

l'échelle FSS, et insiste sur la collaboration en précisant : « Je ne travaille jamais seule, donc je travaille avec le médecin, » ainsi qu'avec une équipe pluridisciplinaire composée d'une ergonome, une neuropsychologue et une psychologue du travail.

Ergothérapeute 4 met l'accent sur l'importance de la motivation intrinsèque dans la réinsertion professionnelle : « La motivation, elle est interne, elle est intrinsèque. Je vais accompagner cette motivation, mais ce n'est pas moi qui vais être motivée à la place de la personne. » Elle insiste sur la nécessité de verbaliser cette dimension pour situer le patient : « C'est très important de mettre des mots dessus et de savoir où le patient se situe par rapport à ça. » Elle responsabilise le patient dans le processus, précisant : « On ne va pas travailler à la place de la personne, » tout en restant vigilante face à un arrêt de l'accompagnement par le patient, qu'elle considère souvent incompatible avec une reprise durable. Elle souligne aussi que parfois, l'envie de réinsertion vient de l'entourage plus que du patient lui-même.

Pour structurer son évaluation, elle utilise deux modèles complémentaires. Le MOH est privilégié dans l'unité Comète, car il permet d'« évaluer et comprendre tout le contexte de la réinsertion du patient » en prenant en compte la motivation, les relations sociales et familiales, et la perception de soi : « Ce modèle-là me semble plus adapté à la réinsertion professionnelle au sens large. » En parallèle, elle emploie le Processus de Production du Handicap (PPH), plus centré sur les déficiences, notamment pour évaluer la conduite automobile : « Le PPH est très déficience-centré, c'est plus mon raisonnement clinique initial. Le MOH est avant tout patient-centré ». En ce qui concerne le WRI, Ergothérapeute 4 exprime un intérêt pour cet outil : « Je suis très intéressée par cet outil pour le coup. » Elle reste cependant prudente et souligne la nécessité d'une meilleure appropriation avant de l'intégrer pleinement à sa pratique : « Oui, ça paraît intéressant, mais ça mérite d'être approfondi. »

Ergothérapeute 4 met en avant l'approche pluridisciplinaire de l'unité Comète, soulignant sa présence lors de l'examen clinique aux côtés du médecin : « C'est vraiment très pluridisciplinaire. Je suis là au moment de l'examen clinique avec le médecin. » Cette étape permet d'évaluer les projections du patient et de définir des objectifs de rééducation adaptés : « On identifie les leviers, les nouveaux objectifs de rééducation. » Le parcours de réinsertion se déroule en plusieurs phases : une première phase de prise de contact et d'analyse de la situation, une seconde phase d'évaluation, puis une phase 3 dédiée à la construction du projet

professionnel, incluant le montage de dossiers, les aides techniques et les visites de poste. Des essais encadrés sont menés selon les règles de la Sécurité sociale, ainsi que des mises en situation simulées dans les locaux : « On fait aussi des mises en situation dans nos bureaux, en reproduisant le contexte professionnel. »

Ergothérapeute 4 souligne que le financement constitue un enjeu dans le processus d'aménagement pour la réinsertion, notant que « ça dépend du coût pour l'employeur, il y a toujours une part à charge » et que la taille de l'entreprise influence fortement la situation : « Petite entreprise ou grosse, ça change tout. » Elle évoque la une prise en charge par des organismes comme l'Agefiph ou le Fiphfp. L'équipe intervient comme « intermédiaire pour soutenir la charge administrative » liée à ces démarches. Par ailleurs, elle insiste sur l'importance d'adapter précisément le matériel aux besoins spécifiques du patient, en choisissant par exemple le type de fauteuil avec ou sans assistance ou en proposant « des souris ergonomiques, des sièges adaptés » afin d'optimiser le confort et l'efficacité des aménagements. Ergothérapeute 4 rapporte que l'équipe reçoit un retour globalement positif sur les parcours d'insertion, avec « 80 % de retour ». Cependant, elle souligne l'absence d'un dispositif formel pour recueillir la satisfaction des patients : « Il n'y a pas de retour sur la satisfaction de l'accompagnement. » En pratique, ce sont surtout les retours spontanés qui guident l'équipe, puisque « quand les patients sont contents, généralement ils nous le disent. » L'équipe envisage néanmoins d'instaurer un questionnaire d'évaluation pour mieux structurer ce suivi. Par ailleurs, elle note une constante dans les témoignages des patients concernant la difficulté physique et psychologique de la reprise : « 80 %, si ce n'est 100 %, des patients nous disent qu'ils sont fatigués et qu'ils n'avaient pas bien mesuré la fatigue générée par une réinsertion. »

### **III- Analyse horizontale**

#### **A. Rôle de l'ergothérapeute auprès des jeunes actifs atteints d'un SDRC**

Les ergothérapeutes soulignent avant tout un rôle centré sur la prise en charge pluridisciplinaire et la coordination des différents acteurs autour du jeune actif atteint d'un SDRC (Ergothérapeute 1, 2, 3, 4). Ainsi, Ergothérapeute 2 souligne la collaboration avec le kinésithérapeute et parfois le sophrologue. Ergothérapeute 1 précise sur l'importance d'un accompagnement dès le début de l'hospitalisation pour « informer de ce qui sera possible après

», en travaillant en plus avec d'autres ergothérapeutes, des psychologues, des psychomotriciens, des éducateurs APA. Au niveau de l'insertion professionnelle, elles collaborent régulièrement avec un psychologue du travail, une assistante sociale et un médecin (Ergothérapeute 1, 3, 4). Ergothérapeute 4 complète ce tableau en insistant sur l'implication d'un ergonome.

Concernant la rééducation fonctionnelle, E2 et E3 mettent en avant un rôle plus technique et personnalisé. E2 précise que la prise en soin repose sur un protocole de rééducation sensitive avec des stimulations à réaliser plusieurs fois par jour, dont il évalue la progression sur plusieurs mois. E3 illustre ce travail par un cas concret où elle a mis en place des exercices à poursuivre à domicile. Enfin, le rôle des ergothérapeutes dépasse la simple rééducation fonctionnelle pour inclure une dimension psychosociale. Ergothérapeute 1 souligne la difficulté liée à la temporalité liée à la rééducation, aux séquelles et aux attentes parfois irréalistes des patients quant à leur récupération. De plus, Ergothérapeute 4 insiste sur l'évaluation systématique de la douleur chronique, sa localisation et son impact sur la vie quotidienne et l'évaluation de la fatigue avec la FSS, ce qui permet d'adapter le suivi et les interventions.

## B. L'importance de la volition chez les jeunes actifs atteints d'un SDRC

Les ergothérapeutes soulignent unanimement que la motivation joue un rôle central dans l'accompagnement des jeunes actifs atteints d'un SDRC. Aucun des professionnels interrogés n'utilise d'outil normé pour l'évaluer (Ergothérapeute 1, 2, 3 et 4). Elle est plutôt évaluée de manière informelle, à travers l'entretien, le comportement du patient, sa capacité à se projeter ou encore son engagement dans les démarches (Ergothérapeute 1, 2 et 3). Cette motivation est perçue comme intrinsèque et interne : « la motivation, elle est interne, elle est intrinsèque. Je vais accompagner cette motivation, mais ce n'est pas moi qui vais être motivée à la place de la personne » (Ergothérapeute 4). L'ergothérapeute accompagne dans une dynamique où le patient reste maître de la temporalité de son parcours (Ergothérapeute 1). Les ruptures de suivi ou les désengagements sont contextualisés, mais ils peuvent aussi alerter sur une réinsertion professionnelle compromise si la motivation n'est pas authentique (Ergothérapeute 4).

L'évaluation de la motivation repose également sur le suivi régulier des séances, l'observance des protocoles d'auto-rééducation, et la régularité dans les rendez-vous (Ergothérapeute 2 et 3). Ergothérapeute 2 indique que la motivation varie souvent selon

l'évolution clinique : une progression rapide renforce l'engagement, alors qu'une stagnation peut provoquer une perte d'intérêt. Les patients dont la situation quotidienne est fortement impactée par le SDRC sont souvent plus impliqués. Pour maintenir cette dynamique, les professionnels valorisent les progrès et peuvent montrer l'avancée à l'aide d'outils tels que les esthésiographies et l'allodynographie, qui permettent d'objectiver l'évolution sensitive (Ergothérapeute 2). Ces retours concrets renforcent l'adhésion du patient aux traitements proposés. Toutefois, Ergothérapeute 4 et 3 insistent : l'ergothérapeute peut relancer une ou deux fois, mais il ne peut pas s'engager à la place du patient. L'implication personnelle reste la clé de tout accompagnement réussi.

Enfin, les ergothérapeutes s'attachent à comprendre les freins pouvant entraver la motivation. Il peut s'agir de facteurs psychologiques, familiaux, professionnels ou de bénéfices secondaires liés à la situation (Ergothérapeute 3 et 4). C'est pourquoi l'accompagnement repose souvent sur une approche pluridisciplinaire incluant un suivi psychologique, voire un travail plus approfondi sur la motivation avec des psychologues du travail (Ergothérapeute 1 et 4). Ergothérapeute 1 souligne qu'il est essentiel d'expliquer les étapes et les enjeux du parcours de soins, y compris le fait que la démotivation peut être normale dans des trajectoires longues et éprouvantes. Il s'agit alors de rester disponible et d'accueillir les fluctuations sans jugement : « s'il met un stop et que c'est pas le moment, nous on reste à disposition quoi qu'il arrive » (Ergothérapeute 1). Cette posture bienveillante, flexible mais structurée, permet aux patients de s'engager de manière progressive et personnalisée, en accord avec leurs capacités, leurs ressources internes et leur réalité de vie.

### C. L'utilisation du MOH dans l'accompagnement

L'utilisation du MOH dans l'accompagnement des jeunes actifs atteints d'un SDRC varie fortement selon les pratiques et les contextes d'intervention. Si certains ergothérapeutes (Ergothérapeute 1, 2 et 3) déclarent ne pas utiliser explicitement de modèle, ils reconnaissent néanmoins la nécessité d'un cadre de réflexion pour structurer l'accompagnement. Ergothérapeute 1 explique qu'elle s'est forgée un modèle personnel, à partir de ses expériences et de ses formations : « Je n'utilise pas de modèle, j'ai dû, dans ma tête, construire un modèle avec tout ce que j'avais appris ». Elle insiste sur l'importance de s'adapter à chaque patient, tout en conservant un socle commun pour garantir une égalité des chances : « Un cadre permet

de donner la même chance à tout le monde ». De son côté, Ergothérapeute 3 considère les modèles comme « un fil conducteur », utiles pour analyser les freins à la reprise, mais rappelle le danger de rigidifier la démarche.

Certains praticiens expriment toutefois des réserves sur l'usage systématique du MOH, notamment dans des phases précoce du traitement où la priorité reste la gestion des symptômes. Ergothérapeute 2 souligne par exemple que les patients atteints de SDRC sont souvent dans l'action, focalisés sur le soulagement des douleurs et la récupération sensitive, rendant difficile une projection à long terme dans l'occupation ou le devenir : « Les patients sont beaucoup dans l'action et ont besoin d'objectifs concrets ». Il estime que le MOH pourrait être pertinent en fin de parcours, quand les objectifs de réinsertion deviennent plus clairs, mais qu'il ne s'impose pas toujours naturellement dans le suivi. Pour Ergothérapeute 2, seule la dimension de « l'agir » peut trouver sa place dans ce contexte, le reste semblant moins directement applicable.

À l'inverse, Ergothérapeute 4 montre un usage assumé et structuré du MOH, notamment dans le cadre du dispositif Comète, consacré à la réinsertion professionnelle. Elle utilise ce modèle pour « comprendre où se situe le patient dans son environnement » et en évaluer l'ensemble des composantes : le rôle social, la motivation, le lien avec les collègues ou l'équilibre familial. Pour elle, le MOH est un outil intéressant, car « patient-centré » et particulièrement adapté à la complexité des situations de retour à l'emploi. Ergothérapeute 3, en découvrant le modèle, en souligne lui aussi la richesse, notamment pour mieux comprendre les freins liés à l'« interaction sociale », au « devenir » ou à l'aspect professionnel. Ce contraste entre l'usage informel ou tardif (Ergothérapeute 1, 2 et 3) et l'intégration structurée (Ergothérapeute 4) souligne la nécessité de mieux former les ergothérapeutes à l'appropriation des modèles comme le MOH, afin de soutenir une démarche holistique, contextualisée et cohérente dans l'accompagnement à la réinsertion.

#### D. Zoom sur le WRI : pertinence de l'outil

Les ergothérapeutes reconnaissent que le WRI peut être un outil pertinent, surtout pour les professionnels débutants. Ergothérapeute 1 explique que, même si ce n'est pas indispensable, cet entretien structuré permet de cibler précisément les besoins du patient en lien avec son poste,

ses activités, ses capacités et son environnement professionnel. Ce cadre aide à mieux comprendre les enjeux de la réinsertion. Ergothérapeute 3 et 4 partagent cet intérêt, considérant le WRI comme un guide utile, notamment pour ceux qui manquent parfois de sensibilité à l'environnement professionnel, même si son utilisation mérite un approfondissement pour en maximiser l'efficacité. Cependant, certains ergothérapeutes restent plus réservés, comme Ergothérapeute 2, qui souligne que les facteurs psychosociaux (relations avec collègues ou supérieurs) ont peu d'impact sur la prise en charge, préférant se concentrer sur l'adaptation physique de l'environnement et la rééducation fonctionnelle. Ce point soulève une interrogation sur la capacité du WRI à couvrir pleinement toutes les dimensions de la réinsertion professionnelle, tant sur le plan physique que psychosocial.

#### **E. L'accompagnement de la transition occupationnelle vers l'insertion professionnelle**

L'accompagnement de la transition occupationnelle vers l'insertion professionnelle comme un processus débute lorsque les rééducateurs ou médecins jugent que le patient est prêt (Ergothérapeute 1). L'entretien initial permet de cibler les capacités, les activités et l'environnement du patient, tout en établissant un lien avec le médecin du travail (Ergothérapeute 1 et 4). Ce temps de prise de contact est essentiel pour définir les objectifs et les projections, notamment en tenant compte des séquelles potentielles liées au SDRC, qui peuvent rendre la projection difficile pour les patients (Ergothérapeute 1 et 2).

L'adaptation du poste de travail passe par une analyse précise des tâches à réaliser et des capacités du patient, permettant la mise en place de compensations adaptées (Ergothérapeute 3). Les ergothérapeutes travaillent en collaboration avec des ergonomes, des infirmières en prévention et les différents acteurs impliqués dans l'entreprise (Ergothérapeute 3 et 4). Par ailleurs, des dossiers de financement via des organismes comme l'Agefiph ou le Fiphfp sont montés pour faciliter l'acquisition du matériel nécessaire à la reprise (Ergothérapeute 1, 2, 3 et 4).

Les mises en situation professionnelle, ainsi que les essais encadrés réglementés par la sécurité sociale, constituent des étapes clés pour tester la reprise ou une reconversion dans un cadre sécurisé (Ergothérapeute 1, 3 et 4). Un suivi post-reprise est ensuite assuré, pouvant durer

plusieurs mois à deux ans, afin d'ajuster l'accompagnement selon l'évolution clinique et professionnelle du patient (Ergothérapeute 1, 3 et 4).

#### F. Les adaptations de l'environnement : leviers et freins

Les ergothérapeutes insistent sur le rôle essentiel des adaptations de l'environnement, qu'il s'agisse du poste de travail ou du véhicule personnel, pour faciliter la reprise professionnelle des jeunes actifs atteints de SDRC. Ils mentionnent des aménagements variés tels que l'inversion des pédales ou la mise en place d'une boîte automatique pour la conduite (Ergothérapeute 1), ainsi que des ajustements ergonomiques en entreprise : souris spécifiques, claviers adaptés, repose-pieds, sièges et sous-mains doux pour limiter les douleurs (Ergothérapeute 2, 3 et 4). Ces adaptations sont des leviers qui permettent d'optimiser le confort, la sécurité et les capacités fonctionnelles des patients dans leur milieu professionnel.

Cependant, les ergothérapeutes pointent aussi les freins liés à l'acceptation et à la mise en place de ces aménagements. Le coût financier représente souvent une barrière, surtout pour les petites entreprises où la charge financière est plus difficile à assumer (Ergothérapeute 4). Certains employeurs peuvent refuser la reprise si les adaptations sont trop lourdes, ce qui constraint à envisager une reconversion professionnelle ou un changement de poste (Ergothérapeute 2 et 3). De plus, la négociation avec l'employeur est primordiale, notamment pour des demandes spécifiques comme l'utilisation d'un véhicule personnel aménagé, et tout reste à construire dans un dialogue entre le patient, le professionnel et l'entreprise (Ergothérapeute 1).

Enfin, les ergothérapeutes soulignent le rôle d'accompagnement qu'ils jouent dans ce processus complexe. Ils facilitent les démarches administratives en lien avec les dispositifs de financement tels que l'Agefiph ou le Fiphfp, ce qui constitue un levier non négligeable pour l'acceptation des aides techniques (Ergothérapeute 4). Par ailleurs, leur collaboration avec les acteurs de l'entreprise — ergonome, service prévention, employeur — est cruciale pour adapter les postes de manière réaliste et durable (Ergothérapeute 3).

## **G. Les effets observés de l'accompagnement en ergothérapie**

Les ergothérapeutes (Ergothérapeute 1, 3 et 4) soulignent l'importance d'un suivi prolongé après la reprise professionnelle, avec un contact maintenu jusqu'à deux ans pour évaluer la pérennité de l'emploi. Selon Ergothérapeute 1, malgré la persistance des douleurs chez certains, plusieurs patients parviennent à poursuivre leur activité, tandis que d'autres demandent des ajustements, notamment sur le temps de travail. Ergothérapeute 4 confirme un taux de retour d'insertion d'environ 80 %, mais signale que la fatigue générée par la réinsertion est souvent sous-estimée par les patients.

Pour ce qui est de l'évaluation des effets, Ergothérapeute 2 et Ergothérapeute 3 mentionnent l'usage d'outils d'évaluation de la douleur, comme l'échelle numérique (de 0 à 10) et le questionnaire de Saint-Antoine, intégrés dans le suivi des séances. Ces outils permettent de mesurer l'impact du SDRC sur la reprise des activités, tandis qu'Ergothérapeute 3 précise que les bilans à un et deux ans reposent davantage sur une évaluation qualitative et la satisfaction personnelle, faute de questionnaires formalisés. Enfin, Ergothérapeute 4 souligne le manque actuel d'outil formel pour recueillir la satisfaction des patients, même si les retours informels sont généralement positifs.

## **IV- Validation ou réfutation des hypothèses de recherche**

Pour rappel, la recherche a été menée à partir de la problématique 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 Complex ?

L'analyse des données recueillies par l'échantillon permet de tirer des conclusions concernant les hypothèses de recherche suivantes :

- 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 volonté, l'ergothérapeute adapte l'environnement professionnel du jeune actif atteint de SDRC afin de favoriser son accompagnement et son insertion professionnelle.

### **A. Première hypothèse de recherche**

Le WRI a été perçu comme un outil potentiellement pertinent par certains ergothérapeutes, notamment Ergothérapeute 3 et Ergothérapeute 4, qui ont souligné son intérêt pour mieux comprendre les freins à la réinsertion professionnelle et guider la démarche d'accompagnement. Ergothérapeute 1 estime toutefois que l'entretien professionnel classique peut suffire à cibler les besoins liés au poste, aux capacités et à l'environnement, sans nécessité impérative d'utiliser un outil formel comme le WRI. Ergothérapeute 2 souligne par ailleurs que les facteurs psychosociaux, que le WRI permettrait d'explorer, semblent avoir un impact limité dans la prise en charge des patients atteints de SDRC, où l'adaptation de l'environnement physique et la rééducation priment. De plus, la sensibilité variable des ergothérapeutes à cet outil témoigne d'un usage encore peu systématique et d'un besoin d'approfondissement de la formation à cet outil, comme le suggère Ergothérapeute 4. L'intérêt du WRI semble donc dépendre du contexte clinique, de la connaissance et de la préférence de chaque professionnel, et ne constitue pas encore un levier majeur dans la pratique courante pour accompagner la transition occupationnelle du jeune actif avec un SDRC.

**L'hypothèse 1 est alors réfutée.**

### **B. Deuxième hypothèse de recherche**

Plusieurs ergothérapeutes (Ergothérapeute 1, 2, 3, et 4) reconnaissent l'importance d'adapter l'environnement professionnel du jeune actif atteint de SDRC pour faciliter son accompagnement et sa réinsertion. Ergothérapeute 1 insiste sur la négociation avec l'employeur concernant les aménagements nécessaires, comme l'adaptation du véhicule ou l'ajustement des postes, afin de répondre aux besoins spécifiques du patient. Ergothérapeute 2 complète en soulignant que les modifications peuvent inclure des aides techniques simples (souris ergonomiques, plans de travail adaptés) et qu'une reprise progressive du travail est souvent privilégiée pour soutenir la motivation et l'adhésion du patient.

Les ergothérapeutes (Ergothérapeute 1, 2, 3 et 4) rapportent des exemples concrets d'aménagements comme des fauteuils adaptés, des repose-pieds, des claviers spécifiques, des voitures adaptées avec une collaboration active entre l'ergothérapeute, les équipes en entreprise et parfois des spécialistes externes. Ils mettent en avant les aspects financiers et administratifs, notamment l'importance du soutien des organismes comme l'AGEFIPH ou le FIPHFP, ainsi que le rôle d'intermédiaire joué par l'ergothérapeute pour faciliter la mise en place des adaptations (Ergothérapeute 1, 2, 3 et 4). Cependant, l'adaptation de l'environnement est également soumise à des freins, notamment liés aux coûts, à la taille de l'entreprise et à la volonté de l'employeur, qui peuvent limiter les possibilités d'aménagement (Ergothérapeute 1, 2, 3 et 4). Malgré ces obstacles, la prise en compte de la volition du patient, son ressenti et sa capacité à s'engager dans la reprise d'activité est un facteur clé souligné implicitement par tous les ergothérapeutes.

## **L'hypothèse 2 est validée**

## **Discussion**

### **I- Nouveau apport théorique**

#### **A. Les méthodes de rééducation**

Dans l'accompagnement en ergothérapie d'un jeune actif atteint d'un SDRC au cours de son insertion professionnelle, la rééducation occupe une place fondamentale. Si certains ergothérapeutes, comme Ergothérapeutes 1 et 3, rapportent arriver à ce stade sans en faire partie intégrante, ils reconnaissent néanmoins l'importance capitale de cette étape dans le processus global de soins du patient. La rééducation s'appuie sur la mise en place de méthodes et protocoles spécifiques, adaptés aux besoins du patient. Parmi celles-ci, on retrouve la méthode de rééducation sensitive développée par Spicher, soutenue par l'ergothérapeute 2, ainsi que la thérapie miroir, méthode privilégiée par l'ergothérapeute 3. Ces approches, bien que distinctes, convergent vers un même objectif : soulager la douleur neuropathique, restaurer la fonction sensorielle et motrice, et améliorer la qualité de vie du patient.

La méthode de rééducation sensitive élaborée par Claude Spicher repose sur un postulat essentiel : les lésions nerveuses entraînent une atteinte de la sensibilité cutanée responsable des douleurs neuropathiques (Quintal & Spicher, 2013). Cette méthode s'appuie sur une cartographie précise du territoire cutané affecté, permettant d'identifier le nerf lésé. La normalisation de la sensibilité vibrotactile via des techniques spécifiques permet alors de diminuer les douleurs, notamment l'allodynie. Quintal & Spicher (2013) décrivent cinq stades évolutifs de l'hypoesthésie, allant de l'hypoesthésie simple au stade ultime correspondant au SDRC. Cette méthode nécessite un bilan diagnostic précis, notamment une alodynographie positive, pour mettre en place un protocole adapté visant à réduire l'hypoesthésie et à limiter les douleurs neuropathiques tout en améliorant la fonction. Par ailleurs, Morier et al. (2019) ont appliqué et affiné cette méthode dans le contexte de la rééducation du SDRC, soulignant l'importance de l'éducation thérapeutique et de l'implication active du patient.

La thérapie miroir constitue une autre méthode de rééducation innovante et non invasive, utilisée pour traiter les douleurs neuropathiques associées au SDRC. Cette technique consiste à placer un miroir de manière à refléter le membre sain, créant ainsi une illusion visuelle où le patient perçoit son membre affecté comme intact (Wittkopf & Johnson, 2017). Cette illusion permet de restaurer une image corporelle cohérente et de réduire significativement la douleur. Des études scientifiques montrent que la thérapie miroir améliore la fonction motrice et diminue la douleur chez les patients atteints de SDRC (Thérapie Miroir, 2016). Wittkopf & Johnson (2017) précisent que la thérapie miroir peut être utilisée seule ou en complément d'autres techniques analgésiques, intégrée à des programmes thérapeutiques ciblant les douleurs neuropathiques et les syndromes douloureux complexes. Par ailleurs, Taylor et al. (2021) ont démontré que cette méthode procure les plus grands bénéfices en réadaptation, améliorant à la fois la douleur et la qualité de vie des patients.

Enfin, la Simulation Visuelle Intensive (IVS) représente une approche technologique récente qui complète ces méthodes par une stimulation visuelle renforcée visant à favoriser la plasticité cérébrale et la réorganisation motrice. Développée par Dessintey, l'IVS cible la planification motrice et le contrôle central du mouvement, notamment chez les patients souffrant de SDRC (Dessintey, 2023). En fournissant un feedback visuel positif, cette technique favorise le réapprentissage moteur, améliore la conscience corporelle et la coordination, ce qui contribue à une récupération fonctionnelle accélérée et durable (Dessintey, 2023).

## **B. Prise en compte de la fatigue**

En plus de la douleur chronique, la fatigue constitue un symptôme majeur à prendre en compte, comme le souligne Ergothérapeute 4. Cette dernière peut, à elle seule, compromettre ou faciliter l'insertion professionnelle. Le témoignage d'Al Claranse, publié sur son blog dédié à sa pathologie, illustre bien cette réalité. Atteinte d'un SDRC à la cheville droite, elle explique que la fatigue l'empêche de « supporter la douleur et de reprendre une activité professionnelle » (Al Claranse, 2016). Ce symptôme l'épuise, l'affaiblit tant physiquement que psychologiquement, et lui donne souvent « l'impression d'avoir 90 ans » (Al Claranse, 2016). Elle doit régulièrement interrompre ses activités, faire des pauses fréquentes, ce qui limite sa concentration, ses interactions sociales, ses sorties, et plus généralement sa qualité de vie (Al Claranse, 2016).

Dans ce contexte, l'ergothérapeute joue un rôle fondamental dans l'évaluation et la prise en charge de la fatigue, souvent négligée malgré son impact significatif. À l'aide de l'échelle FSS (Fatigue Severity Scale), elle peut évaluer précisément le niveau de fatigue et proposer un accompagnement adapté (Krupp et al., 1989). Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2008), plusieurs stratégies permettent d'en atténuer les effets : équilibrer repos et activité selon son rythme biologique, planifier efficacement ses tâches pour limiter les efforts inutiles, simplifier les activités par des ajustements ergonomiques, et organiser son environnement de manière fonctionnelle. Par ailleurs, apprendre à se recentrer sur le moment présent permet de préserver son énergie mentale et physique, en évitant la surcharge cognitive liée aux ruminations ou aux préoccupations excessives.

## **II- Biais et limites de la recherche**

### **A. Les biais**

Les biais relevés dans ce travail d'initiation à la recherche commencent par un biais de sélection. Les quatre ergothérapeutes interrogés ont été choisis principalement pour leur accessibilité et leur appartenance à des structures spécifiques, comme le réseau Comète. Cette sélection induit un échantillon peu représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes travaillant auprès de jeunes atteints de SDRC. Les pratiques évoquées sont fortement influencées par le

contexte institutionnel et les ressources de ces structures, telles que le travail en équipe pluridisciplinaire ou la présence de protocoles d'insertion bien définis. Par conséquent, les résultats produits offrent une vision partielle et contextuelle, qui ne peut être généralisée à l'ensemble des professionnels.

Le biais de confirmation se manifeste ici par le fait que les hypothèses de recherche ont été élaborées en amont, à partir d'un cadre théorique centré sur des concepts comme la volition, l'environnement ou encore l'utilisation du WRI, supposés jouer un rôle déterminant dans l'insertion professionnelle des jeunes adultes de 18 à 25 ans atteints de SDRC. Toutefois, un décalage s'est opéré entre la population ciblée initialement et celle réellement abordée dans les entretiens. En effet, les ergothérapeutes interrogés ont, dans la majorité de leurs propos, évoqué des situations concernant des personnes plus âgées, souvent entre 30 et 40 ans, et dans une dynamique de réinsertion plutôt que d'insertion. Ce glissement a conduit à une interprétation des données orientée par la question de recherche initiale, sans toujours tenir compte des caractéristiques réelles des cas évoqués. Ainsi, certaines conclusions ont pu être tirées en fonction de ce que le chercheur s'attendait à trouver, plutôt qu'en laissant émerger, de manière inductive, la complexité des réalités exprimées dans les discours recueillis.

Le biais de confirmation est également présent, car les hypothèses ont été construites avant même la collecte des données, en s'appuyant sur un cadre théorique précis axé sur la volition, l'environnement et l'usage du WRI. Pourtant, un écart notable est apparu entre la population ciblée initialement (les jeunes adultes de 18 à 25 ans en insertion professionnelle) et celle réellement décrite par les professionnels. En effet, la majorité des situations évoquées concernaient des adultes plus âgés, souvent entre 30 et 40 ans, dans une dynamique de réinsertion professionnelle. Ce décalage a pu orienter l'interprétation des propos recueillis en fonction de la question de recherche, plutôt que selon les données réellement exprimées par les participants, réduisant ainsi la capacité à faire émerger de nouvelles dimensions du terrain.

Enfin, d'autres biais ont pu influencer la conduite et l'analyse de la recherche. Le biais d'attention, propre aux approches qualitatives, peut amener le chercheur à se focaliser sur les thématiques qui lui sont familières ou prioritaires, comme la volition ou le MOH, en négligeant d'autres éléments importants tels que les enjeux émotionnels ou familiaux. De même, un biais de corrélation illusoire peut survenir lorsqu'un lien direct est établi entre un environnement de

travail aménagé et une insertion réussie, sans prendre en compte la multiplicité des facteurs impliqués : douleur persistante, fatigue, contexte social, soutien personnel, etc. Une telle simplification nuit à la compréhension complète du phénomène étudié.

## B. Les limites

Une limite importante de ce travail d'initiation à la recherche concerne les modalités d'entretien. En raison de la distance géographique avec les ergothérapeutes interrogées, il n'a pas été possible de réaliser les entretiens en présentiel. Des appels en visioconférence et téléphoniques ont été privilégiés. Toutefois, cette modalité reste moins propice à l'instauration d'un climat relationnel optimal. Le format à distance ne permet pas de garantir un environnement calme et neutre, ce qui peut impacter la qualité des réponses. Le chercheur n'a pas la maîtrise du lieu ni des conditions d'entretien, ce qui oblige à s'adapter aux contraintes extérieures propres à chaque participant.

Par ailleurs, des limites temporelles et organisationnelles ont empêché d'inclure dans l'étude des jeunes actifs ayant vécu une insertion professionnelle tout en étant atteints d'un SDRC. Or, leur participation aurait apporté un éclairage direct et complémentaire, basé sur leur vécu expérientiel. Cette absence limite la portée de l'analyse, qui repose exclusivement sur le regard des ergothérapeutes. La confrontation de ces points de vue aurait permis de nuancer, voire de réajuster certains discours professionnels, et d'enrichir la compréhension globale du phénomène étudié.

## III- Perspectives

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives concernant l'évolution de la pratique ergothérapique dans le contexte spécifique de l'insertion professionnelle des jeunes adultes atteints de SDRC. Tout d'abord, la recherche met en évidence que la prise en charge de ce public est encore rare. Les ergothérapeutes rencontrés adaptent leurs outils et démarches selon leurs propres expériences, sans cadre commun, ni protocole clair. Cette hétérogénéité questionne la place d'outils standardisés, comme le WRI, dans une perspective d'évaluation partagée et de reconnaissance de la volonté dans les projets de transition occupationnelle.

De plus, les résultats suggèrent que les adaptations de l'environnement professionnel, bien que essentielles, se heurtent à des obstacles structurels et économiques, notamment pour les jeunes en début de carrière. Ainsi, une réflexion élargie sur la collaboration interprofessionnelle (ergonomes, médecins du travail, employeurs, acteurs du médico-social) et sur les aides mobilisables (Agefiph, Fiphfp) pourrait enrichir les pratiques. Il semble également pertinent d'approfondir la question de la fatigue, très présente dans le discours, en lien avec des outils comme la FSS.

Cette recherche souligne le manque de dispositifs d'évaluation à long terme de l'accompagnement, alors même que plusieurs ergothérapeutes évoquent un suivi à un ou deux ans. La mise en place de questionnaires de satisfaction ou de suivi post-insertion pourrait constituer un levier d'amélioration des pratiques et de validation des effets de l'accompagnement.

Sur le plan personnel, ce travail a mis en lumière la richesse et la complexité du rôle de l'ergothérapeute dans les parcours de transition occupationnelle, et plus particulièrement chez les jeunes adultes confrontés à des pathologies chroniques invalidantes. Il montre l'intérêt de soutenir la recherche, d'approfondir la réflexion autour de l'adaptation des outils aux jeunes en situation de handicap et de renforcer les liens entre formation initiale, recherche, et pratiques professionnelles.

## Conclusion

L'insertion professionnelle constitue une transition occupationnelle majeure dans la vie des jeunes adultes, marquée par l'acquisition de nouveaux rôles et l'adaptation à des exigences sociales et professionnelles. Lorsqu'un jeune est atteint d'un SDRC, cette transition peut être particulièrement fragilisée. De nombreuses difficultés ont été identifiées, notamment liées à la douleur chronique, à la fatigue, ainsi qu'à l'incertitude professionnelle. Cette pathologie peut freiner l'engagement dans les occupations, affecter la confiance en soi et rendre nécessaire un accompagnement spécifique. L'ergothérapeute, dans ce contexte, joue un rôle important en soutenant la transition occupationnelle et en favorisant une insertion professionnelle cohérente avec les capacités et les aspirations du jeune. L'insertion professionnelle constitue une transition occupationnelle majeure dans la vie des jeunes adultes, marquée par l'acquisition de

nouveaux rôles et l'adaptation à des exigences sociales et professionnelles. Lorsqu'un jeune est atteint d'un SDRC, cette transition peut être particulièrement fragilisée. De nombreuses difficultés ont été identifiées, notamment liées à la douleur chronique, à la fatigue, ainsi qu'à l'incertitude professionnelle. Cette pathologie peut freiner l'engagement dans les occupations, affecter la confiance en soi et rendre nécessaire un accompagnement spécifique. L'ergothérapeute, dans ce contexte, joue un rôle important en soutenant la transition occupationnelle et en favorisant une insertion professionnelle cohérente avec les capacités et les aspirations du jeune.

De ce fait, l'objectif de cette recherche a été d'interroger l'intérêt du MOH et de l'outil WRI dans l'accompagnement ergothérapique à l'insertion professionnelle des jeunes adultes atteints de SDRC. Deux hypothèses ont été formulées, portant respectivement sur la pertinence du WRI pour accompagner l'insertion professionnelle des jeunes adultes atteints de SDRC et sur le rôle de la volition dans les choix et adaptations mis en place par les ergothérapeutes dans le cadre de cette insertion. Afin de valider ou non ces hypothèses, quatre ergothérapeutes ont été interrogés selon une approche hypothético-déductive, en s'appuyant sur une méthode qualitative à travers des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont permis de faire émerger des pratiques hétérogènes, souvent influencées par les structures d'appartenance, et ont mis en lumière la complexité des situations rencontrées. Il est apparu que les ergothérapeutes adaptent leurs outils en fonction des contraintes institutionnelles et de leurs expériences personnelles. Bien que le MOH et le WRI ne soient pas toujours utilisés de manière systématique, les principes qu'ils véhiculent, notamment la prise en compte de la volition et l'analyse de l'environnement, semblent présents dans les pratiques observées. Cependant, un écart a été constaté entre la population ciblée initialement (les jeunes de 18 à 25 ans) et les profils réellement évoqués (plutôt des adultes en réinsertion). Ce décalage, associé à certains biais méthodologiques, limite la portée des résultats et souligne la nécessité d'impliquer directement les jeunes concernés dans les futures recherches.

Enfin, cette étude a permis de faire émerger de nouvelles pistes, telles que la question de la fatigue persistante, le besoin de suivi à long terme après l'insertion, ou encore le rôle des dispositifs interprofessionnels et institutionnels. Il pourrait ainsi être pertinent de se demander dans quelle mesure une approche interdisciplinaire permettrait de sécuriser la transition occupationnelle des jeunes adultes atteints de SDRC vers un emploi adapté et durable.



## Références

- Aegler, B., & Satink, T. (2009). Performing occupations under pain : The experience of persons with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(1), 49-56. <https://doi.org/10.1080/11038120802512425>
- Al Claranse. (2016, juin 3). Fatigue, l'Ennemi de notre santé? *Algoneurodystrophie-SDRC*. <http://algoneurodystrophie-sdrc-astucesetconseils.com/fatigue-ennemi-sante/>
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2019). Chapitre premier. L'approche qualitative. *Que sais-je ?, 3*, 9-32.
- Albazaz, R., Wong, Y. T., & Homer-Vanniasinkam, S. (2008). Complex Regional Pain Syndrome : A Review. *Annals of Vascular Surgery*, 22(2), 297-306. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2007.10.006>
- Amzallag, C. (2022). Chapitre 10. Échantillonnage. *Questions de société*, 278-302.
- Apostolidis, T. (2005). Méthodes d'étude des représentations sociales. In *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 13-35). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.01.0013>
- Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties*. 55, 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Blair, S. E. E. (2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237. <https://doi.org/10.1177/030802260006300508>
- Bouëdec, G. L. (2007). Chapitre I. Tous accompagnateurs ? Non : il n'y a d'accompagnement que spirituel. In *Penser l'accompagnement adulte* (p. 169-188). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.claud.2007.01.0169>
- Busino, G. (1992). XIV. L'objectivité dans les sciences humaines. *Travaux de Sciences Sociales*, 259-265. <https://doi.org/10.3917/droz.busin.1992.01.0259>

Bynner, J., & Parsons, S. (2002). Social Exclusion and the Transition from School to Work : The Case of Young People Not in Education, Employment, or Training (NEET). *Journal of Vocational Behavior*, 60(2), 289-309.

<https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1868>

Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>

CIM-11. (2024). *Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1834504950>

Coelho, M. (2003). Kuhn et le problème de l'objectivité. *Archives de philosophie*, 66(3), 449-461. <https://doi.org/10.3917/aphi.664.0449>

Comète France. (2015, janvier 13). *Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle*. <https://www.cometefrance.com>

Comète France. (2023). *Découvrez le rapport national d'activité 2023 ! | Comète France*. <https://www.cometefrance.com/actualites/le-rapport-national-dactivite-2017-est-arrive-2>

Dat-Nhut Nguyen, & Boucher, J. (2010). Les syndromes douloureux régionaux complexes (sdrc). In *Faire équipe face à la douleur chronique* (Les production Odin inc., p. 25-34). <https://isbnsearch.org/isbn/9780981047805>

de Mos, M., de Brujin, A. G. J., Huygen, F. J. P. M., Dieleman, J. P., Stricker, B. H. C., & Sturkenboom, M. C. J. M. (2007). The incidence of complex regional pain syndrome : A population-based study. *Pain*, 129(1-2), 12-20.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>

Dessintey. (s. d.). Dispositifs IVS pour planification motrice et commande du mouvement. *Dessintey*. <https://www.dessintey.com/ivs-intensive-visual-simulation/>

Dubet, F. (2019). *Le temps des passions tristes. Inégalités et populisme.*

<https://shs.cairn.info/le-temps-des-passions-tristes--9782021420340>

Dubois, A.-A., Massonneau, A., D'Apolito, A.-C., & Bensmail, D. (2016). Intérêt de la démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle pour favoriser la réinsertion des personnes en situation de handicap hospitalisées en médecine physique et de réadaptation. *Ergothérapies*, 61, 27.

Dumay, A., Devroedt, J., & Laurent, O. (2019). Ergothérapeute dans l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes présentant des troubles cognitifs : Le jobcoach. *Ergothérapies*, 74, 17.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative. Les questions clés de la démarche compréhensive.* Vuibert. <https://shs.cairn.info/methodologie-de-la-recherche-qualitative--9782311402988>

Erikson Erik H. (1950). *Childhood and Society*. W.w. Norton and Compy Inc. New York.  
<http://archive.org/details/dli.ernet.19961>

F. Kirkpatrick, A. (2003). *Directives de la pratique clinique pour la DSR/SDRC* (M. Caridad Karel, Trad.). Fondation Internationale de Recherches sur la DSR / SDRC.  
[https://www.rsdfoundation.org/fr/fr\\_cpg.html](https://www.rsdfoundation.org/fr/fr_cpg.html)

Fressoz, J.-B. (2015). Objectivité. In *Dictionnaire critique de l'expertise* (p. 225-231). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/sepo.henry.2015.01.0225>

Galtier, B., & Minni, C. (2015). *Emploi et chômage des 15-29 ans en 2014*. DARES.  
<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/emploi-et-chomage-des-15-29-ans-en-2014>

Guilbert, L., & Langlois, J. (2016). *L'adolescence prolongée : L'émergence du jeune adulte.*

*Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition) (avec Townsend, E., Polatajko, H. J., & Cantin, N.). (2013). CAOT Publications ACE.

Hadot, P., Laugier, S., & Davidson, A. (2001). Qu'est-ce que l'éthique ? *Cités*, 5(1), 129-138. <https://doi.org/10.3917/cite.005.0127>

HAS. (2011). *Label de la HAS - Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de la réadaptation*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1096505/fr/label-de-la-has-demarche-precoce-d-insertion-socioprofessionnelle-en-etablissements-de-soins-de-suite-et-de-readaptation-specialises-relevant-des-champs-de-competences-de-la-medecine-physique-et-de-la-readaptation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1096505/fr/label-de-la-has-demarche-precoce-d-insertion-socioprofessionnelle-en-etablissements-de-soins-de-suite-et-de-readaptation-specialises-relevant-des-champs-de-competences-de-la-medecine-physique-et-de-la-readaptation)

HAS. (2023). *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique)

IASP. (2020). Announces Revised Definition of Pain. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Insee. (2016). *Les principales ressources des 18-24 ans*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019048>

Insee. (2021). *Niveau de vie et pauvreté des adultes selon l'âge – Revenus et patrimoine des ménages*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371227?sommaire=5371304>

Insee. (2023a). *Définition—Population active*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1946>

Insee. (2023b). *État de santé de la population – France, portrait social.*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>

Insee. (2023c). *Une photographie du marché du travail en 2022.*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6966932>

Insee. (2024). *Population active – France, portrait social.*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242345?sommaire=8242421&q=Population+active#consulter>

Insee. (2025). *Actifs de 15 à 29 ans – Formations et emploi.*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8305512?sommaire=8306008>

Inserm, La science pour la santé. (2017). *Douleur.* Inserm.

<https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

Institut De Lutte Contre La Douleur. (2024). *Le Syndrome Douloureux Régional Complexé (SDRC) : Incidence, Pronostic et Prise en charge, avec un Focus sur la rTMS | Institut de lutte contre la douleur Paris.* Institut De Lutte Contre La Douleur - Paris.

<https://www.institutdoloris.fr/post/le-syndrome-douloureux-régional-complexe-sdrc-incidence-pronostic-et-prise-en-charge-avec-un-f>

Jodelet, D. (2003). Les représentations sociales. In *Sociologie d'aujourd'hui* (p. 45-78).

Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>

Jolibert, B. (2020). Éthique, morale et déontologie: Trois approches du « devoir être ».

*L'Enseignement philosophique*, 70(1), 45-55. <https://doi.org/10.3917/eph.702.0045>

Kalika, M., Mouricou, P., & Garreau, L. (2021). 7. La méthodologie. *Méthod'o*, 5, 81-112.

Kang, J. E., Kim, Y. C., Lee, S. C., & Kim, J. H. (2012). Relationship between Complex Regional Pain Syndrome and Working Life : A Korean Study. *Journal of Korean Medical Science*, 27(8), 929-933. <https://doi.org/10.3346/jkms.2012.27.8.929>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>

Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The Fatigue Severity Scale : Application to Patients With Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123. <https://doi.org/10.1001/archneur.1989.00520460115022>

L'Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Prise de position de l'ACE: Obésité et occupations saines*. 4.

Légifrance. (1998). *Sous-section 4 : Déclaration annuelle. (Articles R323-9 à R323-11)*.  
Légifrance.

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISC\\_TA000006187710/2005-01-01](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISC_TA000006187710/2005-01-01)

Légifrance. (2002). *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* (1).

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000889846>

Lejeune, C. (2019). Chapitre 1. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Méthodes en sciences humaines*, 2, 21-42.

M. Econep, L.-M. (2006). *Evaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès*.

Manidi, M.-J., Roberts, P., Briand, C., Panchaud Mingrone, Schüler, R., Chappell, J., Pfister El Maliki, A.-C., Ecuyer, C., Prunte, K., El Nadi, A., Riesen, A., Hesse, W., & Rivard, S. (2006). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (EESP). <https://www.hetsl.ch/laress/publications/detail/publication/ergotherapie-comparee-en-sante-mentale-et-psychiatrie/>

Maurin, L. (2020, février 17). Actif – active. *Centre d'observation de la société.* <https://www.observationsociete.fr/definitions/actif/>

Maurin, L. (2022, janvier 11). Comment définir l'âge de la jeunesse ? *Centre d'observation de la société.* <https://www.observationsociete.fr/ages/jeunes/a-quel-age-est-on-jeune/>

Mick, G., Perrot, S., Poulain, P., Serrie, A., Eschalier, A., Langley, P., Pomerantz, D., & Ganry, H. (2013). Impact sociétal de la douleur en France : Résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 14(2), 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2012.12.014>

Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique. (2023). *Emploi des travailleurs handicapés : Quelles sont vos obligations ?* Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique. <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/obligation-emploi-travailleurs-handicapes>

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2022a). *Douleur : De quelle douleur parle-t-on ?* Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-dequelle-douleur-parle-t-on>

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2022b). *Tout savoir sur les soins médicaux et de réadaptation (SMR)*. Ministère du Travail, de la Santé, des

Solidarités et des Familles. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-medicaux-et-de-readaptation-smr>

Morel-Bracq, M.-C., Meyer, S., Sorita, É., Ferland, F., Rouault, L., & Caire, J.-M. (2017).

Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 72-84). De Boeck Supérieur.

Morier, A., Lallement, A., & Romeu, P. (2019). Pratique de la rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 20(4), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.07.009>

Murray, C. B., Groenewald, C. B., de la Vega, R., & Palermo, T. M. (2020). Long-term impact of adolescent chronic pain on young adult educational, vocational, and social outcomes. *Pain*, 161(2), 439-445. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001732>

Nicolè, F., Marage, D., Lempérière, G., & Fonseca, J. P. C. D. (2022). Chapitre 3. Échantillonnage et expérimentation. *LMD Biologie/Écologie*, 33-53.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008, janvier 1). *Mieux gérer votre énergie et réduire votre état de fatigue*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/11-mieux-gerer-votre-energie-et-reduire-votre-etat-de-fatigue.html>

Orphanet : *Syndrome douloureux régional complexe*. (s. d.). Consulté 30 mars 2025, à l'adresse

<https://www.orpha.net/fr/disease/detail/83452?name=syndrome%20douloureux%20régional%20complexe&mode=name>

Ott, S., & Maihöfner, C. (2018). Signs and Symptoms in 1,043 Patients with Complex Regional Pain Syndrome. *The Journal of Pain*, 19(6), 599-611. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.01.004>

Pineau, G. (1998). *Accompagnements et histoire de vie*. l'Harmattan.

Quintal, I., & Spicher, C. J. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur (2003 – 2013). *Expériences En Ergothérapie, 26ème Série. Sauramps Médical.*  
[https://www.academia.edu/4673443/La\\_m%C3%A9thode\\_de\\_r%C3%A9%C3%A9ducation\\_sensitive\\_de\\_la\\_douleur\\_2003\\_2013](https://www.academia.edu/4673443/La_m%C3%A9thode_de_r%C3%A9%C3%A9ducation_sensitive_de_la_douleur_2003_2013)

Rosenbloom, B. N., Rabbitts, J. A., & Palermo, T. M. (2017). A developmental perspective on the impact of chronic pain in late adolescence and early adulthood : Implications for assessment and intervention. *Pain, 158*(9), 1629-1632.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000888>

Rousset, M. (2023). *Comment «bien» s'occuper ? - Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel.*

S-ECN. (2023). *Bienvenue sur S-ECN.* <https://www.s-ecn.com/>

Serrie, A. (2015). *La prise en charge de la douleur chronique : Un problème de société – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps.*  
<https://www.academie-medecine.fr/la-prise-en-charge-de-la-douleur-chronique-un-probleme-de-societe/>

Taylor, S.-S., Noor, N., Urts, I., Paladini, A., Sadhu, M. S., Gibb, C., Carlson, T., Myrcik, D., Varrassi, G., & Viswanath, O. (2021). Complex Regional Pain Syndrome : A Comprehensive Review. *Pain and Therapy, 10*(2), 875-892.  
<https://doi.org/10.1007/s40122-021-00279-4>

Thérapie Miroir. (s. d.). Fondamentaux. *Thérapie Miroir.*  
<https://therapiemiroir.com/fondamentaux/>

Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand’homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease : The IASP Classification of Chronic

Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

Université Laval. (2020). WRI | Outils d'évaluation | CCRMH. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmh.ulaval.ca/outils-devaluation/wri/>

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). Sixième étape – L'analyse des informations: In *Manuel de recherche en sciences sociales* (p. 265-313). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01.0263>

Viaud, J. (2003). Mémoire collective, représentations sociales et pratiques sociales: *Connexions*, n o 80(2), 13-30. <https://doi.org/10.3917/cnx.080.0013>

Vincent, B., & Wood, C. (2008). Les syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) de type I et II. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 9(1), 11-20.  
<https://doi.org/10.1016/j.douler.2007.12.002>

Wittkopf, P. G., & Johnson, M. I. (2017). Mirror therapy : A potential intervention for pain management. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 63, 1000-1005.  
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.11.1000>

World Federation of Occupational Therapists. (2017). *About Occupational Therapy* (<https://wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Zribi, G. (2017). Le concept d'accompagnement, les avancées et les dérives potentielles. *Pratiques en santé mentale*, 63(3), 5-9. <https://doi.org/10.3917/psm.173.0005>

## **Sommaire des Annexes**

Annexe I – Critères de diagnostic du SDRC .....	I
Annexe II – Questionnaire de Saint-Antoine .....	II
Annexe III – Questionnaire de recrutement .....	IV
Annexe IV – Guide d’entretien .....	VII
Annexe V – Formulaire de consentement .....	IX
Annexe VI – Grille d’analyse des entretiens.....	X
Annexe VII – Résumé .....	XV
Annexe VIII – Abstract .....	XV



## Annexe I – Critères de diagnostic du SDRC



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

NOM :

Prénom :

DDN :

Examinateur :

DATE :

### Critères diagnostiques SDRC

(Conférence de Budapest IASP 2004)

1 – DOULEUR continue, disproportionnée par rapport à n'importe quel élément déclenchant		oui	non
	continue		
	régionale		
	spontanée et/ou provoquée		
	disproportionnée par sa durée, son intensité, de la lésion périphérique		
2 – Présence signalée par le patient d'au moins un des symptômes dans au moins trois des quatre catégories suivantes			
Troubles sensoriels	hyperalgésie		
	allodynie		
Troubles Sudomoteurs	cédème		
	asymétrie/variation sudation		
Troubles Vasomoteurs	asymétrie T°		
	anomalie/asymétrie coloration cutanée		
Troubles Moteurs/Trophiques	diminution de la mobilité, limitation amplitude articulaire		
	dysfonctionnement moteur (faiblesse, tremblements, dystonie)		
	troubles trophiques (peau, ongles, poils)		
3 - Présence constatée à l'examen au moment de l'évaluation d'au moins un signe dans deux ou plus des catégories suivantes			
Troubles Sensoriels	hyperalgésie à la piqûre		
	allodynie (à l'effleurement léger ou à la pression somatique profonde)		
Troubles Vasomoteurs	asymétrie de température cutanée ( $>1^{\circ}\text{C}$ )		
	asymétrie de la coloration cutanée		
	changements de la coloration cutanée		
Troubles Sudomoteurs	cédème		
	anomalie de sudation		
	asymétrie de sudation		
Troubles moteurs/trophiques	diminution de la mobilité, diminution des amplitudes articulaires		
	troubles moteurs (faiblesse, tremblements, dystonie)		
	troubles trophiques (peau, ongles, poils)		
4 - pas d'autre étiologie			
les signes et symptômes ne sont pas expliqués par un autre diagnostic			

## Annexe II – Questionnaire de Saint-Antoine

1.3.4

### *Le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA)*

#### a) Explication

Ce questionnaire est destiné à apprécier la description d'une douleur.

C'est une échelle verbale multidimensionnelle.

Il comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes.

- 9 sensorielles (A à I);
- 7 affectives (J à P);
- 1 évaluative (Note).

L'intérêt pratique d'un tel questionnaire est de divers ordres. Il peut aider à préciser la sémiologie sensorielle d'une douleur. Ainsi, une description type de décharges électriques ou de coups de poignard peut orienter vers un mécanisme de douleur par désafférentation. Une description type de lourdeur, de pesanteur, de compression peut orienter vers une douleur à type de contraction musculaire.

Ce questionnaire permet également de préciser une notion d'intensité et apprécier le vécu de la douleur (vécu anxieux et dépressif).

#### b) Notation de la douleur à l'instant présent ("Note")

- 0:** absent, pas du tout
- 1:** faible ou un peu
- 2:** modéré ou moyennement
- 3:** fort ou beaucoup
- 4:** extrêmement fort ou extrêmement

#### c) Exemple

Une douleur habituellement pulsatile (2<sup>e</sup> case en partant du haut, 1<sup>re</sup> colonne) est actuellement en "coup de marteau" et extrême (6<sup>e</sup> case de la 2<sup>e</sup> colonne ; "4" dans la case de la 3<sup>e</sup> colonne).

	Habituelle	Présente actuelle	Note
A			
Battements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulsion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pincements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Éclairs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Coups de marteau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B			
Rayonnante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Irradiante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C			
Piqure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Coupure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pénétrante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Transperçante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Coups de poignard	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D			
Pincement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Serrement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compression	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Écrasement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En étau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Broiement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E			
Tiraillement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Étrirement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Distension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Déchirure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Torsion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arrachement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F			
Chaleur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brûlure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G			
Froid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Glace	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H			
Picotements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fouilllements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	Habituelle	Présente actuelle	Note
I			
Engourdissement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lourdeur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Source	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J			
Fatigante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Épuisante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Éreintante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
K			
Nauséeuse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suffocante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Syncopale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L			
Inquiétante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Opprassante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Angoissante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M			
Harcèlante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Obsédante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cruelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Torturante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Supplicante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
N			
Gênerante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Désagréable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pénible	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Insupportable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Q			
Énervante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Exaspérante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Horrifante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
P			
Déprimante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suicidaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Annexe III – Questionnaire de recrutement

Bonjour,

Je m'appelle Louane Durvaux, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche qui s'intéresse à l'insertion professionnelle des jeunes adultes atteints d'un Syndrome Douloureux Régional Complexes (SDRC), je me permets de vous solliciter au regard de ce questionnaire de recrutement afin de réaliser un échantillonnage.

Ce questionnaire ne vous prendra pas plus de cinq minutes à répondre.

Voici mon contact si vous avez des questions : louane.durvaux@gmail.com

Je vous remercie par avance de l'attention portée à ce questionnaire.

---

\* Indique une question obligatoire

---

Êtes-vous un ergothérapeute Diplômé d'États (DE) ? \*

- Oui  
 Non
- 

Si non qu'elle est votre profession ?

Votre réponse

---

---

Dans quel(s) type de structure travailler vous ? \*

- Cabinet Libéral  
 Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)  
 Soins de Suites et de Réadaptation (SSR)  
 Autre : \_\_\_\_\_
-

Avez vous déjà travaillé auprès de jeunes adultes atteints d'un SDRC ? \*

- Oui
  - Non
- 

Avez-vous déjà accompagné l'insertion professionnelle d'un jeune adulte atteint d'un SDRC ? \*

- Oui
  - Non
- 

Utilisez-vous un ou des modèles conceptuels (en ergothérapie ou dans d'autres disciplines) ? \*

- Oui
  - Non
-

Si vous avez répondu "oui", le(s)quel(s) ?

Votre réponse

Intervenez-vous dans des dispositifs spécialisé dans l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ? \*

Oui

Non

Si vous avez répondu "oui", le(s)quel(s) ?

Votre réponse

Si vous êtes d'accord pour réaliser un entretien (d'une durée d'environ trente minutes), je vous laisse me joindre vos coordonnées (nom, prénom, adresse email et numéro de téléphone). Merci !

## Annexe IV – Guide d’entretien

Thème	Questions d’entretien	Critères	Indicateurs	Questions de relance
Population interrogée	1- Pouvez-vous nous présenter brièvement et décrire votre parcours professionnel ?	Nom, prénom, âge, profession Années d’expérience, contexte de travail (milieu hospitalier, libéral, centre de rééducation...)		- Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans ce domaine ? - Depuis combien de temps exercez-vous ? - Avez-vous suivi des formations spécifiques en lien avec les troubles chroniques comme le SDRC ?
	2 - Avez-vous une expérience avec des jeunes atteints de SDRC ? Si oui, comment ça s'est passé ?	Présentation du professionnel et expérience	Expérience spécifique avec la population ciblée	- Travaillez-vous avec d'autres professionnels pour les accompagner ? Si oui lesquels
Prise en compte de la volonté/motivation	3 - Comment évaluez-vous/ évalueziez-vous la motivation chez un jeune actif atteint de SDRC ?		Capacité d'une personne à agir sur son environnement. Référence aux choix, à la motivation personnelle, au sens accordé à l'emploi	- Utilisez-vous des outils pour évaluer la motivation ? Si oui lesquels ? - La motivation varie-t-elle au fil de l'accompagnement ? Si oui, comment le prenez-vous en compte ?
	4 - Comment adaptez-vous/ adapterez-vous l'accompagnement en fonction de cette motivation ?	Prise en compte des dimensions volontielles/motivationnelles dans l'intervention	Ajustement de l'intervention	- Quels moyens mettez-vous en œuvre pour soutenir la motivation ? - Travaillez-vous sur des objectifs co-construits avec le jeune ?

		Utilisation d'un modèle	-Pour quelle raison vous n'utilisez pas de modèle ? -Quels sont selon vous ses avantages ou limites dans le cadre du SDRC ?
Utilisation du MOH dans la pratique	5 - Utilisez-vous le modèle conceptuel dans votre pratique ? Si oui avec lequel et pour quelle raison ?  6 - Connaissez-vous le MOH ? Si oui pensez-vous qu'il serait pertinent de l'utiliser pour l'insertion professionnelle d'un jeune atteint de SDRC ? et pour quelle raison ?	Utilisation d'un modèle conceptuel. Intégration du MOH, pertinence dans l'intervention	Référence à la pertinence du MOH Définition du MOH
Utilisation du WRI	7 - Connaissez-vous le WRI ? Pensez-vous qu'il serait pertinent pour comprendre les besoins d'un jeune actif ? Pour quelle raison ?	Connaissance et pertinence du WRI	Ciblage des valeurs, attentes environnementales, habitudes, capacités perçues Définition du WRI
Accompagnement de la transition occupationnelle	8 - Comment accompagnerez-vous /accompagnerez-vous un jeune atteint de SDRC dans son insertion professionnelle ?	Modalités d'intervention de l'ergothérapeute	- Quelles sont les principales étapes de votre accompagnement ? - Avez-vous des partenaires dans cet accompagnement ? Si oui lesquels ? - Quels freins rencontrez-vous le plus souvent ? Comment les surmontez-vous ?
Adaptation de l'environnement professionnel	9 - Quels aménagements environnementaux mettez-vous/ mettriez-vous en place ou proposez-vous/ proposeriez-vous ? - En quoi ces adaptations facilitent-elles l'insertion dans un emploi ?	Individualisation des aménagements environnementaux	Types d'adaptations (physiques, organisationnelles, relationnelles), implication du jeune dans le processus
Effets observés	10- Quels effets avez-vous observé chez les jeunes que vous avez accompagnés (via l'utilisation d'un modèle) ?	Impact de l'intervention	Amélioration de confiance en soi ; Moins de stress ; Meilleur autonomie, engagement

## **Annexe V – Formulaire de consentement**

### **Formulaire de consentement libre et éclairé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche**

Je m'appelle Louane DURVAUX et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie au sein de l'IFE de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à l'accompagnement des jeunes actifs atteints d'un syndrome douloureux régional complexe dans leur insertion professionnelle. Afin de recueillir des éléments de réponse, je vais vous poser différentes questions. L'entretien durera entre 30 et 45 minutes. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions et vous êtes libre d'arrêter l'entretien à tout moment. N'hésitez pas à ajouter des éléments ou remarques qui pourront enrichir la discussion. Si vous avez oublié un élément à une question précédente, vous pouvez revenir dessus à tout moment. L'entretien sera enregistré pour me permettre de retranscrire les informations recueillies avec précision afin d'en faciliter l'analyse. Toutes les informations seront anonymisées et l'enregistrement sera supprimé après l'anonymisation de la retranscription écrite.

Je soussigné (e) : .....

Autorise l'étudiante Louane DURVAUX à m'interroger dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche et à enregistrer cet entretien.

Fait à ..... le .....

Signature :

## Annexe VI – Grille d’analyse des entretiens

Thèmes	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Population interrogée	Nom, prénom, âge, profession, années d’expérience et le contexte du travail.	<p>"J’ai été diplômée en 2005. Après j’ai travaillé de 2006 à 2012 dans un foyer d’accueil médicalisé et réinsertion sociale pour personne atteinte d’une lésion cérébrale. Et depuis 2012, je suis ergothérapeute sur l’unité d’insertion socio-professionnelle Comète et coordinatrice de l’équipe depuis 2016." "Dès le début de mes études, je voulais faire de la réadaptation et de la réinsertion." "Pour avoir une survie à long terme." "Plus d’un passage en réadaptation." "Cette insertion professionnelle, nous permet, nous à Comète de les suivre minimum deux ans après."</p>	<p>"Je suis ergothérapeute au CHU depuis quatre ans et demi. En je fais actuellement des prises en charge en hôpital de jour, de la rééducation sensitive, de la consultation et de la réadaptation." "J’ai eu une formation assez bonne pour ce milieu." "J’ai eu une formation sur la rééducation sensitive de la douleur par la méthode Spicker." "Pour les patient avec des SDRC ou des allostomie et des lymphostase où on vient réduire la sensibilité pour peut-être diminuer les douleurs et avoir un impact moindre sur le quotidien."</p>	<p>"J’ai eu mon diplôme en 1998." "En 1998, j’étais sur le centre de réduction et sur l’hôpital avec des spécialités neuro-locomotrices avec rhumatologie." "J’ai démarré sur le programme Ufers." "Programme Lombardie." "En 2006-2007." "J’ai travaillé au SAMHSA." "J’ai fait un DU en ergonomie pour mieux apprendre tout ce qui touche au travail." "Je suis sur le programme Comète depuis à peu près 2011-2012, à 25%." "La partie professionnelle, c’était quelque chose qui m’animait." "J’ai assisté à des collègues sur l’imageo mentale, la thérapie miroir." "Desamey, appareil qui fait de la thérapie miroir."</p>	<p>"Je suis ergothérapeute à l’hôpital et je travaille plus spécifiquement sur l’unité d’insertion socioprofessionnelle Comète." "Je suis diplômée depuis 2005, j’ai commencé par un premier contrat à l’hôpital sur la plateforme Nouvelle Technologie, où j’ai travaillé 16 mois, puis c’était un contrat de recherche. Ensuite, j’ai travaillé dans un service de maladie à domicile et je suis revenue à l’hôpital en 2008 sur Comète." "C’est quelque chose qui me plait, l’aspect réinsertion." "Le fait de s’intéresser et de questionner les patients en fonction de leur métier, c’était vraiment ce que je recherchais."</p>
Expérience spécifique avec la population cible					<p>"Des jeunes, on va pas forcément beaucoup, plus de possibilités jusqu’à 30-35 ans." "J’ai eu une dame, une secrétaire médicale qui a eu un accident de travail au niveau de la main." "Elle a discuté avec le SDRC, avec une main qui s'est entravée énormément." "Elle a commencé par un traitement classique, puis elle est venue en hôpital de jour pour faire des séances." "C'est dans ce cadre qu'on a commencé un accompagnement mais elle était très raide et très douleur." "Même pratiquement à l'issue de sa réhabilitation, sa main n'était pas fonctionnelle et la reprise professionnelle n'était pas envisageable." "Elle a mené une réfection avec ma collègue psychो du travail sur ses freins potentiels." "J'avais repris avec elle des fiches d'auto-exercice à poursuivre chez elle." "Récemment, on a pu mettre en place une mise en situation professionnelle." "Je travaille jamais seule, donc je travaille avec le médecin." "Il y a une ergonomie dans l'équipe, une neuropsychologue et psychologue du travail."</p>
					<p>"Tous avons déjà travaillé en pluridisciplinaire au sein du centre." "Nous avons travaillé avec les kinés, les ergo du plateau technique, des psychomotrices, des psychologues, APA, " "Pour la réadaptation pro, on travaille avec une psychologue du travail, une assistance sociale, un médecin MPR." "Il y a un rendez-vous assez rapidement dans la réadaptation pour au moins informer de ce qui sera possible après." "La difficulté qu’on a avec les Algos, c'est que, soit on les a fait et on sait que ça peut durer assez longtemps, soit on les a tardivement, les séquilles sont installées, on sait qu'il ne va pas y avoir beaucoup de récupération, mais la personne espère encore récupérer." "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."</p>

<p><b>Comprendre les capacités d'une personne à agir sur son environnement.</b></p> <p>Référence aux choix, à la motivation personnelle du patient, au sens accordé à l'emploi.</p>	<p>"De manière informelle, par le suivi des séances, leur capacité à suivre les protocoles d'auto-rééducation. "La motivation varie en fonction de la progression" "si les gens stagnent beaucoup ils vont être moins motivés" "s'il y a un impact écologique majeur du SORC, ils vont être un peu moins motivés, si c'est un renouvellement fort, qui ils progressent, ils vont être très motivés."</p>	<p>"Je n'en utilise pas. Mais la psychologue du travail, elle utilise des échelles d'évaluation de la motivation. "On ne va pas travailler à la place de la personne." "On peut relancer une fois, deux fois, trois pas plus." "C'est paral avec les pièces justificatives" "On ramener toujours les choses dans leur contexte face au patient." "Quand le patient arrête ou que le contact s'interrrompt, je suis persuadée que ça ne peut pas aller jusqu'à une reprise professionnelle." "Certains patients s'en saisissent, ça les fait réagir."</p>
<p><b>Prise en compte de la volonté ou motivation</b></p>	<p>"On fait le point pour savoir pourquoi il y a cette perte de motivation. Est-ce que parce qu'il y a un plateau au niveau de sa rééducation." "Il va aussi avoir un suivi psychologique" "On va forcément essayer de le remonter, il faut qu'il soit acteur de ces démarches, donc si il y a un moment il n'est pas stop et que c'est pas de moment, nous on reste à disposition quoi qu'il arrive." "Et on reprendra les démarches plus tard" "Expliquer les tenants et les aboutissants d'un bon retour à l'emploi" "Expliquer qu'une perte de motivation, ça peut être normal dans un long parcours de soins" "Ce n'est pas à nous de faire à sa place, c'est lui qui va nous donner la temporalité de l'accompagnement"</p>	<p>"Par la stimulation, malaxerusement, si les patients sont peu compliants à la méthode, je ne peux pas faire des contrôles stimulants pour eux. Donc on essaie de faire au mieux pour garder leur motivation" "C'est des encouragements, leur dire que ça progresse, que ça va continuer de progresser et qu'il faut continuer de regarder l'observance du traitement. On les valorise." "Il n'y a pas d'objectifs vraiment normés parce que la récupération varie selon pleins de paramètres."</p> <p>"Donc comme c'est vraiment sensitif, c'est compliqué de mettre des objectifs précis" "On peut montrer les esthésiographies, c'est un repère du territoire sensitif" "On va cartographier et tester avec des monoflammements et l'idée c'est de motiver au fil et à mesure l'évolution avec des stimulations avec des monoflammements de plus en plus gros et de moins en moins déclencheurs."</p>
<p><b>Utilisation du MOH dans la pratique</b></p>	<p>"J'en n'utilise pas de modèle j'ai dit, dans ma tête, construire un modèle avec tout ce que j'aurais appris et voir" "Les lumières, ce serait juste que chaque personne est différente" "Il faut sortir du cadre pour que ça fonctionne et s'adapte à la personne." "Mais un cadre permet de donner la même chance à tout le monde."</p>	<p>"Je n'en n'utilise pas, car d'un point de vue d'utilisation d'un membre sup, on va essayer d'exclure le membre supérieur des activités de la vie quotidienne pendant un moment. Tant qu'on redéploie la sensibilité" "On ne peut pas vraiment mettre d'objectif en place" "le seul objectif est un peu temporel" "On commence à mettre des objectifs vraiment à la fin du protocole, où là on</p>

		cherche à reprendre les activités de la vie quotidienne." "Petit à petit on pourrait intégrer un modèle mais est-ce qu'il y a vraiment un intérêt précis." "Les gens n'ont pas forcément besoin d'intégrer un modèle, enfin, j'en ai pas ressenti le besoin pour l'instant."	Intégrer	très déficience-centrée, c'est plus mon raisonnement clinique initial. Le MOH est avant tout patient-centré."
	Référence à la pertinence du MOH dans l'accompagnement.	"Oui, ça pourrait être complètement adapté à l'insertion pro." "Mettre dans l'environnement, ça c'est sûr, c'est une bonne chose." "L'âge et l'agir, c'est ce qu'il a, son moi profond." "Ce qu'il va pouvoir encadrer lui par ses propres moyens et mettre en place." (Kiehnhofer cité par Moral-Banca, 2017)	"Assez peu, il y a pas mal de composantes qui ne vont pas forcément être travailler." Les patients atteints des SDRC sont beaucoup dans l'action et ont besoin d'objectifs concrets. "Ils vont travailler principalement dans l'âge et pas forcément le devenir ou dans l'âge." "C'est la seule dimension que je pourrais intégrer." "Après, forcément, on prend en compte l'environnement, le métier du patient, les activités de vie quotidienne habituelles."	"Ça me parle, je ne savais pas que ça s'appelait MOH." "Je pense que l'utiliser ça va forcément servir pour comprendre où sont les freins et reprendre une vue d'ensemble." "Surtout la partie devenir, l'interaction sociale, l'aspect professionnel." "Il permet de regrouper d'autres aspects, et de comprendre où ça coince."
	les activités productives, de loisirs et la vie quotidienne réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel.	"Oui, ça peut être permis si on débute dans la profession." "Mais je ne suis pas sûr que ce soit indispensable." "En fait, on a l'autrefois professionnel." "Il sera à cibler ce dont on a besoin par rapport au poste, ses activités ses capacités et son environnement"	"Je ne sais pas vraiment, ils sont très attachés à des actions qu'ils ne peuvent pas faire." "Il y a assez peu de facteurs psychosociaux qui rentrent en jeu. Il va y avoir un petit peu la relation avec ses supérieurs, ses collègues, cela va avoir assez peu d'impact sur la prise en charge du patient et ses objectifs." "L'environnement de travail physique, forcément il y a un impact." "Il faut adapter l'environnement plus réeliquer par rapport à ça."	"Tel que vous me le décrivez, je me dis que ça peut être intéressant." "Peut-être que nous, ergothérapeutes, n'avons pas forcément cette sensibilité-là ça peut être un énorme apprendredi."
	Référence à la pertinence du WRI. WRI : Évaluer le rôle de travailleur de la personne, à la fois passé, présent et futur. En prenant en compte les facteurs psychosociaux et environnementaux.	Référence à la pertinence du WRI. WRI : Évaluer le rôle de travailleur de la personne, à la fois passé, présent et futur. En prenant en compte les facteurs psychosociaux et environnementaux.	"Oui, ça peut être permis si on débute dans la profession." "Mais je ne suis pas sûr que ce soit indispensable." "En fait, on a l'autrefois professionnel." "Il sera à cibler ce dont on a besoin par rapport au poste, ses activités ses capacités et son environnement"	"Je suis très intéressée par cet outil pour le coup." "Oui, ça paraît intéressant mais ça mérite d'être approfondi."

		<p>“On commence l’accompagnement quand les réducteurs ou les médecins pensent qu’ils sont près” “La première étape, c’est notre audience initial” “Après, c’est une prise de contact avec son médecin du travail” “En entreprise, c’est la mise en situation, des aménagements, des dévts, le compte-rendu d’études, de postes, dossier de financement à ageipif, Epiplif ou autre en fonction du besoin, la mise en place du matériel” “C'est informé le patient sur les possibilités de reprise à temps partiel thérapeutique” “Le principal frein, c'est la difficulté à se projeter quand on a une algo. Parce qu'on ne sait vraiment pas s'il y aura des séquelles résiduelles. Une fois qu'on a adapté le poste, on les suit encore pendant deux ans” “Pendant l'arrêt maladie, il existe un dispositif qui s'appelle l'esai encadré. “On peut faire des essais au sein de l'entreprise, à son poste qui l'occupe, ou un autre poste pour voir s'il y a une reconversion possible”</p>	<p>“L’entretien au début de la prise en charge se fait avec un recul de données classique.” “Pour un SDRC, il y a toute la première phase de rééducation sensitive de la douleur donc de l’allostomie, après il y a une phase de rééducation de l’hypothèse et après on travaille la reprise des activités du quotidien. Le travail vient trairent au fil de prise en charge.” “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.” “On peut voir avec l’Ageipif pour trouver les aménagements.” “Les patients peuvent être en début de prise en charge, que ça n’évolue pas sur les premiers temps de rééducation, du coup il perdent un peu la motivation” “Mais aussi au niveau de la structure les patients peuvent sortir plus tôt, avant la fin de la prise en charge” “Comme, ils ont le protocole de rééducation, ils se débrouillent un petit peu”</p>	<p>“J’analyse les tâches que la personne doit faire, je fais une analyse du poste de travail” “Je regarde quelles sont les capacités de la personne et je les mets en regard” “Je questionne la personne, elle me dit là où elle se sentait déjà en difficulté” “Ensuite, on essaie de mettre en place des compensations” “Et puis après on regarde dans la réalité comment ça se passe. Avec une mise en situation professionnelle ou pas. Et si si besoin on fait des essais de matériel” “Je travaille avec un ergonome en place, ou des infirmières en charge de la prévention de la sécurité du travail” “On peut solliciter des aides financières comme l’ageipif et le Epipif”</p>	<p>“C'est vraiment très pluridisciplinaire. Je suis au moment de l'examen clinique avec le médecin.” “On voit en fonction de cet examen clinique les projections du patient.” “On identifie les leviers, les nouveaux objectifs de rééducation.” “La Phase 1 correspond à la prise de contact, et du point sur la situation.” “En phase 2, on évalue” “La phase 3, c'est le montage de dossier, aides techniques, visites de poste.” “On fait des essais encadrés, c'est la Sécu qui réglemente ça.” “On fait aussi des mises en situation dans nos bureaux, en reproduisant le contexte professionnel.”</p>	<p>“Ça dépend du coût pour l’employeur, il y a toujours une part à charge.” “Petite entreprise ou grosse, ça change tout.” “Quand on est sur de l’idée technique pure, il y a une assez bonne prise en charge aujourd’hui par AGEFIPH/FIPHF.” “On sort d’intermédiaire pour soulever la charge administrative.” “Nous devons faire attention au type de fauteuil, s'il y a besoin d'une assistance électrique par exemple.” “Nous pouvons mettre en place des soucis ergonomiques, des sièges adaptés.”</p>	<p>“On a un retour sur leur insertion, 30% de retour.” “Il n'y a pas de retour sur la satisfaction de l'accompagnement.” “Quand les patients sont contents, généralement ils nous le disent.” “Nous sommes en train de réfléchir à mettre en place une sorte de questionnaire de retour d'évaluation sur</p>
		<p>Types d’adaptations et d’aménagements physiques, organisationnelles), Implication du jeune dans le processus</p>	<p>“La reprise de la conduite automobile, il faut suivre un aménagement et aide technique pour le quotidien.” “Par exemple, si on va faire une inversion des pédales pour la voiture.” “Il faut que l’entreprise soit en capacité aussi de financer un véhicule boîte-attro.” “Ca peut être une demande de dérogation en acceptant que la personne se serve de son véhicule personnel.” “Tout est négociable avec l’employeur.”</p>	<p>“On a aménagé un poste bureautique.” “On a travaillé sur des revêtements, un soutien très doux, clavier plus petit, repose-pied et chaise adaptée.” “Si besoin, je me mets en lien avec les personnes présentes dans l’entreprise.” “Si l’employeur accepte de reprendre la personne, il accepte les aménagements.”</p>	<p>“Une fois que la personne a repris le travail, on regarde comment ça se passe.” “A 1 an et 2 ans après la fin de notre accompagnement, on fait le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.” “Y a un retour sur la reprise du travail en santé.”</p>	<p>“Une fois que la personne a repris le travail, on regarde comment ça se passe.” “A 1 an et 2 ans après la fin de notre accompagnement, on fait le questionnaire de satisfaction, c'est notre satisfaction personnelle.”</p>	
	Amélioration de confiance en soi, moins de stress et meilleure autonomie et engagement.	<p>Amélioration de confiance en soi, moins de stress et meilleure autonomie et engagement.</p>	<p>“Si les douleurs sont encore présentes, ça reste compliqué mais, ils continuent le bouton.” “D’autres ont plutôt bien récupéré, les douleurs sont moins.” “Il y en a qui recherchent, d’autres choses à mettre en place pour continuer leurs prises en charge et diminuer les douleurs.” “D’autres qui</p>	<p>“Il y a des échelles d'évaluation de la douleur au départ.” “La reprise du travail et la reprise des activités quotidiennes.” “Le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.” “Y a un retour sur la reprise du travail en santé.”</p>	<p>“On a un retour sur leur insertion, 30% de retour.” “Il n'y a pas de retour sur la satisfaction de l'accompagnement.” “Quand les patients sont contents, généralement ils nous le disent.” “Nous sommes en train de réfléchir à mettre en place une sorte de questionnaire de retour d'évaluation sur</p>		

	<p>Revirement en disant que finalement c'est super, mais que le temps plein, c'est trop. Donc, est-ce qu'on peut réinjecter ? "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." "On a un bon nombre de retours positifs, " "Un taux de réponse à 95 % je dirais."</p>	<p>l'accompagnement qui leur propose "80% si ce n'est 100% des patients nous disent qu'ils sont fatigués et qu'ils n'avaient pas bien mesuré la fatigue générée par une réinsertion"</p>

## Annexe VII – Résumé

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

La douleur est un enjeu majeur de santé publique. Elle peut être aiguë, chronique ou liée aux soins (Ministère de la Santé et de l'Accès aux Soins, 2022). Parmi ces formes, la douleur chronique se distingue par sa persistance et son impact fonctionnel et psychosocial important. Elle est notamment l'un des symptômes centraux du Syndrome Douloureux Régional Complex (SDRC), une pathologie particulièrement invalidante. Les jeunes actifs touchés par ce syndrome voient leur quotidien profondément bouleversé, en particulier dans les phases de transition occupationnelle comme l'insertion professionnelle. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment les ergothérapeutes accompagnent les jeunes actifs atteints d'un SDRC dans leur insertion professionnelle afin de favoriser leur transition occupationnelle. Une méthode qualitative combinée à une approche hypothético-déductive a permis de conduire quatre entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes. Bien que le WRI soit peu utilisé de manière formelle, ses principes sont intégrés dans la pratique des ergothérapeutes. De plus, la prise en compte de la volition permet aux ergothérapeutes de mieux adapter leurs accompagnements auprès des jeunes actifs atteints d'un SDRC. La volition et l'environnement apparaissent comme des leviers essentiels dans l'accompagnement en ergothérapie de l'insertion professionnelle des jeunes actifs atteints d'un SDRC, favorisant leur transition.

**Mots clés :** Ergothérapie, Syndrome Douloureux Régional Complex, jeunes actifs, insertion professionnelle, Modèle de l'Occupation Humaine, transition occupationnelle.

## Annexe VIII – Abstract

### **Volition and environment in occupational therapy: occupational transition of young adults with CRPS during professional integration**

Pain is a major Public Health issue. Pain can be sharp, chronic or related to care (Ministère de la Santé et de l'Accès aux Soins, 2022). Among these forms, chronic pain is distinguished by persistence, and significant functional and psychosocial impact. This pain is one of the principal symptoms of Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), a disease exceptionally disabling. Young workers affected by this syndrome see their daily life turned upside down, especially during periods of occupational transition such as professional integration. The purpose of this study is to understand how occupational therapists support young worker affected by CRPS during their occupational integration in order to facilitate their occupational transition. A Qualitative methodology combined with a hypothetico-deductive approach were chosen to conduct four semi-directive interviews with occupational therapists. Although the WRI is rarely used in a formal way, its principles are integrated into the practice of occupational therapists. Moreover, taking the patient's volition into account allows occupational therapists to better adapt their support of young people with CRPS. Volition and environment become essential levers in the occupational therapy support of the professional integration of young people with a CRCS, facilitating their transition.

**Key words :** Occupational therapy, Complex Regional Pain Syndrome, young workers, professional integration, Model of Human Occupation, occupational transition

