

Mémoire d'initiation à la recherche

**Volition et environnement en ergothérapie :
La transition occupationnelle des jeunes adultes
atteints d'un SDRC en insertion professionnelle**

DURVAUX Louane

N° étudiant : E 22/05

Promotion : 2022 - 2025

Sous la direction de BOUTTE-NICOLAS Elvina

Année Universitaire : 2024 - 2025

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui m'ont soutenue, de près ou de loin, tout au long de la réalisation de ce travail de recherche.

Je souhaite tout particulièrement exprimer ma gratitude à ma directrice de mémoire, Mme Elvina BOUTTE-NICOLAS, pour son accompagnement précieux et ses conseils avisés tout au long de l'année.

Je remercie également nos référentes pédagogiques de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen pour leur bienveillance, leur écoute attentive et leur soutien constant durant ces trois années d'études.

Un grand merci aux ergothérapeutes qui ont participé à cette recherche, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour le partage de leurs expériences professionnelles et de leurs réflexions enrichissantes.

Un grand merci à ma famille pour m'avoir toujours soutenue et encouragée dans mes études et dans tous mes projets au cours de ces trois dernières années. Une pensée toute particulière pour ma maman, qui m'a fait découvrir cette formation et qui a pris le temps de relire ce mémoire.

Je tiens également à remercier mes amis pour leur présence, leur écoute et leur soutien tout au long de ces années.

Enfin, je souhaite adresser un immense merci à ma promotion, qui a été présente à mes côtés dans les moments de joie comme dans les moments plus difficiles. Merci pour ces trois années remplies de bonheur, de rires et de moments inoubliables.



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

Liberté
Égalité
Fraternité

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Louane DURVAUX..... atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait àRouen..... Le ...12/05/2025..... signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Table des matières

Introduction.....	1
Cadre conceptuel	2
I- Syndrome douloureux régional complexe.....	2
A. Définition et épidémiologie.....	3
B. Conséquences sur les activités de vie quotidienne	4
C. Parcours de soins d'un patient atteint du SDRC.....	7
II- Les occupations du jeune actif	8
A. Définition du jeune actif.....	9
B. Ses occupations.....	10
C. Les enjeux de l'insertion professionnelle	11
D. La survenue d'un SDRC dans l'insertion professionnelle du jeune actif.....	12
III- Transition occupationnelle lors de l'insertion professionnelle du jeune actif atteint de SDRC ...	14
A. Les structures d'accompagnement	14
B. Les professionnelles	17
C. Ergothérapie et transition occupationnelle	18
D. Modèle conceptuel : MOH	20
Processus de problématisation et hypothèses de recherche	23
Dispositif méthodologique.....	26
I- La méthode.....	26
II- L'approche hypothético-déductive.....	27
III- La population de recherche	27
IV- Techniques et outils de recueil de données	28
La réflexion sur l'objectivité et l'éthique dans cette recherche	29
Présentation et analyse des résultats	31
I- Processus d'analyse qualitative.....	31
II- Analyse verticale	32

A. Ergothérapeute 1.....	32
B. Ergothérapeute 2.....	34
C. Ergothérapeute 3.....	36
D. Ergothérapeute 4.....	37
III- Analyse horizontale.....	39
A. Rôle de l’ergothérapeute auprès des jeunes actifs atteints d’un SDRC	39
B. L’importance de la volition chez les jeunes actifs atteints d’un SDRC	40
C. L’utilisation du MOH dans l’accompagnement	41
D. Zoom sur le WRI : pertinence de l’outil.....	42
E. L’accompagnement de la transition occupationnelle vers l’insertion professionnelle	43
F. Les adaptations de l’environnement : leviers et freins.....	44
G. Les effets observés de l’accompagnement en ergothérapie	45
IV- Validation ou réfutation des hypothèses de recherche	45
A. Première hypothèse de recherche	46
B. Deuxième hypothèse de recherche	46
Discussion.....	47
I- Nouveau apport théorique	47
A. Les méthodes de rééducation.....	47
B. Prise en compte de la fatigue.....	49
II- Biais et limites de la recherche.....	49
A. Les biais.....	49
B. Les limites.....	51
III- Perspectives	51
Conclusion	52
Références	
Sommaire des Annexes	

Introduction

Le point de départ de ce sujet de recherche découle d'une situation de stage dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) où j'ai pu intervenir auprès d'une jeune adulte, âgée de 20 ans, présentant des douleurs chroniques partant de son dos et irradiant vers le reste de son corps. Lors de sa prise en soin au SMR, elle était en recherche de diagnostic médical pour définir sa pathologie tout en ayant comme objectif de s'insérer professionnellement. Pour l'accompagner au mieux, il a fallu effectuer des recherches pour comprendre les différentes limites que les maladies avec des douleurs chroniques peuvent induire que ce soit physiquement et mentalement et pour comprendre comment se passe une insertion professionnelle chez la personne en situation de handicap. À la suite de cette situation, l'intérêt s'est porté sur les maladies avec douleurs chroniques, notamment le syndrome douloureux régional complexe et l'insertion professionnelle.

La douleur constitue un enjeu de santé publique. En effet, selon la loi de 2002, il est reconnu que soulager la douleur est un droit fondamental pour toute personne. (LOI n° 2002-303, 2002). En 1994, l'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (IASP, 2020, traduction libre). La douleur est subjective, elle est propre à chaque individu et peut donc être influencée par des facteurs émotionnels, des facteurs environnementaux ainsi que des croyances.

Il existe 3 types de douleurs : aiguës, chroniques et liées aux soins (Ministère de la Santé et de l'Accès aux Soins, 2022). Nous pouvons parler de douleur chronique lorsque celle-ci persiste depuis plus de trois mois (Treede et al., 2019). D'après l'Inserm (2017), une douleur chronique « n'est plus un symptôme mais elle devient une maladie ». En 2021, les maladies chroniques ou durables concernaient 37.5% des personnes âgées de 16 ans et plus (Insee, 2023).

La santé est aussi influencée par différents facteurs, à l'exemple du facteur socio-économique. En effet, l'Insee (2023) explique que les problèmes de santé sont plus fréquents chez les personnes cumulant plusieurs exclusions sociales. Cette population est en moyenne plus jeune (environ 29 ans). Ces facteurs peuvent les impacter dans leurs capacités à intégrer

un emploi, de plus la transition occupationnelle peut être particulièrement complexe car elle nécessite des ajustements spécifiques pour favoriser leur insertion professionnelle.

Il existe différentes pathologies caractérisées par des douleurs chroniques, parmi lesquelles nous pouvons retrouver le syndrome douloureux régional complexe. Dans ces affections, la douleur chronique constitue un symptôme majeur, impactant significativement la qualité de vie des patients. Ainsi, il est possible de faire émerger une question de départ :

Comment les ergothérapeutes accompagnent-ils les jeunes adultes atteint d'un SDRC dans leur insertion professionnelle afin de favoriser leur transition occupationnelle ?

Afin de mener la réflexion et d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement, la première étape consistera à poser un cadre théorique en s'appuyant sur plusieurs concepts clés. Ces éléments permettront de mettre en évidence une problématique de recherche ainsi que plusieurs hypothèses de recherche. La méthodologie adoptée reposera sur la collecte de données venant du terrain, qui seront confrontées aux données théoriques afin d'évaluer la validité ou non des hypothèses émises. Enfin, la dernière partie sera consacrée aux limites, aux biais et aux perspectives de cette initiation à la recherche.

Cadre conceptuel

I- Syndrome douloureux régional complexe

Le terme de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est apparu en 1993 lors d'une conférence de l'IASP (Albazaz, Wong & Homer-Vanniasinkam, 2008). Connue aussi sous les termes de dystrophie sympathique réflexe, de causalgie ou encore d'algoneurodystrophie. Ce syndrome est une pathologie recensée sur orphanet sous le numéro 83452 comme faisant partie des maladies rares.

A. Définition et épidémiologie

Ce syndrome touche entre 5 et 26 cas pour 100 000 personnes chaque année (Ott & Maihöfner, 2018). Une étude réalisée entre 1996 et 2006 a mis en évidence une prévalence plus marquée chez les femmes, qui seraient deux à trois fois plus touchées que les hommes. L'âge moyen d'apparition est estimé à 35 ans (De Mos M. et al., 2007). Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est associé à plusieurs facteurs de risque, notamment les traumatismes, certaines maladies cardiovasculaires, les infections, les pathologies du rachis, les interventions chirurgicales, les gestes répétitifs ainsi que certains cancers. Toutefois, il demeure des cas inexplicables, en effet, environ 24 % des patients atteints ne présentent aucun événement déclencheur (Vincent & Wood, 2008).

Le SDRC est une affection complexe qui reste encore mal comprise. Il s'agit d'une douleur neuropathique à la fois articulaire et périarticulaire, dont l'origine est multifactorielle, bien qu'elle survienne le plus souvent à la suite d'un traumatisme. Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-11, 2024), le SDRC est défini comme une « affection douloureuse chronique » se caractérisant par une douleur régionale continue, intense et persistante. Il peut affecter différentes parties du corps, bien que les extrémités des membres supérieurs et inférieurs soient les plus fréquemment atteintes. Son évolution varie d'un patient à l'autre, entraînant souvent des troubles fonctionnels majeurs qui impactent considérablement la qualité de vie.

Nous pouvons distinguer deux sous-types de SDRC. Ils correspondent à un « dysfonctionnement du système nerveux central et autonome, entraînant un dérèglement vasomoteur et une intégration anormale de la douleur » (S-ECN, 2023). Le type I, autrefois appelé dystrophie sympathique réflexe, algodystrophie ou algoneurodystrophie, se manifeste en l'absence d'atteinte nerveuse identifiable et survient généralement après une lésion osseuse ou des tissus mous. En revanche, le SDRC de type II, anciennement désigné sous le terme de causalgie, résulte d'une atteinte nerveuse périphérique.

B. Conséquences sur les activités de vie quotidienne

En 1998, l'International Association for the Study of Pain (IASP) a établi des critères de diagnostic pour le SDRC (voir Annexe I). Ces critères ont ensuite été révisés en 1999 par Harden afin de les affiner et d'améliorer leur fiabilité (Cité par Albazaz, Wong & Homer-Vanniasinkam, 2008).

Comme mentionné précédemment, le principal symptôme du SDRC est une douleur continue et disproportionnée. Toutefois, ce syndrome ne se limite pas à cette manifestation douloureuse, il entraîne également un large éventail de répercussions, tant sur le plan physique que psychologique, impactant considérablement la qualité de vie des patients.

Dans un premier temps, le SDRC entraîne des conséquences sensibles significatives. Au-delà de la douleur intense, selon Dat-Nhut Nguyen et Boucher (2010), la peau peut devenir extrêmement sensible, un phénomène connu sous le nom d'allodynie. Cela signifie qu'un stimulus normalement indolore, comme un simple contact avec un tissu, peut provoquer une douleur insupportable. Il est aussi possible d'avoir un autre symptôme appelé hyperalgésie thermique, où une légère fraîcheur peut être perçue comme une douleur glaciale intense. Les mouvements les plus simples deviennent douloureux, et la douleur peut progressivement s'étendre à d'autres zones du corps. Les sensations douloureuses varient d'un patient à l'autre et peuvent se manifester sous différentes formes de douleurs neuropathiques, telles que des brûlures, des décharges électriques, des piqûres, des élancements ou encore des fourmillements. Afin d'évaluer ces différentes manifestations, le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (voir Annexe II) est souvent utilisé. Cet outil permet d'exprimer de manière plus concrète des sensations subjectives propres à chaque individu, tout en facilitant l'orientation du diagnostic et la prise en soin adaptée du patient.

Le SDRC entraîne également des altérations vasomotrices. Parmi celles-ci, on observe fréquemment des troubles de la sudation, qui peuvent se manifester par une transpiration excessive ou, au contraire, par une diminution anormale de celle-ci. Une enflure localisée est également courante, se traduisant par un œdème accompagné de rougeurs et d'une sensation de chaleur. À l'inverse, certains patients présentent une coloration anormale du membre atteint, qui peut devenir bleuté, pâle, voire marbré, souvent associée à une sensation de froideur. Des

modifications trophiques sont également retrouvées, “la peau peut paraître brillante, sèche ou écailleuse” (F. Kirkpatrick, 2003). De plus, une hyperpilosité peut apparaître et les ongles deviennent souvent plus fragiles.

Les multiples symptômes évoqués précédemment induisent aussi d’importantes conséquences motrices. Parmi celles-ci, on observe une diminution de la mobilité, une limitation des amplitudes articulaires ainsi que divers dysfonctionnements moteurs, impactant considérablement la qualité de vie des patients. Selon F. Kirkpatrick (2003), un phénomène de rigidité articulaire peut apparaître et la diminution de la mobilisation prolongée peut favoriser le développement d’une atrophie musculaire. De plus, des tremblements ainsi que des spasmes peuvent survenir, parfois de manière sévère, rendant les gestes du quotidien particulièrement difficiles et invalidants.

Pour qu’un diagnostic de ce syndrome soit posé, ces différentes manifestations cliniques ne doivent pas être expliquées par une autre pathologie sous-jacente.

Enfin, le SDRC entraîne également des conséquences psychologiques importantes, notamment en ce qui concerne la perception corporelle. Selon Dat-Nhut Nguyen et Boucher (2010), le patient peut avoir l’impression que le membre affecté est considérablement enflé, même si l’œdème visible est en réalité minime. De plus, des troubles de l’image du corps peuvent survenir, amenant le patient à percevoir son membre comme étant plus long, plus court, plus gros ou plus petit qu’il ne l’est réellement. Cette altération de la perception corporelle rend difficile d’imaginer un mouvement simple du membre affecté, parfois accompagné de la sensation que ce mouvement serait douloureux, voire que le membre ne lui appartient plus. Sur le long terme, cette situation peut mener à des troubles proprioceptifs et affecter le schéma corporel, notamment en raison de la non-utilisation prolongée du membre affecté.

Le SDRC entraîne des conséquences physiques et psychologiques, pour autant, il ne faut pas négliger les multiples autres impacts qu’il peut avoir sur la vie des patients. En effet, cette pathologie peut engendrer des conséquences plus larges, influençant des aspects variés de la vie quotidienne. Les répercussions de ce syndrome sont variables et dépendent de plusieurs facteurs, “notamment la rapidité du diagnostic et de la prise en soins, la sévérité des symptômes, et la réponse au traitement” (Institut de lutte contre la douleur de Paris, 2024).

Les douleurs chroniques, notamment liées au SDRC, impactent énormément la routine quotidienne des patients. La douleur persistante limite la capacité à accomplir des tâches domestiques simples, telles que la préparation des repas, l'entretien du domicile ou encore les soins personnels, générant un stress permanent et aggravant l'état de santé général (F. Kirkpatrick, 2003). Une étude coréenne a révélé que 75 % des patients atteints d'un SDRC sont affectés dans leurs activités quotidiennes, leur humeur et leurs loisirs (Kang et al., 2012), ce qui témoigne de l'ampleur de ces difficultés. De plus, cette souffrance physique s'accompagne souvent de troubles du sommeil et de troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et des accès de colère (Dat-Nhut Nguyen & Boucher, 2010), qui aggravent encore leur qualité de vie.

Ce syndrome peut rendre incapable les sujets «à assumer leurs rôles familiaux et sociaux » (Serrie, 2015) amenant à la perte de leurs rôles antérieurs. Certains patients subissent un rejet ou une rupture avec leur entourage, tandis que d'autres sont surprotégés et infantilisés. Ces changements profonds dans la vie des patients peuvent altérer leur identité sociale et les amener à perdre les rôles qu'ils occupaient auparavant, amplifiant leur détresse psychologique et émotionnelle.

L'impact des douleurs chroniques sur le travail est tout aussi conséquent. Selon les études, environ deux tiers des patients atteints de douleurs chroniques subissent une réduction de leur productivité, avec 88 millions de journées de travail impactées chaque année, dont 48 millions en raison de l'absentéisme et 40 millions à cause du présentéisme (Mick et al., 2013). Environ 45 % (HAS, 2023) des patients sont concernés par des arrêts de travail, avec une durée moyenne de quatre mois par an. La douleur constante rend difficile l'accomplissement des tâches professionnelles, en effet, l'étude coréenne montre que les 75% des patients sont aussi impactés dans leurs capacités de travail (Kang et al., 2012). Il sera nécessaire pour eux d'avoir des adaptations de poste de travail ou des horaires. Toutefois, malgré ces ajustements, certains patients ne parviennent plus à exercer leur emploi, ce qui peut entraîner des licenciements ou des reconversions forcées.

La douleur du SDRC peut empêcher les individus d'assumer leurs rôles professionnels et sociaux, entraînant une consommation accrue de soins médicaux et une reconnaissance légale

d'invalidité dans certains cas. Ce syndrome entraîne des répercussions majeures sur la carrière et la stabilité professionnelle des individus qui en souffrent.

C. Parcours de soins d'un patient atteint du SDRC

En France, près de 70 % des personnes souffrant de douleurs chroniques ne bénéficient pas d'un traitement adapté, et moins de 3 % sont prises en soin dans une structure spécialisée dédiée à la douleur (HAS, 2023). Cette prise en soins insuffisante entraîne des répercussions majeures sur la qualité de vie des patients, aussi bien sur le plan personnel que professionnel.

Par ailleurs, la fréquence des hospitalisations liées à la douleur chronique, notamment celle liée au SDRC, connaît une augmentation significative (M. Econep, 2006). La douleur est également l'un des principaux motifs de consultation en médecine générale. Selon l'étude NHWS (Mick et al., 2013) menée en France, les patients souffrant de douleurs chroniques consultent en moyenne deux fois plus les professionnels de santé que la population générale (9 consultations contre 4,8). Ce recours fréquent aux soins illustre non seulement l'impact de la douleur sur le quotidien des patients, mais aussi les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir une prise en soins efficace et durable.

En France, les délais d'attente pour une première consultation spécialisée représentent un véritable obstacle pour une prise en soins optimale du SDRC. En effet, ils peuvent atteindre huit mois, voire plus, ce qui entraîne une aggravation de l'état de santé du patient, une majoration du handicap, une diminution des chances d'efficacité des traitements et une augmentation des coûts de soins (HAS, 2023).

Le parcours de soins d'un patient atteint du SDRC repose sur plusieurs étapes clés. La première mission des professionnels de santé est d'évaluer, de prendre en compte et de soulager la douleur, conformément au droit des patients. Selon la HAS (2023), le médecin généraliste joue un rôle central dans ce parcours en posant un premier diagnostic, en apportant des conseils et en orientant le patient vers des spécialistes adaptés à ses besoins. Le patient peut être dirigé vers une structure plus à même d'assurer une prise en soins complémentaire et contribuera à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé. Tel que les établissements de soins médicaux et

de réadaptation (SMR) qui doivent répondre aux besoins de soins liés aux maladies chroniques (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, 2022).

Cette prise en soins repose sur une approche interdisciplinaire impliquant divers professionnels de santé, chacun jouant un rôle spécifique dans l'accompagnement du patient. L'équipe médicale et paramédicale devra comprendre un médecin, des infirmiers, un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychologue, un psychomotricien, des professionnels spécialisés en activité physique adaptée, un assistant de service social, ainsi que d'autres spécialistes. Cette approche pluridisciplinaire garantit une prise en soins holistique, coordonnée et consentie essentielle pour optimiser le parcours de soins du patient atteint de SDRC et améliorer son bien-être au quotidien.

Une meilleure reconnaissance du SDRC, associée à un accès facilité aux structures spécialisées, permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients. La mise en place de parcours de soins structurés et la coordination entre les différents professionnels sont essentielles pour offrir une prise en soins efficace et adaptée à cette pathologie complexe.

Selon les études, la survenue du SDRC peut toucher des individus de tout âge. Toutefois, il est observé une hausse de l'incidence chez les jeunes adultes (Vincent & Wood, 2008). Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrerons sur cette tranche d'âge, en raison de l'âge de la patiente de la situation d'appel présentée précédemment.

II- Les occupations du jeune actif

La notion d'activité fait généralement référence à l'activité « rémunérée », impliquant un cadre légal et professionnel (Maurin, 2020). Selon l'Insee (2023), la population dite « active » se divise en deux catégories, d'une part, les personnes exerçant une activité professionnelle, appelées « actifs occupés » et d'autre part, celles en recherche d'emploi, au chômage. Une étude réalisée en 2023 indique que les personnes actives sont âgées de 15 à 64 ans. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 42,5 % sont considérés comme actifs (Insee, 2024).

A. Définition du jeune actif

L'Insee (2025) définit le « jeune actif » comme étant une personne âgée de 15 à 29 ans, c'est-à-dire en emploi ou au chômage selon les critères du Bureau international du travail. Le statut de jeune actif implique ainsi une transition entre la fin des études et une insertion professionnelle progressive.

Le jeune actif correspond donc à un jeune adulte, un concept qui recouvre une période clé de la vie marquée par la transition entre l'adolescence et l'âge adulte indépendant. Le concept de « jeune adulte » fait référence à une période critique du développement, caractérisée par des changements majeurs sur les plans personnel, social et professionnel. Les sociologues emploient parfois le terme plus large de « jeunesse » pour désigner cette période.

Toutefois, la définition de cette tranche d'âge varie selon les approches et les contextes d'analyse. Par exemple, Maurin (2022) indique que la jeunesse peut englober des individus âgés de 15 ans jusqu'à une trentaine d'années. Dans d'autres cadres, la catégorie des jeunes adultes est plus précisément délimitée. Ainsi, différentes définitions coexistent : certaines sources considèrent les jeunes adultes comme les individus âgés de 15 à 24 ans, tandis que d'autres, de 18 à 24 ans ou encore de 18 à 29 ans. La tranche d'âge change en fonction des objectifs de l'étude ou des critères retenus. Ces variations montrent que la jeunesse ne se résume pas à une simple question d'âge, mais qu'elle est aussi en lien avec une construction sociale influencée par de nombreux facteurs, tels que les dynamiques économiques, éducatives et culturelles. En effet, la perception et la définition du jeune adulte évoluent en fonction des contextes historiques, des structures familiales et des opportunités professionnelles.

Historiquement, en 1980, l'entrée dans la jeunesse se définissait par l'âge médian de fin des études, d'obtention du premier emploi stable et du départ du foyer parental qui se situait autour de 20 ans (Maurin, 2022).

Dans le cadre de cette analyse, la population retenue sera celle des jeunes actifs âgés de 18 à 24 ans. Cette délimitation fait le lien avec la situation d'appel et correspond en moyenne à la période marquant la fin des études et l'entrée dans la vie professionnelle, constituant ainsi une étape clé du passage à l'âge adulte.

B. Ses occupations

Comme expliqué précédemment, le jeune actif se situe dans une phase marquée par de nombreux changements qui influencent différents aspects de sa vie. Ces changements concernent plusieurs dimensions, notamment le développement physique, psychologique, social, économique et occupationnel. Elle peut être perçue comme une période d'adaptation intense où l'individu doit réajuster ses habitudes et ses repères pour s'intégrer dans un nouvel environnement de vie et de travail.

Le terme « occupation » désigne l'ensemble des activités qu'un individu réalise au cours de sa journée et ont un sens pour lui (Rousset, 2023). La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2017) souligne que ces occupations jouent un rôle fondamental dans la construction identitaire et dans le sentiment de bien-être car elles offrent un sens et un but à la vie. Ces occupations se répartissent en trois catégories principales : la vie quotidienne comme l'hygiène, l'alimentation et le sommeil, les loisirs et la productivité qui par exemple peut correspondre au travail (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2008). De plus, les occupations sont dynamiques, car elles dépendent de l'interaction entre divers facteurs tels que la motivation, les habitudes, les rôles sociaux, les capacités individuelles et l'environnement dans lequel l'individu évolue (Kielhofner, 2008, cité par Morel-Bracq, 2017).

Nous pouvons faire le lien avec le jeune actif, car celui-ci entre dans une nouvelle dynamique occupationnelle. En effet, la personne explore différents aspects de son identité et cherche à construire un mode de vie qui lui correspond. Il se situe entre la dépendance familiale et l'indépendance économique et résidentielle. Ce passage est souvent marqué par un départ du domicile parental pour s'installer ailleurs. Cela est lié à sa recherche d'autonomie, d'indépendance et son souhait de liberté afin de faire ses propres choix, néanmoins, ils peuvent être perçus comme instables en raison des fluctuations de carrière, des changements de logement et des ajustements financiers qui l'accompagnent (Arnett, 2000).

Dans cette dynamique, le jeune actif navigue entre les attentes de son environnement et ses aspirations personnelles. Il doit composer avec les exigences du monde du travail, les responsabilités financières et les interactions sociales, tout en affirmant ses valeurs et ses projets

personnels. Cette position peut générer des tensions et des dilemmes, mais elle est également porteuse d'opportunités de croissance et d'affirmation de soi.

Les occupations associées au jeune actif sont multiples et reflètent les transitions personnelles, sociales et professionnelles propres à cette période de la vie. D'après Erikson (1950), le jeune actif cherche à établir des relations affectives profondes et durables, que ce soit dans le cadre amical ou amoureux. Cette phase est marquée par une prise de conscience des enjeux sociétaux et politiques, ainsi que par la construction de valeurs sociales (Dubet, 2019). Les jeunes peuvent ainsi s'engager dans des causes qui résonnent avec leurs convictions morales, telles que l'adhésion à des associations, des mouvements militants ou religieux.

Par ailleurs, ce jeune est influencé par des enjeux socio-économiques majeurs, notamment l'entrée dans le monde du travail ou la poursuite des études supérieures, ainsi que par des questions identitaires liées à la transition vers l'indépendance (Bynner & Parsons, 2002). Ainsi, le jeune actif se situe à un croisement entre développement personnel, les exigences sociales et économiques (Dubet, 2019).

C. Les enjeux de l'insertion professionnelle

L'insertion des jeunes actifs dans le monde du travail demeure un enjeu majeur, car elle conditionne leur autonomie financière et leur intégration sociale. Cependant, cette transition est souvent marquée par de nombreuses incertitudes et difficultés. Nombre d'entre eux connaissent des trajectoires fluctuantes, alternant entre périodes de formation, de chômage et d'emplois précaires. Cette instabilité peut impacter leur bien-être psychologique, générant du stress et un sentiment d'insécurité quant à leur avenir professionnel.

Selon l'Insee (2023), en 2022, le taux d'emploi des jeunes âgés de 15 à 24 ans s'élevait à 34,9 %, tandis que 7,9 % de cette tranche d'âge étaient en situation de sous-emploi, et 22,5 % travaillaient à temps partiel. Ces chiffres traduisent une certaine fragilité du marché de l'emploi pour cette catégorie de la population, qui peine à accéder à des emplois stables et à temps plein.

Le chômage constitue un frein majeur pour les jeunes adultes. En 2014, il concernait 18,3 % des jeunes actifs de 15 à 29 ans (Galtier & Minni, 2015) et en 2023, le taux de chômage des

15 à 24 ans atteignait 17,2 % (Insee, 2025). De plus, la précarité de l'emploi est une autre difficulté majeure. En 2023, 53 % des jeunes de 15 à 24 ans occupaient un emploi temporaire, notamment sous la forme de contrats à durée déterminée, d'intérim ou de stages (Insee, 2025). En 2014, 35 % des salariés de 15 à 29 ans étaient en contrat temporaire, y compris les apprentis (Galtier & Minni, 2015). Cette précarité s'explique en partie par la méfiance des employeurs à embaucher durablement des jeunes actifs peu expérimentés, mais aussi par la nature même du marché du travail.

La situation économique des jeunes reste également préoccupante. En 2018, 22,7 % des jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans se trouvaient en situation de pauvreté (Insee, 2021). La précarité de l'emploi, associée à des rémunérations souvent faibles et à des coûts de vie élevés (logement, transport, alimentation), accentue les difficultés économiques de cette population. Beaucoup de jeunes adultes, environ 38 %, doivent ainsi compter sur des aides sociales et 70 % sur une aide financière familiale régulière pour subvenir à leurs besoins, retardant leur accès à l'indépendance financière (Insee, 2016).

En somme, bien que l'entrée dans le monde du travail représente une phase décisive, elle demeure semée d'embûches pour une grande partie des jeunes actifs. La précarité des emplois, le chômage élevé et les difficultés économiques sont autant de défis à relever pour garantir une insertion professionnelle plus stable et épanouissante.

D. La survenue d'un SDRC dans l'insertion professionnelle du jeune actif

En plus des difficultés liées à l'insertion professionnelle elle-même, lorsqu'un jeune actif est atteint d'un SDRC, cette insertion peut être considérablement entravée. Cette pathologie engendre des limitations physiques et psychologiques qui compliquent à la fois l'accès à l'emploi et le maintien dans un poste de travail (Aegler & Satink, 2009). Il devient alors essentiel de comprendre les défis rencontrés par ces jeunes et d'identifier les stratégies d'adaptation permettant de favoriser leur inclusion professionnelle.

Dans un contexte de douleur chronique, les attentes multiples en matière d'autonomie sur le plan personnel sont particulièrement difficiles à atteindre. Elles fragilisent la confiance en soi des jeunes actifs, notamment lorsqu'ils doivent, en parallèle, débiter un nouvel emploi.

Cette double pression : personnelle et professionnelle, peut accroître leur vulnérabilité et entraver davantage leur parcours d'insertion.

Le SDRC impacte cette insertion de plusieurs façons. D'abord, la douleur chronique et les troubles moteurs réduisent la capacité à accomplir certaines tâches professionnelles, rendant l'exercice d'un emploi difficile. De plus, les conséquences psychologiques associées à cette condition, telles que l'anxiété et la dépression, affectent la motivation et la confiance en soi, limitant ainsi l'engagement dans la recherche d'emploi (Rosenbloom et al., 2017). Ces éléments peuvent conduire à une instabilité professionnelle et à une précarisation des jeunes actifs atteints de ce syndrome.

Qui plus est, la perception des employeurs constitue un frein supplémentaire. La crainte de fréquentes absences dues aux consultations médicales et aux périodes de repos nécessaires peut susciter une réticence à embaucher ces jeunes travailleurs. Des adaptations spécifiques du poste de travail, telles que des aménagements ergonomiques et des horaires flexibles, sont souvent requises pour favoriser un environnement adapté aux besoins de la personne atteinte de SDRC (Murray et al., 2020). Ces facteurs complexifient encore davantage l'accès à l'emploi et le maintien dans un poste durable.

Face à ces difficultés, le décret de 1998 (Articles R323-9 à R323-11, 1998), impose une Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés pour les entreprises de 20 salariés et plus, fixée à 6 % de leur effectif total. Pour bénéficier de ce cadre légal, le travailleur doit être reconnu comme une personne en situation de handicap à travers différentes catégories, tels que :

- Avoir la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé,
- Avoir une incapacité permanente d'au moins 10% à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
- Avoir la pension d'invalidité dont l'invalidité réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail,
- Être bénéficiaire d'un emploi réservé,
- Être titulaire de la carte d'invalidité,
- Être titulaire de l'allocation aux adultes handicapés.

(Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique, 2023)

Cette mesure permet de garantir un accès à l'emploi plus équitable. Cependant, la simple reconnaissance administrative ne suffit pas toujours à pallier les défis rencontrés. L'accompagnement personnalisé des jeunes atteints de SDRC est indispensable pour optimiser leur insertion professionnelle. Des programmes de réadaptation professionnelle permettent de développer des compétences en accord avec les limitations fonctionnelles du jeune actif (Aegler & Satink, 2009).

L'intégration professionnelle des jeunes actifs atteints de SDRC ne repose pas uniquement sur l'accès à l'emploi, mais également sur la mise en place d'une transition occupationnelle réussie. Cette transition implique une adaptation progressive aux exigences du marché du travail tout en tenant compte des capacités et des limitations de l'individu. Le développement de stratégies de gestion de la douleur, l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles et la sensibilisation des employeurs à la réalité du SDRC sont autant d'éléments clés permettant d'améliorer cette transition (Rosenbloom et al., 2017).

III- Transition occupationnelle lors de l'insertion professionnelle du jeune actif atteint de SDRC

L'insertion professionnelle des jeunes actifs atteints d'un SDRC est donc un enjeu majeur. Cette transition occupationnelle est difficile, toutefois, en France certaines structures spécialisées dans le handicap soutiennent cette insertion en offrant un accompagnement adapté.

A. Les structures d'accompagnement

Le terme d'accompagnement apparaît au niveau des années 60 à 80 dans le secteur médico-social puis il est adapté aux autres secteurs. Selon Zribi (2017), il se définit comme une relation fondée sur la communication, la participation et la co-construction de solutions entre les professionnels et les usagers. Cette relation peut s'effectuer dans un institut, un service ou au domicile. Gaston Pineau (1998) amène, en plus, la notion de durée, en expliquant que cette relation se base sur un début et des suites. Selon Le Bouëdec (2007), "l'accompagnement" se comprend lorsqu'on le met en opposition aux autres postures éducatives. Il définit quatre

postures éducatives : posture d'autorité, posture contractuelle, posture d'animation et posture d'accompagnement.

- La posture d'autorité : le professionnel se positionne au-dessus de l'utilisateur, elle permet de transmettre les idées, de former l'utilisateur et de montrer l'expertise du professionnel.
- La posture contractuelle : le professionnel se positionne derrière l'utilisateur pour être ouvert aux propositions et négocier avec l'utilisateur. Elle met en jeu la responsabilité de tous les participants.
- La posture d'animation : le professionnel est au milieu, il ne participe pas mais il est plutôt au service du groupe, en l'organisant et en régulant les dynamiques.
- La posture d'accompagnement : le professionnel se positionne aux côtés de l'utilisateur et intervient dans des situations précises telles que les transitions, les changements extrêmes, les crises etc. Il va sur une durée et dans un cadre institutionnel montrer un engagement soutenu pour l'utilisateur.

Les structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle peuvent être définies comme des instituts intervenant auprès des jeunes actifs dans leur transition vers le travail en prodiguant des conseils, en proposant des formations et en prenant en compte leurs attentes, de leurs besoins et de leurs capacités. Les jeunes actifs sont suivis par les divers professionnels de ces structures jusqu'à ce qu'ils soient sur un poste.

En France, certains dispositifs spécialisés dans le handicap ont été mis en place pour accompagner ces jeunes dans leurs insertions professionnelles. Tels que :

- L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique jouent un rôle essentiel en proposant des aides financières destinées à l'adaptation des postes de travail dans les secteurs privé et public. Ces aides permettent de compenser certaines contraintes liées au handicap, facilitant ainsi l'accès et le maintien dans l'emploi. Grâce à ces dispositifs, les employeurs sont davantage incités à embaucher des personnes en situation de handicap et à mettre en place des aménagements adaptés à leurs besoins.

- Cap emploi et le Dispositif d'emploi accompagné apportent un accompagnement personnalisé aux personnes en situation de handicap dans leur recherche d'emploi. Ces dispositifs, soutenus par le ministère du Travail et de l'Emploi, agissent au même titre que France Travail pour offrir des conseils, un suivi individualisé et un appui spécifique aux demandeurs d'emploi. Leur mission est d'accompagner ces personnes à chaque étape de leur parcours d'insertion professionnel, en tenant compte de leurs compétences et des exigences du marché du travail.
- Les Établissements et Services d'Aide par le Travail constituent également une solution essentielle pour les personnes en situation de handicap souhaitant exercer une activité professionnelle dans un cadre protégé. Ces établissements leur permettent de développer des compétences professionnelles tout en bénéficiant d'un environnement adapté à leurs capacités. Ils favorisent ainsi l'autonomie et la socialisation, tout en offrant des opportunités de travail adaptées aux besoins spécifiques de chaque individu.
- Le Groupe SOS et l'Association Comète France contribuent également à l'accompagnement des jeunes en situation de handicap vers l'emploi. Elles mettent en place des programmes de formation, de réinsertion et d'accompagnement médico-social pour faciliter la transition entre le parcours de soin et l'insertion professionnelle.

L'ensemble de ces dispositifs et structures visent à promouvoir l'accès à l'emploi et à assurer le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, en offrant un soutien holistique et adapté à chacun. Dans cette optique, il a été décidé de se concentrer sur une seule structure pour mieux comprendre son rôle et ses missions. L'association Comète France a été choisie en raison de son expertise dans l'insertion professionnelle des personnes entrant en SMR, une structure intégrée au parcours de soins des patients atteints d'un SDRC.

Cette association œuvre pour l'inclusion sociétale des personnes en situation de handicap en milieu professionnel. Elle intervient dès la phase d'hospitalisation en SMR afin d'élaborer, en collaboration avec le patient, un projet professionnel adapté à son état de santé, dans le but de prévenir les risques de désinsertion professionnelle (Comète France, 2015).

Dubois et al. (2016), présente l'unité Comète France comme un modèle reposant sur une approche pluridisciplinaire et une collaboration étroite avec les entreprises ainsi que les organismes de maintien dans l'emploi. Cette démarche est également appuyée par la HAS (2011), qui recommande son intégration au sein des établissements de soins de suite et de réadaptation.

En 2023, Comète France a poursuivi son engagement avec un réseau de 43 unités d'insertion socio-professionnelle réparties dans 56 établissements de soins adhérents, mobilisant près de 500 professionnels. Ces équipes ont accompagné environ 9 800 patients, où 89 % des projets d'insertion aboutissent à une intégration en milieu ordinaire de travail et 86 % des personnes sont toujours en poste deux ans après leur (re)insertion professionnelle (Comète France, 2023).

En 2023, Comète France a renforcé son engagement en développant un réseau de 43 unités d'insertion socio-professionnelle réparties dans 56 établissements de soins adhérents, mobilisant près de 500 professionnels. Ces équipes jouent un rôle clé dans l'accompagnement des patients, avec des résultats significatifs : environ 9 800 patients ont été suivis, et 89 % des projets ont abouti à une insertion professionnelle. De plus, 86 % des personnes insérées étaient toujours en poste deux ans après leur (re)insertion professionnelle (Comète France, 2023). Ces chiffres témoignent de l'importance et de l'efficacité des professionnels impliqués dans ce processus, dont l'expertise et l'engagement sont essentiels pour assurer la réussite et la pérennité de l'insertion des patients.

B. Les professionnelles

Au sein du réseau Comète France, les équipes sont composées de divers spécialistes, notamment des médecins en médecine physique et de réadaptation, des ergonomes, des ergothérapeutes, des psychologues du travail et des assistants de service social. Cette diversité de compétences permet d'aborder de manière holistique les défis liés à la réinsertion professionnelle des patients. Les professionnels collaborent étroitement pour évaluer les capacités et les aspirations de chaque individu, élaborer des plans d'action adaptés et soutenir leur mise en œuvre. Cette approche coordonnée favorise des solutions réalistes et personnalisées, alignées sur la volonté des patients de (re)travailler.

L'intervention précoce est cruciale pour prévenir les ruptures professionnelles dues à l'état de santé. En initiant l'accompagnement dès la phase d'hospitalisation, les professionnels peuvent identifier rapidement les obstacles potentiels à la réinsertion et mettre en place des stratégies pour les surmonter. Cette démarche proactive réduit le temps entre la sortie de l'hôpital et la reprise d'une activité professionnelle, augmentant ainsi les chances de succès. Une étude souligne l'intérêt de cette démarche précoce pour favoriser la réinsertion des personnes en situation de handicap hospitalisées en médecine physique et de réadaptation (Dubois et al., 2016).

Par ailleurs, la douleur chronique constitue un frein majeur à l'insertion professionnelle. Des recherches indiquent que la prise en soins adaptée de la douleur, notamment via des approches multidimensionnelles, améliore les perspectives de retour à l'emploi (Aegler & Satink, 2009 ; Murray et al., 2020).

Le rôle des professionnels dans des structures comme Comète France est déterminant pour la réussite des parcours de réinsertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap. Leur collaboration étroite, leur intervention précoce et leur expertise spécifique permettent d'offrir un accompagnement personnalisé, augmentant significativement les chances d'insertion professionnelle.

C. Ergothérapie et transition occupationnelle

Selon Blair (2000), « les transitions occupationnelles sont définies comme une interruption dans la vie d'une personne créant une discontinuité nécessitant ainsi l'établissement d'un nouvel équilibre de vie ». Ces transitions ont lieu tout au long de la vie, que ce soit lors de l'adolescence, de la retraite ou d'autres étapes majeures. D'après Townsend et Polatajko (2013), il existe trois types de transitions occupationnelles, dont le vécu est influencé par la culture, les valeurs, les croyances et les habitudes de chacun :

- Les macro-transitions, qui correspondent à des changements dans les occupations dans un contexte particulier afin de répondre à de nouvelles contraintes socioculturelles (retraite, adolescence, mariage, maternité, etc.).

- Les méso-transitions, qui concernent les passages entre différentes occupations (changement de routine entre les jours de travail et de congé).
- Les micro-transitions, qui regroupent le fait de renouer, arrêter une occupation, ou en choisir une nouvelle, mais toujours dans le même contexte (on ne touche alors qu'à une seule caractéristique de l'occupation).

Dans le cas des jeunes adultes atteints de SDRC, l'insertion professionnelle s'apparente à une macro-transition occupationnelle. Elle constitue un bouleversement nécessitant une adaptation pour répondre aux contraintes spécifiques liées à la condition médicale et aux exigences professionnelles.

Lorsque l'insertion professionnelle aboutit, cette transition permet la création d'un nouvel équilibre occupationnel où la personne peut harmoniser ses occupations (de vie quotidienne, de loisir et productives). Dans le cas contraire des obstacles peuvent apparaître, tels que des situations d'injustice occupationnelle. Cela inclut l'exclusion ou la limitation des opportunités professionnelles, souvent aggravées par les douleurs chroniques et les restrictions fonctionnelles liées au SDRC.

Les ergothérapeutes occupent une place centrale dans ce processus. Leur expertise en analyse des activités et en adaptation de l'environnement de travail est essentielle pour concevoir des solutions sur mesure qui tiennent compte des limitations fonctionnelles des patients tout en valorisant leurs compétences. En collaborant avec les autres membres de l'équipe, les ergothérapeutes contribuent à élaborer des plans d'action qui facilitent une réinsertion durable et épanouissante. Une recherche a mis en avant le rôle de l'ergothérapeute dans l'insertion professionnelle, en tant que "job coach" (Dumay et al., 2019). L'ergothérapeute, ayant une connaissance de l'individu sous toutes ses dimensions, peut aussi intervenir sur la capacité de la personne à agir. Dans les projets d'insertion professionnelle, il peut assurer plusieurs missions essentielles :

- Évaluation de la personne (capacités et incapacités) en proposant des mises en situations écologiques,
- Aménagement du poste de travail en collaboration avec l'ergonome (adaptations, aides techniques),

- Soutien à la prise de confiance en soi et amélioration de l'estime de soi.

Le Worker Role Interview (WRI), outil issu du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), pourrait servir de base pour évaluer les capacités et les attentes du patient en vue d'un futur emploi. En effet, cet outil prend en considération les facteurs psychosociaux ainsi que l'environnement de travail, en lien avec les aptitudes de la personne, ses préférences professionnelles et ses aspirations, qui peuvent soutenir ou non ces facteurs. Le WRI permet d'évaluer le rôle de travailleur de l'individu dans une perspective temporelle englobant le passé, le présent et le futur (Université Laval, 2020). Ainsi, la prise en soins en ergothérapie visera à faciliter cette macro-transition occupationnelle et à éviter une rupture dans l'équilibre occupationnel du jeune actif atteint de SDRC.

Compte tenu de l'ensemble des sphères impactées chez ces jeunes, qu'elles soient physiques, psychologiques, sociales ou occupationnelles, le MOH apparaît comme le modèle le plus pertinent pour appréhender et accompagner cette transition complexe. Il considère l'individu dans sa globalité et offre une lecture approfondie des facteurs facilitants ou limitants dans le parcours d'insertion professionnelle, en articulant les besoins personnels avec les exigences du contexte de travail.

D. Modèle conceptuel : MOH

Le MOH fait partie des modèles généraux élaborés par des ergothérapeutes. Il a été inventé par Gary Kielhofner dans la fin des années 80. Ce modèle se base sur le concept d'occupation humaine, défini par Kielhofner, comme « une large gamme d'activités, productives, loisirs et de la vie quotidienne réalisée dans un contexte physique, temporel et socio-culturel » (Kielhofner, 2008, cité par Morel-Bracq, 2017). Ce modèle offre « une vision détaillée et intégrative de la personne à travers l'occupation. » (Manidi et al., 2006).

Le MOH est décrit en trois grandes catégories, l'Être, l'Agir et le Devenir. Elles sont en constante interaction entre elles. Le modèle est dynamique, en effet, la présentation de la personne change selon l'impact d'une composante sur l'autre. « L'Être regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir l'Agir. Le Devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir » (Morel-Bracq, 2017). Le Devenir correspond à comment la « personne arrive à

s'adapter à ses occupations » (Morel-Bracq, 2017). Chaque catégorie est divisée en plusieurs parties.

L'Être représente la dimension intrinsèque de la personne, façonnée par trois éléments fondamentaux : la volition, l'habitation et la capacité de performance. La volition regroupe les valeurs, les centres d'intérêt et les motivations personnelles qui guident les choix et les actions d'un individu. L'habitation correspond aux habitudes et aux rôles sociaux adoptés au fil du temps, structurant ainsi la routine quotidienne et influençant la manière dont la personne interagit avec son environnement. Enfin, la capacité de performance repose sur des composantes objectives, telles que les capacités physiques et cognitives, ainsi que sur des expériences subjectives du corps, qui contribuent à la perception de soi et à l'engagement dans les activités de la vie quotidienne.

L'Agir, quant à lui, se manifeste à travers l'engagement actif de la personne dans son environnement et ses occupations. Il comprend la participation occupationnelle, qui englobe l'ensemble des activités réalisées par une personne dans sa vie quotidienne, professionnelle ou sociale. La performance occupationnelle correspond à l'exécution concrète des tâches liées à ces occupations, mettant en jeu des compétences et des stratégies adaptées à chaque situation. Enfin, les habiletés jouent un rôle central dans la réalisation des occupations et se déclinent en plusieurs catégories : motrices, pour le contrôle et l'exécution des mouvements ; opératoires, pour la planification et l'organisation des actions ; et communicatives et interactives, pour les échanges avec autrui et la coordination sociale.

Le Devenir, enfin, illustre la dynamique évolutive de l'individu à travers trois composantes majeures : l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle et l'adaptation. L'identité occupationnelle reflète ce que la personne est et aspire à devenir, en fonction de ses valeurs, de ses expériences et de ses objectifs. La compétence occupationnelle traduit la capacité de l'individu à agir en cohérence avec son identité, en développant et mobilisant les compétences nécessaires à son épanouissement. L'adaptation, enfin, témoigne de l'équilibre entre l'identité et les compétences de la personne, garantissant une cohérence entre ce qu'elle est, ce qu'elle fait et ce qu'elle souhaite devenir.

Ces catégories sont en perpétuelle interaction, mais il est important de rappeler que la personne évolue toujours dans un contexte environnemental. En effet, ces composantes n'interagissent pas uniquement entre elles, mais elles sont aussi en lien avec l'environnement. Celui-ci se divise en deux aspects : le physique, qui concerne les objets et l'espace matériel, et le social, qui englobe les relations humaines et les aspects socioculturels. L'environnement offre à la personne des opportunités, des ressources, des demandes, des exigences et des contraintes, qui influencent directement sa participation et son engagement dans diverses activités. (Morel-Bracq, 2017)

Selon Morel-Bracq (2017), Le Modèle de l'Occupation Humaine « peut être utilisé dans tous les contextes thérapeutiques », soulignant ainsi sa pertinence pour accompagner les jeunes actifs atteint d'un SDRC dans leur insertion professionnelle. En effet, le MOH offre un cadre d'analyse permettant de saisir au mieux la complexité des situations vécues par ces jeunes. En prenant en compte les différentes dimensions de l'occupation, ce modèle permet d'identifier les leviers et les freins à l'engagement dans une activité professionnelle. Le MOH met en évidence l'importance des motivations, des routines de vie, ainsi que des capacités fonctionnelles, souvent altérées par le SDRC. De plus, il souligne la nécessité de tenir compte de ces facteurs notamment lors d'une démarche d'insertion professionnelle.

Au-delà de la compréhension de la personne, ce modèle invite également à intégrer l'impact de l'environnement, qu'il soit physique ou socioculturel, sur la participation occupationnelle. Cela est d'autant plus crucial dans le cas du SDRC, où l'accès à l'emploi peut être compromis par la douleur, la fatigue ou encore les appréhensions des employeurs face au handicap. Le MOH permet ainsi de co-construire, avec le jeune actif, un parcours de soins personnalisé et adapté à ses capacités actuelles et à ses aspirations. Ce parcours tient également compte de son projet d'insertion professionnelle ainsi que des exigences du monde du travail. Ce modèle peut ainsi constituer un outil pertinent pour favoriser l'autodétermination, restaurer la confiance en soi et soutenir l'émergence d'une identité professionnelle cohérente, malgré les limitations liées au syndrome. Dans ce contexte, l'utilisation du MOH favorise une transition occupationnelle progressive pour le jeune actif en prenant en compte ses besoins, ses attentes, ses contraintes et son projet de vie.

Processus de problématisation et hypothèses de recherche

Il convient de rappeler, que cette initiation à la recherche s'articule autour de la question de départ suivante : « Comment les ergothérapeutes accompagnent-ils les jeunes adultes atteints d'un SDRC dans leur insertion professionnelle afin de favoriser leur transition occupationnelle ? ». L'analyse de la littérature ainsi que les recherches menées, ont progressivement permis d'enrichir la réflexion initiale en y intégrant de nouveaux concepts et en approfondissant la compréhension des enjeux liés à cette thématique.

Les données théoriques montrent que le SDRC est une maladie rare caractérisée par une douleur chronique régionale continue, intense et souvent disproportionnée, pouvant survenir après un traumatisme ou en lien avec une atteinte nerveuse (CIM-11, 2024 ; Vincent & Wood, 2008). Cette pathologie affecte la qualité de vie globale, en induisant des répercussions sensibles (allodynie, hyperalgésie), motrices (rigidités, spasmes), vasomotrices (œdème, troubles trophiques) et psychologiques (altération de l'image corporelle, troubles anxiodépressifs) (Dat-Nhut Nguyen & Boucher, 2010 ; Kirkpatrick, 2003). Environ 75 % des patients atteints rapportent une altération de leurs activités quotidiennes, professionnelles et sociales (Kang et al., 2012). Le retard au diagnostic, les difficultés d'accès aux soins spécialisés et la méconnaissance du syndrome contribuent à l'aggravation de ces troubles (HAS, 2023).

En parallèle, la population des jeunes actifs, définie par l'Insee (2025) comme les 15 à 29 ans en emploi ou en recherche, se trouve à une étape charnière de transition entre la fin des études et l'entrée dans la vie professionnelle. Cette période est marquée par une quête d'autonomie, des changements de statut et une instabilité sociale et économique (Maurin, 2022 ; Dubet, 2019). L'occupation, comprise au sens ergothérapique comme l'ensemble des activités qui donnent sens à la vie (Rousset, 2023), joue un rôle central dans la construction identitaire de ces jeunes (WFOT, 2017). L'insertion professionnelle est alors non seulement une nécessité économique, mais également un enjeu existentiel et social.

La survenue de ce syndrome à cette période peut altérer fortement la trajectoire professionnelle. Le jeune actif confronté à des limitations physiques et psychologiques voit sa capacité d'action réduite, sa confiance en soi fragilisée et son identité sociale remise en question (Rosenbloom et al., 2017 ; Murray et al., 2020). L'instabilité qui caractérise déjà cette phase de

vie est exacerbée, créant un risque élevé d'injustice occupationnelle, c'est-à-dire d'exclusion ou de restriction injustifiée dans l'accès aux occupations comme un nouvel emploi (Townsend & Polatajko, 2013).

L'approche de l'ergothérapie est particulièrement adaptée pour répondre à cette problématique. À travers une évaluation centrée sur la personne, les ergothérapeutes interviennent pour analyser les capacités, ajuster l'environnement et accompagner l'individu dans son parcours d'insertion. Dans ce contexte, le MOH constitue un cadre pertinent. Ce modèle prend en compte l'interaction entre l'Être (volition, habitudes, capacités), l'Agir (participation, habiletés) et le Devenir (identité, adaptation), en lien constant avec l'environnement physique et socioculturel (Morel-Bracq, 2017). Il permet une compréhension globale du jeune adulte atteint de SDRC et des multiples facteurs influençant son insertion.

Le WRI, outil issu du MOH, permet de recueillir des informations qualitatives sur les valeurs, les motivations et les représentations du rôle de travailleur, tout en intégrant les dimensions contextuelles. Il s'avère ainsi utile pour évaluer les freins et les ressources à mobiliser dans le projet professionnel du jeune (Université Laval, 2020).

De plus, la transition occupationnelle est définie comme une réorganisation des routines de vie dans des périodes de changement, telles que l'insertion professionnelle, la maladie ou la réadaptation (Blair, 2000). Dans le cadre du SDRC, cette transition est souvent contrainte et nécessite un accompagnement individualisé, mobilisant l'expertise interdisciplinaire d'équipes comme celles du réseau Comète France. Ces structures spécialisées dans l'insertion des patients en SMR mettent en place des projets professionnels personnalisés dès l'hospitalisation (Comète France, 2023), en lien avec les ergothérapeutes, psychologues, médecins et assistants sociaux (Dubois et al., 2016).

La conceptualisation du sujet de recherche établit des liens entre divers concepts, ce qui a conduit à l'émergence de la problématique de recherche suivante :

Comment l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine peut-il permettre à l'ergothérapeute d'accompagner la transition occupationnelle du jeune actif atteint d'un Syndrome Douloureux Régional Complexe ?

A partir de cette problématique, nous pouvons faire ressortir deux hypothèses de recherches, conformément à la méthode hypothético-déductive. La littérature met en lumière que les jeunes actifs atteints d'un SDRC rencontrent des obstacles majeurs dans leur transition vers le monde professionnel, notamment en raison de la douleur chronique, des limitations fonctionnelles. Ces facteurs peuvent entraîner une forme d'injustice occupationnelle, réduisant leur participation et leur capacité à s'inscrire pleinement dans des activités socialement valorisées. Ainsi, pour soutenir cette transition complexe, il semble pertinent que l'ergothérapeute mobilise des outils spécifiques comme le WRI afin d'explorer la motivation, les valeurs et les attentes du jeune actif (hypothèse 1), tout en adaptant l'environnement professionnel en tenant compte de l'ensemble de ses dimensions personnelles, sociales et fonctionnelles, pour faciliter une insertion cohérente et durable (hypothèse 2).

A partir de cette problématique, nous pouvons faire ressortir deux hypothèses de recherches, conformément à la méthode hypothético-déductive. La littérature met en lumière que les jeunes actifs atteints d'un SDRC rencontrent des obstacles majeurs dans leur transition vers le monde professionnel, notamment en raison de la douleur chronique, des limitations fonctionnelles. Ces facteurs peuvent entraîner une forme d'injustice occupationnelle, réduisant leur participation et leur capacité à s'inscrire pleinement dans des activités socialement valorisées. Ainsi, pour soutenir cette transition complexe, il semble pertinent que l'ergothérapeute mobilise des outils spécifiques comme le WRI afin d'explorer la motivation, les valeurs et les attentes du jeune actif (hypothèse 1), tout en adaptant l'environnement professionnel en tenant compte de l'ensemble de ses dimensions personnelles, sociales et fonctionnelles, pour faciliter une insertion cohérente et durable (hypothèse 2).

- Hypothèse 1 : L'ergothérapeute utilise le WRI dans le cadre de l'accompagnement du jeune actif atteint du SDRC dans sa transition occupationnelle vers son insertion professionnelle.
- Hypothèse 2 : En tenant compte de la volition, l'ergothérapeute adapte l'environnement professionnel du jeune actif atteint de SDRC afin de favoriser son accompagnement et son insertion professionnelle.

Dispositif méthodologique

La méthodologie désigne l'ensemble des principes, des théories et des justifications qui orientent le choix des méthodes de recherche. Selon Kalika et al. (2021), la méthodologie ne se réduit pas à un simple ensemble de techniques, mais inclut également une réflexion sur les fondements théoriques et les valeurs sous-jacentes à la recherche. Elle constitue un cadre épistémologique permettant de situer la recherche dans un contexte plus large, d'identifier les problématiques centrales et d'établir des liens entre la question de recherche et les outils choisis.

I- La méthode

Les méthodes, quant à elles, se réfèrent aux techniques spécifiques utilisées pour collecter et analyser les données dans le cadre d'une étude. Lejeune (2019) distingue deux grandes familles de méthodes : les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives. Les premières visent à mesurer des phénomènes et à établir des relations entre variables à travers des données numériques, tandis que les secondes se concentrent sur l'analyse des phénomènes sociaux à partir de données textuelles, visuelles ou verbales, permettant une exploration plus approfondie et nuancée.

La méthode qualitative est particulièrement adaptée à l'étude de phénomènes complexes impliquant les perceptions, les expériences et les interactions sociales, comme l'accompagnement de jeunes actifs atteints d'un SDRC dans leur transition vers l'insertion professionnelle. Cette approche permet de comprendre en profondeur la manière dont les individus donnent du sens à leur environnement et à leur vécu. Comme le soulignent Alami et al. (2019) et Lejeune (2019), l'approche qualitative repose sur des techniques telles que les entretiens approfondis, les observations participantes et l'analyse de contenu, qui offrent une vision détaillée des points de vue des participants dans leur contexte spécifique. Cette méthode, basée sur les entretiens, permet ainsi de mieux comprendre comment les ergothérapeutes mobilisent leurs savoirs, s'adaptent aux besoins spécifiques des jeunes atteints de SDRC et perçoivent leur impact sur le processus de réadaptation professionnelle.

Une autre caractéristique importante des méthodes qualitatives est leur capacité à s'adapter à des contextes de recherche spécifiques. En effet, comme le soulignent Lejeune (2019) et

Dumez (2016), cette méthode offre une grande flexibilité, permettant au chercheur d'ajuster ses techniques en fonction des besoins de la recherche et des évolutions de la problématique au fur et à mesure des découvertes. Ainsi, cette méthode permet non seulement de recueillir des données détaillées, mais aussi de s'adapter aux particularités du contexte de la recherche.

II- L'approche hypothético-déductive

L'approche hypothético-déductive, selon Lejeune (2019), consiste à formuler des hypothèses basées sur la revue de la littérature, puis à les tester en utilisant des données empiriques. Elle est particulièrement adaptée pour tester des hypothèses à partir de théories et de concepts existants, afin de les confronter à la réalité du terrain (Kohn & Christiaens, 2014 ; Lejeune, 2019). Dans cette recherche, deux hypothèses ont été formulées concernant l'accompagnement des jeunes adultes atteints du SDRC par les ergothérapeutes. La première hypothèse propose que l'ergothérapeute utilise le WRI pour aider à la transition professionnelle, et la seconde suppose que l'ergothérapeute adapte l'environnement professionnel pour faciliter l'insertion des jeunes adultes. Cette approche permet ainsi d'examiner si les outils théoriques, tels que le WRI, sont utilisés et si l'adaptation de l'environnement de travail joue un rôle dans l'insertion professionnelle de ces jeunes.

III- La population de recherche

Dans le cadre d'une étude statistique, il est essentiel de définir la population de recherche, qui représente l'ensemble des éléments ou des individus sur lesquels l'étude souhaite tirer des conclusions. Cependant, il n'est pas toujours pratique ni possible d'étudier chaque membre de cette population en raison de contraintes de temps, de coût ou d'autres facteurs. C'est là qu'intervient l'échantillonnage, un processus permettant de sélectionner un groupe représentatif de la population pour l'analyse. L'objectif de l'échantillonnage, comme le précisent Nicolè et al. (2022), est de garantir que les résultats obtenus à partir de cet échantillon puissent être généralisés à l'ensemble de la population. Plusieurs méthodes d'échantillonnage existent, telles que l'échantillonnage aléatoire simple, l'échantillonnage systématique et l'échantillonnage stratifié, chacune étant adaptée à des situations et des objectifs spécifiques d'étude (Amzallag, 2022). Dans cette recherche, un questionnaire de recrutement (Annexe III) a été utilisé pour identifier les participants correspondant aux critères retenus. Cet outil permet de recueillir des

informations pertinentes sur les candidats potentiels, en s'assurant que l'échantillon choisi soit représentatif de la population cible.

Les critères d'inclusions déterminés pour cette recherche sont les suivants :

- Ergothérapeute Diplômés d'Etat (DE) accompagnant ou ayant accompagné des jeunes actifs (entre 18 et 25 ans) atteint d'un SDRC ; dans leur insertion professionnelle ;
- Ergothérapeute DE utilisant le MOH ;
- Ergothérapeute DE travaillant ou ayant travaillé dans une association spécialisée dans l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

IV- Techniques et outils de recueil de données

Il existe différentes techniques pour faciliter cette recherche telles que l'observation, les entretiens et les questionnaires (Krief & Zardet, 2013). Dans le cadre de cette initiation à la recherche, la technique des entretiens semble la plus pertinente puisque ce que nous cherchons est de savoir comment, dans le concret, les ergothérapeutes accompagnent ces jeunes. Cet entretien, va permettre au chercheur d'obtenir des informations et ensuite de les analyser. Il existe 3 types d'entretien : l'entretien directif, semi-directif et libre, (Chevalier & Meyer, 2018). L'entretien semi-directif semble le plus adapté par rapport à la méthode et le sujet choisi. Il repose sur le guide d'entretien, qui correspond à « une série de thématiques et questions préparées à l'avance » (Chevalier & Meyer, 2018). Ce guide va permettre de recueillir des données afin de valider ou non les hypothèses. Il se base sur une liste de thèmes ainsi que des questions ouvertes, des questions de relances en lien avec notre question de recherche (Chevalier & Meyer, 2018).

Lors de cet entretien semi-directif, il faut utiliser une méthode en « entonnoir » lors de préparation du guide (Chevalier & Meyer, 2018). Au début de l'entretien, il convient de rappeler le cadre de la recherche, d'obtenir le consentement éclairé du participant, notamment en demandant l'autorisation d'enregistrer la conversation si cela est prévu, et de garantir le respect strict de l'anonymat. Une fois ce contexte posé, les questions en lien avec la thématique de l'étude peuvent être posées, accompagnées, si nécessaire, de questions de relance permettant d'approfondir certains points. Enfin, il est important de conclure l'entretien en vérifiant que

toutes les thématiques essentielles ont été abordées et en laissant au participant l'opportunité d'ajouter des éléments qu'il jugerait pertinents (Chevalier & Meyer, 2018).

Ainsi un guide d'entretien a pu être élaboré selon les thématiques suivantes :

- Le parcours des personnes interrogées et leur expérience avec les jeunes actifs atteints d'un SDRC dans leur insertion professionnelle
- La prise en compte de la volition dans l'accompagnement en ergothérapie pour cette population
- La pertinence de l'utilisation du MOH dans cet accompagnement
- Le WRI afin d'évaluer son utilité dans cet accompagnement
- L'accompagnement en ergothérapie lors de cette transition occupationnelle
- L'adaptation de l'environnement professionnel.
- Les effets observés de l'accompagnement

Ainsi, il a été possible d'élaborer des questions, critères et indicateurs dans mon guide d'entretien à partir de ces thèmes.

La réflexion sur l'objectivité et l'éthique dans cette recherche

L'objectivité est un concept essentiel dans toute démarche scientifique, en particulier dans les recherches qualitatives fondées sur des entretiens semi-directifs. Elle implique la capacité du chercheur à se distancier de ses convictions personnelles pour observer, analyser et restituer les données de manière fidèle. Comme l'explique Coelho (2003), l'objectivité vise à garantir que les résultats soient fondés sur des faits et non influencés par les opinions ou préférences du chercheur, assurant ainsi leur crédibilité et leur validité. Dans la posture d'étudiante en ergothérapie, cette exigence amène à réfléchir à la manière dont les expériences de formation, les vécus de stage ou les croyances sur le rôle de l'ergothérapeute peuvent colorer ma perception du sujet, orienter les questions et influencer les interprétations.

La conduite d'entretiens semi-directifs exige une vigilance particulière. En effet, comme le souligne Fressoz (2015), ce type d'entretien laisse une large place à la parole libre du participant, mais peut aussi favoriser l'apparition d'interprétations subjectives, influencées par

la posture, le ton ou les attentes du chercheur. Dans le cas de cette initiation à la recherche, le fait de partir d'une situation de stage auprès d'une jeune femme atteinte de douleurs chroniques pourrait rendre le chercheur plus sensible à certaines dimensions du discours des participants, notamment celles qui font écho à cette expérience. Cela pourrait inconsciemment amener à insister sur certains aspects des propos recueillis ou à chercher dans les réponses ce que le chercheur souhaite entendre, au détriment d'une écoute totalement neutre.

Cette exigence d'objectivité ne va pas sans une réflexion éthique. Comme le rappelle Busino (1992), le chercheur doit éviter d'imposer ses croyances ou intérêts personnels dans le processus de recherche. Il doit veiller à ne pas orienter les données vers une démonstration préétablie, mais au contraire, se montrer ouvert à la complexité du terrain, même lorsque les résultats vont à l'encontre de ses attentes. Cette dimension éthique amène à reconsidérer certains choix, comme la formulation des questions d'entretien, la façon dont est interprété certains discours, ou encore la manière dont les résultats seront présentés. L'objectif est de garantir l'intégrité du processus et le respect de la parole des participants, même si celle-ci ne conforte pas les hypothèses.

Comme le soulignent Hadot et al. (2001), l'objectivité contribue à la rigueur méthodologique, mais elle protège aussi les participants contre toute exploitation symbolique. Dans une recherche, il serait contraire à l'éthique de faire parler les personnes interrogées pour valider une représentation idéalisée de la profession d'ergothérapeute ou du modèle conceptuel utilisé. Cette prise de conscience nous pousse à adopter une posture réflexive tout au long de notre travail.

À cette réflexion s'ajoute l'importance des représentations sociales, telles que définies par Jodelet (2003), qui constituent des systèmes d'interprétation partagés permettant aux individus de donner sens à leur environnement. Ces représentations, bien qu'utiles pour organiser la réalité, sont aussi des filtres qui orientent notre regard. En tant qu'étudiant formés à valoriser l'autonomie et l'insertion par l'ergothérapie, nous pouvons intégrer certaines représentations sur le handicap, la douleur ou le rôle du thérapeute, qui peuvent inconsciemment influencer notre manière de concevoir les enjeux de l'insertion professionnelle. Ces représentations ne sont pas purement personnelles : elles s'ancrent dans un contexte social et professionnel plus

large, comme le rappelle également Apostolidis (2005), qui insiste sur le fait que ces représentations guident les pratiques, les rôles sociaux et les comportements.

Enfin, Viaud (2003) met en lumière la proximité entre représentations sociales et attitudes, soulignant que ces deux notions agissent sur les dimensions cognitives, affectives et comportementales de l'individu. Cette idée renforce l'importance de rester attentif à ce que nous mobilisons dans notre posture de chercheur. En prenant conscience de cela, nous pouvons faire le lien avec Jolibert (2020), qui rappelle que l'objectivité ne signifie pas nier sa subjectivité, mais apprendre à la reconnaître pour mieux en limiter les effets. En articulant objectivité et éthique, la recherche s'ancre ainsi dans une démarche rigoureuse, honnête et respectueuse des personnes et des réalités explorées.

Présentation et analyse des résultats

I- Processus d'analyse qualitative

L'analyse qualitative repose sur une démarche rigoureuse visant à restituer fidèlement le matériau empirique tout en lui donnant un sens structuré et analytique (Van Campenhoudt, 2017). La première étape consiste en une retranscription intégrale des entretiens semi-directifs (Van Campenhoudt, 2017). Cela garantit la possibilité d'une analyse fine, évitant l'exclusion prématurée de propos jugés à tort non pertinents. L'auteur insiste également sur l'importance de l'anonymisation, soulignant que celle-ci ne doit pas être réduite à une simple substitution de noms, mais doit protéger les identités de manière efficace face aux risques de recoupement d'informations. Van Campenhoudt (2017) met ensuite l'accent sur l'organisation de l'analyse, guidée par une grille d'analyse permettant de comparer les discours et faire des liens.

II- Analyse verticale

A. Ergothérapeute 1

Ergothérapeute 1 est diplômée depuis 2005 et a développé dès ses études un fort intérêt pour la réadaptation et la réinsertion : « Dès le début de mes études, je voulais faire de la réadaptation et de la réinsertion. » Elle a travaillé dans un foyer d'accueil pour personnes cérébro-lésées avant de rejoindre en 2012 l'unité Comète, où elle est coordinatrice d'équipe depuis 2016. Elle accompagne principalement de jeunes actifs atteints de SDRC dans un parcours de réinsertion professionnelle qu'elle décrit comme un « suivi à long terme », allant jusqu'à deux ans après la reprise, pour permettre des ajustements continus en lien avec l'évolution de leur état. Elle met en avant l'importance d'un travail pluridisciplinaire, avec une collaboration étroite entre médecins MPR, psychologues du travail, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistantes sociales, éducateurs APA et psychomotriciens. Elle souligne la nécessité d'intervenir précocement : « Dans la rééducation, pour au moins informer de ce qui sera possible après » et « les accompagner au mieux par la suite ». Elle explique que le moment d'entrée dans le parcours est déterminant, notamment avec le SDRC, qui peut évoluer de manière très variable : « Soit on les a tôt et on sait que ça peut durer [...], soit on les a tardivement et les séquelles sont installées ».

En ce qui concerne la volition, Ergothérapeute 1 n'a pas d'évaluation normée mais elle adopte une posture de soutien par rapport à la temporalité et l'engagement de la personne : « Ce n'est pas à nous de faire à sa place ». Elle s'ajuste au rythme et aux phases de démotivation : « La perte de motivation, ça peut être normal dans un long parcours de soins. » Elle insiste pour que le patient reste acteur de ses démarches, tout en restant elle-même disponible : « Nous, on reste à disposition quoi qu'il arrive. » Le suivi psychologique est aussi mobilisé pour soutenir les personnes dans leur engagement au fil du temps. Ergothérapeute 1 ne s'appuie pas formellement sur un modèle conceptuel. Toutefois, elle reconnaît que le MOH « pourrait être complètement adapté à de l'insertion pro », en particulier pour structurer une approche centrée sur la personne et son environnement : « Mettre dans l'environnement [...] c'est une bonne chose. L'être et l'agir, c'est ce qu'il a, son moi profond. Ce qu'il va pouvoir enclencher lui par ses propres moyens et mettre en place. » Elle nuance toutefois sur l'utilisation d'un modèle dans cette pratique : « Les limites, ce serait juste que chaque personne est différente [...] il faut

sortir du cadre pour que ça fonctionne et s'adapter à la personne ». Concernant le WRI, Ergothérapeute 1 nuance l'intérêt, elle le juge plus utile pour professionnels débutants n'en voit pas une grande utilité mais le considère utile pour les ergothérapeutes débutants « Oui ça peut être pertinent si on débute dans la profession. Mais je ne suis pas sûre que ce soit indispensable ». Elle explique avoir une approche reposant sur des entretiens qui rejoint certaines thématiques du WRI. « On a l'entretien professionnel, il sert à cibler ce dont on a besoin par rapport au poste, ses activités, ses capacités et son environnement ».

Ergothérapeute 1 décrit un accompagnement progressif qui commence dès la phase de rééducation, lorsque les médecins ou rééducateurs jugent la personne prête. Le dispositif Comète facilite une prise en charge très en amont : « Le but du dispositif Comète, c'est de les voir dès le début, pendant l'hospitalisation, pour pouvoir les accompagner au mieux par la suite ». Après un entretien initial et un contact avec le médecin du travail, le suivi inclut des mises en situation professionnelle, l'évaluation des postes, la recherche d'aménagements et la gestion des dossiers administratifs et financiers auprès de l'Agefiph et de Fiphfp. Ce suivi se prolonge jusqu'à deux ans après la reprise. Elle évoque l'existence du dispositif « essai encadré » permettant de tester un poste en entreprise avant une reprise définitive. A la fin de l'accompagnement, Ergothérapeute 1 peut aussi préconiser le retour à l'emploi avec un temps partiel thérapeutique.

Au niveau de l'adaptation de l'environnement professionnel. Ergothérapeute 1 détaille divers aménagements, allant du poste de travail à l'adaptation de véhicules : « il faut souvent un aménagement du véhicule [...] on va faire une inversion des pédales ». Elle doit aussi négocier avec les employeurs au niveau des financements et les dérogations nécessaires, précisant que « tout est négociable avec l'employeur », y compris la possibilité d'utiliser un véhicule personnel lorsque l'entreprise ne peut pas financer un véhicule boîte-auto. Enfin, malgré la persistance possible de douleurs, certains patients retrouvent un emploi stable et adapté, tandis que d'autres bénéficient de réajustements. Elle souligne l'importance du suivi dans la durée : « nous, on a un devoir dans nos statistiques de garder le contact avec eux pendant deux ans pour savoir si le maintien d'un emploi est pérenne ». Elle constate des résultats globalement positifs, avec « un taux de réponse à 95 % je dirais », témoignant de l'efficacité de cet accompagnement.

B. Ergothérapeute 2

Ergothérapeute 2 travaille depuis quatre ans et demi au CHU. Il fait des prises en soin en hôpital de jour, de la rééducation sensitive, des consultations et de la réadaptation. Formé à la méthode Spicher, il cherche à « rééduquer la sensibilité pour peut-être diminuer les douleurs et avoir un impact moindre sur le quotidien. Il intervient principalement auprès d'actifs de plus de 35 ans. Son approche s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire, collaborant avec kinésithérapeutes et sophrologues, et repose sur « le protocole de rééducation sensitive » qui inclus des stimulations à réaliser huit fois par jour à domicile. Il évalue lui-même la progression des patients sur plusieurs mois et décide du maintien ou de l'arrêt du suivi : « c'est moi qui juge la progression, si on arrête, si on continue ».

Ergothérapeute 2 souligne que la volition des patients varie en fonction de leurs progrès, précisant que « si les gens stagnent beaucoup ils vont être moins motivés », tandis que les améliorations renforcent leur engagement. Il met l'accent sur l'encouragement, la valorisation et le maintien de « l'observance du traitement », malgré l'absence d'objectifs normés en raison de la complexité de la rééducation sensitive. Pour appuyer la progression auprès des patients, il utilise des outils comme l'esthésiographie et l'allodynographie. Il n'utilise pas de modèle conceptuel comme le MOH, estimant qu'il n'en a pas ressenti le besoin, car les patients atteints de SDRC sont « beaucoup dans l'action » et ont besoin d'objectifs concrets, ce qui limite l'intérêt du modèles aussi centrés sur « l'être » et le « devenir ». Il explique prendre en compte l'environnement en passant par « le métier du patient, les activités de vie quotidienne habituelles ». Il commence à fixer des objectifs « à la fin du protocole » et « pourrait intégrer un modèle » à ce moment-là. Concernant le WRI, qu'il ne connaissait pas, il remarque que ses patients sont surtout focalisés sur les actions qu'ils ne peuvent plus réaliser, et peu influencés par les facteurs psychosociaux. En revanche, il accorde une importance à l'environnement de travail physique, qu'il juge déterminant dans la rééducation. Ces éléments montrent que si certains axes du WRI, comme l'analyse de l'environnement, trouvent une résonance dans sa pratique, l'outil dans sa globalité ne correspond pas à ses priorités d'évaluation.

En ce qui concerne l'accompagnement en ergothérapie, l'ergothérapeute 2 décrit un accompagnement structuré en plusieurs phases, propre à la rééducation des patients atteints de SDRC. Il débute par un recueil de données classiques lors de l'entretien initial, puis enchaîne

avec une progression en trois temps : rééducation de l'allodynie, de l'hypoesthésie, et enfin reprise des activités du quotidien. Il précise que « le travail vient vraiment en fin de prise en charge », la transition professionnelle n'étant envisagée que lorsque la récupération sensitive est suffisante. À ce moment-là, « si on pense que ça peut le faire, ils reprennent à temps partiel et sinon ils sont orientés vers des unités de réinsertion socio-professionnelle », soulignant l'importance du jugement clinique dans la décision. Il mentionne aussi la possibilité de mobiliser des aides comme celles de l'Agefiph pour financer des aménagements. Toutefois, plusieurs freins existent : un manque d'évolution en début de prise en charge peut démotiver les patients, et des sorties précoces de l'hôpital peuvent interrompre le processus. Dans ce cas, ils poursuivent seuls leur rééducation : « comme ils ont le protocole de rééducation, ils se débrouillent ». Ainsi, l'accompagnement en ergothérapie lors de la transition occupationnelle reste très dépendant de l'évolution clinique, les actions liées au travail n'étant engagées qu'en phase avancée.

Ergothérapeute 2 évoque plusieurs types d'aménagements possibles pour faciliter le retour à l'emploi des patients atteints de SDRC, en proposant « des souris ergonomiques, un plan de travail différent ». Ces aménagements permettent souvent « une reprise progressive, partielle ou complète » même s'il admet ne pas pouvoir mesurer avec certitude si cela entraîne « une meilleure adhésion du patient ». Il souligne néanmoins que « si c'est de trop gros aménagements de poste, ça peut arriver que l'employeur ne soit pas pour ». Dans ce cas, il envisage d'autres options mais il arrive parfois que « la reprise du travail ne soit pas possible dans cette entreprise-là ou dans ce métier-là ». Ergothérapeute 2 utilise plusieurs outils pour évaluer l'évolution des patients atteints de SDRC, notamment une échelle de douleur, le « Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine » pour qualifier les douleurs et mesurer leur impact. Il suit les effets de l'intervention à travers la reprise des activités quotidiennes et professionnelles, qu'il considère comme des résultats significatifs. Il précise aussi qu'« il y a un retour sur la reprise du travail en séance », permettant un suivi post-intervention. Cette évaluation repose ainsi sur une combinaison d'indicateurs subjectifs (ressenti de la douleur) et objectifs (reprise des rôles sociaux et professionnels).

C. Ergothérapeute 3

Diplômée depuis 1996, Ergothérapeute 3 travaille depuis 1998 en centre de rééducation et à l'hôpital, intervenant auprès de patients atteints de pathologies neuro-locomotrices et en rhumatologie. Elle a fait partie du programme Ueros et lombalgique. Elle rejoint en 2006 – 2007 le SAMSAH. Elle a intégré le dispositif Comète en 2011-2012, où elle intervient à 25%. Afin de mieux comprendre les enjeux liés au travail, elle a suivi un DU en ergonomie, et s'intéresse également à des approches innovantes comme l'imagerie mentale, la thérapie miroir ou encore l'outil technologique de Dessintey. Elle travaille en collaboration avec « une assistante sociale, un médecin et un psychologue du travail », bien qu'elle accompagne peu de jeunes patients SDRC, notant qu'il y a « plus de possibilités jusqu'à 30-35 ans ». Elle évoque le cas d'une patiente dont « la main n'était pas fonctionnelle » après un SDRC post-accident de travail, nécessitant un accompagnement adapté avec des auto-exercices et une réflexion sur les freins potentiels. Récemment, une mise en situation professionnelle a pu être mise en place.

Concernant la volition, Ergothérapeute 3 n'utilise pas d'outil spécifique pour évaluer la motivation des patients. Elle observe plutôt l'implication des patients à travers leur comportement, par exemple « s'ils investissent ou pas leur projet de reprise, s'ils font des démarches, s'ils reviennent vers nous » ou encore « s'ils ne viennent pas au rendez-vous, ça ne fonctionne pas ». Elle insiste sur l'importance de l'accompagnement psychologique pour comprendre les freins à la reprise. Elle n'a pas reçu de formation spécifique sur les modèles conceptuels, mais utilise la CIF comme unique référence. Elle reconnaît toutefois leur intérêt en tant que « fil conducteur », tout en mettant en garde contre une application trop rigide : « vouloir absolument que les choses rentrent dans les cases ». À propos du MOH, elle en perçoit la pertinence, en particulier dans la compréhension des freins et dans l'analyse globale de la situation du patient, notamment à travers les dimensions du « devenir », de l'interaction sociale et du rôle professionnel. En ce qui concerne le WRI, Ergothérapeute 3 ne l'utilise pas dans sa pratique actuelle, mais exprime de l'intérêt lorsque nous lui en parlons : « ça peut être intéressant ». Elle considère que cet outil pourrait être particulièrement utile aux ergothérapeutes pour explorer les aspects psychosociaux liés au travail, soulignant que cela pourrait « être un guide » pour structurer la réflexion autour du rôle de travailleur dans les parcours de réinsertion professionnelle.

Ergothérapeute 3 adopte une approche rigoureuse de l'adaptation de l'environnement professionnel, en analysant les tâches du poste et en les confrontant aux capacités de la personne : « J'analyse les tâches que la personne doit faire [...] je les mets en regard. » Elle accorde une grande importance à l'échange avec le patient pour identifier les difficultés ressenties : « Je questionne la personne, elle me dit là où elle se sentait déjà en difficulté. » À partir de cette évaluation, elle propose des compensations, teste des solutions en situation réelle et peut recourir à des essais de matériel. Elle collabore aussi avec les professionnels de l'entreprise comme les ergonomes et les infirmières en charge de la prévention et mobilise des aides financières telles que l'Agefiph ou le Fiphfp pour faciliter l'aménagement du poste.

L'ergothérapeute 3 décrit une démarche concrète d'aménagement du poste de travail en utilisant des adaptations spécifiques, comme « un sous-main très doux, un clavier plus petit, un repose-pied et une chaise adaptée. » Elle souligne l'importance de la collaboration avec l'entreprise, précisant : « Si besoin, je me mets en lien avec les personnes présentes dans l'entreprise. » L'adhésion de l'employeur est cruciale pour la réussite de l'intégration, car « si l'employeur accepte de reprendre la personne, il accepte les aménagements. » Cependant, le financement peut constituer un obstacle puisque « il y a toujours une part à charge. » Le suivi après la reprise est aussi essentiel, avec un accompagnement sur le long terme et des bilans « à 1 an et 2 ans après la fin de notre accompagnement. » Enfin, même en l'absence d'outils formels, c'est leur « satisfaction personnelle » qui sert à évaluer l'efficacité de l'intervention.

D. Ergothérapeute 4

Diplômée depuis 2005, Ergothérapeute 4 a débuté sa carrière sur la plateforme Nouvelle Technologie, dans le cadre d'un contrat de recherche de 16 mois, avant de rejoindre un service de maintien à domicile. En 2008, elle revient à l'hôpital pour intégrer l'unité d'insertion socioprofessionnelle Comète, soulignant que « le fait de s'intéresser et de questionner les patients en fonction de leur métier, c'était vraiment ce que je recherchais ». Elle intègre systématiquement la question de la douleur chronique dans son approche : « Ce que moi je fais par rapport à la douleur chronique, c'est de l'interroger de manière systématique chez les patients, » en utilisant des outils comme l'échelle numérique de douleur (de 0 à 10) et en évaluant son impact sur le quotidien : « J'essaie surtout d'évaluer l'incidence que cette douleur a dans leur vie quotidienne ». Elle complète son analyse avec l'évaluation de la fatigue via