la brûlure engendre une atteinte du schéma corporel et de l'image de soi. Ces lésions demandent de recréer un équilibre émotionnel entre l'individu et lui-même (réappropriation corporelle) ainsi qu'entre l'individu et son environnement (identité sociale) (ALVI et al., 2009).

Nous allons donc aborder les multiples retentissements de la brûlure sur les plans physique, psychologique et social.

### 2.1 Physiques

La brûlure entraîne de nombreux retentissements physiques et particulièrement sur le long terme. En effet, la cicatrisation de la peau brûlée ou greffée est atypique et concerne majoritairement les brûlures du 2<sup>ème</sup> degré profond et du 3<sup>ème</sup> degré (ECHINARD et LATARJET, 2010). Elle est dite complète lorsque les différents désordres cicatriciels se

stabilisent, c'est-à-dire au bout de plusieurs années pour les cas les plus graves [cf : Annexe 2].

Au total, on dénombre 6 désordres cicatriciels possibles qui entravent la vie quotidienne du sujet grand brûlé. Les **hypertrophies**<sup>5</sup> et les **rétractions cutanées**<sup>6</sup> en sont les principaux. Viennent s'ajouter le **prurit**<sup>7</sup>, la **sécheresse cutanée**, les **adhérences cutanées**<sup>8</sup>, et enfin les **dyschromies**<sup>9</sup>. Outre ces séquelles, ROCHET et al. (1998) décrivent d'autres répercussions telles que des amputations fonctionnelles partielles ou totales (au niveau du visage, des doigts...), des ankyloses<sup>10</sup> articulaires et des altérations de la sensibilité et/ou des propriétés thermorégulatrices.

La brûlure engendre une douleur de forte intensité justifiant le recours à des morphiniques puissants (GALL, 2004). En 2006, le docteur Magnin expose la complexité de celle-ci compte tenu de ses caractéristiques, de ses composantes multiples, de ses fluctuations dans le temps et de sa persistance. Il distingue **la douleur de fond**, au niveau des zones brûlées et des prises de greffes, provoquée par « *l'excès de stimuli des récepteurs nociceptifs cutanés contenus dans le derme et l'épiderme* » (BORDENAVE, 2012, p 40) ; et **la douleur due aux gestes et à l'appréhension qu'ils engendrent** concernant surtout les soins tels que les changements de pansements et les lavages de plaies dont la répétition peut déclencher des douleurs insupportables. Ces deux sources de douleurs sont dominées par le principe de l'hyperalgésie, à savoir qu'un stimulus normalement non douloureux devient douloureux (ECHINARD et LATARJET, 2010). L'intensité de la douleur est variable selon l'individu, l'étendue et la profondeur de la brûlure ne sont pas toujours des indicateurs fiables.

Au-delà de la dimension purement physique, la brûlure génère également une dimension psychologique à prendre en considération.

## 2.2 Psychologiques

La brûlure est patient-dépendant c'est-à-dire qu'elle ne va pas avoir les mêmes répercussions psychologiques d'un individu à l'autre mais reste tout de même un événement dévastateur. Des symptômes anxiodépressifs et des manifestations d'un état post-traumatique apparaissent fréquemment. Ils se présentent à plusieurs niveaux : en post aigu, jusqu'à 82%

---

<sup>5</sup> **Hypertrophies** : épaissement de la couche dermique.

<sup>6</sup> **Rétractions cutanées** : raccourcissement du tissu.

<sup>7</sup> **Prurit** : démangeaisons.

<sup>8</sup> **Adhérences cutanées** : fibroses des espaces sous-dermiques.

<sup>9</sup> **Dyschromies** : teintes disharmonieuses de la peau.

<sup>10</sup> **Ankyloses** : raideurs

des grands brûlés sont anxieux, 58% sont dépressifs et une forte proportion de cette population manifeste un état de stress post-traumatique, dont la prévalence s'élève entre 13% et 45% à une année post-brûlure. (ALVI et al., 2009).

Consécutivement à leur accident, les Grands brûlés développent souvent une souffrance psychologique importante par rapport à l'image de soi. Celle-ci est définie par Lacombe (2006, p. 128) comme « *propre à chaque individu [...] liée à l'histoire de chacun. C'est la manière dont nous avons investi affectivement notre corps aussi bien globalement, que partiellement dans la relation à autrui* ». Ainsi, les personnes grands brûlés se confrontent à une image corporelle changée : ils se sentent exposés par rapport aux cicatrices mais aussi à travers les curiosités, commentaires et jugement des autres (COSTA et al., 2008). Ce sentiment peut par conséquent induire une perte d'estime de soi, une désocialisation, un isolement et parfois même une crise suicidaire. L'acceptation et l'intégration des séquelles cicatricielles de leurs brûlures prendront donc du temps. On parle de deuil, où « *le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation* » représentent les phases clés du processus (KESSLER et KÜBLER-ROSS, 2005).

Comme nous l'avons abordé précédemment, le sujet grand brûlé traverse de nombreuses épreuves. Toutefois, la famille et l'entourage n'en subissent pas moins les conséquences.

### 2.3 Economiques et sociales

L'ensemble de ces préjudices esthétiques et fonctionnels vont se répercuter dans les activités et la participation du Grand brûlé. Lorsque l'enveloppe corporelle est altérée et fragilisée, affronter le regard des autres devient un obstacle dans la réhabilitation sociale du grand brûlé. En effet, plusieurs de ses sphères sont affectées telles que la sphère professionnelle où l'on parle de 10 à 30% des victimes qui ne reprennent pas leur activité professionnelle (CHAUVINEAU et al. 2009). Des conflits dans les relations sociales sont également susceptibles d'apparaître car le grand brûlé peut être rejeté ou peut de lui-même s'isoler afin d'éviter le regard du monde extérieur. On dénombre 3 formes de comportements considérées comme des résistances liées à ces stigmates :

- La forme exhibitionniste-rejetante : Par une attitude hostile, le sujet désire convaincre les autres et lui-même qu'il ne souffre pas de son défaut cutané
- La forme dépendante-rejetante : Le sujet cherche à tirer profit de son défaut cutané en exagérant son handicap et en mobilisant des personnes « secourantes »
- L'attitude exagérément honteuse : Le sujet s'isole socialement et évite toute confrontation rejetante au regard d'autrui (BONVIN et COCHAND, 1998).

### 3. *Parcours de soin de la personne brûlée*

Les différentes répercussions de la brûlure dépendent autant du patient que d'un bon accompagnement médical, physique et psychologique. On dénombre 4 étapes dans le parcours de soin de la personne grand brûlé :

La phase aigüe débute immédiatement après l'accident où le sujet est hospitalisé pendant plusieurs semaines dans un **centre de traitement des brûlés** (RAVAT et al., 2018). Afin de préserver le pronostic vital, les chirurgiens pratiquent des techniques de recouvrement cutané telles que les cicatrises dirigées ou des greffes cutanées. Les objectifs principaux tendent vers la réanimation de la personne et de ses organes déficients, la lutte contre la dépression immunitaire et la prévention de toutes complications infectieuses, et enfin la diminution de la douleur via des sédatifs et analgésiques (BERTIN-MAGHIT et al., 2001). L'ergothérapeute n'intervient que très rarement lors de cette phase puisque le patient est peu éveillé, voire plongé dans un coma artificiel.

Une fois le pronostic vital désengagé, le grand brûlé est dirigé vers un **centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé dans l'accueil des brûlés**. Tout en poursuivant le guidage de la cicatrisation, la rééducation fonctionnelle débute. La durée moyenne de séjour est estimée à 3 mois, mais peut s'étendre selon la gravité de la brûlure. Lors de cette étape, le patient devient un acteur actif de sa prise en charge. Au cours de ce séjour et dès que cela est possible, des actes **de chirurgie réparatrice et esthétique** sont programmés dans le but d'améliorer les capacités fonctionnelles et d'optimiser l'apparence physique de la personne grand brûlé.

A la sortie du SSR spécialisé, une grande partie des grands brûlés repartent avec une prescription pour un **séjour en cure thermale**. En effet, les bienfaits de l'eau thermale elle-même et les traitements de types massages de cicatrices et douches filiformes permettent d'agir contre les désordres cicatriciels qui persistent dans le temps. Leurs effets bénéfiques permettent d'atténuer le prurit, calmer l'inflammation cicatricielle et assouplir les cicatrices (de BUYS ROESSINGH et al., 2014). Afin de poursuivre le suivi et l'accompagnement du patient, ce dernier doit se présenter lors de consultations médicales prévues tous les 3 à 6 mois. Cela permet d'encadrer les différentes actions citées précédemment et de voir les évolutions des désordres cicatriciels. Le médecin peut également orienter selon le profil, le patient à poursuivre sa rééducation via des professionnels libéraux



## II. LA RESILIENCE

### 1. Concept de résilience

Le terme « *résilience* », issu du latin *resilientia*, fait référence à la résistance des matériaux aux chocs (LAROUSSE, 2019). Toutefois, lorsque l'on s'intéresse à l'étymologie, celle-ci met en lumière la double caractéristique de la résilience : c'est à la fois la résistance à la destruction mais également la capacité de souplesse et d'adaptation (ANAUT, 2005).

La psychologue américaine, Emmie Werner est considérée comme la « mère de la résilience ». En effet, elle suivit des enfants de la naissance à l'âge adulte, qualifiant ces derniers comme des sujets vulnérables, mais invincibles (WERNER et SMITH, 1992).

Pendant trente ans, elle a étudié 698 enfants nés en 1955 dans l'archipel de Hawaï, sans famille, sans école, vivant dans la rue et victimes d'agressions physiques et/ou sexuelles. Sur 201 de ces enfants considérés comme hautement susceptibles de développer des troubles du comportement, 72 ont évolué favorablement sans intervention thérapeutique particulière et sont devenus de jeunes adultes compétents et bien intégrés. Ils ont su « rebondir » à partir d'une enfance difficile et, bien que vulnérables, être invincibles, ou plutôt invaincus, dans leur parcours existentiel.

Cette observation, faite dans le cadre d'une étude dont l'objet n'était pas la résilience, a joué un rôle majeur dans l'émergence de celle-ci, à la fois comme réalité clinique et objet de recherche. Ce concept a par la suite été appliqué par les Anglo-Saxons pour les sciences humaines. De nombreuses définitions plus « humaniste » se sont ainsi imposées, parmi lesquelles on peut retenir celle-ci :

« *La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (MANCIAUX, 2001, p322.).

Ce n'est qu'en 1996 que le concept de résilience émerge en France, grâce au neuropsychiatre et psychanalyste Boris Cyrulnik. En effet, malgré des travaux déjà existants, Cyrulnik développe le concept de « résilience » et surtout le faire connaître du grand public. Selon lui, la définition de la résilience est « *très simple* ». Il s'agit de la reprise d'un développement après une « *agonie psychique traumatique ou dans des conditions adverses* » (CYRULNIK, 2014, p.13).

On peut donc dire qu'un individu entre dans un processus de résilience dès lors qu'il poursuit son avancée face à l'adversité ou une situation à risque. Ce processus est indissociable du point de vue systémique. Il est un tout avec des éléments qui ne prennent sens qu'en fonction

de l'ensemble. La résilience résulte de facteurs interactifs, en fonction d'une « *constellation de ressources* » dans laquelle les individus sont tous interdépendants. (CYRULNIK, 2007, p.253)

Aujourd'hui encore, la notion de résilience est difficile à cerner compte tenu de la diversité des recherches et des points de vue sur ce thème. Certains la conçoivent comme un trait de personnalité acquis et stable, d'autres comme un processus. Or la résilience n'est jamais absolue, totale ou acquise une fois pour toutes. Elle ne correspond donc pas à un type de personnalité précis.

Les partisans de la psychologie clinique psychanalytique conçoivent la résilience comme un processus dynamique, évolutif, au cours duquel les ressources du sujet surpassent l'importance d'un traumatisme. Ces derniers ont cherché à déterminer les mécanismes permettant au sujet de surmonter son traumatisme. Ainsi, la résilience s'effectuerait selon deux axes :

- Un **axe intrapsychique**, qui concerne les capacités propres à chaque individu.
- Un **axe relationnel**, qui concerne les liens que le sujet met en place avec son environnement. (WERNER et SMITH, 1992).

## 2. *Dispositions personnelles*

Ainsi, tout comme il existe chez certains individus des facteurs de vulnérabilité au traumatisme (caractéristiques sociodémographiques, troubles psychiques préexistants, traits de personnalité, antécédents familiaux, expériences de l'enfance...etc.), il existe un certain potentiel de résilience chez d'autres.

Toutefois ces derniers ne suffisent pas à eux seuls à développer le processus de résilience. En effet, on perçoit deux temps dans le fonctionnement de la résilience :

**Le temps du traumatisme.** Le sujet résiste à la désorganisation psychique en mettant en place des mécanismes de défense qui vont lui permettre de s'adapter à la réalité frustrante et de préserver son intégrité psychique. Certains mécanismes de défense soutiennent la résilience alors que d'autres peuvent la retarder. Dans les stratégies pouvant favoriser la résilience, *l'humour* permet de trouver des éléments amusants et ainsi de libérer des tensions. La *sublimation* permet de transformer la blessure en actions créatives et il est possible d'utiliser son vécu pour aider les autres. *L'anticipation* permet de diminuer le risque d'un traumatisme, en explorant des scénarios potentiels et en se préparant mentalement et émotionnellement. Il peut toutefois y avoir une différence entre les scénarios imaginés et la réalité (RIVEST, 2011). Parmi les mécanismes qui retardent la résilience, on trouve

l'hyperactivité, l'intellectualisation, le déni et la banalisation. En étant *hyperactif* pour éviter de penser à ce qui s'est passé, on ne fait que retarder le moment où il faudra gérer les émotions qui risquent fortement de revenir. *L'intellectualisation* aussi, en généralisant pour éviter un affrontement personnel, ralentit le processus de résilience en coupant de l'émotion vécue. En étant dans le *déni*, en niant la réalité de la crise, on amortit temporairement la souffrance, mais cela ne permet pas de régler concrètement les problèmes. Il en est de même de la *banalisation*, qui consiste à diminuer la gravité de la crise (RIVEST, 2011).

Alors que l'installation d'un véritable processus résilient suppose la mise en place de modalités défensives plus adaptées à long terme ; alliées à un travail de mise en sens et d'élaboration psychique, qui constituera la deuxième phase du processus (ANAUT, 2003). C'est ce que l'on nomme le **temps de l'intégration du choc et de la réparation**. Intégrer ne veut pas dire « effacer » mais « faire avec ». Après l'effraction du traumatisme, on observe un rétablissement progressif des liens, puis une reconstruction à partir de l'adversité. Cela passe par la nécessité de donner un sens à sa blessure.

Dès 1999, Wolin et Wolin ont illustré les différentes dimensions de la résilience et les ont associées à trois étapes de la vie : l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. En fonction de son âge (enfant ou adulte) le sujet n'aura donc pas le même niveau de participation [cf : Annexe 3]. On retient sept caractéristiques de personnalité susceptibles d'avoir un rôle protecteur face aux événements difficiles :

- **Perspécacité** : capacité d'analyse, à se poser les bonnes questions, à identifier les problèmes, leurs causes et à chercher des solutions ;
- **Indépendance** : capacité à être seul, autonomisation et à prendre le contrôle pour dépasser sa peine ;
- **Aptitude aux relations** : capacité d'établir des liens mutuels gratifiants où il y a équilibre entre donner et recevoir ;
- **Initiative** : capacité d'élaboration, la production génère de l'entrain pour des projets et pour s'attaquer à des situations de défi.
- **Créativité** : capacité à créer des formations réactionnelles et substitutives à partir de rien.
- **Humour** : capacité de minimiser la douleur avec une plaisanterie, capable de voir un côté absurde dans ses douleurs et problèmes ;
- **Moralité** : Avec altruisme, nécessité de contribuer au bien-être des autres.

L'évolution du processus tend vers la résilience dès lors que le sujet a retrouvé sa capacité d'espérer. Il pourra alors s'inscrire dans un projet de vie et des choix personnels.

### 3. *Facteurs extérieurs et environnementaux*

Comme nous l'avons vu précédemment, chaque individu possède ses propres facteurs résilience mais également des ressources, rendant unique chaque parcours de vie. Ces derniers sont d'ordre génétique, neurologique, psychologique et/ou environnemental (CYRULNIK, 2014).

On peut toutefois noter quelques appuis récurrents qui permettent la résilience, tels que les capacités de communication, l'interaction et l'échange de ressources avec l'environnement. Garnezy (1991), pionnier dans les recherches sur la résilience, a relevé 2 catégories de ressources externes :

- **Les facteurs familiaux** : qualité des relations, attachement, cadre familial, soutien parental
- **Les facteurs extra-familiaux** : réseau de soutien social

Les liens tissés avec des personnes de l'environnement élargi aux relations sociales, vont permettre à l'individu d'élaborer des mécanismes de protection adaptés qui pourront l'aider à sortir d'une situation de crise.

Ainsi, les relations sociales vont parfois suppléer les manques initiaux de l'individu. C'est ce que l'on appelle « *un tricotage de l'attachement* » (CYRULNIK, 2014). L'individu résilient nécessite de donner un sens à sa vie, d'avoir autour de lui des liens affectifs qui sont là pour émouvoir, constituer ses souvenirs et lui donner du sens.

L'entourage social et familial semble donc avoir un impact considérable sur le sentiment d'efficacité personnelle. Ce sentiment se définit par la croyance en sa capacité d'entreprendre un comportement et de le maintenir malgré la présence d'obstacles.

En effet, le simple fait que l'entourage croit en la réussite de l'individu et le lui communique aura un impact positif sur ses performances (**effet Pygmalion**). L'inverse existe également (**effet Golem**), suite aux critiques de l'entourage sur le potentiel du patient, qui retentira sur les probabilités de succès de ce dernier (VEYSEY et al., 2013). Ainsi, l'environnement jouent un rôle prépondérant dans la participation et l'intégration de cette nouvelle réalité.

Ainsi, lors de son séjour en service de rééducation et de réadaptation, la personne grand brûlé est entourée la majorité de son temps par des professionnels de santé. Chacun d'entre eux

possède des compétences, spécifiques et communes, pour potentialiser les atouts du sujet. Selon Thérèse PSIUK (PSIUK, 2005), les professionnels de santé doivent viser à restaurer constamment l'équilibre, soit en diminuant l'exposition à des facteurs de risques, soit en augmentant le nombre de facteurs protecteurs.

Les associations travaillant pour la cause des grands brûlés tels que Burns and Smiles, l'Association des Brûlés de France ou encore la Société Francophone de Brûlologie représentent tout autant une plus-value pour le processus de résilience. Toutes ont une mission commune : « *lutter contre l'isolement des brûlés, les aider à se réintégrer dans la société et à améliorer leur quotidien* ». Ainsi, elles permettent aux grands brûlés d'appartenir à une communauté et de les accompagner dans les différents combats auxquels ils sont confrontés.

Cyrułnik évoque qu'une personne signifiante du contexte social peut devenir « *tuteur de résilience* » d'un sujet et l'aider à se reconstruire. Ce tuteur, professionnel ou non, va donc servir de modèle, renforcer la confiance et l'estime de soi du sujet résilient en devenir.

#### 4. Indicateurs de résilience

Il existe une grande diversité d'échelles de mesure de la résilience ou de ses composantes, et ceci est dû à la diversité des définitions : selon que l'on considère la résilience comme un amalgame de caractéristiques personnelles, comme un processus, comme une interaction avec l'environnement ou comme un résultat, la façon de la mesurer diffère. De plus, l'appartenance à une école théorique fait varier les éléments mesurés : l'accent est mis sur les stratégies de coping par les cognitivistes, sur les mécanismes de défense par les psychanalystes, ou encore sur les interactions avec la famille ou le groupe par les systémiciens (IONESCU, 2011).

Certains instruments sont plus utilisés et semblent s'imposer : l'échelle de Connor-Davidson (CD-RISC), l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-25 ou RS-14), ainsi que l'échelle norvégienne de résilience de l'adulte (RSA) [cf : Annexe 4]. Il importe toutefois d'être prudent dans l'interprétation des résultats, car chiffrer la résilience, c'est le danger d'interpréter hâtivement les résultats, de stigmatiser plutôt que d'aider à renforcer la résilience (IONESCU, 2011).

Nous pouvons tout de même esquisser une liste, non exhaustive, des principaux éléments observables chez une personne résiliente :

*Estime de soi ; confiance, optimisme et sentiment d'espoir ; autonomie et indépendance ; endurance et capacité à combattre le stress ; sociabilité ; relations sociales existantes ; capacité d'expérimenter une gamme d'émotions variées ; attitudes positives permettant de faire face à des problèmes et de les résoudre, de prévoir les conséquences (ANAUT, 2003)*

Rutter (RUTTER in ANAUT, 2003) définit l'**estime de soi** comme un indicateur des personnes résilientes. En effet, elle renvoie au sentiment de sa propre valeur et peut se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même. L'estime de soi indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, valable, important.

Au niveau des cognitions, on observe un **changement de perceptions** : le sujet trouve une signification positive aux circonstances négatives (BROOKS et GOLDSTEIN, 2006). En effet, il y a deux sources de souffrance : la douleur vécue, et la représentation symbolique qu'on se fait de l'évènement vécu. En devenant l'auteur de sa vie, en créant des récits positifs qui apportent un sens sans se poser en victime, la résilience est observée (RIVEST, 2011). Toutefois, pouvoir être positif demande un ancrage dans la réalité. C'est donc pouvoir apprécier les succès et les expériences valorisantes, tout en essayant d'accepter les échecs et tirer profit de ces expériences : changer son discours intérieur, c'est « *croire en ses capacités, se parler positivement, croire à l'effort, croire en un futur meilleur* » (LUC, 2011, p 110)

Nos buts et nos attentes doivent être réalistes, autant envers soi-même qu'envers les autres. Ainsi, la **qualité du réseau social** et la **qualité de communication** sont à prendre en considération. Cela demande une capacité d'entrer en contact aisément avec les gens et de demander et de recevoir de l'aide (c'est-à-dire faire confiance aux gens comme ressources) ; Mais également une habilité du sujet à communiquer calmement et clairement afin de s'affirmer, d'exprimer et de reconnaître ses sentiments, pensées et émotions ainsi que celles des autres, tout en fixant des limites. (BROOKS et GOLDSTEIN, 2006). On peut l'observer par exemple avec *l'humour*, qui permet de libérer des tensions.

Toutefois, il ne faut pas oublier l'évolution permanente des contacts humains et les diverses formes de ces contacts. En effet, ces indicateurs sont à nuancer puisqu'ils diffèrent selon les traits de personnalité du sujet. (ROUSSEAU, 2010)

Quand un nouveau cycle commence, la perception du futur est rarement limpide, mais l'énergie fondamentale, dynamique, créatrice est nécessaire pour rendre les choses tangibles. Ainsi, on perçoit un certain **engagement** du sujet résilient dans des projets divers. (RIVEST, 2011). Assurément, trouver un sens à sa vie ou à ses blessures permet de métamorphoser la souffrance en engagement, de s'impliquer et d'aider les autres. L'absence de projet appelle

souvent la présence d'un autre. Le sujet adulte peut quelquefois se poser la question d'un projet qui est une façon par laquelle il entend se réaliser professionnellement ou personnellement. En effet, une autre façon de dépasser ses souffrances vient des aptitudes artistiques et de la créativité. Le dessin, la peinture, le théâtre permettent d'exprimer ce qu'on n'arrive pas nécessairement à dire d'une autre façon (ROUSSEAU, 2010).

Par ailleurs, les différentes **stratégies d'ajustement** centrées sur le traumatisme, sur les émotions ou le coping proactif permettent de déceler un processus de résilience. Se centrer sur un problème permet de *planifier* des actions pour ensuite agir et tenir bon pour tenter de régler celui-ci. Se centrer sur les émotions permet d'avoir une certaine prise sur les événements, de faire face à l'anxiété de façon constructive. Parmi les stratégies centrées sur les émotions, il y a : *chercher*, *accepter* le soutien et *discuter* de nos problèmes. Cela requiert une maîtrise de soi permettant de ne pas réagir hâtivement, de prendre de la distance face au problème. La *reformulation positive* sert à interpréter différemment, à tenter de trouver du positif. Enfin, le *coping proactif* implique de définir ses priorités, de planifier ce que l'on peut faire, de passer à l'action et d'apprivoiser les situations de stress à l'aide de la visualisation.

**Une bonne hygiène de vie** est un indice permettant de caractériser le niveau de résilience : avoir une alimentation saine et de bonnes habitudes de sommeil, prendre soin de soi physiquement, faire de l'activité physique et se détendre par différents moyens (relaxation, méditations, etc.) (ROUSSEAU, 2010).

### III. PRISE EN SOIN ET ERGOTHERAPIE

#### 1. Brûlure : les grandes étapes de rééducation en ergothérapie

En ce qui concerne cette étude, il convient de rappeler que cette dernière se centre exclusivement sur les patients victimes de brûlures accidentelles. Toutefois, la prise en soin d'une personne brûlée, accidentellement ou non, nécessite des ressources considérables.

La collaboration interprofessionnelle semble être un élément clé : médecins, équipe infirmière, diététiciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, assistantes sociales, membres de l'association Comète France qui vise à faciliter le retour à l'emploi, psychologues et ergothérapeutes confrontent leurs idées dans le but d'en apprendre plus sur la personne et d'améliorer la qualité de ses soins.

La brûlure marque une rupture avec la vie antérieure, expliquée par la durée d'accompagnement médical et psychologique, les contraintes de soin et les séquelles persistantes. En effet, les maladies cutanées entraînent une altération de la qualité de vie ainsi qu'un retentissement socioprofessionnel et psychologique (RICHARDS, FORTUNE, GRIFFITHS et MAIN, 2001). Arrigoni et Zermani expliquent que « *la thérapie est conditionnée par la situation psychophysique de l'individu [...] il est capital que le patient puisse canaliser ses propres énergies vers la guérison ; en d'autres termes qu'il soit impliqué affectivement dans le projet thérapeutique* » (1994, p.19). C'est pourquoi l'ergothérapeute, va dans un premier temps co-construire avec le patient, un plan d'intervention à la suite d'entretiens et de passation de bilans. Cela permet de donner du sens à ce que le patient fait et qu'il devienne acteur de sa rééducation.

L'ergothérapeute va s'intéresser aux problèmes de rendement occupationnel de la personne grand brûlé, tout en prenant en compte la localisation de la brûlure.

Dans un premier temps, il apporte une attention particulière à l'installation du patient ; tant sur la disposition des éléments dans la chambre (comme le système d'appel), qu'une potentielle aide matérielle technique pour les déplacements de la personne grand brûlé.

L'ergothérapeute vise l'indépendance de la personne grand brûlé dès l'entrée. Les premières semaines sont centrées sur la gestion de la douleur, le confort, et la lutte contre les désordres cicatriciels faisant appel à des activités analytiques. Les ergothérapeutes s'accompagnent de divers moyens : vêtements compressifs, étirements cutanés maximaux avec le plateau canadien, orthèses d'auto-posture, conformateurs... L'éducation thérapeutique permet de donner du sens à la rééducation et l'appareillage. Elle permet également d'aborder l'après-hospitalisation. Dès que cela est possible, des mises en situations dans les activités de la vie



quotidienne dites de bases (toilette, repas, habillage ...) sont réalisées avec le patient. Cela permet de trouver des techniques de compensation (réadaptation), et de l'entraîner à utiliser et investir les aides techniques que l'ergothérapeute a préconisées. Ces activités de tous les jours sont naturellement porteuses de sens puisqu'elles contribuent au développement de la personne grand brûlé « *dans son rapport au monde ou à la société dans laquelle elle correspond à des places et à des rôles* » (MEYER, 2013, p.51). L'ergothérapie représente un moyen de « *comprendre les activités des êtres humains, les rapports entre ce qu'ils font et ce qu'ils sont* » (FERLAND, 2003, p 125) Ainsi, plus l'état du patient évolue dans une bonne récupération, et plus l'ergothérapeute pourra proposer des activités qui ont du sens pour lui.

Simultanément, l'ergothérapeute intervient sur la problématique de l'image de soi ; il met d'abord en place une relation de confiance, socle d'une alliance thérapeutique. En prenant en compte l'ensemble des besoins du patient, il l'aide, par le biais d'activités qui ne le mettent pas en situation d'échec. Ce travail s'appuie sur le concept de Moi-Peau d'ANZIEU : « *l'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.* » (1995, p. 61). L'ergothérapeute utilise aussi d'autres moyens tels que la cosmétologie en collaboration éventuelle avec des professionnels de la socio-esthétique afin de mettre en valeur les zones non-brûlées ou de camoufler les dichromies ; les mises en situations à l'extérieur pour confronter le patient au regard d'autrui et prendre de la distance par rapport à l'accident de la brûlure.

En somme, lors du processus d'intervention, l'ergothérapeute accompagne la personne à trouver des réponses aux problèmes qu'elle rencontre, en veillant à ne pas accomplir à sa place. (PIBAROT,2013) Il guide et donne des conseils dans les actions à produire, en utilisant les savoirs du patient et en s'appuyant sur des éléments théoriques pour lui donner les moyens d'agir.

## 2. Concepts de base en ergothérapie

De son étymologie « *ergon* » qui signifie activité, l'ergothérapie est une profession paramédicale dont la pratique est basée sur la relation entre l'activité humaine et la santé (ANFE, 2019). Ainsi, l'ergothérapeute aspire à « *maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ».

Seulement, chaque être humain a des intérêts et des compétences personnelles. Il évolue

également dans un environnement social, familial, professionnel, physique et culturel qui lui sont propres. L'ergothérapeute va donc s'intéresser non seulement à la personne mais aussi à son environnement et ses occupations afin d'analyser les situations de handicap rencontrées par celle-ci.

L'ergothérapeute étudie les éléments influant dans la récupération optimale des capacités fonctionnelles physiques et psychiques afin de proposer une adaptation adéquate aux limites et au potentiel de l'individu, par le biais d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages. En effet, les activités de chaque personne révèlent « *le reflet de ce qu'elle est et donnent du sens à leur vie* » (ANFE, 2019). Il existe plusieurs catégories d'activités telles que le jeu, le travail, les loisirs, ou toute autre activité de la vie quotidienne : cuisine, jardinage etc... (MOREL-BRACQ, OFFENSTEIN, TROUVE et al, 2015)

Toutefois, l'usage du mot « *activité* » est sujet à controverse. En effet, les pays anglophones prennent pour référence l'occupation, terme qui n'est pas utilisé en France à cause de sa connotation péjorative, ayant trait au divertissement. Selon ces derniers, le sens de l'occupation est plus individuel et affectif. L'occupation relève du sens qu'elle revêt pour la personne qui la réalise.

En effet, à la fin du siècle dernier, les ergothérapeutes canadiens affirmaient que l'occupation était le concept fondamental de l'ergothérapie et que le but premier de l'ergothérapie était de promouvoir l'occupation (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997). Ainsi, le docteur Polatajko, chercheuse et enseignante en ergothérapie, accompagnée de consœurs, ont introduit un code taxonomique du rendement occupationnel. Afin d'assumer cette responsabilité, elles ont précisé le langage utilisé :

« “Occupation” : Une activité (ou ensemble d'activités) qui est réalisée avec une certaine constance et régularité ; qui apporte une structure et à laquelle est accordée une valeur et une signification par des individus et une culture (Exemple : comptabilité)

“Activité” : Une série de tâches avec un aboutissement spécifique ou un résultat qui est plus important que toute tâche constituante (Exemple : Préparation d'un rapport financier) » (PALATAJKO, DAVIS, HOBSON et al., 2004)

Ainsi, nous utiliserons tout au long de cet écrit le terme occupation pour désigner une activité qu'une personne fait usuellement ou inhabituellement, qui a du sens (meaning) et qui est

intentionnelle (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, 2016)

En ergothérapie, saisir la signification que recouvre une activité pour un individu reflète la compréhension même du fonctionnement de cette personne. Cette capacité de l'ergothérapeute va donc être un fondement pour établir un accompagnement personnalisé (MEYER, 2013)

Dans la vision décrite par Meyer, l'occupation en ergothérapie :

- « *Donne un sens à la vie ;*
- *Est un élément déterminant du bien-être et de la santé ;*
- *Permet d'organiser le comportement ;*
- *Se développe et se transforme tout au long de la vie ;*
- *Agit sur l'environnement et est transformée par celui-ci ;*
- *Est une thérapie efficace. »* (MEYER, 2007, p. 19)

Afin de construire son processus d'intervention, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur l'utilisation d'un modèle de pratique. Ce processus est ainsi mis en place selon une approche particulière, qui va privilégier certains aspects des patients comme par exemple leurs capacités/incapacités, leur environnement ou encore leurs besoins (MOREL-BRACQ, 2009). La mise en place d'une approche influe sur la relation thérapeutique et l'élaboration d'objectifs adaptés pour la personne.

### 3. *Modèle de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et de Participation*

Selon Marie-Chantal Morel-Bracq (MOREL-BRACQ, 2009, p.14), « un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique [...] ». Parmi eux, il existe le modèle bien connu du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel qui est devenu le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P) afin d'élargir notre perspective occupationnelle. Celui-ci présente la vision ergothérapique de la relation dynamique qui existe entre les personnes, les environnements et les occupations ; le modèle est ainsi construit autour des besoins, des désirs et de la subjectivité de la personne prise en soin (MOREL-BRACQ, 2009). Chaque personne façonne sa vie par l'intermédiaire d'occupations, du rendement occupationnel et de la participation.

Le mot « **occupation** » est comme nous l'avons expliqué auparavant, utilisé en représentation de l'ensemble des activités humaines significatives d'une personne (soins

personnels, productivité et loisirs) qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité.

Le **rendement occupationnel** se perçoit « *à la fois par la capacité d'une personne à réaliser certaines occupations et le sentiment de satisfaction* » à l'égard de sa productivité. (LAW, BAPTISTE, CARSWELL et al., 2014).

L'**engagement occupationnel** de la personne dans ces occupations représente un degré de **participation** dans ce qu'elle peut faire, penser ou ressentir dans un environnement donné pendant une activité. Cet engagement dépend des sphères affective, cognitive, physique et spirituelle de la personne. L'influence de l'environnement sur ses occupations, est également à prendre en compte avec ses composantes culturelles, institutionnelles, physiques et sociales. La personne est alors intégrée à son environnement grâce à l'occupation.

En somme, le MCRO-P prend en compte la subjectivité de la personne et cherche à favoriser l'engagement dans ses occupations. Ce modèle fondé sur une évaluation autour des occupations, intègre une évaluation subjective de la satisfaction de la personne par l'intermédiaire d'un outil : la mesure canadienne du rendement occupationnel (Mesure MCRO).

Cet outil permet de « *déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel* » aux yeux du patient, en indiquant une « *échelle de grandeur quant à ses priorités* » (LAW, BAPTISTE, CARSWELL et al., 2014, p.27). La personne est donc invitée à se baser sur les activités d'une de ses journées types, classées selon les trois catégories suivantes :

- Les soins personnels : regroupent les occupations pour prendre soin de soi c'est-à-dire les soins d'hygiène, l'alimentation, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.
- La productivité : représente les activités ludiques, les travaux scolaires, l'emploi, les travaux ménagers, le rôle de parent et le travail bénévole dans la communauté.
- Les loisirs : prennent en compte les loisirs actifs tels que les activités en plein air, ludiques, sportifs mais également l'expression créative et la socialisation.

–

Une fois le recensement des activités fini, la personne doit les coter de 1 à 10 en fonction de l'importance qu'elles revêtent dans sa vie (1 étant peu important, 10 symbolisant beaucoup

d'importance). Ensuite, d'après ces côtes, la personne doit choisir 5 de ces activités qui posent problème et semblent les plus urgents. Pour chacune d'entre elles, la personne les cote selon le rendement des activités, soit la manière de réaliser correctement ces activités, et la satisfaction procurée par celles-ci à l'égard de son rendement habituel. Cela permet d'apprécier l'évolution des capacités de la personne, au cours de réévaluations programmées par la suite.

Ainsi, le modèle de la MCRO-P met en avant l'écoute entre l'ergothérapeute et le patient. Ce dernier se sent valorisé par l'importance que l'ergothérapeute accorde à ses propos. Cela permet d'initier une réflexion et de stimuler la personne par le biais des occupations rendues difficiles, suite aux situations de handicap engendrées par la brûlure. Des occupations oubliées, tout comme des rêves inaccomplis peuvent également resurgir lors de la prise en soin et représenter une nouvelle source d'objectifs.

L'ergothérapeute peut alors exploiter cette motivation et ces objectifs afin d'engendrer un réinvestissement de la part de la personne Grand brûlé. Ces divers éléments permettent d'entrevoir du positif pour la poursuite de la vie et de prendre part au processus de la résilience.

#### *4. L'ergothérapeute : un potentiel tuteur de résilience*

Ces classifications ont profondément modifié les conceptions traditionnelles du handicap qui reposaient uniquement sur le repérage des anomalies organiques ou fonctionnelles, donc sur l'identification de traits pathologiques. En effet, les modèles dont le MCREO-P permettent de mieux saisir la dynamique du processus interactif entre les facteurs intrinsèques à la personne et les facteurs extrinsèques liés à son environnement, comment celui-ci influence ses performances ; de mieux faire aussi la distinction entre le potentiel d'une personne et son actualisation dans des contextes familiaux et socioculturels différents. Ces conceptions actuelles ont donc ouvert de nouvelles perspectives dans l'approche socio-éducative auprès des personnes handicapées car elles ont permis d'observer non seulement les obstacles mais aussi les facilitateurs pour son développement et donc de mettre en œuvre des stratégies permettant de renforcer d'éventuels « tuteurs de résilience ».

Les tuteurs de résilience sont des personnes, qui, par leur attitude, leur comportement, facilitent la résilience chez l'individu. Jacques Lecomte (2005) les décrit comme des personnes affectueuses qui parviennent, à donner à l'autre le sentiment d'être reconnu. Ce psychologue français a d'ailleurs recensé plusieurs de leurs attitudes récurrentes, basées sur l'empathie, l'affection et la patience. Ces qualités permettraient dans un premier temps,

d'instaurer une relation de confiance.

En effet, Lecomte explique que ce dernier a conscience que la personne possède des «*faces d'ombre* » mais s'intéresse à ses «*faces de lumières* ». (LECOMTE, 2005) Ainsi, l'ergothérapeute semble être une personne favorable à devenir tuteur de résilience. Assurément, l'ergothérapeute croit aux potentialités de l'individu et l'aide à les découvrir mais également à les faire croître. Pour cela, il va confronter la personne à des défis correspondants à ses potentialités. Ces défis ne doivent ni être trop élevés (risque de mise en échec) ni trop simples (marque de dévalorisation).

Par ailleurs, l'ergothérapeute peut encourager le développement des capacités personnelles, c'est-à-dire aider la personne grand brûlé à mieux comprendre la brûlure et ses conséquences et à lui montrer ses capacités, en prenant en compte toutes les ressources dont il dispose. L'ensemble de cet accompagnement amène à modifier l'image que la personne Grand brûlé se fait d'elle, ainsi la résilience est possible. La résilience demande à ce que l'individu soit ancré dans la réalité, qu'il soit engagé à modifier son schéma de pensée, et qu'il soit prêt à reprendre un nouveau type de développement.

Aujourd'hui nous savons qu'il est possible d'évoluer et de grandir malgré les perturbations et les pertes. Toutefois, il importe de garder en tête que la résilience n'est pas dénuée de souffrance, qui peut être vécue à différents moments pendant le processus. Devenir résilient est un processus complexe, qui encourage ainsi l'idée d'accompagnement thérapeutique. Soulignons que le lien entre les caractéristiques internes (individu) et les caractéristiques externes (environnement) sont inter-reliées, interagissent, et ne peuvent pas être prises isolément. L'approche écosystémique de la résilience ressemble donc à celle de l'ergothérapeute : considérer tous les aspects, tant individuels, familiaux qu'environnementaux (ROUSSEAU, 2010).

En effet, chaque personne en situation de handicap est susceptible d'être confrontée à ce processus (ANAUT, 2005) Ainsi, la personne grand brûlé peut se construire avec des étayages extra-familiaux et éloigner les prédictions pessimistes et déterministes des facteurs de vulnérabilité. Le regard empathique, valorisant, et les différents rôles de l'ergothérapeute incitent la personne grand brûlé à croire en elle, à renforcer son estime de soi, à porter sur elle-même un regard plus positif et à favoriser sa flexibilité face à des problèmes.

On l'a vu, l'estime de soi et les stratégies d'ajustement sont des facteurs de protection en jeu dans le développement de la résilience. Ces facteurs représentent un véritable cercle vertueux créateur de résilience, ainsi l'estime de soi et les stratégies d'ajustement feront office d'indicateurs pour mon enquête.

#### IV. CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE

Nous avons vu au long de cette partie conceptuelle que le mot de « *résilience* » incarne une aspiration essentielle à l'être humain : la possibilité de réussir à se développer positivement, en dépit d'un événement traumatique survenu. Constatant que l'adulte victime de brûlures accidentelles fait face à une image corporelle modifiée et à des risques de séquelles physiques et psychologiques graves, le processus résilience me questionne d'autant plus.

En même temps, nous avons vu l'existence d'une dynamique constante entre l'environnement et le sujet dans le cheminement de ce processus. Le soutien d'autrui, notamment celui apporté par l'équipe pluridisciplinaire semble donc se révéler important pour habiliter l'adulte brûlé victime de brûlures accidentelles à y parvenir.

Cette vision dynamique de la résilience est associée à des concepts au cœur de l'ergothérapie, soit l'engagement, l'agir et l'adaptation. Dans cette optique, il y a lieu de croire que l'ergothérapeute semble avoir des prédispositions à être tuteur de résilience : en habilitant les adultes victimes de brûlures accidentelles à leurs occupations, et ce, en utilisant diverses stratégies d'habilitation, les ergothérapeutes contribuent au développement éventuel de la résilience de ces personnes.

**Question de recherche : En quoi l'accompagnement ergothérapique dans l'investissement occupationnel contribue-t-il au processus de résilience d'un patient Grand brûlé adulte ?**

En m'appuyant sur la bibliographie à laquelle je me suis référée pour mon cadre conceptuel, l'estime de soi et les stratégies d'ajustement semblent être un des fondements de la résilience. Mon hypothèse de recherche est donc la suivante :

**En favorisant le retour à l'équilibre occupationnel par le biais d'activités significantes, l'ergothérapeute contribue à l'émergence de stratégies d'ajustement et à la restauration de l'estime de soi : composantes fondamentales du processus de résilience.**

Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai mis en place deux outils d'investigation expliqués dans la partie suivante.

## **CADRE DE RECHERCHE**

### **I. METHODOLOGIE**

#### *1. Choix des outils d'investigation*

Je désire mieux comprendre les facteurs déterminants liés au processus de résilience suite à un traumatisme important que peut représenter la brûlure. Je m'intéresse plus particulièrement à l'apport des activités significatives comme modalité thérapeutique. Pour cela, j'ai réalisé des entretiens avec les deux publics qu'implique mon étude : les ergothérapeutes et les personnes victimes de brûlures graves, survenues dans un contexte accidentel.

La résilience représente un processus subjectif à chacun. Il m'a donc semblé approprié de recueillir les propos d'anciens patients concernant leur perception et leur rapport à l'ergothérapie ; mais également les propos des professionnels. En effet, s'agissant d'un mémoire d'initiation à la recherche de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'ergothérapeute, il paraît pertinent d'étudier la vision ainsi que la pratique de l'ergothérapeute sur un aspect de la prise en charge souvent implicite mais bien présent.

Ainsi, j'ai utilisé deux voies d'investigation à l'aide d'un unique outil : l'entretien semi-structuré.

J'ai demandé aux ergothérapeutes de décrire leur situation comme intervenant et d'expliquer leurs observations concernant le comportement des patients lors du processus d'intervention [cf : Annexe 5]. J'ai complété cette collecte de données avec le témoignage d'anciens patients concernant leur parcours de soin et plus précisément les apports qu'ils retenaient de l'ergothérapie [cf : Annexe 6].

L'entretien semi-structuré a l'avantage d'être une méthode souple qui permet d'obtenir des informations qualitatives puisqu'il autorise à exprimer un vécu, une expérience et permet d'approfondir certains points qui sont importants et significatifs pour les interlocuteurs (TETREAULT et GUILLEZ, 2014). La technique de l'entretien privilégie l'échange autour d'un dialogue guidé, ce qui permet de préciser les différents termes tels que la résilience, d'ajuster ou de reformuler une question afin de s'assurer de l'exactitude des propos recueillis.



## 2. Choix de la population interrogée

Pour correspondre au mieux à mon sujet, les personnes interrogées devaient répondre à certains critères d'inclusion et d'exclusion :

Ergothérapeutes : Afin d'être éligible, **(1) Être ergothérapeute Diplômé d'État, (2) Exercer en France, (3) Exercer en service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, (4) Exercer auprès d'adultes brûlés.**

Personnes brûlées gravement : Je n'ai pas ciblé une partie de corps brûlée en particulier. Même si les répercussions ne sont pas les mêmes, la résilience concerne toutes les personnes présentant une brûlure grave quelle que soit la localisation. Ces personnes doivent répondre à 3 critères d'inclusion : **(1) Résider en France, (2) Brûlures survenues dans un contexte accidentel, (3) Avoir bénéficié d'un suivi en ergothérapie, (4) Sortie d'hospitalisation** et 1 critère d'exclusion : **(1) Troubles psychiatriques ou cognitifs associés**, pouvant ajouter des contraintes au déroulement de l'entretien.

## 3. Démarche d'investigation

Comme dit auparavant, je m'intéresse aux témoignages des personnes victimes de brûlures à la suite d'un accident mais aussi à ceux des ergothérapeutes.

J'ai commencé par élaborer une liste recensant l'ensemble des SSR de brûlés adultes de France *début janvier 2020*, excluant mon lieu de stage de *novembre 2019*. En effet, je ne souhaitais pas créer de biais dans cette enquête puisque nous avons déjà échangé, ma tutrice et moi-même, sur les prémices de mon sujet.

Un échange téléphonique a donc eu lieu avec ces sept structures *fin janvier 2020*. Les standards des différents établissements m'ont redirigé vers les services d'ergothérapeutes concordant à mes attentes. Une fois en contact avec les professionnels, je leur ai exposé ma démarche de recherche afin de récolter les coordonnées des professionnels intéressés. Les ergothérapeutes de deux structures seulement ont refusé par téléphone.

Par la suite, j'ai renvoyé un mail [cf : Annexe 7] aux cinq ergothérapeutes m'ayant adressé leurs coordonnées *courant mars 2020*. Seulement un m'a fait un retour positif dans les jours qui suivirent le mail. De ce fait, j'ai contacté mon ancien lieu de stage où ma tutrice m'a transmis son accord pour participer à cette enquête. J'ai également relancé mes mails auprès

des différentes structures *début avril 2020*, où j'ai convenu par une cadre des rééducateurs, d'un rendez-vous avec un des ergothérapeutes du service brûlé.

Ainsi, je me suis entretenue au téléphone avec ces trois professionnels pendant une durée moyenne de 45 minutes.

La localisation de certains participants ne facilitait pas une rencontre face à face pour réaliser les entretiens. De plus, le parlement ayant instauré l'état d'urgence sanitaire le *23 mars 2020*, constituant une base légale aux mesures de confinement mises en place pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 ; le système de visioconférence semblait de plus adapté pour préserver la santé de tous.

Seulement, l'ensemble des participants (professionnels et personnes victimes de brûlures accidentelles) n'étaient pas équipés d'une webcam avec micro intégré ou d'un logiciel de type Skype ; notamment les professionnels interrogés dans leur service. De plus, certains participants n'étaient pas à l'aise avec la manipulation de logiciel nécessaire pour réaliser une visioconférence.

Ainsi, pour ne pas créer une disparité, j'ai privilégié le téléphone. L'entretien téléphonique est une méthode attrayante en recherche qualitative puisqu'elle propose diverses possibilités pour le chercheur et la personne interviewée (TETREAULT et GUILLEZ, 2014). En effet, son utilisation permet une flexibilité quant aux horaires et au lieu de l'interview ; un avantage important lorsque les ergothérapeutes sont ancrés dans le rythme imposé par la structure dans laquelle ils travaillent.

En parallèle, j'ai réalisé trois entretiens avec des personnes brûlées accidentellement. Lors de mon stage dans le service des Brûlés en *novembre 2019*, j'ai rencontré l'avocate de l'Association des Brûlés de France. Celle-ci m'a proposé de transmettre à ses clients mon mail pour initier les prises de contact mais malgré plusieurs relances, je n'ai pas eu de retours. Dans un second temps, j'ai essayé de joindre par mails, réseaux sociaux et téléphone l'Association des Brûlés de France et l'association Burns and Smiles sans succès *courant janvier 2020*.

Suite à ces échecs, je me suis tournée *début mars 2020* vers les réseaux sociaux : à ce jour Facebook et Instagram représentent les premiers réseaux sociaux les plus utilisés par les internautes à travers le monde (We are social, 2020). J'ai donc pris contact avec six groupes d'entraide de grands brûlés, que j'ai pu trouver sur Facebook. Certains groupes avaient des critères d'inclusion particuliers auxquels je ne répondais pas, tel qu'être grand brûlé.

Avec l'accord de 2 administrateurs, j'ai donc pu publier ma recherche de participants avec mes coordonnées afin que les personnes intéressées me contactent. Deux personnes m'ont contactée dont une personne n'ayant pas eu de rééducation en ergothérapie.

Je suis également passé par *Instagram*, en entrant l'hashtag suivant, *#grandbrûlé*. L'hashtag permet d'être visible sur les réseaux sociaux par une communauté susceptible d'être intéressée par votre publication. De ce fait, je suis entrée en contact avec une dizaine de personnes brûlées dont une seule personne correspondait à mes critères d'inclusion et qui était d'accord pour participer à mon enquête.

Outre deux personnes qui ne m'ont pas fait de retour, j'ai échangé avec des adultes victimes de brûlures (2) qui ne prenaient pas en considération l'ensemble de ma demande, soit de témoigner par téléphone, et m'ont écrit directement leur histoire. Certains d'entre eux (5) n'ont eu que de la kinésithérapie lors de leur parcours de soin.

Seulement grâce à leur appui, ma demande de contact a été publiée sur les groupes Facebook auxquels je n'avais pas eu accès ; notamment celui de l'association Burns and Smiles. Ainsi, j'ai pu rallier une dernière personne à cette enquête.

Par ce moyen, j'ai également reçu des mails inappropriés, avec des photos de brûlures, sans présentation ni témoignage des deux expéditeurs *début avril 2020*. J'ai donc fait le choix d'éloigner ces derniers de mon enquête, suspectant une vulnérabilité psychologique à la suite de nos échanges.

Enfin, pour m'assurer définitivement que les personnes brûlées correspondaient aux critères d'inclusion imposés, je leur ai leur envoyé une lettre d'information et un feuillet de consentement sur lesquelles les modalités de l'entretien et de la recherche étaient indiquées [cf : Annexe 8]. Ces dernières me permettaient à la fois de rassurer les participants quant aux questions qui seraient posées mais également concernant leur anonymat. Tétrault et Guillez (2014) affirment que les répondants préfèrent le téléphone pour aborder des sujets sensibles, lié au sentiment d'anonymat et de sécurité que procure le téléphone.

Les deux populations ont été averties préalablement de leur anonymisation et ont ainsi verbalisé leur accord pour l'enregistrement de l'entretien, afin de formaliser un consentement. Ces entretiens ont été retranscrits à l'écrit afin de pouvoir au mieux les exploiter.

#### 4. *Limites*

La première limite est le faible nombre d'entretiens que j'ai pu récolter, qui ne permet pas de généraliser les informations recueillies. La population des personnes brûlées interrogée peut ne pas être représentative de l'ensemble des victimes de brûlures dans un contexte accidentel, car l'investissement dans un groupe ou la démarche de partager son expérience n'est pas une démarche anodine. Malgré mon souhait d'écarter au plus les adultes victimes de brûlures accidentelles avec des troubles psychiatriques ou cognitifs associés, biais possible à cette enquête : je ne peux être en aucun cas être sûre que l'ensemble de mes participants n'en aient pas.

Par ailleurs, la passation d'entretiens semi-directifs entraîne également une subjectivité de la part de l'investigateur. Mon discours a pu donc être influencé par les recherches effectuées lors du cadre conceptuel. Enfin, certains termes n'étaient pas connus du public, ainsi la qualité des réponses obtenues a résidé dans mon comportement parfois maladroit à rebondir, cadrer et d'expliquer de manière précise les incompréhensions.

Enfin, il s'agissait de ma première expérience dans la conduite d'entretiens, j'ai ainsi rencontré des difficultés pour cadrer ces derniers notamment avec les personnes grands brûlées qui étaient dans une démarche de me partager l'ensemble de leur parcours. Les données ont donc été difficilement exploitables.

## II. PRESENTATION DES RESULTATS

### 1. Méthodologie de l’analyse

Au cours des échanges avec les deux populations interrogées, les entretiens ont été enregistrés intégralement. Ainsi, je m’assure d’une retranscription au plus près de leurs paroles et donc une analyse précise des idées développées.

Par la suite, l’ensemble des données fournies ont été analysées transversalement afin de mettre en avant les points de convergence et les particularités exposées par les personnes interrogées. Les résultats de l’analyse de contenu seront ainsi confrontés aux idées définies lors de la phase conceptuelle. L’étude des résultats suit l’ordre des thèmes de mes guides d’entretien retrouvés en Annexe n°5 et n°6.

### 2. Caractéristiques des participants

#### 2.1 Les ergothérapeutes interrogés

Lors de la phase expérimentale, les entretiens ont été réalisés auprès de trois ergothérapeutes. Afin de garantir leur anonymat et pour la clarté de l’écrit, ces derniers seront respectivement nommés « E1, E2 et E3 ».

		E1	E2	E3	
<b>Le professionnel</b>	<b>Identité</b>	Genre	Femme	Homme	Femme
		Lieu d'exercice	SSR adultes service brûlés	SSR adultes service brûlés, de traumatologie et d'orthopédie	SSR adultes service brûlés
		Années d'expérience auprès des personnes grands brûlés	12 ans	2 ans	4 ans
	<b>Prises en charge</b>	Nombres de grands brûlés suivis	Entre 7 et 10	Entre 3 et 4	Entre 5 à 6
		Nombre de personnes hospitalisées suite à <u>un accident</u>	50%	> 50 %	< 50 %
	<b>Pratique</b>	Modèle sous-tendant la pratique	PPH	PPH	MCREO

Les profils des ergothérapeutes interrogés diffèrent. En effet, certains ont beaucoup moins d'années d'expérience auprès d'adultes victimes de brûlures accidentelles ; le contexte de prise en soins de la population semble également varier d'une structure à une autre. On constate qu'au cours de leur pratique, ces trois professionnels ont reçu une sensibilisation sur l'utilisation de modèles spécifiques à l'ergothérapie. Deux d'entre eux pratiquent sous l'influence du PPH (E1 et E2), tandis que E3 se base sur le MCRO-P ; modèle utilisé pour ce travail d'initiation à la recherche. Par leurs profils variés, il sera donc intéressant de confronter et d'étudier les similitudes et divergences de leur pratique.

## 2.2 Les adultes victimes de brûlures accidentelles interrogés

Pour garantir l'anonymat, nous désignerons les adultes victimes de brûlures accidentelles graves « P1, P2, P3 ». Afin de faciliter la compréhension, les participantes ont été classées selon la distance de leur accident, allant de l'hospitalisation la plus récente (P1) à l'hospitalisation la plus ancienne (P3).

			P1	P2	P3
		Genre	Femme	Femme	Femme
Identité		Age	23 ans	40 ans	48 ans
Le participant	Situation sociale avant l'accident	Riche (R), Normale (N), Pauvre (P)	N	N	R
	Situation professionnelle avant l'accident	Travail (T), Etudiant (E), Sans emploi (ES)	E	T	E
	L'accident	Age	21 ans	36 ans	33 ans
		Zones brûlées	Poitrine, cou et aisselle gauche (30% SCT)	Cou, thorax, bras, jambes (60% SCT)	Visage, poitrine, bras gauche, mains ventre, membres inférieurs (50% SCT)
Parcours de soin	Structures fréquentées et différents soins prodigués	Rééducation avec ergothérapie et kinésithérapie (1 mois) ; Diverses opérations ; Kinésithérapie en libéral.	Réanimation (3 mois), coma (1 mois) ; Rééducation avec ergothérapie et kinésithérapie (3 mois) ; Kinésithérapie en libéral.	Coma (6 mois) ; Rééducation avec ergothérapie et kinésithérapie (6 mois)	

Les femmes interrogées présentent également une diversité de profils importante. Comme évoqué précédemment, j'ai choisi de cibler la brûlure globale et non une zone donnée, toutefois l'ensemble des participantes ont des brûlures situées sur des zones visibles. Il faut également prendre en compte leurs parcours hétéroclites : P1 est resté un mois en hospitalisation en 2018 ; contrastant ainsi le parcours de P3, restée 6 mois dans le coma et 6 mois en hospitalisation en 2005.

De plus, de 2005 à 2018 et jusqu'à aujourd'hui, on peut considérer qu'au fil du temps, notre perspective sur l'occupation a évolué. De ce fait, un décalage pourrait ressortir vis-à-vis des témoignages des personnes victimes de brûlures accidentelles.

### 3. *L'intervention en ergothérapie*

#### 3.1 Modalités de l'intervention

##### Perception des ergothérapeutes

En premier lieu, les ergothérapeutes s'accordent à dire que dès l'entrée du patient, ils mettent en place des adaptations afin de favoriser l'autonomie de ce dernier : « *on fait une rééducation de A à Z, on va les replonger dans les activités du quotidien* » (E2), « *je vois s'il faut un fauteuil confort, sonnette, ce qu'il faut pour qu'il puisse boire, manger* » (E3), ».

Par ailleurs, E1 montre un intérêt particulier au bien-être psychologique de la personne : « *après vient le minimum vital psychologique à savoir téléphoner, appeler l'entourage* » (E1).

Les avis convergent sur la suite de l'intervention. En effet, les ergothérapeutes E1, E2 et E3 indiquent les confections d'appareillages et de vêtements compressifs. E1 et E3 tiennent une attention particulière à l'éducation thérapeutique auprès des patients concernant la brûlure et les gestes à adopter : « *l'apprentissage des auto-soins, des auto-postures [...] la prévention solaire, l'hydratation.* » (E1), « *j'ai fait un PowerPoint, nous reprenons les différents sujets : la peau, les brûlures...* » (E3). Ils visent également le gain en préhension, force et autonomie. Lors de cette rééducation, décrite comme redondante, les ergothérapeutes se disent vigilants à stimuler les patients : « *il faut bien les coacher jusqu'au bout parce que c'est une rééducation fastidieuse et hyper répétitive* » (E1), « *mon rôle est de les pousser à le faire* » (E2)

De-là découlent des mises en situations similaires : toilette, cuisine et courses. Toutefois, seuls E2 et E3 évoquent les mises en situation à l'extérieur. En effet, E1 nous fait part que

la structure impose certaines limites entraînant des contraintes pour ce type de mises en situation : « *le centre n'est pas près d'une ville, c'est une réelle difficulté* » (E1).

#### Perception des personnes victimes de brûlures accidentelles graves

Pour la totalité des participantes, les activités analytiques étaient au centre de leur prise en soin ergothérapeutique : « *Comme mon bras était très sensible, je ne faisais que des mouvements petit à petit* » (P2), « *J'ai beaucoup travaillé avec une balle de tennis, car je ne pouvais pas faire la pince* » (P3). Seule P1 a mentionné l'importance que prenait le plateau canadien lors de ses séances : « *Et aussi je devais laisser mon bras posé très longtemps dans une position maximale* » (P1).

Dès lors qu'elles avaient récupéré certaines de leurs capacités, les ergothérapeutes ont commencé à leur proposer des activités davantage significatives : « *il me faisait faire des paniers en osier, des papiers cadeaux* » (P3), « *des jeux* » (P2). Néanmoins, aucune n'a évoqué clairement avoir réalisé des activités qu'elle pratiquait avant l'accident et qui avait de l'importance pour elle. En ce sens, P1 précise « *on ne faisait rien en rapport avec mes activités d'avant.* » (P1).

### 3.2 Impact de la brûlure

#### Perception de l'ergothérapeute

Malgré le fait de centrer cette enquête sur un profil particulier de la population, les ergothérapeutes 2 et 3 rappellent la difficulté de généraliser leurs observations par rapport à la réalité de terrain. En effet, les personnes accueillies sont généralement atteintes de troubles psychiatriques ; biais à prendre en compte concernant leurs réactions face à la situation : « *il y a un certain nombre et type de population avec un milieu social particulier, avec des troubles psychiatriques* » (E2), « *on n'a pas mal de patients avec des troubles psychiatriques* » (E3).

En revanche, la vision des ergothérapeutes sur le cheminement psychologique des personnes victimes de brûlures accidentelles graves est unanime. A son arrivée, le patient est égaré et inquiet concernant son évolution : « *à savoir est-ce qu'ils vont pouvoir récupérer complètement leurs amplitudes, leurs activités comme avant* » (E1), « *ils se demandent comment leurs capacités vont revenir* » (E3)

Par ailleurs, les avis convergent sur l'existence d'une réciprocity entre l'évolution du patient et son moral. Ainsi, cette fluctuation peut être davantage négative, « *la cicatrisation qui est très longue joue beaucoup sur le moral* » (E2), « *quand ils voient qu'ils ont du mal, qu'ils*



*ont encore des douleurs, [...] ils traversent plusieurs phases négatives puis positives en fonction de leurs évolutions* » (E3) ; que positive, « *quand cela évolue bien certains se font davantage confiance* » (E1).

Les professionnels E2 et E3 mentionnent la notion du deuil et la présente comme une condition nécessaire au cours du processus d'intervention : « *ils doivent faire le deuil de leur vie d'avant* » (E3) « *le déni, la colère, la tristesse [...] ils se rendent compte que leur vie ne sera plus comme avant* » (E2).

Cependant, ils sont conscients que ce travail est complexe et s'accordent à dire que ce processus dépend de l'individu et de son environnement : « *des fois certains sortent et l'acceptation n'est pas faite* » (E2), « *c'est lié au cheminement du patient comme son âge, son vécu, l'origine de l'accident, le soutien de son entourage familial, ses amis, et aussi notre rôle* » (E3).

#### Perception des personnes victimes de brûlures accidentelles graves

Souhaitant préserver le bien-être psychologique des personnes interrogées, je n'ai volontairement pas posé des questions en rapport avec cet item. Néanmoins, les participantes m'ont d'elles-mêmes évoqué leurs ressentis au cours de leur séjour en centre de rééducation. P2 explique qu'au début de la rééducation, il est difficile de se projeter concernant la reprise d'activités : « *A mon arrivée à l'hôpital, on n'est pas dans ce monde-là. On est un peu errants* » (P2). Les personnes victimes de brûlures accidentelles graves semblent faire face à un parcours de rééducation et un cheminement psychologique difficile et complexe. En effet, on peut le percevoir à travers le témoignage de P3 et P2 : « *quand j'ai vu "ergothérapeute" ça m'a fait sourire car c'est le souvenir qui est le plus dur pour moi.* » (P3), « *Il y a beaucoup de psychologie qui arrive derrière l'accident* » (P2) ; mais également d'une manière plus indirecte, lorsque P1 a interrompu notre échange un court instant : « *Quand je venais d'arriver dans le centre de rééducation [...], excusez-moi... J'ai du mal quand je parle de ça...* » (P1)

### 3.3 L'utilisation des activités significatives dans l'accompagnement des personnes brûlées dans un contexte accidentel

- **L'approche ergothérapeutique**

#### Perception de l'ergothérapeute

Dès lors du bilan d'entrée, les professionnels vont se présenter et ouvrir la discussion sur les activités antérieures du patient : « *je leur dis que l'on ne fait pas que les postures, j'ouvre la*

*conversation sur la réadaptation, sur leur demande, leurs envies* » (E3), « *j'axe selon leur métier, leur passion* » (E2). L'ergothérapeute E1 parle de l'élaboration progressive d'une relation thérapeutique grâce à ces échanges « *c'est moins rébarbatif pour lui et il y a un lien entre nous.* » (E1)

Puis, les occupations vont être abordées au cours du processus d'intervention : « *au retour de leur week-end thérapeutique, je les questionne pour savoir quelles activités ils ont fait ou s'ils ont pensé à une activité en particulier* » (E1), « *au cours d'un bilan intermédiaire ou une discussion informelle* » (E2)

Parfois, le patient n'est pas force de propositions car il est ancré depuis plusieurs mois dans le parcours, marquant une séparation avec ses habitudes de vie antérieures. L'ergothérapeute E1 a ainsi mis en place une liste d'activités inspiré de la MHAVIE, support d'évaluation pour les ergothérapeutes pour mesurer les habitudes de vie, afin d'y pallier : « *ils ont du mal à verbaliser ou se projeter [...] on peut leur proposer des activités auxquelles ils n'auraient pas pensé eux même* » (E1)

Pour deux des ergothérapeutes, certaines activités sont faites obligatoirement en vue du retour à domicile : « *Elles sont intégrées comme l'habillage, la toilette, les transferts. La cuisine [...] une activité par laquelle passent tous les patients pour une évaluation* » (E2), « *automatiquement nous faisons des ateliers cuisine et courses [...] car une fois rentrés chez eux, c'était devenu problématique* » (E3).

Dans d'autres cas, certains patients ne restent pas longtemps dans le centre de rééducation. Ainsi d'après l'ergothérapeute E1, parler des occupations peut devenir anxiogène pour eux : « *souvent s'ils sont là c'est qu'ils ont un handicap donc je ne veux pas rajouter du stress en plus* ».

### Perception des personnes victimes de brûlures accidentelles graves

Les témoignages mettent en exergue la diversité des habitudes de vie mais également les biais causés par les termes utilisés. Pour certaines personnes, lorsqu'on les questionne sur les activités qui ont de l'importance, cela ne leur fait pas sens. En effet, bien qu'elle soit très manuelle, P2 explique : « *Je n'avais pas franchement d'activités [...] j'étais souvent au boulot* » (P2). Finalement, en échangeant autrement, P2 souligne « *j'aimais mon travail. On avait une clientèle récurrente, je m'entendais bien avec l'ensemble du magasin.* » (P2).

Pour d'autres, la réponse semble plus évidente. C'est d'ailleurs le cas pour P1 et P3 qui instantanément, citent les sorties entre amis, l'écriture et le dessin, mais également leurs passions.

Elles s'accordent à dire qu'elles étaient préoccupées par la reprise de ces activités : « *Oui, surtout que j'avais ramené ma guitare avec moi au centre de rééducation* » (P1), « *La danse c'est ma vie, ma passion [...] Je ne parlais que de ça avec Guillaume* » (P3).

Comme l'énonce P3, les ergothérapeutes s'intéressent aux occupations des patients afin d'orienter leur plan d'intervention. Aussi, ils sembleraient qu'ils s'y penchent le plus tôt possible : « *ça a été un peu compliqué car j'avais ma trachéotomie [...] l'ergothérapeute m'a demandé ce qui me portait de l'intérêt* » (P2).

En revanche, dans certains cas comme celui de P1, restée un mois dans le centre de rééducation, les occupations ne sembleraient pas être évoquées avec l'ergothérapeute : « *On n'en a pas vraiment parlé, je faisais ça par moi-même.* » (P1).

#### ▪ **Les objectifs ergothérapeutiques**

##### Perception de l'ergothérapeute

La réalisation des occupations émane une fois que les désordres cicatriciels sont stabilisés et que le patient a récupéré des capacités fonctionnelles ; comme le décrivent les professionnels : « *La cuisine je ne la propose pas au début, il faut qu'il soit cicatrisé* » (E3), « *j'attends que le patient soit en mesure d'évoluer pour les pratiquer* » (E1)

Deux ergothérapeutes révèlent réaliser ces activités dans un objectif principal de réadaptation : « *notre rôle est de trouver des solutions avec eux* » (E2) ; « *La cuisine est une réadaptation que l'on pratique en général environ les derniers quinze jours avant la date de sortie fixée* » (E3).

Pour un des ergothérapeutes, les occupations sont un moyen pour valoriser le patient : « *Je m'assure que l'activité va être valorisante, que la personne soit contente, fière* » (E1)

##### Perception des personnes victimes de brûlures accidentelles graves

Pour ce qui est de la réadaptation, l'ensemble des personnes interrogées ne semblent pas avoir eu recours à des aides techniques : « *Non, pas que je m'en souviens* » (P1), ni d'avoir réalisé des mises en situations telles que la cuisine. Ces retours pourraient s'expliquer par trois facteurs.

Le premier est l'unicité de la problématique de chaque patient. En effet, P1 présentent des brûlures aux niveaux de la poitrine, du cou et de l'aisselle gauche or P3 présentent des brûlures sur des zones davantage fonctionnelles telles que le bras gauche, des mains et les membres inférieurs. Intuitivement, on pourrait croire que le projet de réadaptation serait plus

conséquent pour la participante P3.

Le second, est la distance temporelle entre les faits et aujourd'hui. Les hospitalisations des répondantes datent de 2 à 15ans. Ainsi le discours des participantes peut ne pas être fidèle à la réalité.

Et enfin, la spécificité de la pratique ergothérapique. En effet, l'ergothérapeute personnalise son plan d'intervention, selon les incapacités/capacités mais aussi les envies du patient : « *S'il m'avait proposé de la cuisine, je l'aurais envoyé bouler.* » (P3).

### ▪ **L'engagement du patient**

#### Perception de l'ergothérapeute

Pour faciliter la réalisation des occupations, les ergothérapeutes vont proposer des aides techniques au patient : « *il est acteur, nous n'imposons pas* » (E1). Par ailleurs, l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent à dire que les apports des aides techniques sont ambivalents d'une personne à une autre et d'un moment à un autre.

Pour certains, la réalisation de l'activité signifiante les valorise : « *satisfaction de se rendre utile, de voir qu'on évolue* » (E2), « *Ils sont contents, le but de les valoriser avec des aides techniques* » (E1); mais pour d'autres, le changement peut également s'avérer négatif puisqu'ils se confrontent à leurs incapacités : « *elle était fatiguée de constater que des activités qu'elles avaient l'habitude de faire avant comme la cuisine étaient devenues difficiles* » (E1) ; « *Il est frustré, il n'arrive plus à faire comme avant [...] parfois ils ne veulent pas de telle aide car cela fait handicapé* » (E2).

Les patients intègrent et expriment leurs ressentis vis-à-vis de l'activité, ce qui permet d'avoir un retour direct pour le thérapeute. Il est également possible de décrypter l'impact de l'activité indirectement, par des observations : « *la communication non verbale : le sourire, le plaisir, les retours des équipes.* » (E1), « *on voit le patient impliqué dans l'activité, il en parle à d'autres patients* » (E2)

#### Perception des personnes victimes de brûlures accidentelles graves

Il ressort de cette analyse que la réalisation d'occupations a des apports positifs, voire essentiels, pour le patient. En effet, le témoignage de P3 illustre bien cet aspect : « *je crois que c'est le truc qui m'a le plus aidée pour me reconstruire [...] et récupérer ma mobilité.* » (P3). L'occupation permet d'atteindre un bien-être mais également de sortir des douleurs que causent les brûlures ; comme l'évoquent P1 et P2 : « *Cela nous sortaient des douleurs*

*qui sont terribles et qui persistaient.* » (P2), « *je pensais à autre chose que mes douleurs* » (P1).

Enfin, il apparaît que l'occupation proposée par l'ergothérapeute, réalisée usuellement ou inhabituellement par le patient, est un paramètre considérable pour l'aider à s'accrocher au long parcours de la rééducation : « *cela me permettait de m'aérer l'esprit et de continuer les efforts* » (P3), « *Ça m'a fait découvrir des choses [...] c'était plutôt bien. Cela nous sort de nos pensées* ».

#### 4. Le retour à domicile

##### Perception de l'ergothérapeute

Lors de l'annonce de la sortie définitive, les ergothérapeutes citent deux situations possibles. La première est que le patient se réjouit à l'idée de rejoindre sa famille et de retrouver son autonomie hors du cadre d'hospitalisation.

Dans la seconde situation, le patient a des inquiétudes à l'idée de ne plus avoir le soutien de l'équipe pluriprofessionnelle et/ou l'angoisse de retrouver son entourage suite à la distance géographique ne permettant pas les visites : « *ils ne savent pas comment va être la suite* » (E1), « *une crainte quand c'est la première fois que leur famille les voit* » (E3). Par ailleurs, l'ergothérapeute E2 souligne que dans certains cas, les patients se complaisent d'être hospitalisés : « *d'autres sont plus seuls à l'origine et contents d'être en centre* » (E2).

D'une structure à l'autre, la personne victime de brûlures accidentelles graves va être davantage préparée à sa sortie d'hospitalisation définitive. En effet, l'ergothérapeute 2 et 3 organisent en amont des week-ends thérapeutiques afin de diminuer l'effet brutal de la transition : « *ils partent à l'essai un week-end pour voir comment cela se passe* » (E3), « *Il y a tout un processus, ils ne sont pas lâchés dans la nature [...] le patient est préparé depuis des mois* » (E2).

En revanche, l'ergothérapeute E1 appuie le fait qu'il n'est pas toujours possible de réaliser des weekends thérapeutiques. Ainsi, elle met en place un temps pour échanger avec le patient sur les grands points de la sortie : « *Je préfère un peu ternir l'image de la sortie, sans qu'ils soient complètement stressés [...] qu'ils soient agréablement surpris plutôt que pas du tout préparé à cette fatigue* » (E1)

##### Perception des personnes victimes de brûlures accidentelles graves

Tous les sujets n'ont pas réagi de la même façon à la communication de leur sortie définitive. Après un an d'hospitalisation, deux des participantes ont développé un lien très fort avec

l'équipe. En effet, cette nouvelle peut être vécue comme un bouleversement : « *J'ai pleuré, c'était comme une petite mort.* » (P3), « *j'étais triste à l'idée de quitter tout le personnel soignant et les personnes que j'avais rencontrées* » (P2).

Par ailleurs, quitter le milieu sécurisant du centre de rééducation a provoqué certaines craintes chez elles : « *Rentrer chez toi après presque un an d'hospitalisation, c'est un peu étrange [...] j'avais des appréhensions concernant la douche* » (P2), « *ça faisait plus d'un an que j'étais dans un milieu on est infantilisé [...] j'avais peur du regard des autres* » (P3). Seule P1 n'a pas développé de peurs concernant le retour à domicile et ce grâce au soutien de son entourage : « *Je n'avais pas vraiment de craintes, car j'avais un entourage assez présent et positif* » (P1)

Finalement, chaque participante semble avoir fait preuve de résilience en intégrant son parcours de soin à sa vie d'aujourd'hui. En effet, même si les débuts étaient difficiles : « *Pendant deux trois jours j'ai mis en veille, je voulais rester à la maison* » (P3), « *Au début j'avais le sommeil perturbé à cause du traitement médicamenteux, donc j'étais très fatiguée au départ* » (P2) ; P1, P2 et P3 considèrent avoir accepté les transformations de leur corps : « *Finalement je suis assez épanouie, j'accepte l'état de mon corps.* » (P2), « *le regard des autres ne m'empêche pas de faire mes activités* » (P1), « *J'ai réappris à aimer mon corps, à le bouger, à m'accepter telle que je suis.* » (P3)

Elles décrivent avoir repris une vie avec un engagement occupationnel amplement satisfaisant : « *Oui, par rapport à avant l'accident, ça ne m'a pas vraiment changé. J'ai presque tout regagné, je n'ai pas du tout de handicap* » (P1), « *J'ai repris la danse. Je fais des lives de zumba en live, ça me fait un bien fou* » (P3), bien que P2 nuance son propos en se comparant à d'autres personnes qu'elle a été amenée à rencontrer : « *Je trouve que ma performance est convenable, je m'admets correcte par rapport à d'autres personnes* » (P2). L'écoute, la compréhension et la positivité de l'ergothérapeute semble être des éléments moteurs dans ce processus de résilience : « *Les thérapeutes étaient très calmes et doux et dès qu'on avait mal, ils étaient attentifs.* » (P2), « *Il avait beaucoup d'humour ça m'a aidée [...] il n'a jamais été négatif, quand je ne voulais pas faire une activité il trouvait toujours autre chose.* » (P3). De plus, les participantes évoquent les autres patients comme un important soutien psychologique. Cela permettait également de relativiser leur situation de se projeter à nouveau : « *Voir beaucoup plus grave que la mienne et je me disais que j'ai eu de la chance.* » (P1), « *Les gens sont plus ou moins identiques à nous [...] on voit qu'il y a plus malheureux que soi* » (P2).

## ANALYSES DES DONNEES ET DISCUSSION

Rappelons que cette étude cherche à comprendre **en quoi l'accompagnement ergothérapique dans l'investissement occupationnel permet de contribuer au processus de résilience d'une personne victime de brûlures accidentelles graves**, ainsi qu'identifier les différents apports que procurent la réalisation d'occupations. Suite à la présentation des résultats tirés des entretiens, cette partie vise à confronter les regards de professionnels à ceux d'ex-patients, puis au cadre théorique afin d'apporter des réponses à ces buts de recherche.

### **I. RETOUR SUR L'HYPOTHESE**

#### *1. Les modalités de l'intervention en ergothérapie*

Premièrement, les deux populations interrogées ne mettent pas en avant les mêmes moyens utilisés lors de l'intervention en ergothérapie. En effet, bien que les objectifs soient perçus de la même façon ; les professionnels parlent instantanément d'améliorer l'autonomie de la personne grand brûlée dans ses occupations par diverses adaptations ; or les participantes n'évoquent que les activités analytiques. Elles mentionnent avoir réalisé par la suite des travaux manuels, étant davantage significatifs, mais sans rapport avec leurs occupations antérieures.

Ces différentes influences retrouvées dans les deux discours pourraient s'expliquer par la perception que les personnes grands brûlées ont de l'ergothérapie. Il semblerait que les participantes rattachent cette profession aux activités réalisées dans la salle d'ergothérapie et non dans leur environnement personnel, soit leur chambre du centre où elles sont davantage susceptibles d'utiliser des moyens de compensation.

Par ailleurs, les thérapeutes ont cité l'éducation thérapeutique comme un moyen d'impliquer le patient dans sa prise en soin et ce qui semblerait s'avérer puisque l'une des participantes m'a montré l'intérêt de l'étirement cutané maximal que réalisait l'ergothérapeute.

L'approche des ergothérapeutes est en accord avec les aspirations de maintenir, restaurer et permettre les occupations de la personne et ceux de manière autonomes et indépendante (ANFE, 2019). Elle fait également écho avec la vision d'Arrigoni et Zermani (1994) concernant **l'implication du patient** dans son projet thérapeutique comme primordiale afin qu'il puisse « *guérir* ». De plus, l'éducation thérapeutique du patient s'assimile à certains éléments favorisant la résilience, puisqu'elle participe à **une bonne**

**hygiène de vie** (ROUSSEAU,2010) et permet de donner au patient les clés nécessaires pour qu'il puisse s'**engager** dans sa prise en soin (RIVEST, 2011).

## 2. *Impact de la brûlure*

Les deux partis semblent relativement en accord concernant le cheminement psychologique, on peut d'ailleurs distinguer deux grands points. D'une part, ils représentent la personne grand brûlé comme perdue et incapable de se projeter en début de prise en soins. En ce sens, les ergothérapeutes évoquent les appréhensions, le déni, la colère et la tristesse. D'après eux, le deuil de sa vie antérieure est une étape nécessaire par laquelle le patient doit passer lors de sa prise en soin, afin qu'il puisse devenir acteur de celle-ci.

Cependant, l'avis des participantes en est tout autre. En effet, elles disent avoir été préoccupées concernant la reprise de leurs occupations antérieures (le travail et leurs passions) ainsi que les activités sociales. Aujourd'hui, les participantes ne semblent pas faire référence au deuil de leurs occupations, mais plutôt à l'acceptation de réaliser leurs occupations différemment.

D'autre part, les ergothérapeutes établissent une corrélation entre le moral de la personne grand brûlée et son évolution physique. Bien que les participantes ne distinguent pas ce lien, elles décrivent leur parcours de soins comme difficile et complexe, à la fois physiquement et psychologiquement. D'ailleurs, il semblerait que l'une d'elles soit encore dans la phase de confrontation avec le traumatisme. En effet, la participante P1 n'a pas réussi à me parler de ses ressentis. Ceci met en exergue le témoignage de l'ergothérapeute E2, qui explique que parfois, l'acceptation n'est pas faite.

Le concept de résilience n'a pas été mentionné explicitement. Ce concept appartient initialement au domaine psychologique et n'est, par conséquent, peut-être pas connu des personnes interrogées. Toutefois on reconnaît par les témoignages, les deux temps du fonctionnement de la résilience expliqués par Rivest (2011) : **le temps du traumatisme** où le sujet met en place des mécanismes de défenses comme ceux cités par les ergothérapeutes (l'anticipation, le déni...), puis **le temps de l'intégration du choc et de la réparation**, c'est-à-dire le rétablissement progressif pour se reconstruire.

Dans la partie théorique, Anaut (2003) résume ce second temps par l'intégration : c'est-à-dire « *faire avec* » et non « *effacer* » ; comme le sous-temps les témoignages des participantes.



Ainsi, en utilisant le terme de deuil, les ergothérapeutes semblent renvoyer à la notion de **rendement occupationnel** ; la personne grand brûlé doit accepter de perdre ses capacités antérieures à réaliser certaines occupations, impactant par conséquent le sentiment de satisfaction (LAW, BAPTISTE, CARSWELL et al., 2014).

### *3. L'utilisation des activités significatives dans l'accompagnement des personnes brûlés dans un contexte accidentel*

Dans la pratique, les ergothérapeutes interrogés tendent leurs premiers échanges vers les occupations antérieures de la personne. Ces derniers permettent l'élaboration progressive d'une alliance thérapeutique qui continuera de se développer au fil du processus d'intervention. Finalement, la pratique semble coïncider aux inquiétudes exprimées par les participantes vis-à-vis de leurs occupations.

Par ailleurs, une des ergothérapeutes aborde deux aspects fondamentaux dans sa pratique. Le premier est la confrontation de temps à autre, avec des personnes n'étant pas force de propositions concernant leurs occupations antérieures ; il s'avère que l'une des participantes semble correspondre à ce profil. Ainsi, pour pallier à cette difficulté, l'ergothérapeute a mis en place une liste d'activités sur laquelle elle peut échanger avec le personne grand brûlé et donc personnaliser sa prise en soins.

Le second est l'approche ergothérapique avec les personnes hospitalisées pour une courte durée. En effet, l'ergothérapeute ne leur parle pas des occupations de façon volontaire afin d'éviter de créer un climat anxigène ; ce qui pourrait expliquer le témoignage de la participante P1.

Implicitement, les ergothérapeutes semblent renforcer des facteurs favorisant la résilience. Par ces échanges, les professionnels contribuent à la **qualité de communication** (BROOKS et GOLDSTEIN, 2006), puisqu'ils aident la personne grand brûlé à communiquer calmement et clairement leurs envies et leurs projets.

Ces échanges permettent également au sujet à la fois de se sentir **reconnu** et **de réinvestir affectivement son corps** (LACOMBE, 2006), mais aussi de l'ancrer dans un **engagement** (LECOMTE 2005), dynamique essentielle dans ce processus.

Néanmoins, comme l'appuie Rousseau (2010), ces indicateurs sont à nuancer puisqu'ils diffèrent selon les traits de personnalité du sujet ; de ce fait : bien que la participante P2 n'arrive pas à communiquer aisément, elle peut tout de même être sujet à la résilience.

Dans la pratique, les ergothérapeutes expliquent leur intérêt d'attendre que le patient ait récupéré les capacités fonctionnelles nécessaires pour ne pas le mettre en échec dans la réalisation d'une occupation. Malgré qu'elles n'aient pas réalisé les activités citées par les ergothérapeutes (mises en situation cuisine, courses...), les participantes qualifient ces derniers comme attentifs et à l'écoute de leurs envies.

Cette attention se retrouve d'ailleurs dans les observations que font les ergothérapeutes chez la personne grand brûlé. En effet, lorsqu'ils proposent des aides techniques ou des moyens de compensation pour que le patient puisse réaliser autrement l'activité et qu'il y retrouve une certaine satisfaction ; les ergothérapeutes rapportent deux réactions distinctes observées, soit d'un retour direct du patient, soit d'une façon plus implicite à travers la communication non-verbales, l'implication et les échanges qu'à celui-ci avec autrui (autres patients, équipe de soins...)

La première réaction est d'ordre positif, puisque le sujet exprime une satisfaction d'avoir retrouvé un rôle dans ses occupations et retrouve un plaisir de « faire » par lui-même.

La seconde réaction, en revanche, est négative : les ergothérapeutes décrivent que la réalisation d'occupation projette les incapacités du patient par les moyens de compensation.

En regard des participantes, l'occupation semble être une plus-value dans le parcours de soins. En effet, elles témoignent que l'occupation est un moyen d'oublier ponctuellement les douleurs provoquées par la brûlure ; et donc d'accéder à certain bien-être.

Par ailleurs, la participante P3 utilise le terme « *reconstruire* » et qualifie l'ergothérapie comme un pilier important dans son cheminement ; ce terme pourrait faire écho implicitement à son processus de résilience.

Enfin, les témoignages se rejoignent pour dire que la réalisation d'occupation est une source de motivation, et permet de s'accrocher à la rééducation longue et laborieuse à laquelle elles ont participé.

Dans la littérature, nous avons retenu que le tuteur de résilience a conscience que la personne possède des « *faces d'ombre* » mais s'intéresse à ses « *faces de lumières* » (LECOMTE, 2005). L'ergothérapeute est effectivement sensible à la **valorisation** de la personne brûlée et donc **l'estime de soi**.

Il est d'ailleurs intéressant de noter l'existence de similitudes entre les éléments sur lesquels les ergothérapeutes se basent pour réaliser leurs observations et ceux appartenant

**aux échelles de mesure de résilience** ; telles que les interactions avec le groupe et les mécanismes de défenses (IONESCU, 2011).

Par son écoute, l'ergothérapeute personnalise le processus d'intervention du sujet. Il vise également à élever le rendement occupationnel de la personne brûlée en proposant des moyens de compensation. Cette pratique semble renvoyer à la notion de résilience qui implique de retrouver des responsabilités, des rôles et une **capacité d'agir** (ANAUT,2003).

Bien que dans certains cas, les adaptations renvoient au handicap, celles-ci permettent tout de même un ancrage à la réalité ; élément essentiel pour **changer de perceptions** et tendre vers la résilience (BROOKS et GOLDSTEIN, 2006).

Finalement, l'occupation semble permettre aux ergothérapeutes d'aborder divers éléments favorisant le processus de résilience et ainsi donner à la personne grand brûlé le sentiment d'être reconnue ; qualité intégrante du **tuteur de résilience** (LECOMTE, 2005)

#### 4. *Le retour à domicile*

Encore une fois, les professionnels décrivent deux réactions possibles face à l'annonce de la sortie définitive. Ces réactions sont d'ailleurs en corrélations avec les témoignages des participantes.

Dans le premier cas, le patient est content et n'as pas d'appréhensions concernant le retour à domicile. L'une des participantes correspondant à ce comportement, affirme que la présence et l'attitude de son entourage a été un facteur-aidant dans cette démarche.

Dans le second cas, les ergothérapeutes décrivent un patient angoissé qui arrive difficilement à se projeter sans l'équipe de soins et les autres patients. En effet, les participantes révèlent que l'écoute, la compréhension, la positivité de l'ergothérapeute et des autres professionnels ont été des ressources essentielles pendant leur parcours de soin. Elles évoquent également la présence des autres patients comme un important soutien psychologique ; consciemment elles se comparaient à ces derniers, ce qui leur permettait de relativiser sur leur parcours.

Il semblerait donc que les ergothérapeutes ne perçoivent entièrement ces éléments et les ressentis déclenchés par l'annonce du retour à domicile ; les participantes P2 et P3 en parlent comme un bouleversement, voire un traumatisme « *c'était comme une petite mort.* » (P3).

Ces mêmes participantes ont d'ailleurs développé des craintes, notamment pour la douche et le regard des autres. Il y a lieu de croire que l'environnement sécurisant du centre peut engendrer des difficultés pour la réhabilitation des personnes victimes de brûlures

accidentelles graves.

Dans ce sens, les ergothérapeutes en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle, le patient et son entourage, organisent des week-ends thérapeutiques. Les ergothérapeutes considèrent ces derniers comme un atout afin de préparer au mieux la sortie définitive, à la fois physiquement que psychologiquement. Néanmoins, ces transitions ne sont pas appliquées dans toutes les structures ou pour tous les patients ; cela pourrait s'expliquer par la distance géographique entre le domicile et le centre de rééducation.

Malgré ces limites, l'ergothérapeute E1 essaye au mieux de préparer la sortie définitive via un temps d'échanges. Celui-ci permet d'évoquer les difficultés réelles de la sortie et d'aborder les craintes de la personne grand brûlé, si elle en a.

Dans la partie pratique, la participante qui évoque son entourage décrit implicitement **l'effet Pygmalion** (VEYSEY et al., 2013) ; soit l'impact positif qu'engendrent les encouragements de l'entourage sur les performances du sujet.

Parallèlement, Lecomte (2005) définit **les tuteurs de résilience** selon des qualités semblables que celles décrites par les participantes vis-à-vis de l'ergothérapeute et de l'équipe de soins ; basées sur l'empathie, l'affection et la patience.

Ces derniers agissent sur **la qualité de communication** ; puisqu'ils ont su avoir une approche amenant les participantes à recevoir de l'aide et faire confiance aux gens comme ressources (BROOKS et GOLDSTEIN, 2006).

Les autres patients présents, quant à eux, soutiennent **le changement de perceptions** : par la comparaison, les participantes ont su trouver une signification positive aux circonstances de leur accident ; la résilience est observée lorsque le sujet ne se pose plus en victime (RIVEST, 2011).

Enfin, les ergothérapeutes semblent agir sur les **stratégies d'ajustement** centrées sur la **planification** et **coping proactif**, puisqu'ils aident le patient à préparer ses actions dans le but de les réaliser en apprivoisant les situations de stress (ROUSSEAU, 2010) ; les ergothérapeutes collaborent avec le patient en préparant sa sortie définitive.

## 5. Conclusion

Dans cette recherche, l'hypothèse émise était qu'en favorisant l'équilibre occupationnel par le biais d'activités significatives, l'ergothérapeute contribuait à l'émergence de stratégies d'ajustement et à la restauration de l'estime de soi : composantes fondamentales du

processus de résilience. Cette hypothèse ne peut être que partiellement validée. En effet, nous pouvons constater par les différentes perceptions des personnes interrogées que le processus de résilience semble se développer au cours de la prise en soin dans le centre de rééducation. Cependant, il est difficile d'attribuer ce cheminement au seul fait de l'intervention en ergothérapie. Bien que l'ergothérapeute paraisse avoir une influence sur un grand nombre d'éléments favorisant la résilience, d'autres ressources externes et internes entrent en ligne de compte. De plus, la réalisation d'activités significatives, décrétées comme porteuses de sens, ne semble pas être un élément essentiel pour parvenir au processus de résilience. En effet, les participantes témoignent ne pas avoir réalisé d'activités en rapports avec leurs occupations antérieures mais semblent pourtant être parvenues à entrer dans un processus en cours.

## II. CRITIQUE DE LA RECHERCHE ET NOUVELLE PERSPECTIVE

Certains éléments méthodologiques peuvent être mis en évidence dans la difficulté à vérifier entièrement l'hypothèse de ce travail d'initiation à la recherche. Ils sont, tout d'abord, liés aux difficultés que j'ai eues pour réaliser mes guides d'entretiens. Le concept de résilience est un processus subjectif, ainsi trouver des indicateurs transposables aux différentes perceptions des personnes interrogées, dans le but de répondre à mon hypothèse, a été un travail complexe. Ensuite, les actualités ne permettant pas la possibilité de réaliser des entretiens en face à face ; il m'était parfois difficile de déceler les sentiments explicites ou implicites de mes interlocuteurs. De plus, ma présence physique aurait pu être rassurante pour ces derniers, ainsi les informations demandées auraient pu être davantage explorées. Enfin, comme ce fut ma première expérience dans le pilotage d'entretiens, j'ai eu des difficultés à cadrer ces derniers. Malgré tout, les personnes victimes de brûlures accidentelles graves n'ont pas un parcours anodin, ainsi percevoir leur angle de vue sur l'ensemble de leur parcours fut très enrichissant pour ma future pratique professionnelle.

Si cette recherche devait être refaite ou reprise, il semblerait pertinent de suivre des ergothérapeutes et les personnes qu'ils ont suivies afin de comparer la vision de chacun au sein d'un même accompagnement. Par cette étude, j'ai également constaté l'étendue des différents facteurs agissant sur le processus de résilience de la personne grand brûlée. Il semblerait intéressant de s'intéresser davantage à ces derniers.

L'équipe pluriprofessionnelle<sup>11</sup> est l'un de ces éléments impliqués dans l'accompagnement du processus de résilience. En effet, chaque professionnel possède un champ de compétences reconnu, agit de façon individuelle bien qu'ils aient convenu d'objectifs en commun, en lien avec les attentes/projets de la personne. Ainsi, il me semblerait intéressant de se pencher davantage sur les apports d'un travail interdisciplinaire<sup>12</sup>, et notamment d'approfondir la collaboration ergothérapeute-psychologue, puisqu'ils partagent des dimensions ayant des similitudes. Par exemple, une évaluation en binôme dans une mise en situation apporterait des informations pertinentes sur le comportement de la personne grand brûlée, ses capacités fonctionnelles et son interaction avec l'environnement. Chaque professionnel aurait ainsi son propre regard et cela pourrait être mis à profit pour cerner précisément la situation et ses enjeux. La complémentarité des données permettrait de déterminer par la suite des objectifs

---

<sup>11</sup> **Equipe pluriprofessionnelle** : multiplicité des disciplines décrivant une même réalité : mise en commun des expertises, sans dépasser le stade de l'information mutuelle.

<sup>12</sup> **Travail interdisciplinaire** : méthodologie commune aux différentes disciplines pour décrire une même réalité.

thérapeutiques communs et individualisés à la personne.

De plus, afin de répondre à une problématique axée sur l'accompagnement ergothérapeutique, le rôle de l'entourage n'a pas été approfondi. Il serait également important d'aborder la question du processus de résilience en plaçant la personne victime de brûlures graves et sa famille au centre de l'accompagnement ergothérapeutique. En effet, dans les entretiens de cette étude, il ressort que la présence de l'entourage dans le parcours de soins, a une influence considérable sur le bien-être psychologique de la personne grand brûlée ; les appartements thérapeutiques sembleraient devenir des structures à croître, ainsi il pourrait être intéressant de mesurer son influence dans le processus de résilience.

Les relations intra-muros semblent elles aussi, avoir un impact considérable sur le cheminement du patient. Il serait donc intéressant d'étudier les échanges entre patients par la création de groupes, spécifique aux personnes brûlées ou non. En effet, les groupes de paroles et/ou le partage de moments entre patients de diverses pathologies, le soutien de proches et sans compter notre accompagnement ergothérapeutique et le travail en équipe, vont favoriser le développement de la résilience.

Enfin, l'enquête me questionne sur la formation initiale des futurs ergothérapeutes. En effet, les ergothérapeutes s'appuient sur des éléments retrouvés dans la résilience ; mais nous n'avons pas de certitudes si ces derniers le font sciemment ou non. Bien qu'elle soit en cours de développement, et que les applications cliniques qui en découlent dans nos pratiques de soins sont encore à construire, à valider et à délimiter : il semblerait pertinent d'intégrer les bases théoriques de la résilience parmi nos unités d'enseignements. Chaque personne en situation de handicap est susceptible d'être confrontée à ce processus (ANAUT, 2005) et donc par ricochet : chaque professionnel est susceptible d'accompagner ce processus.

## **CONCLUSION**

Les personnes victimes de brûlures accidentelles graves doivent faire face aux répercussions de leurs brûlures sur l'ensemble de leurs occupations et ce, quotidiennement. Il n'en demeure pas moins que certaines semblent malgré tout, s'épanouir dans la société en développant un processus de résilience. Par ce processus méconnu, il naît de réelles incompréhensions de la part des différents professionnels. Afin d'accompagner la personne grand brûlé au mieux, l'ergothérapeute et l'équipe se doivent d'être attentifs aux mécanismes défensifs du patient et de ne pas se renfermer dans une pratique rigide.

Cette recherche dévoile ainsi, le potentiel de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la personne grand brûlé afin qu'elle enclenche ce processus. Plus précisément, sa pratique autour de l'occupation met en lumière différents aspects permettant de renforcer des facteurs de résilience. L'élaboration d'une alliance thérapeutique et la réalisation d'occupations permettent à la personne grand brûlé de s'impliquer dans les séances et de prendre conscience de son état actuel. Par ailleurs, l'ergothérapeute veille à valoriser le patient et l'accompagne à se rendre compte du potentiel qu'il possède, ce qui le motive à réinvestir d'anciennes ou de nouvelles activités. En somme, ces éléments révèlent en outre les possibilités qu'à l'ergothérapeute à devenir tuteur de résilience et ainsi renforcer le développement de ce processus chez le patient.

Enfin, cette recherche m'a permis de me questionner sur plusieurs aspects de notre pratique ergothérapique, sur notre place et notre rôle dans l'accompagnement de la personne grand brûlée pour favoriser son processus de résilience. Elle m'a également permis de comprendre les bases théoriques de ce dernier. Dans ma future pratique professionnelle, cette étude m'a réaffirmé l'importance d'une alliance thérapeutique, de la construction d'un processus d'intervention personnalisé et d'un travail en équipe pour faciliter l'expression des patients concernant leurs ressentis mais aussi favoriser le processus de résilience. Elle m'a confronté à la réalité du terrain et aux compromis qu'il suscite pour percevoir les étapes psychologiques dans lesquelles passe le patient, pour proposer des activités conformes à ses occupations antérieures et faciliter la réhabilitation de ce dernier. En effet, en pratique, nous sommes toujours confrontés à des contraintes institutionnelles et à des contraintes intrinsèques aux personnes avec qui nous collaborons. De plus, cette recherche m'a permis de me donner quelques clés importantes à mettre en place pour construire une collaboration de qualité avec le patient. En effet, je me suis rendue compte que les personnes subissant un traumatisme avaient réellement besoin de soutien notamment pour retrouver une estime



d'eux-mêmes. Ainsi il est important de mettre en place une écoute bienveillante, d'adapter sa communication et d'analyser leur besoin. Cette recherche m'a permis de me sensibiliser à divers mécanismes intrapsychiques utiles dans notre pratique professionnelle. Afin de soutenir au mieux les personnes traumatisées telles que les personnes victimes de brûlures accidentelles graves, dans leur processus de résilience, je sais maintenant qu'il faut privilégier la valorisation, l'ancrage à la réalité, la communication et des moyens de compensation en fonction de la personne. De plus, les échanges avec l'entourage et/ou entre patients sont très importants afin que la personne puisse les intégrer comme ressources.

Grâce à cette recherche, je me suis rendue compte qu'une explication et une formalisation de sa pratique professionnelle permettent l'analyse de cette dernière et donc son amélioration. Mon entrée dans la vie active se précisant, j'estime, grâce à ce travail, qu'il sera indispensable de savoir expliciter, et formaliser notre pratique, pour être capable de développer notre esprit critique, et remettre en question l'exercice de notre future profession d'ergothérapeute.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrage**

- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), (1997). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Alvi, T., Assad, F. et Malik, N. (2009). Anxiety and depression in burn patients. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 21, 137-141. Abbottabad: JAMC.
- Anaut, M., Cyrulnik, B., (2014) Résilience. De la Recherche à la Pratique. *1er congrès mondial sur la résilience*. Paris : Odile Jacob.
- Anaut, M., (2003). La résilience : *Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan Université
- Anzieu, D., (1995). Le Moi-peau. 2e éd. Paris : Dunod.
- Bertin-Maghit, M., Mosnier, F., Magnin, C., Gueugniaud, P.Y. et Petit, P., (2001). Réanimation du brûlé à la phase aiguë. Lyon : SFAR.
- Brooks, R., Goldstein, S., (2006). Le pouvoir de la résilience : mieux traverser les épreuves de la vie ». Montréal : Les éditions de l'Homme
- Cyrulnik, B., (2007) Parler d'amour au bord du gouffre. Paris : Odile Jacob
- Echinard, C., Latarjet, J., (2010). Les brûlures. Issy-les-Moulineaux : Elsevier
- Ionescu, S., (2011). Traité de résilience assistée. Paris : Presses universitaires de France.
- Künzi, W. & Wedler, V. (2004). Guide des brûlures : évaluation et traitement des brûlures chez l'adulte. Pambio Noranco : IBSA, Institut biochimique SA
- Ferland, F., (2003). Le modèle ludique : *Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*, 3e éd. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Kessler, D., Kübler-Ross, E., (2005). Sur le chagrin et sur le deuil. Paris : JC Lattès.
- Lacombe, J., (2006). Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans. *Approche théorique et activités corporelles*. 2e éd. Bruxelles : De Boeck.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., et al., (2014) Canadian Occupational Performance Measure. 5th edition. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Luc, E., (2011). Résilience et leadership., dans C. Mailhot., E. Brunelle., et V. Kisfalvi., (dir.), *Habilités de direction*, 101-118. Québec : HEC Montréal, pp.
- Meyer, S., (2013). De l'activité à la participation. Paris: De Boeck-Solal
- Meyer, S., (2007) Démarches et raisonnements en ergothérapie. Genève : Les Cahiers de l'EESP.
- Morel-Bracq, M.-C., Trouve, E., Offenstein, E., et al. (2015) L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? Paris : De Boeck-Solal.

- Morel-Bracq, M.-C., (2009) Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Marseille : Solal. 79-88
- Paget, L.-M., Thélot, B., (2018). Les victimes de brûlures hospitalisées en France métropolitaine en 2014 et évolution depuis 2009. Synthèse Saint Maurice : Santé publique France
- Pibarot, I., (2013) Une ergologie. *Des Enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. Paris : De Boeck-Solal.
- Rochet, J.-M., Wassermann, D., Carsin, H., Desmoulière, A., Aboiron, H., Birraux, D., Schmutz, S. (1998). Rééducation et réadaptation de l'adulte brûlé. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale 26-280-C-10, (1-27). Paris : Elsevier.
- Rousseau, S., (2010). Développer et renforcer sa résilience. Québec : Les éditions Quebecor
- Tétréault, S., Guillez, P., (2014) Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur
- Tisseron, S., (2014). La résilience. Paris : Presses universitaires de France
- Veysey, B., Christian, J., Martinez, D., (2013). How Offenders Transform Their Lives: Looking-glass identity transformation: Pygmalion and Golem in the rehabilitation process. London: Willan
- Werner., E. E., Smith., R-. S. (1992) Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. New York : Cornell University Press

### Articles

- Anaut, M., (2005) Résilience et personnes en situation de handicap. *Reliance*, 15, 16-18
- André, C., (2014). Où en sommes-nous avec l'estime de soi ? *Santé mentale*, 185, 24-29.
- Arrigoni, M.-P., Zermani, R., (1994) Aspects psychologiques de la thérapie des grands brûlés. *Ann. Medit. Burns Club*, 7, 19-20.
- Berger, M., Raffoul, W. (2006). Les brûlures : de l'ébouillement à l'électrisation - définitions et traitements. *Forum Médical Suisse*, 6, 24-27
- Bordenave, C., (2012). Le traitement de la douleur chez un grand brûlé. *Soins*, 40-42
- Bovin, E., Cochand, P., (1998) Psychologie du grand brûlé. *Revue médicale de la Suisse romande*, 118, 161-164.
- Chauvineau, V., Marduel, Y. N. et Queruel, P. (2009). Réinsertion professionnelle du patient brûlé. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 131-133.

- Costa Silva, M.-C., Rossi Aparecida, L., Lopes Mara, L., et Cioffi Lopes, C. (2008). The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259.
- De Buys Roessingh, A., Jung, C., Laurent-Applegate, L., Jeanmonod, J., et Berger, M., (2014) Centre romand des brûlés filière commune enfant et adulte. *Bulletin des médecins suisses*, 864-866
- Duchesne, C., Branzet, S., Lataillade, J.-C., Rousseau, A. et Frescaline, N., (2019). Cold atmospheric plasma modulates endothelial nitric oxide synthase signalling and enhances burn wound neovascularisation. *The Journal of Pathology*, 249(3).
- Fassi Firhi, J., Ezzoubi, M., Boukind, E.H., (2010). Burn patients and their respiration problems. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 23(4), 194-198.
- Gall, O., (2004). Prendre en charge la douleur chez les enfants brûlés. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 220, 21-24.
- Garnezy, N., (1991) Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann*, 20(9), 459-60.
- Gueugniaud P.Y., Carsin H., Bertin-Maghit M. et Petit P., (2000). Current advances in the initial management of major thermal burns. *Intensive Care Medicine*, 26, 848-856.
- Jault, P., et al. (2012) Les premières heures du brûlé grave. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. 25(3), 138-146.
- Lecomte, J., (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 22-25
- Magnin, C., (2006). Prise en charge de la douleur chez le patient brûlé. *La pratique*, 4, 6-7.
- Manciaux, M., (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Etudes*, 10, 321-330
- Nicolas, C., Maréchal, O., (2018). Réhabilitation du brûlé grave : Prendre en compte la souffrance psychologique qui peut entraver la prise en charge. *La revue du praticien*, 68, 1092-1095.
- Polatajko, H.-J., Davis, J.-A., Hobson, S.-J.-G., Landry, J.-E., Mandich, A., Street, S.-L., Whippey, E., Yee, S. (2004). Assumer la responsabilité qui vient avec le privilège : Introduction d'un code taxonomique pour comprendre l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 265-269.
- Psiuk, T., (2005). La résilience, un atout pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers : la résilience*. 82, 12-21.

- Richards, H.-L., Fortune, D.-G., Griffiths C.-E.-M., Main C.-J., (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 11-15
- Rivest, R., (2011). Résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve. *Gestion*, 36(2), 13-17.

### Webographie

Association Nationale des Ergothérapeutes Français, (2019). Définition. <http://anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (consulté le 11/12.19)

Durain,S. (2011). *Entretien de Boris CYRULNIK sur "Les personnes normales"*. Cinequaprod. [http://www.dailymotion.com/video/xgfifs\\_entretien-de-boris-cyrulnik-sur-lespersonnes-normales\\_shortfilms](http://www.dailymotion.com/video/xgfifs_entretien-de-boris-cyrulnik-sur-lespersonnes-normales_shortfilms) (consulté le 2/10/19)

Code de la santé publique, (2014).. Article R-6122-25.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916682&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 2/10/19)

European Network of Occupational Therapy in Higher Education, (2016) Hanneke van Bruggen Conférence. <https://enothe.eu/2016-hanneke-van-bruggen-lecture/> (consulté le 18/12/19)

LAROUSSE, (2019).Dictionnaire, *résilience* <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9silience/68616> (consulté le 20/12/19)

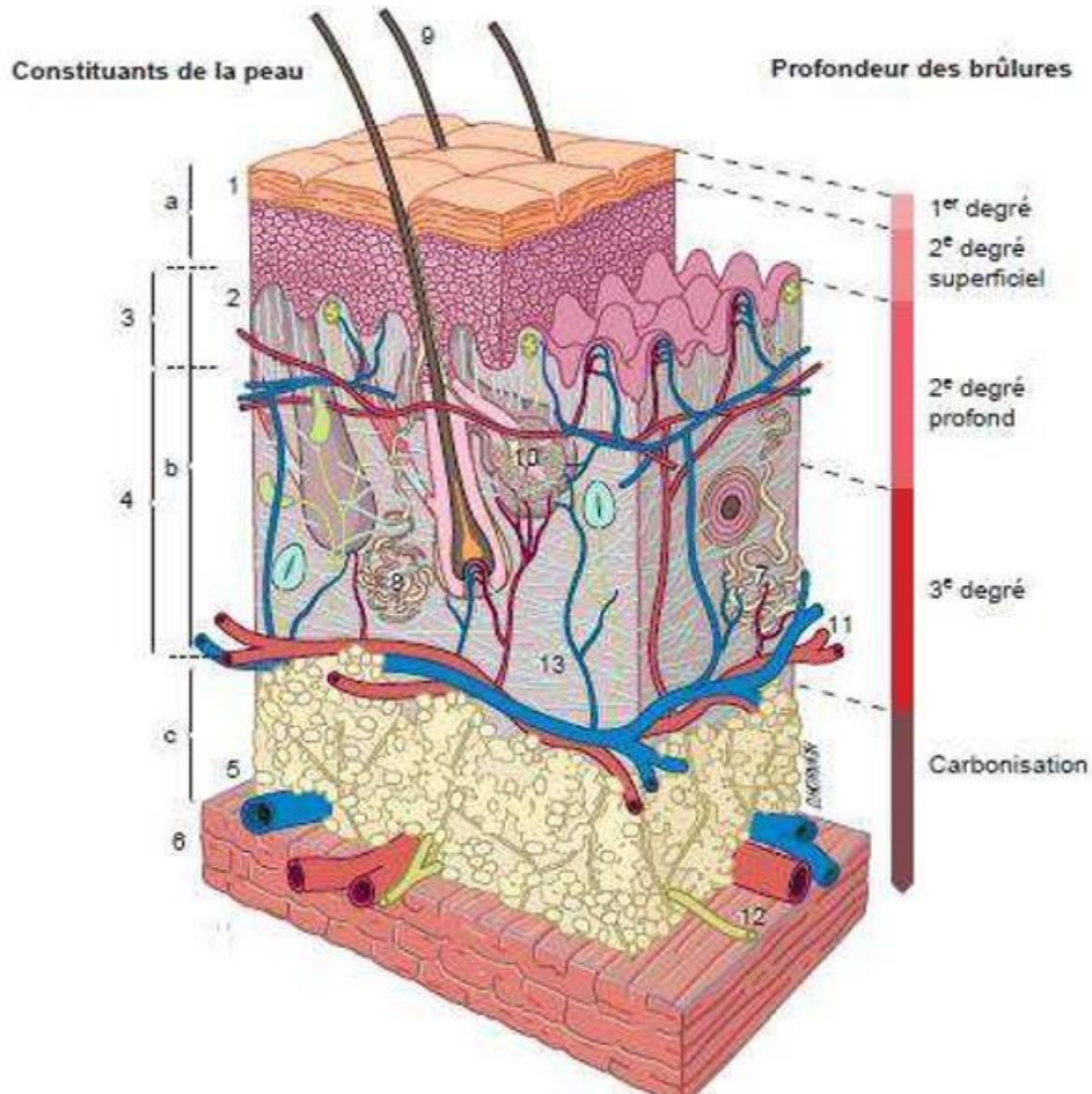
Ravat, F., Latarjet, J., Lebreton, F., Le Touze, A., et Perro, G., (2018). Rapport annuel concernant l'épidémiologie de la brûlure en France métropolitaine. Année 2008. *Epidémiologie SFB*, 1-10 <http://www.sfb-brulure.com/index.php/documentation/epidemiologie.html> (consulté le 24/11/19)

Santé Publique France (2018). *Les victimes de brûlures hospitalisées en France métropolitaine en 2014 et évolution depuis 2009*.<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/brulures/documents/rapport-synthese/les-victimes-de-brulures-hospitalisees-en-france-metropolitaine-en-2014-et-evolution-depuis-2009> (consulté le 29/10/19)

We are social (2020). *Digital 2020*. <https://www.slideshare.net/DataReportal/digital-2020-france-january-2020-v01>

## ANNEXES

### Annexe n°1 : Schéma de la peau saine et de la profondeur des lésions

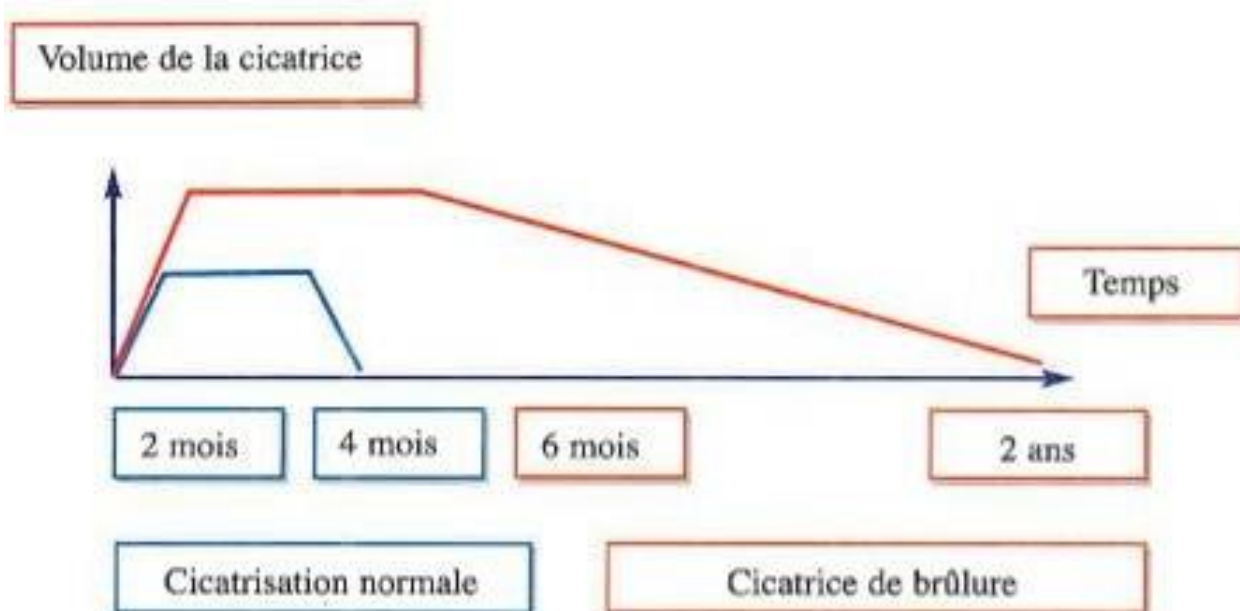


**Constituant de la peau** : a. Épiderme ; b. Derme ; c. Hypoderme ; 1. Couche cornée ; 2. couche basale ; 3. Derme papillaire ; 4. Derme réticulaire ; 5. Veine ou veinule ; 6. Muscle ; 7. Corpuscule de Pacini ; 8. Glande sudoripare ; 9. Poil ; 10. Glande sébacée ; 11. Artère ou artériole ; 12. Vaisseau lymphatique ; 13. Stroma avec fibres collagènes.

**Profondeur des brûlures** : 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> superficiel, 2<sup>e</sup> profond, 3<sup>e</sup>, carbonisation.

(Tiré et adapté de Rochet et al., 1998, p.2)

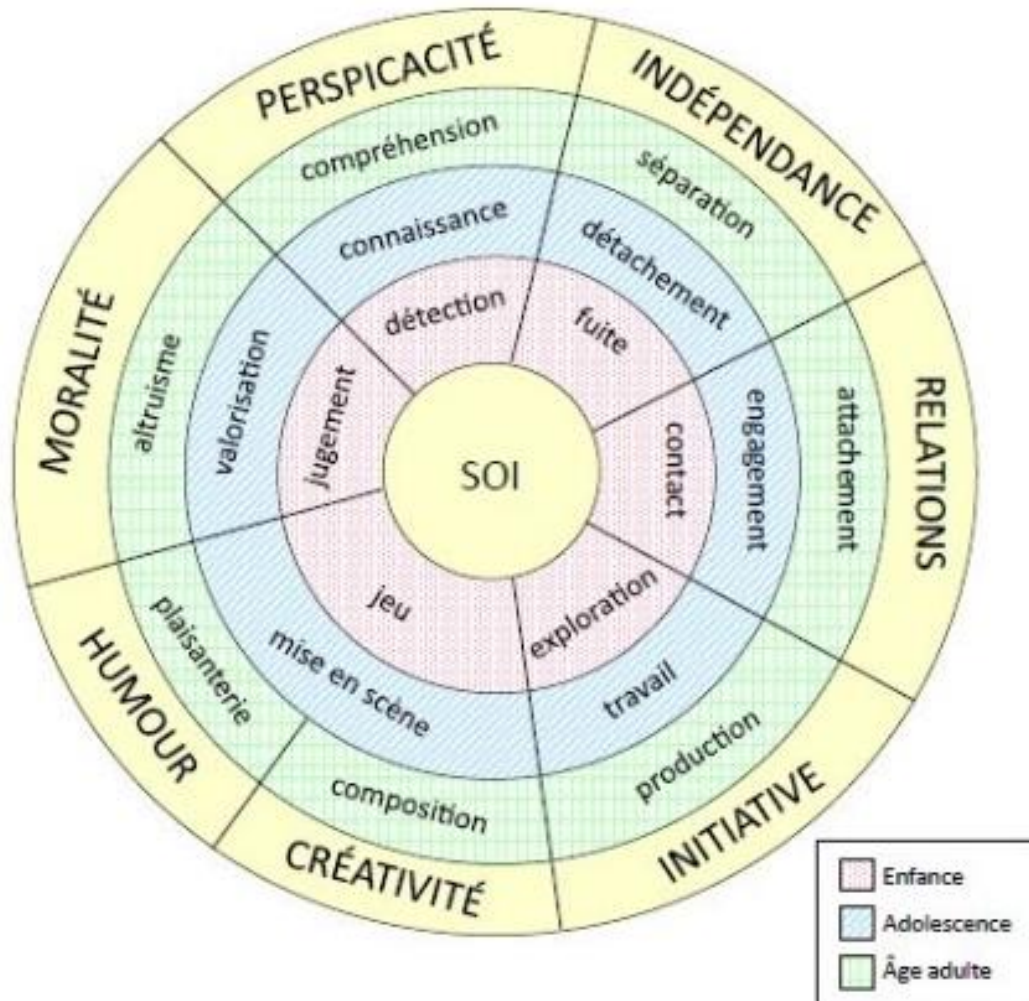
### Annexe n°2 : Courbe d'évolution cicatricielle



(Tiré de Chaplain, 2001, p.6)



### Annexe n°3 : Mandala de la résilience



(Tiré de Wolin, Wolin et al., 1999)



**Annexe n°4 : Principales échelles de mesure de la résilience**

Nom de l'échelle		Dimensions	Auteurs	Année
RS-25 ou RS-14	Echelle de résilience de Wagnild et Young	Equanimité Persévérance Confiance en soi Capacité à donner du sens Solitude existentielle	Wagnild et Young	1993
RSA	ResilienceScale for Adults	Compétences personnelles Compétences sociales Structures familiale cohérente Support social Structure personnelle	Friborg, Hjemdal, Rosenvinge et Martinussen	2001
CD-RISC	Connor- Davidson ResilienceScale	Compétences personnelles, standards élevés, ténacité Confiance en son instinct, tolérance aux influences négatives, renforcement par les effets du stress Acceptation positive du changement et relations sécurées Sentiment de contrôle Influences spirituelles	Connor et Davidson	2003

## Annexe n°5 : Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes

# Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes

**Rappel des consignes de l'entretien :**

L'entretien respecte l'anonymat, ainsi aucun renseignement ne permettra de vous identifier. Vous avez également **le choix de répondre ou non** aux différentes questions. L'entretien peut être interrompu à tout moment, si vous le souhaitez. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre nos échanges ?

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accordez.

## 1. Le Participant

Question	Type d'informations recherchées	Éléments permettant de valider l'hypothèse
Dans quel lieu exercez-vous ?	Caractéristique sociodémographique	Confirmation des critères d'inclusions  - <i>Être ergothérapeute Diplômé d'État</i> - <i>Exercer en service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle</i> - <i>Exercer auprès d'adultes brûlés</i>
Pourriez-vous m'indiquer depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute avec les brûlés ?	Caractéristique sociodémographique	
Quel est votre parcours professionnel ?		
Combien de personnes brûlées suivez-vous ? Combien sont hospitalisées à la suite d'un <u>accident domestique</u> ou de travail ?	Caractéristique sociodémographique	
Combien formule une	Caractéristique	

<p>demande pour faire des activités spécifiques ?</p> <p>Pourriez-vous m'expliquer davantage quelles catégories d'activités sont demandées par les patients ?</p>	sociodémographique	
<p>Utilisez-vous un modèle préférentiel qui sous-tend votre pratique ?</p>	Caractéristique sociodémographique	

## 2. Quel accompagnement pour la personne grand brûlé en ergothérapie ?

Question	Type d'informations recherchées	Éléments permettant de valider l'hypothèse
<p>Pouvez-vous me parler de votre intervention auprès des personnes brûlés gravement dans un contexte accidentel ? (<i>Axes d'intervention, objectif, moyens utilisés</i>)</p> <p>Selon vous, d'après vos observations, par quelles étapes, quels cheminement psychologique les patients grands brûlés passent-ils, durant leur rééducation ? A quoi le percevez-vous ?</p>	Expérience	<p>Les professionnels sont sensibles aux différents processus psychologiques du patient et oriente leur PEC en conséquence.</p> <p>Ils mettent en place des aides techniques pour que le patient puisse réaliser son activité : stratégie d'ajustement et estime de soi.</p> <p>Les professionnels s'appuient explicitement sur le concept de résilience (en le nommant), ou de manière plus inconsciente (en le décrivant).</p>

<p>A quel moment de la prise en charge sont évoquées les occupations ? Par quels moyens ?</p> <p>Pourriez-vous m'indiquer si cela est en début et/ou en fin de processus d'intervention ?</p> <p>Les proposez-vous une fois que l'évolution des capacités du patient stagnent, visant uniquement la réadaptation ?</p>	<p>Expérience</p>	<p>Les professionnels essayent de mettre en place dès que possible la planification des occupations</p>
--	-------------------	---

### 3. Les occupations, une plus-value pour la résilience ?

<b>Question</b>	<b>Type d'informations recherchées</b>	<b>Éléments permettant de valider l'hypothèse</b>
<p>Quels changements observez-vous chez le patient au fur et à mesure de la prise en charge ?</p> <p>Selon vous quels sont les facteurs à l'origine de ces changements ?</p>	<p>Aspect sensoriel / Sentiment</p>	<p>Les observations peuvent porter sur des changements « positifs », comme « négatifs » et l'ergothérapeute peut comprendre ceux-ci de différentes façons</p>
<p>Quelles observations faites-vous chez le patient lorsqu'il réalise ou a réalisé une activité signifiante ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous amène à dire cela ?</p>	<p>Aspect sensoriel / Sentiment</p>	<p>La réalisation d'occupations permet de renforcer l'estime de soi et lui montre que l'activité peut être réalisée d'une manière autre (développement des stratégies d'ajustement.)</p>

A l'approche de la fin d'hospitalisation, comment ressentiez-vous le patient ?	Perception, interprétation, compréhension de ce que le professionnel observe	A la sortie, le patient se sentait confiant à faire face aux différentes situations : estime de soi et stratégies d'ajustement.
Sur quelles ressources personnelles et environnementales pouvez-vous vous appuyer afin d'aider le patient dans une démarche de réhabilitation ?	Expérience / Aspect sensoriel de ce qui étaye la pratique professionnelle.	Ouverture sur d'autres éléments ( <i>empathie, positif, écoute ; travail pluriprofessionnel ; famille du patient</i> ) dont s'appuie le professionnel pour contribuer au processus de résilience.

### Remerciements

On arrive à la fin de mes questions, auriez-vous d'autres éléments à rajouter concernant votre parcours ou cet entretien ? Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions et je reste à votre disposition si vous souhaitez avoir des informations supplémentaires.

**Annexe n°6 : Guide d'entretien destiné aux personnes brûlées  
accidentellement**

## Guide d'entretien destiné aux personnes brûlées accidentellement

**Je vous rappelle les consignes de l'entretien :**

L'entretien respecte l'anonymat, ainsi aucun renseignement ne permettra de vous identifier. Vous avez également **le choix de répondre ou non** aux différentes questions. L'entretien peut être interrompu à tout moment, si vous le souhaitez. Afin de faciliter la retranscription de l'entretien, seriez-vous d'accord pour que j'enregistre nos échanges ?

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accordez.

### 1. Le Participant

Question	Type d'informations recherchées	Eléments permettant de valider l'hypothèse
Quel âge avez-vous ?	Caractéristique sociodémographique	Confirmation des critères d'inclusions  - <i>Adulte</i> - <i>Brûlures</i> - <i>Rééducation avec un ergothérapeute</i> - <i>Recul suffisant pour en parler</i>
Pourriez-vous me parler de votre situation sociale et professionnelle avant l'accident ? Comment décririez-vous votre quotidien avant l'accident ?	Caractéristique sociodémographique	
Depuis combien de temps êtes-vous grand brûlé ? Quel âge aviez-vous lors de l'accident ?	Caractéristique sociodémographique	
Où sont localisées vos brûlures ?	Caractéristique sociodémographique	
Pouvez-vous me parler de votre parcours, de l'accident jusqu'à aujourd'hui ? (Exemple : différentes structures,	Caractéristique sociodémographique	

hospitalisation, différents soins prodigués...)		
---	--	--

## 2. Quel accompagnement pour la personne grand brûlé en ergothérapie ?

<b>Question</b>	<b>Type d'informations recherchées</b>	<b>Eléments permettant de valider l'hypothèse</b>
Avez-vous été suivi par un ergothérapeute lors de votre rééducation ? A quel moment de votre parcours de soins ? Pendant combien de temps ?	Expérience	« Familiarité » avec le métier : connaissance et compréhension
Avant l'accident, quelles activités avaient le plus d'importance pour vous ? Qu'est-ce qu'elles vous apportent ?	Ressenti/perception	Les occupations ont un impact sur l'estime de soi.
Durant votre rééducation, accordiez-vous de l'importance à la reprise de ces activités ? Si oui, comment l'avez-vous abordé avec l'ergothérapeute ? ( <i>Entretien, discussion informelle...</i> )	Expérience	L'ergothérapeute cherche à valoriser le patient.
De manière générale, quelles activités vous a proposé l'ergothérapeute ? ( <i>Début et fin de prise en charge</i> ). Avec du recul, qu'en pensez-vous ?	Expérience	L'ergothérapeute accompagne le patient à son rythme (physique et psychologique) dans les activités.
Qu'est-ce que l'ergothérapeute vous a proposé pour que vous puissiez réaliser vos activités plus	Expérience	L'ergothérapeute met en place des AT afin que la

facilement, Notamment celle qui ont le plus d'importance pour vous ? Cela s'est-il avéré efficace ?		personne brûlée puisse réaliser l'activité : ouverture sur des stratégies d'ajustement.
---	--	---

### 3. Les occupations, une plus-value pour la résilience ?

<b>Question</b>	<b>Type d'informations recherchées</b>	<b>Éléments permettant de valider l'hypothèse</b>
<p>Selon vous, quels sont les points importants de votre parcours de soin ?</p> <p>Pourriez-vous me préciser les ressources qui vous ont été utiles lors de votre PEC ?</p>	Ressenti	Ouvertures sur les autres éléments existants contribuant à la résilience
<p>Suite à votre sortie d'hospitalisation, qu'avez-vous ressenti ? Avez-vous des craintes ?</p> <p>Pourriez-vous m'en dire plus concernant la reprise et/ou votre investissement dans de nouvelles activités ?</p>	Sentiment	<p>Indicateurs de comment se sentait le patient face aux différentes situations : estime de soi/ stratégies d'ajustement, etc...</p> <p>Indicateurs sur l'engagement, la motivation et l'efficacité avec lesquels le patient réalise aujourd'hui ses activités (anciennes ou nouvelles)</p>
<p>Aujourd'hui, que pensez-vous de votre performance dans vos activités ?</p> <p>Pourriez-vous expliquer davantage votre implication dans les activités qui sont importantes pour vous ? Le</p>	Opinion	La personne à une bonne estime d'elle-même



résultat de celles-ci vous satisfait-il ?		
Avec du recul, comment les ergothérapeutes pourraient-ils davantage vous aider ?	Opinion	Ouvertures sur les besoins du patient

### Remerciements

On arrive à la fin de mes questions, auriez-vous **d'autres éléments à rajouter** concernant votre parcours ou cet entretien ? Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions et je reste à votre disposition si vous souhaitez avoir des informations supplémentaires.

**Annexe n°7 : Exemple des premiers échanges avec les professionnels**

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Amélie Leclerc, j'ai 21 ans et je suis actuellement en 3ème année d'étude à l'A.D.E.R.E dans le XXème arrondissement de Paris. En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, je suis amenée à réaliser un mémoire de fin d'études. Suite à mon stage dans le service grand brûlé de Coubert (Seine-et-Marne), j'ai souhaité orienter le thème de ce dernier vers l'apport que peut avoir l'ergothérapie dans la résilience\* d'une personne grand brûlé.

*\* Soit la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.*

Suite à mon appel du 30 janvier 2020, je me permets de vous recontacter car votre pratique d'ergothérapeute pourrait grandement nourrir le développement de mon mémoire. En effet, comme vous le savez sans doute, ce travail d'initiation à la recherche nécessite d'être alimenté par l'expérience de professionnels tels que vous, par l'intermédiaire d'un entretien, afin de répondre à ma problématique qui est la suivante :

**En quoi l'accompagnement ergothérapique dans l'investissement occupationnel contribue-t-il au processus de résilience d'un patient adulte brûlé gravement à la suite d'un accident ?**

Pour cela, j'aimerais m'entretenir avec des ergothérapeutes qui sont au contact de cette population et exerçant dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Ainsi, votre expérience professionnelle qui s'inscrit dans l'accompagnement de la personne grand brûlé suscite beaucoup d'intérêt et de curiosité chez moi, et permettra d'enrichir non seulement mon travail de recherche mais également ma réflexion de future professionnelle.

En somme, si vous pensez pouvoir m'aider dans cette démarche de recherche, je vous prie de bien vouloir me contacter par mail en réponse à celui-ci, afin que nous convenions d'une date pour effectuer cet entretien. Je vous donne également mon numéro de portable sur lequel

vous pouvez me contacter : 06.xx.xx.xx.

Au vu des circonstances, cet entretien pourrait se faire par téléphone selon votre préférence et vos disponibilités.

Dans l'espoir d'une réponse, je vous souhaite une très bonne semaine,

--

Cordialement,

Melle Amélie LECLERC

Etudiante en Ergothérapie

## **Annexe n°8 : Lettre d'information et feuillet de consentement pour les personnes brûlées victimes d'un accident**

### **Lettre d'information et feuillet de consentement destinés aux personnes présentant des brûlures à la suite d'un accident domestique ou de travail.**

**Titre :** L'influence d'un accompagnement ergothérapeutique dans la résilience d'une personne brûlée gravement à la suite d'un accident domestique ou de travail.

#### ■ **Personne responsable de l'étude :**

- Amélie Leclerc, étudiante en ergothérapie à l'Institut de Formation A.D.E.R.E.  
Téléphone : 06.xx.xx.xx.xx Courriel : [amelie.lrc@gmail.com](mailto:amelie.lrc@gmail.com).

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Si vous avez des questions sur le projet de recherche, une plainte ou critique relative au projet de recherche, une question relative à vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, je vous invite à me contacter.

#### ■ **Présentation de l'étude et de ses objectifs :**

Le principal objectif de cette recherche est d'explorer les effets de l'accompagnement en ergothérapie sur le processus de reconstruction d'une personne gravement brûlée suite à un accident domestique ou de travail

Cette étude sera menée par le biais d'entretiens semi-directifs avec des personnes adultes brûlées à la suite d'un accident domestique ou de travail. Les participants doivent **impérativement** avoir eu des séances d'ergothérapie lors de leur parcours de soins.

Les questions ne peuvent être transmises à l'avance aux participants pour préserver la spontanéité des réponses (données qualitatives). Toutefois nous aborderons 3 grandes parties : 1) *Informations générales (âge, accident, brûlure)* ; 2) *L'accompagnement en ergothérapie* ; 3) *Vos ressentis et analyse pendant et dans l'après-coup de la prise en charge.*

#### ■ **Nature et durée de votre participation :**

Dans un premier temps, vous serez invité à prendre connaissance des critères d'inclusions cités

précédemment pour valider votre admissibilité à cette étude. Une fois le feuillet de consentement approuvé, vous pourrez le renvoyer signé à l'adresse mail suivante : [amelie.lrc@gmail.com](mailto:amelie.lrc@gmail.com).

L'entretien se déroulera au téléphone et sera d'une durée de 45 à 60 minutes. Une liste de créneaux horaires vous sera transmise afin de convenir du rendez-vous.

#### ■ Avantages pouvant découler de votre participation :

Les entretiens font l'objet d'une étude exploratoire. Par votre participation, vous contribuerez à l'avancement des connaissances en lien avec l'accompagnement en ergothérapie et la résilience d'une personne brûlée gravement à la suite d'un accident.

#### ■ Risques et inconvénients pouvant découler de la participation à la recherche :

Votre participation à cette recherche ne devrait causer aucun préjudice. Si l'entretien semble avoir un effet négatif sur vous (fatigue, anxiété...), n'hésitez pas à le communiquer afin que nous puissions faire une pause ou arrêter nos échanges.

#### ■ Retrait de votre participation :

Votre participation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à informer l'étudiante-chercheuse **verbalement ou par écrit**. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

#### ■ Confidentialité :

Les données recueillies au cours du projet seront conservées et codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Il sera accessible uniquement par l'étudiante-chercheuse et elle seule aura accès aux données nominatives. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet de recherche.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats, c'est-à-dire dès Juin 2021. Dans un souci de protection, le ministère de la Santé des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement.

■ **Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux, ni ne libérez l'étudiante-chercheuse impliquée de ses responsabilités légale et professionnelles.

■ **Information sur le projet de recherche :**

L'étudiante-chercheuse répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie de l'étudiante-chercheuse. De plus, la présentation des résultats lors d'un oral est à préciser, mais une présentation aura lieu devant 3 professionnels du domaine médical.

■ **Arrêt du projet par le chercheur :**

Le projet pourrait être interrompu prématurément s'il était jugé dans votre intérêt ou celui d'une autre personne impliquée dans l'étude. L'arrêt de l'étude serait aussi nécessaire si l'état de santé de l'étudiante-chercheuse le nécessitait.

■ **Signatures requises :**

**Pour le participant**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toute mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation ou non à cette étude. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettre capitales) :

.....

Signature du participant :

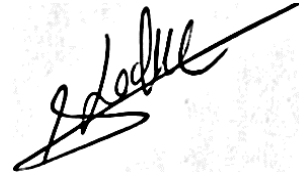
Date : .....

Téléphone : .....

## Pour l'étudiante-chercheuse

- J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes, d'avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné les possibilités de se retirer à tout moment du projet de recherche.
- Je m'engage à m'assurer que le participant recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante-chercheuse :



Date : .....

L'ergothérapie et le développement de la résilience chez la personne victimes de brûlure  
accidentelles graves

**Mots-clés :** Brûlure – Ergothérapie – MCREO-P – Occupation – Résilience

**Résumé :**

La brûlure causée par un accident frappe considérablement le corps et l'esprit. Le parcours de soins long et laborieux qui la précède peut s'avérer particulièrement éprouvant pour la personne grand brûlé, puisqu'il sous-tend une rupture avec sa vie antérieure. Afin de préserver son intégrité psychique, la personne grand brûlé va mettre en place des mécanismes de défense ; Dans certains cas, ils demanderont d'être aiguillés par une personne externe, un tuteur, pour devenir favorable au développement d'un processus de résilience. La personne grand brûlé pourra ainsi rebondir à la suite de ce bouleversement vécu et en ressortir des éléments positifs. L'objectif de cette étude est d'analyser l'influence que peut avoir l'ergothérapeute dans le processus de résilience chez la personne victimes de brûlures accidentelles graves. Plus précisément, il s'agit d'évaluer en quoi les occupations favorisent ce dernier. Des entretiens auprès d'ergothérapeutes et personnes victimes de brûlures accidentelles graves ont été menés. Les résultats ont montré que les occupations participent à la mise en place d'une bonne estime de soi, de changement de perceptions, d'une qualité de communication, d'un engagement et de stratégies d'ajustements : facteurs aidants à la résilience.

**Title:** Occupational therapy and the development of resilience with accidental burn victims

**Keywords:** Burn – Occupational Therapy – CMOP-E – Occupation – Resilience

**Abstract:**

The burn caused by an accident marks the body and mind. The long and arduous journey of care that precedes it can be particularly trying for the burn victim, as it involves a break with one's previous life. In order to preserve his or her psychological integrity, the burn victim will set up defence mechanisms; In some cases, these mechanisms will require a referral from an external person, a tutor, to develop a resilience process. The burn victim will thus be able to bounce back after this upheaval and bring out positive elements. The objective of this study is to analyze the influence that occupational therapists can have in the resilience process of victims of serious accidental burns. Specifically, the goal is to assess how occupations promote resilience. Interviews were conducted with occupational therapists and people who have suffered serious accidental burns. The results showed that occupations contribute to the development of good self-esteem, changes in perceptions, quality of communication, engagement, and coping strategies: factors that support resilience.