



Institut de formation en ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

**De la brûlure de la face dorsale de la main au projet de vie:
l'intervention précoce de l'ergothérapeute entre prophylaxie et
restauration de la capacité d'agir**



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

Sous la direction de Madame Laurène Salaam

Alice PAREY
Session Juin 2026

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

Remerciements

Je remercie Madame Lorène Salaam pour ses conseils et son accompagnement.

Je remercie les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à cette enquête. Je les remercie également pour le temps qu'ils m'ont accordé et le partage de leurs expériences professionnelles.

Je remercie mes proches et mes amies Solenne, Mya, Vicky et Laurence pour leur soutien tout au long de la réalisation de mon mémoire.

Je tiens également à remercier ma maman Claire et mon conjoint Benoît pour m'avoir soutenu et encouragé tout au long de mon parcours et de la réalisation de mon mémoire.

Liste des abréviations

- ABSI : Abbreviated Burn Severity Index
- AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne
- AVQ : Activités de la Vie Quotidienne
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CHR: Centre Hospitalier régional
- CTB : Centre de Traitement des Brûlés
- EVA : Échelle Visuelle Analogique
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle
- MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie
- MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SOMMAIRE

Remerciements.....	3
SOMMAIRE.....	5
Introduction.....	1
I. La brûlure de la main : du traumatisme à la pathologie.....	3
I.1) Physiopathologie des brûlures profondes.....	3
I.1.1) Définition brûlure.....	3
I.1.2) Profondeur.....	5
I.1.3) Localisation.....	6
I.1.4) Surface.....	7
I.2) Spécificités de la face dorsale.....	7
I.2.1) Ostéologie de la main.....	7
I.2.2) Arthrologie de la main.....	8
I.2.3) Myologie de la main.....	8
I.2.4) Constitution des tissus de la peau.....	9
I.2.5) Les nerfs de la main.....	11
I.2.6) Rôle de la main.....	13
I.2.7) Les types de préhensions.....	14
I.3) Processus de cicatrisation et complications associées.....	15
I.3.1) Les différentes phases de cicatrisation.....	15
I.3.2) Les techniques de greffes.....	16
II. L'ergothérapeute en phase aiguë: une approche prophylactique.....	16
II.1) L'ergothérapeute, garant de l'intégrité fonctionnelle.....	17
II.1.1) Identité professionnelle.....	17
II.1.2) Les conséquences de la brûlure.....	19
II.1.2.1) Les conséquences sensibles.....	19
II.1.2.2) La douleur.....	20
II.1.2.3) Les conséquences cicatricielles et fonctionnelle.....	20

II.1.2.4) Les conséquences occupationnelles.....	22
II.2) La mise en posture: une réponse biomécanique à l'oedème.....	23
II.3) La dynamique précoce: de la posture au mouvement.....	24
II.4) Le soin partagé: une dynamique interdisciplinaire.....	24
III. L'occupation : le cœur de l'ergothérapie, le patient au centre de la prise en soin.....	25
III.1) L'impact de la brûlure sur la capacité d'agir (MOH).....	25
III.1.1) La Volition : La motivation à agir impactée par le traumatisme.....	25
III.1.2) L'Habitude : La rupture des rôles et des routines.....	25
III.1.3) La Capacité de rendement : Le lien corps-esprit.....	26
III.2) Indépendance ou Autonomie : l'évaluation en milieu hospitalier.....	27
III.3) Schéma d'exclusion et Éducation Thérapeutique.....	27
IV. La récupération fonctionnelle et le retour aux occupations.....	28
IV.1) Mesurer pour progresser : bilans et qualité du mouvement.....	28
IV.2) La précocité : condition du devenir occupationnel.....	28
V. Méthode.....	29
V.1) Objectif de recherche et hypothèse.....	29
V.2) Choix d'outil d'enquête.....	31
V.3) Analyse des données.....	32
V.4) Réglementation éthique.....	32
V.5) La faisabilité de l'enquête.....	32
VI Résultat de l'enquête.....	33
VI.1) Présentation des participants.....	33
VI.2) La lutte contre les conséquences cicatricielles comme enjeu central de la prise en soin des brûlures profondes de la main.....	34
VI.3) L'importance d'une intervention précoce dans la prévention des complications fonctionnelles.....	35
VI.4) Le positionnement et les orthèses comme moyens majeurs de prévention et de récupération fonctionnelle.....	36
VI.5) Les conséquences fonctionnelles et occupationnelles des brûlures profondes de la main.....	38

VI.6) Les limites et difficultés rencontrées dans la prise en soin.....	39
VII. Analyse thématique.....	42
VII.1) La lutte contre les conséquences cicatricielles comme enjeu central de la prise en soin des brûlures profondes de la main.....	42
VII.2) L'importance d'une intervention précoce dans la prévention des complications....	43
VII.3) Le positionnement et les orthèses comme moyens majeurs de prévention et de récupération fonctionnelle.....	43
VII.4) Les conséquences fonctionnelles et occupationnelles des brûlures profondes de la main dans les activités de la vie quotidienne.....	45
VII.5) Les limites et difficultés rencontrées dans la prise en soin.....	46
VII.5.1) La douleur.....	46
VII.5.2) Types de traitements.....	46
VII.5.3) La motivation.....	47
VII.5.4) Impact psychologique.....	47
VII.5.5) L'anamnèse.....	47
VII.5.6) L'importance du suivi du patient dans un cadre pluridisciplinaire.....	47
VIII. Discussion.....	48
VIII.1) Les rétractions comme problématique centrale de la prise en soin.....	48
VIII.2) La précocité de l'intervention ergothérapique.....	49
VIII.3) Le positionnement et les orthèses comme moyens de prévention.....	50
VIII.4) Les conséquences occupationnelles des brûlures profondes de la main.....	51
VIII.5) Discussion par rapport à la question de recherche et à l'hypothèse.....	52
VIII.6) Biais et limites de la recherche.....	53
IX. Conclusion.....	53
IX.1) Synthèse du travail.....	53
IX.2) Positionnement en tant que futur professionnel.....	56
IX.3) Ouverture sous forme de nouvelles pistes de réflexion.....	56
Bibliographie.....	57
Annexes:.....	72
I) Annexe I : Guide d'entretien.....	72

II) Annexe II : Entretien E3.....	72
III) Annexe III : Formulaire de consentement.....	72

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « Une brûlure est une lésion de la peau ou d'un autre tissu organique principalement causée par la chaleur ou les rayonnements, la radioactivité, l'électricité, la friction ou le contact avec des produits chimiques. » En 2014, 8120 patients ont été hospitalisés pour des brûlures dont plus du quart (28,8 %) étaient des enfants âgés de 0 à 4 ans, causées souvent par des liquides chauds (50,8 %). (Paget et Thélo, 2018). Une étude de 2022 réalisée au Portugal a mis en avant que la main est une zone souvent touchée par les brûlures de manière isolée ou combinée. Cela représente 41,5% des patients admis au centre de grands brûlés (Mata-Ribeiro, 2022).

Une brûlure grave représente une destruction des tissus pouvant atteindre les structures profondes de la main et être à l'origine de conséquences cicatricielles, de douleurs et d'œdèmes pouvant entraîner une perte de fonctionnalité. En effet, les brûlures au niveau de la face dorsale empêchent une flexion complète de la main. Elles peuvent créer un doigt en boutonnière, en col de cygne ou en maillet. Les interphalangiennes proximales et les interphalangiennes distales sont en flexion. Cela crée une main en griffe caractéristique (Green, 2021)(Chafiki & al, 2007).

Les mains jouent un rôle crucial dans les activités de la vie quotidienne, la perte de leur fonction peut fortement impacter les activités de la vie quotidienne mais aussi l'aspect psychologique et social de la personne. Face aux conséquences fonctionnelles et occupationnelles engendrées par les brûlures profondes de la face dorsale de la main, différents moyens de prise en soin sont décrits dans la littérature afin de limiter les complications cicatricielles et fonctionnelles.

Ces patients bénéficient alors d'une prise en soin pluridisciplinaire mobilisant différents professionnels de santé. Parmi eux, l'ergothérapeute semble avoir une place dans l'accompagnement des patients présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main à la phase aiguë. Cependant, son rôle dans cette phase de prise en soin ainsi que les interventions qu'il met en place soulèvent plusieurs interrogations.

Ce qui m'a amené à la question de recherche suivante:

**En quoi les interventions de l'ergothérapeute auprès des patients
présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main en phase
aiguë s'inscrivent-elles dans une démarche de récupération fonctionnelle
de la main ?**

I. La brûlure de la main : du traumatisme à la pathologie

Une étude de 2022 sur les statistiques de 2019 du CHU de Nantes réalisée par le Dr Le Floch, met en avant une légère augmentation du nombre de brûlures en France depuis 2014.

Santé Publique France (2018) avait mis en avant que les brûlures sont le plus souvent accidentelles (93,7 % des patients). Elles sont principalement causées par des liquides chauds dans 50,8% des cas .

La population la plus exposée aux brûlures sont les hommes de 15 à 59 ans. La cause la plus importante est l'exposition à des flammes dans 42,5% des cas.

Les enfants de 0 à 4 ans sont la deuxième population la plus exposée à des brûlures. Qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, la principale cause est l'exposition à des liquides chauds dans plus de 80% des cas.

Une étude de 2025 en Suisse a démontré que 37% (soit 468 cas) des personnes atteintes de brûlures entre 2012 et 2023 présentaient des brûlures de la main soit de manière isolée soit combinées à des brûlures sur d'autres parties du corps (Schöne, 2025).

La main est donc une partie du corps particulièrement touchée par les brûlures notamment la partie dorsale et les doigts. C'est un des critères de gravité qui a un impact esthétique et surtout fonctionnel important. C'est un traumatisme qui nécessite une prise en soin précoce afin de réduire les risques de séquelles (Hmidi, 2022).

La face palmaire sera davantage touchée chez les enfants qui explorent en touchant avec les mains tandis que la face dorsale sera davantage atteinte chez les adultes qui se protègent en cas de danger (Gachie, 2011). En effet, les tissus sont plus fins au niveau de la face dorsale de la main que de la face palmaire. La face dorsale est exposée aux dangers extérieurs et ne peut pas être protégée contrairement à la face palmaire. Lorsque la surface corporelle atteinte et la profondeur des lésions sont importantes, cela peut nécessiter une prise en soin vers un service spécialisé auprès de patients dits grand brûlés.

I.1) Physiopathologie des brûlures profondes

I.1.1) Définition brûlure

En 2024, l'hôpital d'instruction des armées de Percy, spécialisé entre autres dans les brûlures, définit les brûlures graves par "une perte cutanée supérieure à 25% de la surface corporelle totale, des localisations spécifiques ou des lésions associées". La brûlure est

définie comme “une lésion de la peau ou d’un autre tissu organique principalement causée par la chaleur [...]” consulté le 20 décembre 2025 OMS

Il est toutefois possible de classer les brûlures en 5 grandes classes :

- Les brûlures thermiques : provoquées par une source de chaleur externe comme des liquides chauds, des flammes, des solides (fer à repasser, braises).
- La brûlure chimique : Ces produits peuvent être en contact de la peau ou bien être avalée et atteindre le système digestif et/ou respiratoire (Carter, 2024)
- Les brûlures électriques sont “*produites par le passage du courant à travers le corps*” (Rousseau, p 105, 2018).
- Les brûlures irradiantes : l'exposition prolongée au soleil (coup de soleil) ou à d’autres radiations (Rousseau, 2018).
- Les brûlures mécaniques : Liées aux frottements lors de chutes par exemple (Rousseau, 2018).

Le terme “grand brûlé” est donc souvent utilisé pour décrire les personnes atteintes de brûlure, au minimum du 2nd degré, sur une surface corporelle d’au moins 25%. Cependant ce n’est pas le seul critère sur lequel les médecins se basent. Ils s’appuient également sur : la profondeur, la surface, la localisation, l’âge, les pathologies, l’inhalation de fumée ou encore le type de brûlure (Wassermann, 2002).

Les brûlures, au minimum du second degré de la face dorsale de la main font partie des zones particulières et sont donc considérées comme des brûlures graves (Arnaudet & al, 2021)(Jault & al, 2012).

La mortalité des brûlures est influencée par 3 critères principaux : la surface, l’âge et la présence d’inhalation de fumées ou non. Il existe plusieurs scores permettant de calculer la mortalité attendue. Le score le plus complet est le score ABSI (abbreviated burn severity index) qui prend en compte le sexe, l’âge, l’inhalation de fumée, la présence de brûlure du 3e degré et la surface atteinte. Plus le score est élevé, plus le risque de mortalité est important (Rousseau, 2018).

Dans la majorité des cas, les brûlures sont d’origine thermique, afin d’évaluer une brûlure indépendamment de l’anamnèse du patient il faut alors se baser sur 3 critères principaux : La profondeur, la surface et la localisation.

I.1.2) Profondeur

Connaître la profondeur de la brûlure est un élément essentiel dans la prise en soin du patient. En effet, un mauvais diagnostic peut engendrer une chirurgie importante inutile, ou au contraire un retard dans la prise en soin ce qui augmentera le risque de cicatrice hypertrophique.¹ La méthode la plus utilisée est l'évaluation clinique qui consiste à observer la plaie, la couleur ou la sensibilité à la douleur au toucher. Cependant, l'évaluation clinique n'est pas la méthode la plus fiable pour déterminer la profondeur. Elle doit être couplée au laser doppler imaging qui consiste à évaluer la perfusion cutanée du derme. C'est-à-dire la quantité de sang et donc l'état des artères et des veines qui sont détruits lors des brûlures profondes. L'examen se fait entre le 2eme et le 5eme jour pour laisser le temps à l'inflammation et à la vasoconstriction de s'estomper (Monstrey & al, 2008).

Il existe 5 degrés qui représentent la profondeur atteinte par la brûlure au niveau de la peau (Singlard, 2015). Du moins profond au plus profond, nous retrouvons :

- Le premier degré est une atteinte de la couche superficielle de l'épiderme. Elle se reconstitue seule au bout de quelques jours. Au niveau clinique, la peau sera rouge, chaude, douloureuse et sèche (exemple : coup de soleil).
- Le second degré superficiel est une atteinte totale de l'épiderme et une atteinte partielle du derme. On y retrouve des phlyctènes qui sont des poches de plasma qui se forment entre le derme et l'épiderme. Le liquide présent a un rôle protecteur et de cicatrisation de la brûlure. Il peut même être récupéré et injecté au niveau local afin de favoriser la guérison (Gupta, 2021). A ce niveau de brûlure, les phlyctènes sont douloureuses, sensibles et rouges. La guérison est spontanée entre 7 à 10 jours.
- Le second degré profond est une atteinte de l'épiderme et d'une partie du derme. On y retrouve des zones de peau blanche liées à une mauvaise vascularisation et les phlyctènes sont beaucoup moins douloureuses. La guérison spontanée est possible mais peut nécessiter des greffes.

¹ Les cicatrices hypertrophiques sont des cicatrices épaisses et surélevées qui se forment à la suite d'une lésion cutanée, comme une brûlure, et se développent au fil du temps en dehors du processus normal de cicatrisation. (Hom DB. 2023)

- Le troisième degré est une atteinte profonde où toutes les couches de la peau sont atteintes. L'épiderme et le derme sont détruits ainsi que les terminaisons nerveuses notamment les nocicepteurs. Cette atteinte rend la brûlure peu douloureuse car l'information n'est plus transmise au niveau du cortex. La peau est sèche, blanche, dure et il y a une absence de phlyctène. La guérison spontanée est impossible, les greffes de peau sont indispensables.
- Certaines sources bibliographiques parlent de quatrième degré. Cette dernière est l'atteinte des tissus situés sous la peau tels que les muscles, les tendons ou les os. Dans ce type de brûlure, la peau est "carbonisée" et ressemble à du charbon (Giretzlehner, 2021).

Les brûlures du second degré profond et du troisième degré nécessitent la plupart du temps une greffe alors que la cicatrisation d'une brûlure du premier et du second degré est spontanée.

I.1.3) Localisation

La localisation de la brûlure est déterminante dans le processus de guérison. En effet, certaines zones atteintes sont des facteurs aggravants notamment les plis de flexions où la cicatrisation sera plus longue. Les mains sont des zones à risque car elles comportent de nombreux plis de flexion et présentent une complexité fonctionnelle.

Liu et al., en 2019, (équipe de chercheurs spécialisés dans les brûlures) ont mis en évidence que certaines localisations de brûlures présentent un risque plus important de mortalité que la surface de brûlure. Ainsi, certaines localisations de brûlures, notamment au niveau des plis de flexion et de la main sont des facteurs de gravité en raison du risque de complications fonctionnelles et cicatricielles. C'est pourquoi une greffe cutanée peut être nécessaire.

La main est donc une localisation très particulière qui regroupe un nombre important de plis de flexions, d'os, d'articulations et qui est une zone fonctionnelle. Il est intéressant de constater que la face dorsale de la main semble moins étudiée que la face palmaire. Or, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, l'atteinte de la face dorsale de la main a des conséquences fonctionnelles aussi importantes que l'atteinte de la face palmaire.

I.1.4) Surface

La surface corporelle totale est également un critère important de gravité de la brûlure. Plusieurs méthodes cliniques ont été mises en place afin de pouvoir l'évaluer. Les deux méthodes les plus utilisées sont la règle des neuf de Wallace et la règle de la paume de la main :

- La règle des neufs de Wallace est un découpage de la surface du corps en pourcentage par multiple de neuf. De plus, avec la méthode des neufs de Wallace, il est possible d'estimer la surface de la face dorsale de la main à 1% de la surface totale du corps.
- La règle de la paume de la main met en évidence que la surface antérieure de la main du patient équivaut à 1% de la surface totale du corps du patient.

Ces méthodes présentent des limites à prendre en compte : elles ne fonctionnent que sur les adultes et ne font pas de distinction entre les hommes et les femmes. De plus, elles ne prennent pas en compte les différences de taille ou d'IMC : chez une personne en surpoids, la surface de la paume de la main n'évolue pas de la même proportion que la surface des autres membres. La table de Lund et Browder est une autre méthode qui permet une estimation plus précise puisqu'elle évalue les pourcentages en fonction de l'âge (Rousseau, 2018). Aujourd'hui, il est possible d'utiliser des logiciels informatiques associés à l'échographie doppler laser pour avoir une estimation la plus précise possible des zones brûlées ainsi que de leurs profondeurs (Giretzlehner, 2021).

Les brûlures profondes de la face dorsale de la main peuvent présenter de lourdes complications fonctionnelles. En effet, malgré sa faible surface corporelle, une atteinte localisée à cette zone peut être grave qu'elle soit associée ou non à d'autres lésions en raison de ses plis de flexion et de sa complexité fonctionnelle.

I.2) Spécificités de la face dorsale

I.2.1) Ostéologie de la main

La main est composée de 27 os divisés en trois groupes: Le carpe, Le métacarpe et les phalanges. Le carpe est un ensemble de 8 os qui constitue le squelette du poignet. Le

métacarpe est situé entre le carpe et les phalanges proximales. Il est constitué de 5 métacarpiens allant de P1 à P5. Les phalanges constituent le squelette des doigts. Les 2, 3, 4 et 5ème doigts possèdent trois phalanges: proximale, moyenne et distale (Kamina, 2022).

I.2.2) Arthrologie de la main

Les articulations des doigts comprennent: les articulations métacarpo-phalangiennes qui permettent des mouvements de flexions, d'extension, d'abduction, d'adduction et de rotation. Les articulations interphalangiennes permettent des mouvements de flexion et d'extension. Le mouvement de la flexion permet à la main de se refermer et donc d'avoir une prise. L'articulation métacarpo phalangienne du pouce permet des mouvements de flexion, extension, d'abduction et d'adduction du pouce (Kamina, 2022) mais aussi l'opposition avec les autres doigts permettant des mouvements de préhensions. Sans le pouce, la main perd une grande partie de sa fonctionnalité.

La main est donc une zone relativement petite qui regroupe un nombre important d'articulations.

I.2.3) Myologie de la main

L'avant bras est composé de 10 muscles extrinsèques nécessaires aux mouvements d'extension et d'abduction de la main et des doigts. Ces derniers s'innervent sur la face dorsale de la main.

Le plan superficiel est composé de 6 muscles:

- Le long extenseur radial du carpe : extension et l'abduction de la main.
- Le court extenseur radial du carpe : extension et l'abduction de la main.
- L'extenseur commun des doigts: extenseur des phalanges distales et moyennes et participe à l'extension des phalanges proximales en association avec les muscles interosseux sur les métacarpiens et la main de l'avant bras.
- L'extenseur du petit doigt renforce l'action de l'extenseur des doigts.
- L'extenseur ulnaire du carpe: extenseur et abducteur de la main.
- L'anconé: extenseur accessoire de l'avant bras.

Le plan profond est destiné essentiellement au pouce et comprend 4 muscles:

- Le long abducteur du pouce: il est abducteur et extenseur du pouce et participe à l'abduction de la main.

- Muscle court extenseur du pouce: il est extenseur et abducteur du pouce puis du premier métacarpien.
- Muscle long extenseur du pouce: il est extenseur de la phalange distale du pouce et de la phalange proximale sur le premier métacarpien.
- Muscle extenseur de l'index: il renforce pour l'index l'action de l'extenseur des doigts (Kamina, 2022).

La main possède également des muscles intrinsèques appelés muscles intermédiaires: les lombricaux sont fléchisseurs des phalanges proximales et extenseurs des phalanges moyennes et distales, les interosseux palmaires sont adducteurs des doigts et les interosseux dorsaux sont abducteurs des doigts. Ces muscles participent par leur terminaison à la formation de l'aponévrose² dorsale des doigts. L'aponévrose des doigts étant essentielle pour assurer l'extension des doigts (Kamina, 2022).

Au vu de sa constitution, la main constitue une “énorme complexité biomécanique” (Neumann, 2025) qui permet une fonctionnalité optimale par sa structure ostéologique, arthrologique et myologique. Une brûlure de la face dorsale perturbe cette organisation et entraîne une perte de la mobilité des doigts et une limitation de la fermeture de la main. En cas de brûlure, la peau, qui a un rôle de protection, est le premier organe touché.

I.2.4) Constitution des tissus de la peau

“La peau est la partie membraneuse [...] recouvrant la majeure partie de la surface du corps” (Kamina, p89, 2022). La peau a une épaisseur d'environ 1 à 2 mm. Sa température est comprise entre 32 et 36 degrés. La surface de la peau présente des pores qui permettent la pousse de poils et les sécrétions des glandes sébacées. Elle est composée aussi de sillons et de crêtes qui sont un élément d'identification des personnes. La peau a un rôle de protection, de régulation thermique corporelle ou encore de fabrication de vitamine D (Venereol, 2005).

La structure de la peau est composée de 3 couches :

- L'épiderme qui est un épithélium pavimenteux pluriestratifié épais de 0,04 mm. Il comprend de la superficie vers la profondeur cinq couches: la couche cornée (empêche virus et bactéries

² Toute membrane constituée de fibres conjonctives denses qui enveloppe un muscle (aponévrose de revêtement), qui sert de moyen d'insertion pour un muscle plat (aponévrose d'insertion), qui contribue à la constitution d'une cloison entre deux muscles contigus (cloison intermusculaire) ou qui forme une séparation entre certains plans musculaires (fascia). Consulté le 30 décembre 2025 [Académie nationale de médecine](#)

de rentrer dans l'organisme), claire, granulaire, épineuse et basale (couche la plus profonde de l'épiderme). L'épiderme n'est pas vascularisé, il se nourrit grâce au derme (Benedetti, 2024), (Kamina, 2022), (Venereol, 2005).

Nous retrouvons également un type de mécanorécepteurs³: les disques de Merkel qui permettent de détecter les pressions statiques.

- Le derme est situé entre l'épiderme et la toile sous-jacente cutanée. Il assure l'hydratation et la nutrition de la peau et permet de protéger l'organisme des agressions extérieures. Il contient des glandes sudoripares (produisent de la sueur), des glandes sébacées (sécrètent du sébum dans les follicules pileux), des follicules pileux (produisent les poils), des vaisseaux sanguins (apportent à la peau les nutriments et régulent la température) et des terminaisons nerveuses constituées de récepteurs sensitifs (Benedetti, 2024).

Nous retrouvons trois types de mécanorécepteurs sensitifs :

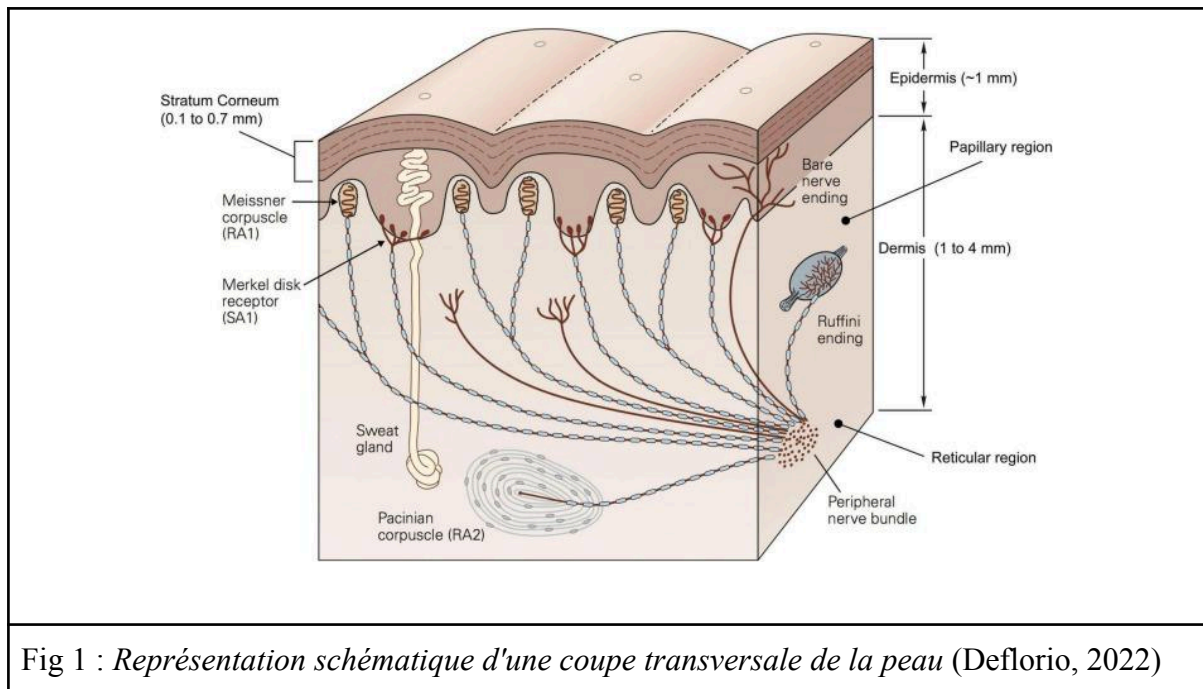
Les corpuscules de Meissner : détectent les glissements et changements de texture.

Les corpuscules de Pacini : détectent les changements de pression

Les terminaisons de Ruffini : détectent l'étirement de la peau (Deflorio, 2022).

Le derme abrite également les thermorécepteurs qui interviennent pour les sensations thermiques et les nocicepteurs utiles pour les sensations douloureuses.

³ Les mécanorécepteurs sont un type de récepteurs somatosensoriels qui transforme un stimulus extracellulaire par la transduction. Les stimuli externes sont généralement sous forme de toucher, de pression, d'étirement, d'ondes sonores et de mouvement. Les mécanorécepteurs sont présents dans la couche superficielle ainsi que dans la couche la plus profonde de la peau et près de l'os (Iheanacho, 2023).



- L'hypoderme appelé également la toile sous cutanée est constitué essentiellement de cellules graisseuses qui servent de stockage en cas de besoins par l'organisme (Purves & al, 2001) (Institut national du cancer, 2025)(Crespin & al, 2023).

Lorsque les tissus cutanés sont atteints, cela peut altérer les fonctions sensibles mais également engendrer des séquelles physiques, biologiques et ainsi entraîner des troubles impactant les activités de la vie quotidienne.

I.2.5) Les nerfs de la main.

La main est constituée de 3 territoires sensitifs innervés par le nerf Médian, ulnaire et radial.

- Le nerf radial innerve principalement la partie dorsale de l'éminence thénar jusqu'à la première phalange du pouce et du P2.
- Le nerf médian innerve la moitié de la partie palmaire du côté latéral de la main ainsi que les dernières phalanges du pouce du P2 et P3.
- Le nerf ulnaire innerve la partie latérale dorsale et palmaire de la main (Kamina, 2022).

En 1909, Mr Brodmann réalise une carte détaillée du cortex qui sera alors utilisée pour réaliser « l'homonculus » de Penfield en 1950 : c'est une représentation d'un homme avec des organes disproportionnés en fonction de leurs représentations au niveau du cortex moteur et sensitif. Cet homonculus met notamment en avant la taille imposante des mains par rapport au reste du corps. Cela signifie que les mains demandent un traitement important au niveau du cortex tant sur le plan sensitif que moteur.



Fig 2 : *Homonculus sensitif* (Pendfield 1950)

De plus, selon une étude datant de 1979, la densité de mécanorécepteurs atteint jusqu'à 241 unités par cm² au niveau de la pulpe des doigts ce qui est particulièrement dense par rapport au reste du corps. Ils sont également plus rapidement réactifs aux différents stimuli (Johansson & Vallbo, 1979). La seule destruction de ces mécanorécepteurs entraîne des troubles sensitifs tels que l'hypoesthésie provoquant une perte de la sensibilité (CNRTL, s.d.), une paresthésie entraînant des sensations de brûlures et fourmillements (académie national de médecine, 2009) ou une allodynie entraînant une douleur suite à un stimulus non douloureux (Maillard, 2021). Cela provoque des répercussions dans les activités de la vie quotidienne comme se servir de son téléphone, tourner les pages d'un livre, manipuler des ustensils de cuisine mais aussi dans l'hygiène comme se laver les mains, ne pas ressentir la température de l'eau pouvant entraîner des brûlures.

Comprendre l'anatomie de la main et son rôle permet de mieux appréhender les conséquences dans la vie quotidienne. La main est une zone particulièrement innervée contrairement au reste du corps et représente une part importante du cortex humain.

I.2.6) Rôle de la main

Les mains jouent un rôle important dans le quotidien. En effet, elles permettent de *“s’orienter, s’approcher, saisir, maintenir, manipuler, explorer, s’appuyer, s’équilibrer, se rattraper ou se protéger”*(Vuilleumier & al, 2020). Elles jouent également un rôle dans les interactions sociales, la communication verbale et non verbale : dire au revoir, remercier. La main est également un symbole, comme dans l'expression “tendre la main à une personne”, l’aider. Elle permet de créer, construire, de montrer des marques d’affections (Vuilleumier & al, 2020).

Les mains ont un rôle essentiel chez les primates. Hormis le volume du cerveau, les structures de nos mains sont des raisons évoquées de notre évolution. Notamment nos pouces qui s'opposent aux autres doigts, permettent d’effectuer de nombreuses prises notamment la pince. Grâce à ces dernières, l’Homme a pu utiliser des outils et développer des préhensions de précision et des préhensions de force (Baker & al, 2025) (Gonzalez et Green, 2023). Ce sont des organes essentiels qui occupent une place très importante de notre encéphale et qui permettent d’interagir avec notre environnement.

La main présente deux faces:

- La face dorsale est exposée le plus aux traumatismes ce qui s'explique par une réaction de protection face au danger. En effet, l'individu a tendance à se protéger le visage avec les mains face dorsale vers l'extérieur. De plus, la face dorsale est naturellement plus exposée vers l’extérieur du corps.

La face dorsale permet l’extension de la main et des doigts c'est-à-dire le lâcher d’une prise, grâce aux muscles extenseurs. Enfin elle possède une peau beaucoup plus fine et donc des tissus davantage exposés.

- La face palmaire, est la face de préhension grâce aux muscles fléchisseurs qui permettent de fléchir la main donc de saisir et de tenir un objet. La peau y est plus épaisse et plus résistante. C’est la face principale que l’on utilisera pour interagir avec l’environnement (Kapandji, 2020) (Gachie, 2011).

Les caractéristiques anatomiques et fonctionnelles de la main lui permettent d’assurer différentes formes de préhension, essentielles dans les interactions avec l’environnement. La

face dorsale de la main est la face la plus exposée aux risques de brûlures et c'est pourtant celle qui présente la peau la plus fine. Elle sera alors plus sensible aux brûlures. L'impact fonctionnel sera cependant tout aussi important que l'atteinte de la face palmaire.

I.2.7) Les types de préhensions

La préhension est définie par le dictionnaire médical de l'académie (2020) comme une “fonction par laquelle une personne peut prendre un objet. À l'état normal et dans les circonstances les plus fréquentes, cette fonction est assurée par la main, grâce à l'opposition entre le pouce et les autres doigts, qui caractérise l'espèce humaine.” (académie de médecine, 20 décembre 2025)

La préhension d'un objet se déroule en 4 étapes: l'approche, la prise, la tenue et le lâcher.

Il y a 3 principaux types de préhensions possibles avec la main :

- Les prises digitales permettent la manipulation de petits objets, elles rassemblent de nombreuses prises dont:
 - La prise bidigitale : le pouce et l'index permettent la manipulation de petits objets, la prise tridigitale: utilise les 3 premiers doigts pour permettre la manipulation d'objet un peu plus gros et assure donc une stabilité. La prise subtermino-latéral qui implique le pouce et le côté latéral de l'index permet de manipuler des objets plats. (Kapandji, 1989) Mobilisant le pouce et les doigts longs, elles permettent la manipulation de petites prises fines grâce à l'opposition du pouce et des doigts longs.
- Les prises digito palmaire permet la manipulation d'objets nécessitant une action globale de la main avec la paume et les doigts, elles rassemblent également différentes prises:
 - La prise cylindrique permet par exemple de prendre un verre, une bouteille, tenir un guidon de vélo. Elle implique l'opposition du pouce aux autres doigts pour une meilleure stabilité tout comme la prise sphérique qui permet par exemple de tenir une pomme, une balle de tennis.
 - La prise crochet permet de tenir ou transporter un objet par exemple un sac, porter un seau
 - La prise digito palmaire qui permet de saisir des objets plus volumineux comme un verre ou bien des objets lourds.

- La prise centrée dite prise directionnelle, permet un geste précis, par exemple couper des aliments. (Kapandji, 2020) Pour effectuer ces prises, la dissociation des doigts joue un rôle essentiel. En effet, chaque doigt doit bouger indépendamment pour réaliser une prise. La main a également des capacités de stockage permettant de maintenir un objet.

Les mains permettent des activités très précises comme le piano, la couture, l'écriture, la peinture, jeux de sociétés, manipuler des pièces de monnaies. Lorsque les préhensions sont affectées, les prises vont l'être également. Les brûlures peuvent donc fortement impacter les activités de la vie quotidienne.

La main est une zone qui regroupe un nombre important d'os, d'articulations de muscles et de possibilité de mouvements. C'est un outil essentiel d'interaction pour l'Homme. Une atteinte au niveau de cette zone peut engendrer des séquelles fonctionnelles et physiques importantes.

I.3) Processus de cicatrisation et complications associées

I.3.1) Les différentes phases de cicatrisation

La cicatrisation après une brûlure, comprend quatre phases (Siu & al, 2025) :

- L'hémostase : elle correspond au phénomène permettant l'arrêt d'un saignement.
- L'inflammation peut durer jusqu'à plusieurs semaines à plusieurs mois en fonction de la gravité de la brûlure. Le corps détruit les tissus nécrosés.
- La prolifération : cette phase peut survenir plusieurs jours après la brûlure et durer plusieurs semaines. Elle consiste à la régénération de vaisseau sanguin accélérant la cicatrisation et à la création d'un tissu conjonctif relativement dense et solide.
- Le remodelage : c'est la dernière phase qui rend la plaie plus élastique et donc plus résistante notamment à la traction et qui permet de donner l'aspect final à la peau.

La cicatrisation sera plus ou moins longue en fonction de la gravité de la brûlure. Les brûlures du second degré profond ou du troisième degré nécessitent une greffe de peau. La durée de cicatrisation dépend alors du risque d'infection ou d'une circulation sanguine trop faible (Siu & al, 2025).

Aujourd'hui, la cicatrisation d'une brûlure n'est toujours pas optimale et des séquelles peuvent apparaître. La recherche évolue encore pour améliorer la prise en soin des patients brûlés. Les cellules souches, la biotechnologie ou les biomatériaux sont des technologies prometteuses mais qui sont encore en cours d'études pour permettre une utilisation plus importante de ces techniques (Siu, 2025).

I.3.2) Les techniques de greffes

Une intervention chirurgicale de greffe de peau est inévitable pour les brûlures du 3eme degré ce qui n'est pas forcément le cas d'une brûlure du 2nd degré. Cela dépendra de la profondeur et de la surface (Rousseau, 2018).

Il existe de nombreuses techniques de greffes qui sont utilisées en fonction du traumatisme et du résultat souhaité: greffe de peau mince, greffe en îlots, la greffe de peau totale ou encore la xénogreffe qui est une greffe de peau porcine ayant pour objectif de réaliser un pansement biologique temporaire (Rousseau, 2018).

En 2024, une étude de Šuca & al, met en avant que l'autogreffe de peau est la pratique la plus utilisée. Elle consiste à prélever une épaisseur de peau plus ou moins importante sur une zone saine du patient pour la greffe sur la zone lésée. Cependant cette méthode peut engendrer des problèmes fonctionnels et esthétiques par la suite.

Concernant la face dorsale de la main, les greffes de peau pleine sont utilisées la majeure partie du temps s'il existe une zone dite donneuse saine. Cette technique offrirait un avantage en termes d'esthétisme et de fonctionnalité (Alvo & al, 2017). Les techniques de greffes dépendent de la zone brûlée mais également des zones saines où il est possible de récupérer un greffon. Les techniques employées auront un impact sur la prise en soin. En effet les greffes de peau pleines sont moins à risque d'hypertrophie et de rétractions cutanées.

Ainsi une cicatrisation non optimale augmente le risque de conséquences tant sur le plan cutané, fonctionnel que occupationnel.

II. L'ergothérapeute en phase aiguë: une approche prophylactique

L'approche prophylactique correspond à l'ensemble des interventions mises en place afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation de complications d'une maladie ou d'un traumatisme (Huang,2024).

Chez les patients grands brûlés, elle occupe une place importante en raison du risque de rétractions, de déformations et de limitations fonctionnelles pouvant apparaître au cours de la cicatrisation (Procter, 2010).

II.1) L'ergothérapeute, garant de l'intégrité fonctionnelle

II.1.1) Identité professionnelle

La rééducation chez un patient brûlé doit commencer au plus tôt durant la phase aiguë. Cela correspond à l'hémostase et à la période de l'inflammation. Elle peut durer jusqu'à plusieurs semaines en fonction de la gravité de la brûlure (Siu & al, 2025). En 2004, Edgar et Brereton indiquent qu'il ne faut pas faire de distinction entre cette phase aiguë et la phase de rééducation. La rééducation doit ainsi commencer dès le début de la prise en soin notamment afin de limiter les raideurs articulaires. (Procter, 2010). De plus, elle doit également être douce et progressive (Tromel M.F & al, 1994).

Toutes brûlures profondes considérées comme graves de par sa localisation, sa zone ou sa profondeur nécessitent une prise en soin dans un service spécialisé appelé centre de traitement des grands brûlés (Cf Fig4). La prise en soin est rapide et adaptée à ce type de traumatisme, en effet, elle comprend des soins de réanimation et des soins spécialisés en continu autour d'une équipe pluridisciplinaire. Le patient aura alors rapidement accès aux pansements ou aux actes chirurgicaux particuliers que nécessite la prise en soin de ce genre de traumatisme. L'objectif à cette phase est de stabiliser le patient sur le plan vital mais également de prévenir toutes complications: hypothermie, infection, rétractions ou déformations (Genco et Genco, 2019).

ADULTES

- Surface brûlée > 20 %
- Surface brûlée > 10 % avec brûlures profondes (2^{ème} degré profond ou 3^{ème} degré)
- Surface brûlée < 10 % et :
 - * Atteinte d'une zone à risque fonctionnel : mains, pieds, face, périnée, plis de flexion
 - * Signes de gravité : inhalation de fumées (suspectée ou avérée), lésions circulaires
 - * Pathologies(s) associée(s) – liste non exhaustive : polytraumatisme, insuffisance respiratoire chronique, cardiopathie/coronaropathie (sévère et/ou instable), diabète
 - * Difficultés à mettre en œuvre un traitement ambulatoire : hyperalgésie (nécessité de recourir aux antalgiques de palier 3), conditions de vie défavorables (SDF, manque d'hygiène), impossibilité à se rendre à la consultation (domicile éloigné...)
 - * Mécanisme lésionnel : Brûlures électriques (électrisation), brûlures chimiques par acide fluorhydrique ou phosphorique
 - * > 70 ans

ENFANTS

- Surface brûlée > 5 % et brûlures profondes chez un enfant de moins de 5 ans
- Et mêmes critères de gravité que pour l'adulte

Fig 3 : Critères d'hospitalisation dans un centre de brûlés à la phase aiguë d'une brûlure cutanée, (Vaïtinada, 2019)

La durée d'hospitalisation d'un patient atteint de brûlure profonde en centre de traitement des grands brûlés est variable de par les caractéristiques de la brûlure. Néanmoins, en 2009 en France, la durée moyenne était de 7,9 jours selon l'institut de veille sanitaire.

Par la suite, en phase subaiguë, le patient sera dirigé vers un centre de rééducation. Les soins dans ce type d'établissement permettent à la personne de gagner en indépendance et de s'adapter à sa nouvelle vie, c'est la transition entre l'hôpital et l'extérieur. (Ministère du Travail et de la Solidarité, 2022, <https://travail-emploi.gouv.fr/lhospitalisation-en-service-de-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui intervient dans les domaines de la prévention, de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion dans l'objectif de favoriser l'indépendance et l'autonomie de la personne (Délaisse & al, 2022). Pour cela il s'appuie sur des connaissances théoriques et pratiques, ses observations, des aides techniques ainsi que des outils d'évaluations.

Dans le cadre de la prise en soin d'un patient brûlé, la littérature décrit également son intervention durant la phase aiguë. En effet, à Las Vegas, des ergothérapeutes ont été directement intégrés au bloc opératoire permettant à l'ergothérapeute de faciliter la mobilisation du patient, optimisant ainsi ses amplitudes articulaires (Espelita, 2022). Ceci

pourrait démontrer une utilité à l'intervention d'un ergothérapeute au plus tôt dans la prise en soin du patient.

En 2023, une étude en Turquie a démontré que la prise en soin d'un patient atteint d'une brûlure au niveau de la main dès son hospitalisation permet de retrouver une meilleure fonction de la main et favorise sa réintégration professionnelle. Une seconde étude met en avant qu'une rééducation précoce chez un patient brûlé est essentielle afin de prévenir les rétractions, maintenir les amplitudes articulaires et favoriser la récupération fonctionnelle. Pour cela un programme de rééducation a été établi associant exercices, positionnement, orthèses (Kara & al, 2023).

En Suisse, l'ergothérapeute intervient dès le premier jour du patient en soin intensif (Raimondi, 2022) et même dès son arrivée aux urgences. L'ergothérapeute va avoir un rôle de prévention, de protection, de maintien fonctionnel et occupationnel. En effet, l'objectif est de prévenir les rétractions entraînant des déformations pouvant impacter les occupations du patient par la suite. L'ergothérapeute a des compétences à part entière qui vont lui permettre de prendre en soin le patient dans les heures qui suivent la brûlure jusqu'aux années qui vont suivre. De plus certains savoir-faire comme la réalisation d'orthèses, la connaissance des aides techniques, les enjeux occupationnels du patient le démarque des autres professions notamment celle du kinésithérapeute (selon l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute).

II.1.2) Les conséquences de la brûlure

II.1.2.1) Les conséquences sensibles

A la suite d'une brûlure, il y a de nombreux mécanorécepteurs et nerfs qui sont détruits ce qui engendre une perte sensitive (Nedelec, 2005). Cependant, après une greffe certains nerfs peuvent se régénérer et ainsi réduire les déficits sensitifs (Tsolakidis & al, 2022). Une étude de Stella en 1994 mettait déjà en avant un lien entre la quantité de structure nerveuse régénérée et la sensibilité. Les greffes au niveau de la main suite à une brûlure engendrent des difficultés au niveau du système sensitif. En effet, en 1991, une étude mettait en avant que 71,6% des patients éprouvent des sensations paresthésiques au niveau des greffes engendrées par une diminution des fibres nerveuse sensibles et une augmentation du seuil d'activation des mécanorécepteurs. Les patients peuvent ressentir des sensations d'engourdissement, d'hypoesthésie, d'allodynie, de froid, de picotement ou des douleurs notamment au niveau des greffes ou autour de la zone de greffes (Choinière & al, 1991). Plus

de la moitié indiquent avoir des troubles sensitifs qui impactent leur quotidien (Malenfant, 1996). La profondeur de la brûlure et la localisation sont des facteurs importants des déficits sensoriels des patients (Malenfant, 1998). Il existe des méthodes permettant de diminuer la perte sensitive post-opératoire comme une excision rapide de la zone atteinte ou encore la greffe de cellules souches multipotentes qui pourrait favoriser la régénération des cellules nerveuses (Tsolakidis & al, 2022). Dans le parcours de soin du patient, l'ergothérapeute est amené à évaluer et prendre en soin les troubles sensitifs notamment à travers des exercices de rééducation afin de limiter leur impact fonctionnel au quotidien.

II.1.2.2) La douleur

La douleur provoquée par une brûlure grave peut être vécue différemment d'un patient à l'autre. En effet, elle dépend de la localisation, de la profondeur, de l'étiologie de la brûlure.

Une brûlure grave comme le deuxième degré profond ou troisième degré peuvent ne pas provoquer de douleur au niveau des zones les plus atteintes, les nocicepteurs étant détruits (Devauchelle, 2019). En revanche l'hyperalgésie périphérique est un facteur de douleur car les tissus autour même de la brûlure sont enflammés et les nerfs sont encore vivants. Il faut différencier deux types de douleurs pour la prise en soin: il y a la douleur continue due à la brûlure en elle-même et les douleurs procédurales engendrées par les soins. (Latarjet, 2002)

La gestion de la douleur chez un patient ayant une brûlure grave est essentielle pour faciliter sa prise en soin (Nicolas, 2015). La douleur pouvant être un obstacle lors de la mobilisation et de la rééducation. Durant la phase aiguë, l'évaluation de la douleur constitue un élément important dans la prise en soin du patient. L'échelle EVA (Echelle visuelle analogique) et échelle numérique de la douleur peuvent être utilisées si le patient en a les capacités ce qui permet de mesurer la douleur sur une échelle de 1 à 10. Cette échelle permet de suivre le seuil de la douleur et d'adapter la prise en soin (Bérault & al, 2023).

II.1.2.3) Les conséquences cicatricielles et fonctionnelle

Une brûlure profonde engendre de manière quasi constante des rétractions cicatricielles liées à la perte de tissu et de son élasticité. En effet, la peau va se resserrer à cet endroit et tirer sur les tissus adjacents. Il est possible de limiter son impact dans le temps par une greffe de peau.

Par la suite, la cicatrice hypertrophique est la conséquence la plus fréquente d'une brûlure au niveau de la main. Lors de la cicatrisation il va y avoir une production excessive de collagène qui entraîne un épaissement de la peau sur cette zone. La longueur de la durée de la phase d'inflammation et l'exposition aux rayons ultra violet sont des facteurs qui vont accroître le risque et l'importance de cette hypertrophie (Girard, 2018)(Rienmeyer, 2011).

Les brides cicatricielles, qui sont une forme de rétraction, sont des cicatrices qui sont généralement situées au niveau des plis de flexions. Ce sont des structures fibreuses qui vont alors limiter le mouvement (Mahrouch & al, 2022).

La dyschromie (différence de teinte de la couleur de la peau) de la cicatrice n'impacte pas les capacités fonctionnelles mais l'aspect psychosocial du patient. C'est une conséquence qu'il est possible de limiter en fonction du choix de la zone de prélèvement pour la greffe mais également en évitant l'exposition au soleil durant 2 ans après la brûlure (Hautier, 2011).

Suite à une cicatrice, il est possible de souffrir de prurit c'est-à-dire la présence de démangeaison importantes au niveau des cicatrices. Selon une étude de 2024, réalisée par Andrade en Floride, 93% des patients brûlés en sont atteints à la fin de l'hospitalisation. Au-delà de l'envie de se gratter, cela entraîne une diminution de la qualité de vie, notamment en raison des troubles du sommeil que cela engendre. Mais aussi, du à un risque de ralentir la cicatrisation si le patient ne parvient pas à éviter de se gratter. Il est possible d'évaluer l'impact des prurits par l'utilisation d'échelles d'évaluations numériques ou par des données plus objectives telles que l'actigraphie qui va évaluer l'impact sur le sommeil (Erickson, 2019).

Une des raisons du prurit est la sécheresse cutanée notamment liée à la destruction des glandes sébacées situées dans la peau. Une fois la peau suffisamment cicatrisée, il est alors recommandé d'utiliser des crèmes hydratantes associées à un massage au niveau des cicatrices. Ces crèmes permettent également de diminuer les douleurs et de favoriser l'élasticité de la peau et donc de réduire les rétractions. Il n'existe pas encore de consensus sur l'utilisation d'une crème en particulier. Cette crème doit toutefois favoriser la maturation de la cicatrice, ne pas irriter, lutter contre le dessèchement cutané et ne pas risquer une infection (Klotz, 2017).

En cas d'atteinte profonde, les ligaments, tendons et muscles peuvent être atteints et engendrer des rétractions sur ces organes. Une intervention chirurgicale et une rééducation

permettent de limiter les séquelles fonctionnelles et esthétiques. De plus, les brûlures au niveau des articulations peuvent provoquer l'apparition d'une ossification anormale au niveau des tissus mous (ossification hétérotopique). Elle devra alors être retirée par intervention chirurgicale et suivie d'une rééducation. Cette atteinte peut entraîner une déformation de la main et des luxations au niveau des doigts (Hautier, 2011).

Les conséquences cicatricielles et fonctionnelles sont liées. En effet, les cicatrices entraînent une diminution des amplitudes articulaires. La peau s'étant rétractée, la fermeture de la main est très limitée (Gachie, 2011). Les conséquences peuvent créer un doigt en boutonnière, en col de cygne ou en maillet. Les interphalangiennes proximales et les interphalangiennes distales sont en flexion. Cela crée une main en griffe caractéristique (Green, 2021)(Chafiki & al, 2007)(Sabapathy & al, 2010). La flexion complète de la main devient alors impossible.

Les personnes atteintes de brûlures au niveau de la main sont susceptibles de retrouver des fonctionnalités manuelles "satisfaisantes" (Watzinger & al, 2024) mais qui seront toujours inférieures à la norme. Les conséquences fonctionnelles seront plus ou moins impactantes en fonction de la localisation exacte, de la profondeur et de la source de la brûlure mais également si les deux mains ont été atteintes. Même si la surface de la main est faible par rapport à la surface du corps, les brûlures à ce niveau peuvent avoir des conséquences fonctionnelles importantes (Tamulevicius & al, 2025) , certaines phases de la préhension sont donc affectées comme la prise qui nécessite la fermeture de la main (Kapandji). Une étude de Boukind & al en 2014 met également en avant une récupération fonctionnelle acceptable à partir du moment où la rééducation est réalisée de manière précoce et efficace.

II.1.2.4) Les conséquences occupationnelles

Les séquelles fonctionnelles engendrent des conséquences occupationnelles sur la sphère biopsychosociale (Tsolakidis, 2022). En effet, les tissus de la main étant atteints, cela peut créer de l'anxiété, l'altération de son image corporel, une peur intense engendrant ainsi un isolement social. La vie sociale peut être impactée en raison de l'aspect esthétique, les mains étant des zones difficiles à cacher dans notre société. Une grande partie des activités de vie quotidienne demandent l'utilisation des mains comme: se laver, s'habiller ou se nourrir. Les activités instrumentales de la vie quotidienne comme faire le ménage, la vaisselle, préparer le repas, se servir de son téléphone demandent également l'utilisation des mains. Les activités de productivité comme le travail ou les études peuvent être impactées en fonction du type de tâches à effectuer. Le retour à la vie professionnelle est une difficulté pour les

personnes atteintes de brûlure au niveau de la main (Thrikutam, 2025) (Schneider, 2020). En 2024, une étude de Fontaine et Latarget a mis en évidence que 32% des personnes brûlées ont perdu leur emploi à la suite de leur traumatisme. Ils indiquent également qu'une brûlure "superficielle" peut avoir un impact néfaste sur la vie quotidienne et sur le retour au travail. Même si l'étude ne se concentre pas sur les brûlures de la main, celle-ci met en évidence l'impact important sur le retour au travail.

Ainsi, la littérature souligne l'importance d'une rééducation précoce des brûlures de la main afin de limiter les complications fonctionnelles. L'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit dans une démarche préventive et rééducative permettant de favoriser la récupération fonctionnelle de la main.

II.2) La mise en posture: une réponse biomécanique à l'oedème

L'immobilisation de la main en position intrinsèque plus est une méthode anti-rétraction réalisée notamment avec des bandages positionnels ou des orthèses de postures. Le second enjeu est de limiter le risque de rejet des greffes. Ce positionnement permet le maintien de la mise en tension des ligaments collatéraux. Le poignet doit être positionné de 30 à 40 degrés en extension, un positionnement du métacarpophalangien de 60 à 70 degrés de flexion, les articulations interphalangiennes positionnées en extension, le pouce en abduction radiale médio-palmaire (Procter, 2010)(Kara, 2023).

Suite au drame de Crans-Montana du 1er janvier 2026, une ergothérapeute suisse explique sur RTL que les premières heures, elle va intervenir sur le positionnement dans le but de limiter les rétractions mais également sur la mise en place de moyens anti-oedème tels que des coussins. L'ergothérapeute peut même intervenir directement en bloc opératoire afin de discuter avec l'équipe des prochaines étapes. En fin d'opération chirurgicale, l'ergothérapeute peut échanger avec le médecin sur la mise en place d'orthèses afin de favoriser la fonction de la main par exemple. La mobilisation passive des membres sera mise en place dans un second temps avec l'accord de toute l'équipe pluridisciplinaire et notamment les chirurgiens. (Khamis, 2026). Pendant ces études, l'ergothérapeute est formé à la confection de différents types d'orthèses en fonction des besoins et des objectifs thérapeutiques. Les orthèses ont pour objectif de prévenir, protéger, maintenir, rééduquer.

L'installation au lit fait également partie des moyens de prévention. Le positionnement du membre supérieur en déclive permet de limiter l'apparition d'un œdème entraînant des douleurs et des enraidissements.

II.3) La dynamique précoce: de la posture au mouvement

En fonction des recommandations du médecin, il peut être possible de réaliser des mobilisations passives du membre peu de temps après une opération (24 à 48h). La technique de greffe doit être prise en compte afin de ne pas risquer un rejet (Mittal & al, 2025).

Quelques semaines après la prise en soin chirurgicale et suite à l'accord du médecin notamment lié à la bonne cicatrisation de la greffe, il est possible de mettre en place des orthèses dynamiques. L'objectif est d'améliorer l'amplitude de mouvement ainsi que la fonction de la main notamment en limitant la main en griffe et en favorisant sa fermeture. Selon une étude de Choi & al en 2011, Les orthèses doivent être portées durant 3 heures par jours sur 8 semaines. La force de l'orthèse étant réglée à l'aide de la mise en place d'élastiques qui agissent sur les articulations métacarpophalangiennes.

L'ergothérapeute intervient sur l'aspect fonctionnel dans l'objectif que le patient soit autonome dans ses activités de la vie quotidienne.

L'approche occupationnelle est donc le fil conducteur de l'ergothérapeute lors de son accompagnement auprès du patient.

II.4) Le soin partagé: une dynamique interdisciplinaire

Lors de la prise en soin d'un patient grand brûlé, plusieurs professionnels vont intervenir : médecins, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes et ergothérapeutes. L'équipe va collaborer durant le parcours de soin du patient afin de le stabiliser. Une étude de Rochet et Hareb en 2002, met en avant l'importance d'un travail collaboratif au sein de l'équipe jusqu'à la maturation cicatricielle de la brûlure qui nécessite au moins 2 ans.

Un travail conjoint permet donc d'harmoniser la prise en soin et d'articuler soin-rééducation.

Au sein d'une pluridisciplinaire, l'ergothérapeute apporte un regard spécifique centré sur les occupations et la participation du patient, explorer l'impact de la brûlure sur la capacité d'agir de la personne à travers le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) semble intéressant.

III. L'occupation : le cœur de l'ergothérapie, le patient au centre de la prise en soin

III.1) L'impact de la brûlure sur la capacité d'agir (MOH)

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), développé par Gary Kielhofner (Doussin & Mignet, 2024) permet de comprendre comment une personne agit et participe à ses activités. Selon ce modèle, l'activité humaine rassemble 3 composantes liées entre elles : la volition (la motivation), l'habituatation (les habitudes et les rôles sociaux) et la capacité de rendement (les capacités physiques et mentales) (Morel-Bracq, 2020). Dans le cadre de la brûlure, ces différentes composantes peuvent être perturbées. C'est pourquoi le MOH, permet de mieux comprendre que la brûlure de la main n'est pas uniquement une atteinte anatomique, mais une désorganisation du système occupationnel. En ergothérapie, l'objectif est de préserver la fonction de la main afin d'éviter qu'elle ne devienne une zone passive du corps.

III.1.1) La Volition : La motivation à agir impactée par le traumatisme

La volition peut être altérée par les conséquences de la brûlure. En effet, la douleur, les limitations fonctionnelles, les difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne peuvent influencer le sentiment d'incapacité. Le patient peut alors éprouver une diminution de sa confiance en ses capacités à agir. Les valeurs et les intérêts peuvent également être perturbés lorsque certaines activités importantes ou significatives deviennent difficiles à réaliser. Ces différents éléments peuvent entraîner une diminution de l'engagement occupationnel.

III.1.2) L'Habituatation : La rupture des rôles et des routines

Une brûlure de la main entraîne de nombreuses conséquences telles que la douleur, les limitations articulaires, la présence de pansements ou encore les contraintes liées aux soins. Ces éléments peuvent altérer les capacités de performance du patient et limiter la réalisation des activités de la vie quotidienne. Les difficultés rencontrées ne sont pas uniquement liées à la lésion elle-même mais également aux traitements nécessaires à la prise en soin. Ces différents facteurs peuvent ainsi avoir un impact sur la performance et la participation occupationnelle.

Une brûlure peut également entraîner une désorganisation de l'habitation. En effet, cela peut entraîner une rupture brutale des habitudes de vie de la personne. Les rôles sociaux peuvent être impactés : un parent peut ne plus porter son enfant, les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) peuvent également être impactées telles que faire ses courses, le ménage, la cuisine. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) peuvent être aussi altérées : se raser, se laver, s'habiller, se maquiller sont perturbées par la perte de fonction de la main et les contraintes des soins: pansements, alitement. Les activités de productivités peuvent également être perturbées: une personne ne peut plus travailler. Cela entraîne une diminution de la participation occupationnelle.

III.1.3) La Capacité de rendement : Le lien corps-esprit

Une brûlure de la main entraîne de nombreuses conséquences telles que la douleur, les limitations articulaires, la présence de pansements ou encore les contraintes liées aux soins. Ces éléments peuvent altérer les capacités de performance du patient et limiter la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne telles que boire, manger, se laver, s'habiller. Les difficultés rencontrées ne sont pas uniquement liées à la lésion elle-même mais également aux traitements nécessaires à la prise en soin. Ces différents facteurs peuvent ainsi avoir un impact sur la performance et la participation occupationnelle.

Le Modèle de l'Occupation Humaine permet ainsi de comprendre que la brûlure de la main ne se limite pas à une atteinte physique. Elle peut affecter la motivation, les habitudes de vie, les rôles sociaux ainsi que les capacités de performance du patient. Dans ce contexte, l'intervention de l'ergothérapeute vise à soutenir l'engagement occupationnel de la personne en tenant compte de l'ensemble de ces dimensions.

Le Modèle de l'Occupation Humaine permet ainsi de comprendre que la brûlure de la main ne se limite pas à une atteinte physique. Elle peut également affecter la motivation, les habitudes de vie, les rôles sociaux ainsi que les capacités de rendement du patient. En utilisant le MOH, on comprend que la précocité de l'intervention: orthèses, aides techniques, positionnement, mobilisations vise à maintenir l'engagement du patient dans ses rôles pour éviter qu'il ne se perçoive uniquement comme un 'blessé' qui ne peut plus agir, mais reste un 'acteur' de la prise en soin.

III.2) Indépendance ou Autonomie : l'évaluation en milieu hospitalier

Il est important de distinguer les notions d'indépendance et d'autonomie. L'indépendance correspond aux capacités fonctionnelles d'une personne à réaliser seule ses activités de la vie quotidienne sans aides humaines. La notion d'autonomie correspond aux capacités cognitives: pouvoir faire des choix et décider pour soi sans se mettre en danger. Une personne peut donc être dépendante physiquement mais autonome dans ses décisions. (Sève-Ferrieu, 2019). Dans le cas d'une brûlure profonde de la main au niveau de la face dorsale, une dépendance fonctionnelle peut être observée notamment lors de la phase aiguë en raison de la douleur, des pansements, de la perte de mobilité. Le patient a alors besoin d'une aide humaine.

Pour évaluer l'impact fonctionnelle de la lésion, des outils peuvent être utilisés comme la MIF (Mesure d'Indépendance Fonctionnelle) et la MHAVIE (mesure des habitudes de vie) afin de prendre connaissance des habitudes de vie antérieures du patient et de préparer au mieux sa rééducation mais aussi d'évaluer les difficultés fonctionnelles afin de mettre en place des aides techniques.

III.3) Schéma d'exclusion et Éducation Thérapeutique

Le syndrome d'exclusion segmentaire est un trouble du comportement moteur correspondant à une sous utilisation ou la non utilisation d'un segment du corps suite à un traumatisme ou une intervention chirurgicale. Ce phénomène apparaît lorsque le patient cesse d'utiliser le membre lésé en raison de la douleur, la peur de bouger sa main, la perte de mobilité. La main n'est alors plus sollicitée ce qui entraîne un syndrome d'exclusion segmentaire (Tremblais et al., 2024).

Dans le cas d'une brûlure profonde de la main, ce phénomène peut apparaître dès la phase aiguë. En effet la douleur, la perte de mobilité, les pansements entraînent le patient à protéger sa main lésée et utiliser la main dominante. La non utilisation de la main peut conduire au syndrome d'exclusion segmentaire en lien également avec la plasticité cérébrale: moins la main est utilisée, moins elle est intégrée dans le schéma corporel. Cela entraîne donc la diminution de la fonction de la main (Rosenkranz & al, 2014) .

L'ergothérapeute semble occuper une place importante dans la prévention du syndrome de non-utilisation. Les interventions décrites dans la littérature visent notamment à préserver une main fonctionnelle afin de favoriser son utilisation dans les activités de la vie quotidienne

telles que la mise en place d'orthèses ainsi que l'utilisation d'aides techniques permettant de faciliter la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne telles que boire, manger, s'habiller. Ces interventions ont pour objectif de maintenir l'engagement du patient dans ses occupations et de favoriser son indépendance malgré les limitations.

De plus, l'éducation thérapeutique permet d'accompagner le patient dans la compréhension du syndrome d'exclusion segmentaire.

IV. La récupération fonctionnelle et le retour aux occupations

IV.1) Mesurer pour progresser : bilans et qualité du mouvement

En plus de l'utilisation d'outils d'évaluation comme la MIF et la MHAVIE, l'ergothérapeute peut également s'appuyer sur des outils permettant d'évaluer objectivement les capacités du patient afin de suivre une progression et d'adapter la prise en soin.

Le goniomètre permet de mesurer les amplitudes articulaires afin d'évaluer une progression, notamment avec le port des orthèses. Le Pinch et le Jamar sont des bilans évaluatifs de la force de préhension. Une diminution de la force de préhension peut empêcher l'ouverture des emballages, la découpe de certains aliments mais aussi le port d'un verre d'eau (Szekeres, 2025)(Mathiowetz, 1984). Ces outils aident l'ergothérapeute à adapter les orthèses et les mobilisations. Cela permet également de préparer la rééducation en phase subaiguë et d'avoir des données pour comparer l'évolution. Cependant, ces outils sont à utiliser avec précaution en fonction de l'état clinique du patient et de l'état inflammatoire des tissus.

IV.2) La précocité : condition du devenir occupationnel

Dans le cas d'une brûlure profonde de la main, la précocité de la prise en soin en ergothérapie semble essentielle dans la prévention des séquelles, l'objectif étant de limiter les séquelles pouvant impacter l'équilibre occupationnel. Dès la phase aiguë, l'ergothérapeute intervient afin de limiter les déformations, les rétractions cicatricielles, préserver les amplitudes articulaires dans l'objectif que la main ne soit pas un objet de soin mais fonctionnelle.

En effet, l'ergothérapeute semble avoir un regard au-delà de la lésion, son objectif est la préservation des occupations du patient. L'ergothérapeute anticipe la perte de la fonctionnalité de la main afin d'éviter un déséquilibre occupationnel. La mise en place

d'aides techniques de transition dès le début permet de favoriser l'indépendance du patient et ainsi de lutter contre le syndrome d'exclusion segmentaire.

Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute ne vise pas uniquement la préservation des capacités fonctionnelles de la main. À travers la prophylaxie, les orthèses, le positionnement, la mobilisation et les aides techniques, elle cherche également à soutenir la participation occupationnelle et l'engagement du patient dans ses activités quotidiennes.

L'enquête aura pour objectif de valider ou non mon hypothèse: L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès des patients présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main en phase aiguë s'inscrirait dans une démarche de récupération fonctionnelle visant à limiter les conséquences fonctionnelles et occupationnelles grâce à des interventions telles que le positionnement, les orthèses, les aides techniques, les mobilisations.

V. Méthode

V.1) Objectif de recherche et hypothèse

La littérature met en avant l'importance d'une prise en soin précoce lors d'une brûlure profonde de la main afin de limiter les séquelles fonctionnelles. En effet, les brûlures profondes peuvent entraîner des complications telles que des rétractions, des limitations articulaires, un risque de déformation amenant à une perte fonctionnelle pouvant altérer la participation occupationnelle du patient.

En revanche, la littérature concernant le rôle de l'ergothérapeute auprès des patients brûlés en phase aiguë est principalement internationale, ce qui m'a amené à m'intéresser davantage aux interventions et aux objectifs de prise en soin mis en place par les ergothérapeutes en France auprès des patients présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main afin de mieux comprendre le lien entre ces interventions et la récupération fonctionnelle.

Cette recherche vise donc à comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin précoce des brûlures profondes au niveau de la face dorsale de la main en phase aiguë notamment au centre de traitement des grands brûlés (CTB) ainsi que les interventions mises en place et les objectifs de prise en soin. Pour cela, cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative centrée sur les pratiques des ergothérapeutes.

Je présenterai dans un premier temps la méthodologie d'enquête choisie. Ensuite les résultats que je mettrai en lien avec la littérature scientifique.

Population d'intérêt:

Après avoir récupéré la liste de tous les centres de traitements des grands brûlés sur le site de la société française d'anesthésie et de réanimation ([SFAR](#)). Je les ai tous contactés et j'ai eu deux réponses positives. Dans la plupart des réponses reçues, les centres de traitement des grands brûlés ne comportaient pas d'ergothérapeutes. Je me suis alors rapprochée d'un ergothérapeute travaillant en subaiguë ce qui m'a permis d'obtenir une vision globale de la prise en soin du patient brûlé. En effet, les ergothérapeutes intervenant en phase subaiguë rencontrent des patients présentant des limitations fonctionnelles ce qui permet de mieux comprendre les difficultés que les patients rencontrent. Ce regard complémentaire m'a permis ainsi d'explorer le rôle de l'ergothérapeute au centre de traitement des brûlés.

Le recueil de données a été réalisé auprès de trois ergothérapeutes exerçant dans trois structures différentes : un centre de rééducation et deux centres hospitaliers disposant d'un Centre de traitement des grands brûlés.

La population d'intérêt de cette recherche est composée d'ergothérapeutes intervenant auprès de patients présentant des brûlures profondes de la main au niveau de la face dorsale en phase aiguë et en phase subaiguë.

Cette localisation a été choisie en raison de son impact important sur la fermeture de la main et les capacités de préhension, essentielles dans les activités de la vie quotidienne. En effet, la surface atteinte, la profondeur de la brûlure ainsi que sa localisation sont des critères déterminants dans la définition d'un grand brûlé (Wassermann, 2002).

Les critères d'inclusion:

- Avoir obtenu le diplôme d'Etat d'Ergothérapeute
- Exercer auprès de patients grands brûlés
- Avoir une expérience dans la prise en soin des brûlures profondes de la main
- Intervenir en phase aiguë ou en phase subaiguë
- Accepter l'enregistrement.

Les critères d'exclusion:

- Ne pas être Ergothérapeute
- Ne pas avoir d'expérience auprès de patients grands brûlés
- Ne pas avoir d'expérience concernant les brûlures de la main
- Refuser l'enregistrement

V.2) Choix d'outil d'enquête

J'ai fait le choix d'un entretien semi-directif afin de réaliser une enquête qualitative permettant d'obtenir des réponses développées. De plus, très souvent, les personnes interrogées accompagnent leurs propos d'exemples ce qui permet une meilleure compréhension et illustration. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. » (Tétreault S, 2014, p.215). L'entretien semi-directif permet également de faire ressortir des informations et des interrogations auxquelles je n'aurais pas pensé puisqu'il laisse une certaine liberté de parole tout en ayant un support étant le fil conducteur de l'entretien (Tétrault, 2014).

L'approche qualitative me semble pertinente car elle permet d'explorer un sujet peu développé dans la littérature scientifique et de mieux comprendre les pratiques des ergothérapeutes et leur rôle dans la prise en soin précoce d'une brûlure au niveau de la face dorsale de la main.

J' ai dans un premier temps élaboré un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes ayant pour objectif de laisser les ergothérapeutes parler librement et d' aborder des éléments qu'ils considèrent comme importants et auxquels je n'ai pas pensé tout en ayant des réponses à mes interrogations.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone afin de faciliter l'organisation des professionnels interrogés face aux contraintes logistiques et temporelles. Par ailleurs, une étude menée par Paul Sturges et Kerrie Hanrahan en 2004 (Tétrault, 2014) met en avant que l'entretien téléphonique constitue une méthode efficace et économique dans le cadre d'une recherche qualitative.

Mon guide d'entretien comprend des questions par thématiques afin de structurer les échanges:

- Le parcours de l'ergothérapeute, son lieu d'exercice
- les conséquences fonctionnelles et occupationnelles
- la prise en soin ergothérapique
- les objectifs et moyens de rééducation
- les facteurs favorisant la récupération fonctionnelle
- les difficultés rencontrées dans la prise en soin

V.3) Analyse des données.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits manuellement et de manière reformulée afin de faciliter leur analyse. Les tics de langage et les onomatopées orales ont été supprimés. L'objectif n'étant pas de recueillir des données émotionnelles, mais plutôt les pratiques professionnelles et les expériences des ergothérapeutes. Les entretiens ont été ensuite analysés de manière qualitative afin de faire ressortir les principaux thèmes, ainsi que les convergences et divergences retrouvées dans les discours des professionnels interrogés.

V.4) Réglementation éthique

Les entretiens respectent les réglementations éthiques tels que :

- Le Consentement libre et éclairé
- L'anonymat des interviewés
- La confidentialité des données
- La possibilité de se retirer de l'étude à tout moment et la demande de la destruction de l'enregistrement de l'entretien.
- Le respect des données
- Destruction des données maximum 2 ans après, qui est le délai habituel pour la conservation des entretiens.

V.5) La faisabilité de l'enquête

La faisabilité de cette enquête repose sur un nombre limité d'entretiens en accord avec le temps imparti.

Les ergothérapeutes exerçant en centre hospitalier et en centre de rééducation sont accessibles.

Les entretiens ont été réalisés à distance afin de faciliter l'organisation et ont permis de s'adapter aux contraintes des professionnelles..

L'enquête a été réalisable dans les conditions du mémoire à savoir les contraintes temporelles et organisationnelles.

VI Résultat de l'enquête

VI.1) Présentation des participants

E1	E2	E3
“j'ai été enseignant en APA pendant une quinzaine d'années.” “je me suis re-formé derrière pour être ergothérapeute. Je le suis déjà depuis[...]un paquet d'années” “je suis ergo, au service des brûlés.” J'exerce actuellement “dans un SMR adulte”	“A partir de mon diplôme, j'ai travaillé en rééducation fonctionnelle SSR où on avait [...]un peu toutes les pathologies adultes et enfants dans un service de rééducation du CHR” “j'ai travaillé ensuite dans un établissement pour enfants polyhandicapés de 2 à 14 ans [...] à peu près pendant 16 ans.” “je reviens sur le CHR de XXX et je suis en service de neurologie, phase aiguë” “je suis amenée à intervenir aussi dans les services, [...]chez les brûlés, etc.” “je peux être amenée à intervenir dans d'autres services, mais c'est plutôt le secteur hospitalier, c'est pas du SSR.”	“Je suis ergothérapeute depuis 2020. J'ai d'abord bossé dans un SSIAD en tant qu'ergothérapeute pour l'aménagement du domicile. Et après, j'ai intégré XXX en janvier 2021” “je travaille surtout dans le service de médecine physique et de réadaptation en MPR” “Et j'interviens dans tous les services, comme la neuro, la réa, le service du traitement des brûlés”

Tab. I : Présentation des participants

VI.2) La lutte contre les conséquences cicatricielles comme enjeu central de la prise en soin des brûlures profondes de la main

“La face dorsale, ça va être tout ce qui est préhension, c'est-à-dire que les rétractions vont se faire plutôt en ouverture des doigts.” “C'est ce contre lequel on lutte pour qu'il y ait de la fonction et de l'opposition au moins du 1 avec le 2” “c'est l'hypertrophie et les rétractions.” “L'hypertrophie, [...] on a des vêtements compressifs provisoires dès la fermeture de la peau, donc dès qu'il n'y a plus de plaies. Mais globalement, l'idée, c'est de couvrir au plus vite et de pouvoir travailler sur les rétractions à travers les postures.” “le manque d'amplitude. [...] Peut être lié aussi à l'hypertrophie.” “on a vraiment une ligne directrice qui est la lutte contre la rétraction et l'hypertrophie” “Je pense que plus tôt on intervient, mieux c'est, parce que les rétractions, ça arrive vite.”	“il faut conserver l'enroulement des doigts, l'extension de l'enroulement, parce que la peau cicatrise dans le schéma le plus court et en fait, elle va avoir tendance à prendre le chemin le plus court de cicatrisation. “ “Quand les gens sont greffés, on essaye de les positionner” “C'est surtout, [...] les limitations d'amplitude.” “s'il n'y a pas un positionnement correct dès le départ, ça va se rétracter, et ça va prendre le chemin le plus court.” “plus on avance dans la cicatrisation, et plus il y a possibilité de se rétracter, sauf si on maintient les amplitudes, déjà, dès la phase aiguë” “Les principaux objectifs, c'est d'éviter les rétractions, de maintenir les amplitudes correctes” “maintenir des amplitudes fonctionnelles pour éviter la rétraction” “on va essayer d'avoir les amplitudes complètes d'enroulement des doigts et de fermeture de la main”	“Quand on a une brûlure, la peau peut être greffée. Cela peut engendrer des rétractions cutanées si la greffe fait des cicatrices un peu keloïdes. On peut avoir une rétraction de la peau qui empêche la flexion de la main. Le patient a des brides au-dessus de la face dorsale de la main. Il peut avoir des difficultés d'écartement des doigts.” “on est appelé assez tôt quand il faut positionner le patient, quand on voit que les rétractions sont trop importantes” “Prévenir vraiment les rétractions. Parce que s'il y a des briques qui se forment, le patient va être vraiment gêné pour fléchir la main, pour fléchir les doigts et donc faire des prises.” “on va avoir une prescription d'un médecin qui va dire bah là franchement on voit que le patient il se rétracte, il commence à avoir de plus en plus de difficultés à fléchir les doigts.” “nous on a notre regard d'ergo et on sait ce qu'il faut comme mobilité pour la main pour pouvoir faire ses activités de vie quotidienne. Ça c'est notre regard d'ergo”
--	---	--

Tab II : La lutte contre les rétractions comme enjeu central de la prise en soin des brûlures profondes de la main		

VI.3) L'importance d'une intervention précoce dans la prévention des complications fonctionnelles

E1	E2	E3
“Je pense que plus tôt on intervient, mieux c'est, parce que les rétractions, ça arrive vite.” “on a beaucoup de mal derrière à récupérer parce que la main est restée trop longtemps figée.” “ je pense que plus on est précoce, mieux c'est.”	“en phase aiguë, je trouve que ce serait pertinent justement qu'il y ait quelqu'un” “je trouve que, justement, c'est important d'intervenir en phase aiguë, parce que c'est aussi du préventif” “on met des bandes velpeau tout autour pour emballer l'orthèse en post-op. Enfin, directement quand les gens sont encore sédatisés. “ Parce que les gens, quand ils arrivent, quand ils sont brûlés, ils ont normalement toutes les amplitudes. Ils commencent à perdre un peu d'amplitude à partir du moment où on fait des greffes, et s'il n'y a pas un positionnement correct dès le départ, ben, ça va se rétracter” “faire des attelles directement au bloc quand les gens viennent d'être greffés.” “s'ils n'ont pas été pris en charge tôt, ça sera plus compliqué, après, de récupérer” “le plus tôt possible, au niveau des postures, des positionnements, etc”	On est appelé assez tôt quand il faut positionner le patient, quand on voit que les rétractions sont trop importantes et qu'il faut faire des orthèses.” “On intervient assez tôt, un peu directement.” “on va avoir une prescription d'un médecin qui va dire bah là franchement on voit que le patient il se rétracte, il commence à avoir de plus en plus de difficultés à fléchir les doigts.” “Donc ouais on a une place assez importante et assez précoce qui est importante quoi”

E1	E2	E3
	“s'il n'y a pas un positionnement correct dès le départ, ben, ça va se rétracter” “Plus on intervient tôt et plus on intervient en corrélation avec le chirurgien, parce que le chirurgien, il va dire, bah là, je vais faire une greffe dans quelques jours, ça serait bien de mettre une attelle tout de suite pour positionner.”	
Tab III : L'importance d'une intervention précoce dans la prévention des complications fonctionnelles		

VI.4) Le positionnement et les orthèses comme moyens majeurs de prévention et de récupération fonctionnelle

E1	E2	E3
“L'hypertrophie, on a la chance d'avoir une couturière sur place, on a des vêtements compressifs provisoires dès la fermeture de la peau, donc dès qu'il n'y a plus de plaies.” “en dorsale, on a souvent des dynamiques de flexion de MP, des enroulements globales de doigt long. Ça peut être de l'ouverture de P1. Ça peut être de la flexion de la colonne du pouce.” “Les bandages cohésifs et positionnels, on les fait avant, quand il y a encore des plaies. Quand il y a encore des plaies, on ne peut pas courir avec des gants. [...] Soit c'est	“les attelles qu'on peut faire en post-greffe, c'est des attelles en position de fonction, position intrinsèque, avec un peu d'extension de poignée, un peu d'extension, flexion 30 degrés des MP, pareil, IPP. Avec le pouce en opposition, on essaye de positionner.” “Avec l'attelle en palmaire, du coup, pour ne pas avoir d'appui sur l'endroit qui est greffé.” “C'est pour ça que j'expliquais que les attelles pour les mains, puisqu'on parle plus de la main, il faut qu'elles soient fonctionnelles et en position intrinsèque, que la main soit légèrement surélevée pour	“ça va être orthèse, donc petit appareillage, ça peut être aide technique comme on peut faire un bracelet métacarpien ou adapter le verre pour qu'il soit plus facile à prendre” “Ça va être adaptation de l'environnement avec du petit matériel ou des petites aides techniques et orthèse, positionnement” “trouver une parade pour boire, des choses comme ça” “posturer sa main à l'aide de cette orthèse” “petit appareillage, ça peut être

une main qu'on peut posturer et dans ces cas-là, c'est nous qui faisons les cohésifs. Et on les fait en positionnel avec la flexion des MPA normalement. Soit ce n'est pas possible parce que c'est trop douloureux, trop abîmé. Dans ces cas-là, on est sur du cohésif classique qui peut être fait par le soignant, sans être positionnel.” “surtout la régularité dans le port des orthèses et le fait d'être actif avec sa main.” “Parce que la première chose qu'on fait quand il arrive en centre de rééducation, c'est voir son installation. La capacité à boire tout seul et la capacité à utiliser la sonnette de chambre.”	éviter les œdèmes, par rapport aux coudes.” “Les principaux objectifs, c'est d'éviter les rétractions, de maintenir les amplitudes correctes, fonctionnelles, par des postures ou des attelles, des positionnements divers” “Alors, les moyens, c'est des postures qu'on peut faire. Déjà, en priorité, c'est déjà posturer la main dans la meilleure position qui soit, comme je disais, en position intrinsèque, avec du matériel thermoformable pour faire des attelles directement au bloc quand les gens viennent d'être greffés.” “on utilise aussi du tissu compressif pour faire des vêtements compressifs” “quand je suis amené à faire des attelles, ça peut être une attelle en position intrinsèque et une attelle en enroulement par exemple et alterner le port de l'attelle” “on utilise aussi tout ce qu'on utilise comme adaptation pour les aides au repas comme on peut trouver partout des gobelets à double hanche ou grossir des couverts” “c'est du bon sens d'ergot, entre guillemets. Tout ce qui est technique existante ou à adapter pour faciliter le quotidien.” “C'est des compensations qu'on propose, mais que le patient soit inapte à utiliser ses membres supérieurs ou ses mains. Ça, on compense	aide technique comme on peut faire un bracelet métacarpien ou adapter le verre pour qu'il soit plus facile à prendre si le patient n'a pas de prise globale ou de prise fine.”
--	---	---

	comme on compenserait dans n'importe quelle pathologie.” “il faut tout adapter. Après, nous, on adapte. Le quotidien, simplement pour boire et manger, rien que ça, c'est compliqué. Les besoins vitaux.” “Surélever la main, positionner dans le lit avec des coussins de positionnement, pour que la personne soit à l'aise, confortable, pas trop douloureuse, et en même temps, qu'elle puisse, par exemple, si elle doit sonner ou quoi” “maintenir le quotidien, pour toutes les activités de la vie quotidienne”	
Tab IV : Le positionnement et les orthèses comme moyens majeurs de prévention et de récupération fonctionnelle		

VI.5) Les conséquences fonctionnelles et occupationnelles des brûlures profondes de la main

E1	E2	E3
“Ce qui pose le plus de problèmes, c'est manger.” “tout ce qui est lié à l'intime, aller aux toilettes, [...]les préhensions du quotidien: tenir son téléphone, s'habiller, se déshabiller.”	“manque d'autonomie pour toutes les activités de la vie quotidienne qui demande effectivement que ce soit prioritairement la toilette, l'habillage, les repas” “psychologiquement,	“Le patient ne va pas utiliser sa main car il va avoir du mal à la fléchir. Il ne va pas pouvoir attraper des objets, ça va être douloureux.” “Il ne va pas pouvoir, par exemple, attraper des prises fil.

“Tout ce qui va être lié aux AVQ classiques” “on ne peut pas saisir la sonnette ou saisir un verre ou une bouteille” “Il ne faut pas négliger cet aspect psychologique,[...] puisque la main, c'est un vecteur social important, et de travail[...]et de fonction” “Le problème des greffes et des brûlures en face dorsale, c'est la fermeture de la main.” “La face dorsale, ça va être tout ce qui est préhension, c'est-à-dire que les rétractions vont se faire plutôt en ouverture des doigts” “à partir du moment où il n'y a pas la fermeture complète des doigts, c'est forcément plus difficile.” “manque d'amplitude”	socialement parlant, le quotidien est bouleversé. Le professionnel, aussi.” “Déjà, pour se nourrir, il faut se servir de ses mains” “je dirais le repas. Parce qu'en fait, en plus, les personnes brûlées, en général, si elles n'ont pas que ça, leur état général, ils vont avoir tendance à perdre du poids au départ.” “Il faut justement les rebooster pour se réalimenter.” “S'alimenter et puis s'habiller. En l'occurrence, quand c'est dans la phase aiguë, ils n'ont pas forcément besoin de s'habiller.” “Après, tout ce qui demande les mains pour un quotidien.” “qu'elle puisse appuyer sur une sonnette.” “la main qui est complètement emballée ou sous attelle, sous des pansements. Il ne peut même pas forcément tenir, ne serait-ce que son bol, pour boire” “manger, rien que ça, c'est compliqué. Les besoins vitaux.”	Utiliser son portable va être difficile à maintenir car il peut avoir une perte de force. Il va y avoir surtout des conséquences fonctionnelles sur les activités de vie quotidienne du patient.” “se nourrir, pouvoir couper sa viande avec un couteau et une fourchette. Peut-être boire”
Tab V : Les conséquences fonctionnelles et occupationnelles des brûlures profondes de la main		

VI.6) Les limites et difficultés rencontrées dans la prise en soin

E1	E2	E3
----	----	----

“Évidemment, la première chose qui a un impact, ça reste la douleur.” “on est le seul service de rééducation où l’on travaille dans la douleur et pas en infra douloureux.” “Donc oui, le premier facteur, peut-être le seul finalement, puisque c'est de lui que découlent tous les autres, c'est la douleur.” “les 6 premiers mois c'est une phase plus inflammatoire, et qu'après ça va être en dent de scie pendant 2 ans avec des phases où il y aura un peu plus d'hypertrophie ou de rétraction, des phases où ça ira mieux, des phases où ça va gratter” “il faut qu'il n'y ait plus de plaies.” “Il y a clairement une chose qui est liée à la motivation.” “en termes de motivation ou de régularité des soins, ce n'est pas toujours une bonne évidence.” “il y a des grosses hypertrophies, des grosses rétractions, des amputations, [...] des doigts brochés.” “il y a des greffes pour lesquels c'est mieux que d'autres. Donc, oui, il y a des qualités de greffes et des forme de greffes qui sont mieux que d'autres” “Il y a la motivation dans le	“pour ne pas avoir d'appui sur l'endroit qui est greffé.” “c'est effectivement la phase dorsale le plus difficile” “ils doivent être aussi dans un milieu complètement aseptisé.” “On y rentre en étant avec une tenue propre, des pieds à la tête.” “un impact au niveau infectieux, quoi. Il ne faut pas laisser rentrer des trucs.” “La douleur, en général, souvent ils sont sédatisés.” “ils ont des pansements partout,qu'il y a des prises de greffe, etc.,” “s'ils n'ont pas été pris en charge tôt, ben, ça sera plus compliqué, après” “Souvent, c'est des grands brûlés, quoi. Il y a plus de X% de la surface corporelle.” “Je dirais qu'il n'y a pas vraiment de difficultés, en fait. Plus on intervient tôt et plus on intervient en corrélation avec le chirurgien, parce que le chirurgien, il va dire, là, je vais faire une greffe quelques jours, ça serait bien de mettre une attelle tout de suite pour positionner.” “les gens, ils ont souvent plus mal au niveau des prises de greffe.”	“Cette main ne peut pas être utilisée car c'est trop douloureux de fermer.” “j’ai déjà eu le cas, le patient peut avoir du mal à regarder sa main et va l'exclure de son schéma.” “ici à XXX, il n'y a pas d'ergothérapeute dédiée à la partie aiguë” “on intervient ponctuellement et ça serait bien qu'il y ait un ergothérapeute dédié qui puisse vraiment travailler sur le suivi du patient et connaître ses habitudes de vie. Nous, on intervient tôt mais de manière ponctuelle.” “on va avoir une prescription d'un médecin qui va dire bah là franchement on voit que le patient il se rétracte, il commence à avoir de plus en plus de difficultés à fléchir les doigts.” “si on a déjà mis des choses en place dans le centre des traitements des brûlés, ça nous aide pour la suite.” “On peut reprendre par exemple l'appareillage qu'on avait déjà fait, qui a été utile.C'est une continuité et puis on voit surtout que le patient, si on l'avait déjà rencontré en centre des traitements des brûlés, il y a un meilleur lien thérapeutique et il adhère plus à ce qu'on lui propose en phase sub-aiguë. Il
---	---	---

sens régularité et sérieux dans la prise en charge, c'est-à-dire la présence aux séances, le nombre de séances qu'on peut proposer, la capacité du patient à bien réagir aux consignes en termes d'alimentation, en termes de tabac, en termes de plein de choses. Clairement, ce sont des facteurs qui changent tout.” “on ne peut pas toujours, parce qu'il y a des consignes chirurgicales, parce qu'il y a des broches, parce qu'il y a des choses qui font que les doigts sont figés et qu'on ne peut pas les toucher.” “la main est restée trop longtemps figée.” “l'aspect psychologique qui est quand même important, notamment sur les mains amputées.” “la main, c'est un vecteur social important, et de travail, bien sûr, et de fonction”	“Les gens ont souvent plus mal à l'endroit où on a pris la peau saine qu'à l'endroit où on a greffé.” “à l'endroit où on a pris la peau saine, toutes les terminaisons nerveuses sont « normales », elles ne sont pas brûlées, alors que quand elles sont brûlées au second degré, parfois c'est tellement brûlé qu'ils ne sentent plus, il n'y a plus de sensibilité.” “ils se retrouvent avec [...]des bouts de tatouage,” “Les difficultés, ça peut être ça, et du fait aussi parfois des pansements, quand il y a vraiment des pansements partout, [...] c'est compliqué aussi de pouvoir faire les postures, etc., quand les gens sont complètement emballés.” “la participation du patient aussi, de l'investissement, de la motivation du patient,” “des patients qui ont fait des autolyses, des tentatives de suicide. Si c'est des gens qui s'immolent, psychologiquement qui sont déjà fragiles, c'est compliqué pour eux de leur faire remonter la pente.” “si c'est une personne qui est brûlée sur plus de 60% de la surface corporelle, 70-80% il y a beaucoup d'articulations à mobiliser. le fait d'être à deux, de faire tout en doublon, ça permet	y a un vrai suivi du début tout au long de la prise en soin.” “Alors du coup nous on utilise peu de bilan parce qu'on n'est pas dédié à 100%, mais on va s'appuyer plutôt sur la MIF” “Ça peut être dû à la douleur, à la capacité du patient à cicatriser. Il y a des patients qui cicatrisent mieux que d'autres. Il y en a qui ne cicatrisent pas très bien ou alors il y a des complications. Après, ça peut être dans l'observance. Le patient, il porte mal ses orthèses ou alors il les met alors que finalement ça lui blesse.” “Bah juste du coup c'est vraiment un échange pluridisciplinaire parce que le kiné il est là à 100% donc pour ma part vu que moi j'interviens de manière ponctuelle, il connaît davantage le patient que moi donc c'est vraiment un échange avec du coup le kiné qui connaît bien le patient, le médecin parce que d'un jour à l'autre la bride elle peut être ouverte, il peut y avoir un petit problème de rétraction qui d'un coup est arrivé.” “essayer de créer un lien thérapeutique pour que vraiment par la suite il adhère au vêtement compressif, il adhère à tout ce qu'on va lui proposer, à toutes les postures qu'on peut lui proposer”
---	--	---

	aussi nous de faire plus l'appareillage et d'adapter le quotidien” “il faudrait des binômes Kiné-ergo dans tous les service de brûlure : phase aiguë, phase de rééducation. Il y en a plus en phase de rééducation, mais la phase aiguë est importante aussi justement.”	
Tab VI : Les limites et difficultés rencontrées dans la prise en soin		

VII. Analyse thématique

VII.1) La lutte contre les conséquences cicatricielles comme enjeu central de la prise en soin des brûlures profondes de la main

Les trois ergothérapeutes mettent en avant les rétractions comme une problématique centrale dans la prise en soin des brûlures profondes de la face dorsale de la main. Ils expliquent l'importance de prévenir les rétractions pour maintenir les amplitudes articulaires. E1 explique notamment qu'« on a vraiment une ligne directrice qui est la lutte contre les rétractions ». Il ajoute également que « les rétractions, ça arrive vite » et précise que « globalement, l'idée, c'est de couvrir au plus vite et de pouvoir travailler sur les rétractions à travers les postures ».

E2 met en avant le lien entre le positionnement, les amplitudes et les rétractions. Il explique que « s'il n'y a pas un positionnement correct dès le départ, ça va se rétracter, et ça va prendre le chemin le plus court ». Il ajoute aussi que « plus on avance dans la cicatrisation, et plus il y a possibilité de se rétracter, sauf si on maintient les amplitudes ». Les discours mettent en avant l'importance du maintien des amplitudes articulaires pendant la cicatrisation afin d'éviter des rétractions. Pour cela, E2 explique que « les principaux objectifs, c'est d'éviter les rétractions, de maintenir les amplitudes ». E1 souligne également que « c'est ce contre lequel on lutte pour qu'il y ait de la fonction et de l'opposition ».

Enfin, E3 insiste également sur les conséquences des rétractions au niveau de la mobilité de la main. Il explique qu'il faut « prévenir vraiment les rétractions » car « s'il y a des brides qui se forment, le patient va être vraiment gêné pour fléchir la main, pour fléchir les doigts et donc faire des prises ». Les discours recueillis mettent ainsi en avant les rétractions comme un enjeu important dans la prise en soin des brûlures profondes de la main.

VII.2) L'importance d'une intervention précoce dans la prévention des complications

Les trois ergothérapeutes mettent en avant l'importance d'une intervention précoce dans la prise en soin des brûlures profondes de la face dorsale de la main. Les discours montrent que cette prise en soin précoce permet de prévenir les rétractions. En effet, E1 explique que « les rétractions, ça arrive vite », tandis qu'E2 souligne qu'il est « important d'intervenir en phase aiguë, parce que c'est aussi du préventif ». Les professionnels mettent en évidence l'importance d'intervenir avant l'apparition des rétractions.

E2 insiste également sur l'importance d'un positionnement dès le début, elle explique notamment que « s'il n'y a pas un positionnement correct dès le départ, ça va se rétracter ». De plus, elle intervient au plus tôt dans la prise en soin en mettant en place des orthèses directement au bloc opératoire.

Les professionnels expliquent que plus la prise en soin est tardive, plus la récupération fonctionnelle devient difficile. E2 souligne que lorsque les patients « n'ont pas été pris en charge tôt, ça sera plus compliqué, après, de récupérer ». Ce constat est retrouvé dans le discours d'E1 exerçant en phase subaiguë qui explique qu'« on a beaucoup de mal derrière à récupérer parce que la main est restée trop longtemps figée ».

Les ergothérapeutes peuvent également intervenir lorsque les complications sont déjà présentes. En effet, E3 explique que l'ergothérapeute peut intervenir lorsque les rétractions commencent à apparaître il explique qu'« on est appelé assez tôt quand il faut positionner le patient, quand on voit que les rétractions sont trop importantes », « on va avoir une prescription d'un médecin qui va dire bah là franchement on voit que le patient il se rétracte ».

VII.3) Le positionnement et les orthèses comme moyens majeurs de prévention et de récupération fonctionnelle

Les trois ergothérapeutes décrivent l'utilisation des orthèses, du positionnement ainsi que des aides techniques dans la prise en soin des brûlures profondes de la main. Ils mettent

particulièrement en avant les postures ainsi que les adaptations permettant que le patient puisse rester autonome.

Les deux ergothérapeutes exerçant en phase aiguë évoquent principalement des orthèses de posture. E2 explique que « les attelles qu'on peut faire en post-greffe, c'est des attelles en position de fonction, position intrinsèque ». Il précise également qu'« il faut qu'elles soient fonctionnelles et en position intrinsèque, que la main soit légèrement surélevée pour éviter les œdèmes ». E3 explique qu'il est important « posturer sa main à l'aide de cette orthèse »

L'ergothérapeute exerçant en phase subaiguë évoque davantage des orthèses dites « dynamiques de flexion de MP » ou encore « des enroulements globales de doigt long » favorisant la récupération fonctionnelle de la main. Les discours mettent en avant une évolution des objectifs selon la phase de prise en soin : en phase aiguë, les interventions semblent davantage centrées sur la prévention des rétractions et le positionnement, tandis qu'en phase subaiguë, les orthèses visent davantage la récupération des amplitudes articulaires et de la fonctionnalité de la main.

Les professionnels mettent également en avant le lien entre les orthèses et le positionnement en expliquant qu'elles sont utilisées afin de maintenir la main dans une position fonctionnelle et ainsi limiter les complications liées à la cicatrisation.

E2 explique que « les moyens, c'est des postures qu'on peut faire » et qu'il faut « posturer la main dans la meilleure position qui soit ». Il décrit également l'utilisation « du matériel thermoformable pour faire des attelles directement au bloc quand les gens viennent d'être greffés ».

Concernant les aides techniques, les ergothérapeutes mettent en avant leur utilisation lorsque le patient ne peut pas utiliser sa main. Les professionnels évoquent les difficultés rencontrées dans les besoins dits « vitaux » comme boire ou manger. E2 explique notamment qu'« il faut tout adapter » et précise que « boire et manger, rien que ça, c'est compliqué. Les besoins vitaux ». E1 décrit également comme priorité « la capacité à boire tout seul et la capacité à utiliser la sonnette de chambre ». E3 évoque quant à lui la nécessité de « trouver une parade pour boire ».

Les professionnels décrivent différentes adaptations permettant de compenser les difficultés de préhension. E2 évoque notamment « des gobelets à double hanse ou grossir des couverts ». E3 explique quant à lui pouvoir « faire un bracelet métacarpien ou adapter le verre pour qu'il soit plus facile à prendre si le patient n'a pas de prise globale ou de prise fine ». E2 précise que ces adaptations sont importantes pour « maintenir le quotidien, pour toutes les activités de la vie quotidienne ».

VII.4) Les conséquences fonctionnelles et occupationnelles des brûlures profondes de la main dans les activités de la vie quotidienne

Les trois ergothérapeutes décrivent l'impact d'une brûlure profonde de la main au niveau de la face dorsale dans les activités de vie quotidiennes. Ils mettent en avant des difficultés dans les AVQ liées à la fermeture de la main ainsi qu'à son utilisation dans les AVQ.

E1 explique notamment que « le problème des greffes et des brûlures en face dorsale, c'est la fermeture de la main » et précise que « la face dorsale, ça va être tout ce qui est préhension ». Il ajoute qu'« à partir du moment où il n'y a pas la fermeture complète des doigts, c'est forcément plus difficile ». E3 décrit également que « le patient ne va pas utiliser sa main car il va avoir du mal à la fléchir » et qu'« il ne va pas pouvoir attraper des objets ».

Les professionnels mettent également en avant les conséquences de ces limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne. E1 explique que « ce qui pose le plus de problèmes, c'est manger » et évoque également « tout ce qui est lié à l'intime, aller aux toilettes [...] tenir son téléphone, s'habiller, se déshabiller ». E2 décrit « un manque d'autonomie pour toutes les activités de la vie quotidienne » notamment « la toilette, l'habillage, les repas ». E3 évoque également la problématique des repas « se nourrir, pouvoir couper sa viande avec un couteau et une fourchette. Peut-être boire »

D'après le discours des trois ergothérapeutes, les patients rencontrent des difficultés dans la réalisation de besoins dits « vitaux » comme manger ou boire. E2 explique notamment que « boire et manger, rien que ça, c'est compliqué ». E3 évoque également ces difficultés en expliquant que le patient peut avoir des difficultés à « peut-être boire ». E2 décrit aussi « la main qui est complètement emballée ou sous attelle, sous des pansements » et explique que le

patient « ne peut même pas forcément tenir [...] son bol, pour boire ». E1 le souligne également en expliquant qu'« on ne peut pas saisir la sonnette ou saisir un verre ou une bouteille ». Les professionnels mettent également en avant l'importance de la main dans les activités quotidiennes. E2 explique notamment que « déjà, pour se nourrir, il faut se servir de ses mains » et évoque « tout ce qui demande les mains pour un quotidien ».

Selon les ergothérapeutes, les conséquences psychologiques et sociales sont un facteur à prendre en compte comme l'explique E1, « il ne faut pas négliger cet aspect psychologique » puisque « la main, c'est un vecteur social important, et de travail [...] et de fonction ». E2 souligne également que « psychologiquement, socialement parlant, le quotidien est bouleversé ».

VII.5) Les limites et difficultés rencontrées dans la prise en soin

Dans les entretiens réalisés avec les ergothérapeutes, la question numéro 15 porte directement sur les difficultés rencontrées sur la prise en soin des patients. Cependant tout au long de l'entretien, chaque professionnel a mis en avant des limites et difficultés qu'ils rencontrent.

VII.5.1) La douleur

Tout d'abord, la gestion de la douleur est un élément essentiel qui conditionne la prise en soin. En effet, E1 explique que « le premier facteur, c'est la douleur » et E3 évoque des difficultés de fermeture de la main liées à la douleur. Au-delà de la prise en compte de la main, E2 met en avant que « Les gens ont souvent plus mal à l'endroit où on a pris la peau saine qu'à l'endroit où on a greffé. » E2 indique également que la douleur de la main n'est pas forcément limitée en phase aiguë car les patients sont parfois encore sédatisés.

VII.5.2) Types de traitements

Les 3 ergothérapeutes ont indiqué que la prise en soin peut être complexifiée suite aux types de traitements reçus par le patient. Tout d'abord le résultat de la greffe suite à la méthode utilisée ou aux possibilités que le chirurgien avait peut modifier la prise en soin future. Ainsi E1 explique qu'il y a « des qualités de greffes et des formes de greffes qui sont mieux que d'autres » et E3 indique qu'il y a « des patients qui cicatrisent mieux que d'autres. Il

y en a qui ne cicatrisent pas très bien ou alors il y a des complications.” Il peut également y avoir la présence de broches ou de consignes qui limitent alors les possibilités de prise en soin: E1: “on ne peut pas toujours, parce qu'il y a des consignes chirurgicales, parce qu'il y a des broches, parce qu'il y a des choses qui font que les doigts sont figés et qu'on ne peut pas les toucher”. Si le patient a des brûlures dites combinées il se peut qu'il y est “ vraiment des pansements partout, [...] c'est compliqué aussi de pouvoir faire les postures” (E2).

VII.5.3) La motivation

Chacun des professionnels a mis en avant l'importance de la motivation et de l'adhésion du patient dans sa propre prise en soin. E1 insiste sur la régularité et le sérieux durant les séances et “la capacité du patient à bien réagir aux consignes en termes d'alimentation, en termes de tabac, en termes de plein de choses. Clairement, ce sont des facteurs qui changent tout.”. Tandis qu'E2 évoque l'importance de la participation du patient, de son investissement et sa motivation. Enfin E3 met en avant les difficultés d'observance notamment concernant le port des orthèses.

VII.5.4) Impact psychologique

Durant les entretiens, l'impact psychologique a été évoqué à plusieurs reprises. Ainsi E1 indique que “l'aspect psychologique est quand même important” et que “la main, c'est un vecteur social important, et de travail, bien sûr, et de fonction”. E3 évoque avoir déjà travaillé avec un patient qui avait tellement “du mal à regarder sa main” qu'il “va l'exclure de son schéma.”

VII.5.5) L'anamnèse

E2 a évoqué la possibilité que la brûlure puisse être la conséquence d'un geste volontaire : l'autolyse. Selon E2, “il faut alors prendre en soin des patients qui sont déjà fragiles” et “c'est compliqué pour eux de leur faire remonter la pente.”

VII.5.6) L'importance du suivi du patient dans un cadre pluridisciplinaire

Enfin, les professionnels soulignent l'importance du travail pluridisciplinaire dans la prise en soin des brûlures profondes. E3 insiste notamment sur les échanges avec les kinésithérapeutes et les médecins afin d'adapter les interventions aux évolutions du patient. Il

met également en avant que l'absence d'ergothérapeute en phase aiguë complexifie le suivi et la création d'un cadre thérapeutique. Au contraire, dans le cas où le patient est suivi de manière précoce par l'ergothérapeute, il "peut reprendre par exemple l'appareillage qu'on avait déjà fait, qui a été utile. C'est une continuité et puis on voit surtout que le patient, si on l'avait déjà rencontré en centre des traitements des brûlés, il y a un meilleur lien thérapeutique et il adhère plus à ce qu'on lui propose en phase subaiguë." E2 souligne notamment qu'il "faudrait des binômes Kiné-ergo dans tous les services de brûlure : phase aiguë, phase de rééducation. Il y en a plus en phase de rééducation, mais la phase aiguë est importante aussi justement."

VIII. Discussion

Après avoir analysé les entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes, les résultats seront confrontés au cadre conceptuel afin de répondre à ma question de recherche: En quoi les interventions de l'ergothérapeute auprès des patients présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main en phase aiguë s'inscrivent-elles dans une démarche de récupération fonctionnelle de la main ? Et soutenir ou non mon hypothèse.

VIII.1) Les rétractions comme problématique centrale de la prise en soin

Les résultats recueillis mettent en avant que la lutte contre les rétractions semble être l'enjeu majeur de la prise en soin des brûlures profondes de la face dorsale de la main. Un ergothérapeute interrogé met en avant que les rétractions cicatricielles sont notamment la conséquence de la cicatrisation, la peau cicatrise « dans le schéma le plus court » favorisant ainsi les limitations d'amplitudes.

Les résultats semblent également indiquer un lien entre les rétractions et les difficultés fonctionnelles de la main. Les ergothérapeutes décrivent notamment des limitations de la fermeture de la main, de flexion des doigts ainsi que des déficits de préhensions. Les conséquences cicatricielles semblent ainsi directement impacter les capacités fonctionnelles de la main et par conséquent les activités de vie quotidienne.

Ces résultats rejoignent les données retrouvées dans la littérature. En effet, la cicatrisation peut entraîner des rétractions cutanées responsables de limitations articulaires et de

déformations de la main (Green, 2021). décrit notamment l'apparition possible d'une main en griffe liée aux rétractions des tissus cutanés.

Les 3 ergothérapeutes intervenant à des phases différentes de la prise en soin semblent tous mettre en avant l'importance d'une intervention précoce afin de limiter les rétractions et complications fonctionnelles liées aux brûlures au niveau de la face dorsale de la main.

VIII.2) La précocité de l'intervention ergothérapique

Les entretiens recueillis semblent mettre en avant l'importance d'une intervention précoce dans la prise en soin des brûlures profondes de la face dorsale de la main. En effet, les professionnels interrogés décrivent que les rétractions semblent apparaître rapidement au cours de la cicatrisation comme le souligne E2 "Ils commencent à perdre un peu d'amplitude à partir du moment où on fait des greffes, et s'il n'y a pas un positionnement correct dès le départ, ben, ça va se rétracter"

Ces résultats rejoignent les données retrouvées dans la littérature. (Procter, 2010) explique notamment que la rééducation du patient brûlé doit débiter précocement afin de prévenir les raideurs articulaires et les déformations. Edgar et Brereton mettent en avant le fait que la rééducation devrait débiter dès la phase aiguë et ne pas être séparée des soins médicaux.

Lors des entretiens, les 3 ergothérapeutes, n'utilisent pas directement le terme de "prophylaxie", néanmoins les discours recueillis montrent des interventions centrées sur la prévention des complications cicatricielles et fonctionnelles. Ces éléments rejoignent ainsi la littérature.

Les résultats mettent en évidence des différences selon les phases de prise en soin. Les ergothérapeutes exerçant en phase aiguë décrivent principalement des interventions de prévention tandis que le professionnel exerçant en phase subaiguë évoque davantage la récupération des limitations déjà présentes. Ce dernier décrit notamment des difficultés liées à une main « restée trop longtemps figée ». Les résultats montrent ainsi que le regard du professionnel exerçant en phase subaiguë semble mettre en évidence la difficulté à récupérer en fonctionnalité une fois les rétractions installées.

Cependant, certains éléments viennent nuancer ces résultats. Tout d’abord la prise en soin du patient en phase aiguë peut être limitée par les indications du médecin suite aux types d’interventions chirurgicales ou à la présence de broches par exemple. L’intervention de l’ergothérapeute peut alors être limitée. La vitesse et la qualité de la cicatrisation, notamment le rejet potentiel de la greffe, semble varier selon les patients. L’étendu, la gravité et le fait que la brûlure de la face dorsale de la main soit combinée peut également, être une difficulté à la prise en soin, E2 évoque notamment une certaine complexité “quand il y a vraiment des pansements partout, [...] c’est compliqué aussi de pouvoir faire les postures, etc., quand les gens sont complètement emballés.”

De plus, dans le cadre conceptuel, il est mis en avant l’importance d’une rééducation précoce pour prévenir les rétractions (Kara & al, 2023). Or durant les entretiens, les 3 ergothérapeutes décrivent leurs interventions comme une démarche préventive permettant par la suite de faciliter la rééducation en phase subaiguë.

Les résultats montrent ainsi que malgré l’importance accordée à la précocité dans la littérature, l’intervention ergothérapique ne semble pas toujours pouvoir être mise en place immédiatement. Cela peut notamment être lié à l’évolution clinique du patient, aux priorités médicales ou encore à l’organisation des soins.

VIII.3) Le positionnement et les orthèses comme moyens de prévention

Les résultats recueillis mettent en avant l’importance du positionnement et des orthèses dans la prise en soin des brûlures profondes de la face dorsale de la main. Les ergothérapeutes décrivent principalement des orthèses de posture durant la phase aiguë permettant le maintien de la main en position “intrinsèque plus”, ainsi que des postures anti oedème afin de prévenir les complications cicatricielles et fonctionnelles liées à la cicatrisation.

Ces résultats rejoignent les données retrouvées dans la littérature (Kara et al, 2023). mettent notamment en avant l’importance du positionnement et des orthèses dans le maintien des amplitudes articulaires et la prévention des rétractions.

Les résultats semblent indiquer l’utilisation d’orthèses pour réaliser des positionnements. Les orthèses apparaissent alors comme des moyens permettant de maintenir la main dans une

position fonctionnelle afin de limiter les conséquences cicatricielles et fonctionnelles. Or l'ergothérapeute est formé durant ces études à la réalisation d'orthèses et cela fait partie de son champ de compétences.

Le positionnement dans le lit semble également important dans la prise en soin notamment pour limiter la douleur.

Les ergothérapeutes semblent également être amenés à utiliser des aides techniques et des adaptations lorsque le patient ne peut pas utiliser correctement sa main. Les deux premiers critères qui ressortent sont l'alimentation et la capacité à pouvoir appuyer sur la sonnette pour appeler un soignant en cas de besoin.

Ces résultats semblent globalement aller dans le sens du cadre théorique puisque les ergothérapeutes interrogés mettent en avant l'utilisation précoce du positionnement, des orthèses et des adaptations afin de prévenir les conséquences fonctionnelles liées aux brûlures profondes de la face dorsale de la main.

Cependant, les ergothérapeutes expliquent tout de même que certaines orthèses ne peuvent pas toujours être mises en place immédiatement lorsque la main est trop douloureuse ou trop abîmée. Concernant les moyens d'intervention, Mital & al en 2025, ont mis en avant la possibilité d'une mobilisation précoce du membres (24-48h après). Pourtant aucun ergothérapeute n'en fait mention. E1 et E2 mettent en avant la possibilité d'alterner différentes postures avec différentes orthèses et bandages positionnels mais pas de mobilisation.

De plus, les résultats reposent uniquement sur les entretiens et ne permettent pas d'évaluer directement l'efficacité des orthèses ou du positionnement sur la récupération fonctionnelle des patients.

VIII.4) Les conséquences occupationnelles des brûlures profondes de la main

Les résultats semblent indiquer que les difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne liées aux limitations fonctionnelles de la main sont les conséquences principalement des rétractions.

Les résultats montrent également que les professionnels ne se centrent pas uniquement sur la récupération physique de la main mais également sur le maintien des besoins vitaux du patient comme boire, manger seul. Les discours recueillis mettent aussi en avant l'importance de l'aspect psychologique.

VIII.5) Discussion par rapport à la question de recherche et à l'hypothèse

Cette recherche visait à comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin précoce des brûlures profondes au niveau de la face dorsale de la main en phase aiguë notamment au centre de traitement des grands brûlés (CTB) ainsi que les interventions mises en place et les objectifs de prise en soin.

Les résultats recueillis semblent globalement aller dans le sens de l'hypothèse de départ: L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès des patients présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main en phase aiguë s'inscrirait dans une démarche de récupération fonctionnelle visant à limiter les conséquences fonctionnelles et occupationnelles grâce à des interventions telles que le positionnement, les orthèses, les aides techniques, les mobilisations.

Les ergothérapeutes interrogés mettent principalement en avant une prise en soin centrée sur la prévention des complications cicatricielles et fonctionnelles, de manière précoce.

Lors de la prise en soin du patient, le positionnement réalisé grâce aux orthèses a pour objectif de maintenir les amplitudes articulaires, de limiter les déformations et donc de conserver les capacités fonctionnelles de la main.

Cependant, les résultats nuance tout de même l'hypothèse. Les ergothérapeutes indiquent notamment que leurs interventions peuvent être limitées en phase aiguë dû à l'évolution clinique du patient. De plus, aucun ergothérapeute n'a mis en avant la mobilisation passive lors de la phase aiguë. Seul un changement de posture a été énoncé.

Enfin, l'intervention ergothérapique ne semble pas se limiter à la prévention des complications physiques mais comprend également une dimension psychologique et motivationnelle importante. Le patient doit être acteur de sa prise en soin. De plus, l'ergothérapeute peut mettre en place des aides techniques afin que le patient soit en lien avec ses AVQ et donc investir les soins.

VIII.6) Biais et limites de la recherche

Tout d'abord, le nombre restreint de participants ne permet pas de généraliser les résultats recueillis. Il existe alors un biais de sélection. De plus, les ergothérapeutes interrogées exercent également dans des contextes différents, et à différentes phases. Cela peut influencer leurs pratiques et leurs priorités de prise en soin. Les données recueillies reposent sur des entretiens semi-directifs et donc sur les expériences et les perceptions des professionnels interrogés. Les réponses recueillies peuvent comporter une part de subjectivité.

Le guide d'entretien peut également constituer une limite de cette étude. Certaines questions ou réactions de l'enquêteur peuvent involontairement orienter les réponses. Enfin, le positionnement du chercheur peut également représenter un biais. L'intérêt porté au sujet ainsi que les connaissances acquises au cours des stages et des recherches théoriques ont pu influencer l'analyse et l'interprétation des données recueillies. Un biais de désirabilité sociale peut également être présent : les participants peuvent sur-valoriser leur pratique professionnelle et l'importance de leur intervention.

IX. Conclusion

IX.1) Synthèse du travail

Les brûlures profondes de la face dorsale de la main sont des traumatismes touchant principalement les hommes de 15 à 59 ans. La main fait partie des membres les plus touchés et particulièrement la face dorsale chez les adultes. C'est également une zone particulière en raison de sa complexité anatomique et fonctionnelle. mais également parce que la main est essentielle dans les activités de la vie quotidienne ainsi que pour les interactions sociales.

Durant mes recherches, le cadre théorique a montré que les articles évoquant le rôle de l'ergothérapeute auprès des patients brûlés en phase aiguë provenaient surtout de la littérature étrangère. Cela m'a donc amené à m'interroger davantage sur la pratique des ergothérapeutes en France.

Cette recherche avait donc pour objectif d'explorer plus précisément le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin précoce des brûlures profondes de la face dorsale de la main en phase aiguë ainsi que les interventions mises en place auprès de ces patients, et ainsi nuancer mon hypothèse: L'intervention précoce de l'ergothérapeute auprès des patients présentant une brûlure profonde de la face dorsale de la main en phase aiguë s'inscrirait dans une démarche de récupération fonctionnelle visant à limiter les conséquences fonctionnelles et occupationnelles grâce à des interventions telles que le positionnement, les orthèses et les aides techniques, les mobilisations.

La littérature souligne l'importance d'une intervention précoce afin de prévenir les complications cicatricielles et fonctionnelles. Plusieurs moyens sont décrits tels que : les orthèses, les bandages positionnels, les vêtements compressifs, le positionnement ou encore les mobilisations précoces. Les principaux objectifs retrouvés sont la prévention des rétractions, des déformations, des œdèmes, le maintien des amplitudes articulaires et la nécessité d'une rééducation précoce afin de limiter les difficultés fonctionnelles engendrant des altérations à la participation fonctionnelle.

Afin d'explorer ces éléments dans la pratique professionnelle, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de trois ergothérapeutes intervenant à différentes phases du parcours de soin. Après avoir contacté l'ensemble des centres de traitement des grands brûlés, seule une ergothérapeute est intervenue à de multiples reprises auprès de patients brûlés à la main et a pu avoir un suivi jusqu'à la rééducation. Un second professionnel intervenait ponctuellement en phase aiguë seulement sur demande des médecins, mais ne suivait pas les patients par la suite. Tandis qu'un troisième intervenait principalement en phase subaiguë. Malgré la difficulté à trouver des ergothérapeutes exerçants en phase aiguë, l'ergothérapeute intervenant en phase subaiguë a apporté un regard complémentaire concernant les conséquences fonctionnelles observées lorsque les limitations sont déjà installées.

Les entretiens réalisés ont permis de mieux comprendre que la phase aiguë semble être principalement centrée sur une approche préventive. En effet, les ergothérapeutes interrogés mettent particulièrement en avant la lutte contre les rétractions et les déformations comme enjeu central de la prise en soin. Les orthèses de posture, les bandages positionnels ainsi que le maintien de la main en position "intrinsèque plus" apparaissent comme des moyens de préventions utilisés afin de limiter les complications cicatricielles. Le positionnement du membre et la surélévation de la main sont également décrits comme des moyens de prévention afin de limiter les œdèmes et maintenir une position fonctionnelle.

Toutefois, les entretiens ont permis de nuancer le cadre théorique: tout d'abord l'intervention sur les patients n'est pas toujours réalisable et peut dépendre de l'état clinique de celui-ci tel que la douleur, la présence de greffes ou encore de plaies ouvertes. Les discours recueillis mettent davantage en avant une approche prophylactique permettant d'anticiper la rééducation future et prévenir les difficultés occupationnelles liées aux limitations fonctionnelles.

Les entretiens ont également permis de mieux comprendre la place des aides techniques et des orthèses dans cette phase de prise en soin. Les ergothérapeutes interrogés décrivent principalement des interventions centrées sur les besoins dits "vitaux". Ainsi, l'objectif ne semble pas encore d'être un travail écologique des activités de la vie quotidienne mais plutôt le maintien d'un minimum d'indépendance malgré l'impossibilité d'utiliser sa main. Les aides techniques et les adaptations permettent alors au patient de maintenir une participation dans les activités de la vie quotidienne vitale : s'alimenter et appeler à l'aide avec la sonnette. Les orthèses et les positionnements semblent principalement être utilisés afin de prévenir les rétractions, maintenir la main dans une position fonctionnelle et limiter les déformations afin de préserver au maximum les amplitudes articulaires de la main.

Enfin, les résultats mettent également en avant l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire. Les ergothérapeutes interrogés décrivent des prises en soin complémentaires entre ergothérapeutes et kinésithérapeutes et l'intérêt de travailler davantage en binôme. Les discours recueillis semblent ainsi montrer que l'ergothérapeute peut occuper une place particulière dans le parcours de soin du patient brûlé grâce à ses compétences concernant le positionnement, les orthèses, l'adaptation de l'environnement.

Ainsi pour répondre à la question de recherche, il semble que la place de l'ergothérapeute soit bénéfique à la phase aiguë d'une brûlure de la face dorsale de la main et qu'il s'intègre pleinement dans une équipe pluridisciplinaire. Les moyens qu'il utilise en phase aiguë, permettent d'avoir une approche prophylactique nécessaire afin d'anticiper la rééducation et de favoriser une récupération fonctionnel optimal en phase subaiguë. Ces interventions semblent s'inscrire dans une démarche de récupération fonctionnelle en limitant les complications susceptibles d'altérer la fonction de la main. Elles permettent alors de limiter l'impact de la brûlure sur les activités de la vie quotidienne et le désengagement occupationnel.

IX.2) Positionnement en tant que futur professionnel

Ce mémoire m'a permis de prendre conscience de l'importance des interventions mises en place dès le début de la prise en soin. En effet, j'ai compris que les interventions réalisées en phase aiguë ont également pour objectif de prévenir certaines difficultés. Cette vision de l'anticipation me sera utile dans ma future pratique professionnelle. De plus, ce mémoire m'a permis de découvrir un domaine que je ne connaissais pas. Les recherches effectuées et les échanges avec les professionnels rencontrés m'ont permis d'en apprendre davantage et m'ont donné envie d'exercer dans ce domaine.

En revanche, j'ai rencontré des difficultés lors de ce travail, notamment en raison du faible nombre d'ergothérapeutes exerçant en phase aiguë dans les centres de traitement des grands brûlés.

IX.3) Ouverture sous forme de nouvelles pistes de réflexion

Cette recherche m'a questionné sur la place de l'ergothérapeute au centre de traitement des grands brûlés. En effet, cette recherche semble mettre en avant l'importance d'une intervention précoce dès la phase aiguë afin d'anticiper une meilleure récupération fonctionnelle pour répondre à des besoins occupationnels. Il a cependant été difficile de trouver des ergothérapeutes intervenant à cette phase. Il pourrait alors être intéressant d'explorer la vision qu'ont les ergothérapeutes eux-mêmes ainsi que les autres professionnels de santé concernant la place de l'ergothérapie au sein d'un centre de traitement des grands brûlés.

Bibliographie

Académie nationale de médecine (2009) Aponévrose *dans le dictionnaire Académie de Médecine en ligne*, consulté le 20 mars 2026
https://www.academie-medecine.fr/?sfid=1000033776&_sf_s=apon%C3%A9vrose

Académie nationale de médecine (2009) Paresthésie *dans le dictionnaire Académie de Médecine en ligne*, consulté le 20 mars 2026
<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=paresth%C3%A9sie>

Académie nationale de médecine (2009) Préhension *dans le dictionnaire Académie de Médecine en ligne*, consulté le 20 mars 2026
<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=pr%C3%A9hension>

Alvo, R., Serror, K., Bern, R., Chaouat, M., Mimoun, M., & Boccara, D. (2017). Alternative à la greffe de peau pour la couverture des brûlures profondes de la face dorsale de la main en aigu : Revue de la littérature. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 30(4), 296-302. PMID : 29983686

Andrade, L. F., Abdi, P., Kooner, A., Eldaboush, A. M., Dhami, R. K., Natarelli, N., & Yosipovitch, G. (2024). Treatment of post-burn pruritus – A systematic review and meta-analysis. *Burns*, 50(2), 293-301. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2023.09.012>

- Arnaudet, I., Montassier, E., Javaudin, F., Naux, E., & Le Bastard, Q. (2021a). Prise en charge des brûlures en préhospitalier et aux urgences. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 11(6), 367-384. <https://doi.org/10.3166/afmu-2021-0360>
- Baker, J., Barton, R. A., & Venditti, C. (2025). Human dexterity and brains evolved hand in hand. *Communications Biology*, 8(1), 1257. <https://doi.org/10.1038/s42003-025-08686-5>
- Benedetti, J. (2024). *Structure et fonction de la peau—Troubles cutanés*. Manuels MSD pour le grand public.[MSD](#)
- Béraud, B. L., Nicolo, P., & Bruyneel, A.-V. (2023). Mesure de l'intensité de la douleur par l'échelle visuelle analogique. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(262), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.07.001>
- Boukind, S., Droussi, H., Elatiqi, O. K., Dlimi, M., Dhaidah, O., Ejjiyar, M., Quaboul, M., Dehhaze, A., Fkhar, S., Elamrani, D., Benchamkha, Y., & Ettalbi, S. (2014). La greffe de peau totale dans le traitement des séquelles de brûlures de la main et des doigts : A propos de 84 cas. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 27(4), 201-208.
- Brodmann, K. (1909). *Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*.[Archives](#)
- Carter, D. W. (2024). Brûlures chimiques. In *Tufts University School of Medicine* (Professionnel de la santé).[MSD](#)

- Chafiki, N., Fassi Fihri, J., & Boukind, E. H. (2007). Les Sequelles de Brulures : Epidemiologie et Traitements. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 20(3), 129-136.
- Choi, J. S., Mun, J. H., Lee, J. Y., Jeon, J. H., Jung, Y. J., Seo, C. H., & Jang, K. U. (2011). Effects of modified dynamic metacarpophalangeal joint flexion orthoses after hand burn. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 35(6), 880-886. <https://doi.org/10.5535/arm.2011.35.6.880>
- Choinière, M., Melzack, R., & Papillon, J. (1991). Pain and paresthesia in patients with healed burns : An exploratory study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(7), 437-444. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(91\)90043-4](https://doi.org/10.1016/0885-3924(91)90043-4)
- CNRTL (s. d.) Hypoesthésie, *Dans le dictionnaire CNRTL en ligne*, consulté le 20 Mars 2026 sur <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/hypoesth%C3%A9sie>
- Crespin, E., Oller, B., & Pouteau, F. (avec Groupe d'études, de recherche et d'action pour la formation d'aides-soignants). (2023). *Guide anatomie et physiologie pour les AS et AP : Aides-soignants et auxiliaires de puériculture la référence* (6e éd). Elsevier Masson.
- Deflorio, D., Di Luca, M., & Wing, A. M. (2022). Skin and Mechanoreceptor Contribution to Tactile Input for Perception : A Review of Simulation Models. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 862344. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.862344>

- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Marie-Chantal, M.-B. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck supérieur.
- Devauchelle, P., Elmerich, J., Laforest, C., Lefort, H., & Jeanne, M. (2019). Prise en charge de la douleur du brûlé grave. *La Revue de l'Infirmière*, 68(256), 23-24. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2019.10.006>
- Doussin-Antzer, A., & Mignet, G. (2024). Les modèles conceptuels en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 86-99). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2024.01.0086>
- Edgar, D., & Brereton, M. (2004). Rehabilitation after burn injury. *BMJ*, 329(7461), 343-345. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7461.343>
- Erickson, S., & Kim, B. S. (2019). Research Techniques Made Simple : Itch Measurement in Clinical Trials. *Journal of Investigative Dermatology*, 139(2), 264-269.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2018.12.004>
- Espelita, A. R. (2022). 791 Occupational Therapy in Operating Room An Emerging and Distinct Role in Collaborative Burn Care Practice. *Journal of Burn Care & Research*, 43(Supplement_1), S201-S202. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irac012.341>
- Fontaine, M., & Latarjet, J. (2024). Work and quality of life after burns : Small burns, big consequences. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 37(2), 143-147.

- Gachie, E., & Casoli, V. (2011). Séquelles de brûlures des mains. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 56(5), 454-465. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2011.09.003>
- Genco, G., & Genco, P. (2019). Prise en charge globale à la phase aiguë en service des grands brûlés. *L'Aide-Soignante*, 33(207), 12-14. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2019.03.005>
- Girard, D., & Desmoulière, A. (2018). Cicatrisation normale et hypertrophique, influence de l'environnement mécanique. *Revue Francophone de Cicatrisation*, 2(3), 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.refrac.2018.07.004>
- Giretzlehner, M., Ganitzer, I., & Haller, H. (2021). Technical and Medical Aspects of Burn Size Assessment and Documentation. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(3), 242. <https://doi.org/10.3390/medicina57030242>
- Gonzalez, M., & Green, S. (2023). Evolution of the Human Hand from Early Hominid to Today. *Bulletin of the Hospital for Joint Disease (2013)*, 81(1), 34-39.
- Green, D. P., Hotchkiss, R. N., Pederson, W. C., Wolfe, S. W., Kozin, S. H., & Cohen, M. (2021) S. (Éds.). (19). *Green's operative hand surgery* (4. ed., 6. ed. ff). Elsevier, Churchill Livingstone.
- Gupta, S., Chittoria, R. K., Chavan, V., Aggarwal, A., Reddy, L. C., Mohan, P. B., Koliyath, S., & Pathan, I. (2021). Role of Burn Blister Fluid in Wound Healing.

Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 14(3), 370-373.

https://doi.org/10.4103/JCAS.JCAS_90_19

Hautier, A., Ould Ali, D., Salem, M., & Magalon, G. (2011). Séquelles de brûlures des membres. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 56(5), 444-453.

<https://doi.org/10.1016/j.anplas.2011.08.003>

Hmidi, C., Ouardi, a., Badaoui, Z., Berjaou, Z., Achbouk, A., Elkhatib, K., & Ababou, K. (2022). Brûlures de la main à la phase aigüe chez l'adulte (A propos de 102 cas). *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 21(1), 19-22.

Hom, D. B., & Bernstein, J. D. (2023). Reducing Risks of Facial Scarring. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, 31(2), 195-207.

<https://doi.org/10.1016/j.fsc.2023.01.003>

Huang, M. (2024, septembre 18). Prophylaxis : Preventing Disease Before It Starts. *Journal of HIV & Retro Virus*, 10(3). <https://doi.org/10.21767/2471-9676.10.3.24>

Iheanacho, F., & Vellipuram, A. R. (2026). Physiology, Mechanoreceptors. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541068/>

Institut national du cancer. (2025, juillet 29). *La peau, La peau : Un organe essentiel aux multiples fonctions*. [INC](#)

- Jault, P., Donat, N., Leclerc, T., Cirodde, A., Davy, A., Hoffmann, C., & Bargues, L. (2012). Les premières heures du brûlé grave. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 24(3), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2012.09.003>
- Johansson, R. S., & Vallbo, A. B. (1979). Tactile sensibility in the human hand : Relative and absolute densities of four types of mechanoreceptive units in glabrous skin. *The Journal of Physiology*, 286(1), 283-300. <https://doi.org/10.1113/jphysiol.1979.sp012619>
- Kamina, P. (2022). *Anatomie clinique* (4e édition, Vol. 1). Maloine.
- Kapandji, A. (2020, septembre). Comment fonctionne la main, Centre du Membre Supérieur Trénel, Vienne. *Centre du Membre Supérieur Trénel*. [Centre du membre supérieur](#)
- Kapandji, A. I. (1989). La Préhension dans la Main Humaine. *Annales de Chirurgie de la Main*, 8(3), 234-241. [https://doi.org/10.1016/S0753-9053\(89\)80060-2](https://doi.org/10.1016/S0753-9053(89)80060-2)
- Kara, S., Seyhan, N., & Öksüz, S. (2023). Effectiveness of early rehabilitation in hand burns. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery: TJTES*, 29(6), 691-697. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2023.22780>
- Khamis, H. (2026, mai 5). Crans-Montana : Le rôle des physiothérapeutes et ergothérapeutes [Podcast]. In *CQFD*. RTS.

- Klotz, T., Kurmis, R., Munn, Z., Heath, K., & Greenwood, J. (2017). Moisturisers in scar management following burn: A survey report. *Burns*, 43(5), 965-972.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.01.021>
- Latarjet, J. (2002). La douleur du brûlé. *Pathologie Biologie*, 50(2), 127-133.
[https://doi.org/10.1016/S0369-8114\(01\)00277-2](https://doi.org/10.1016/S0369-8114(01)00277-2)
- Le Floch R, Lancien U, Mauduit N, Mahé PJ, Perrot P (2022). Hospitalisations liées aux brûlures en France. Analyses de la base de données nationale de 2019. *Ann Burn, les catastrophe liées aux incendies*, 35(4), 324-333
- Liu, N. T., Rizzo, J. A., Shingleton, S. K., Fenrich, C. A., Serio-Melvin, M. L., Christy, R. J., & Salinas, J. (2019). Relationship Between Burn Wound Location and Outcomes in Severely Burned Patients : More Than Meets the Size. *Journal of Burn Care & Research*, 40(5), 558-565. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irz098>
- Machard, P. (2024, décembre 19). Au chevet des grands brûlés de l'hôpital militaire Percy. *Reportage*, (406), 10-15.
- Maillard, F. (2021, octobre 14). *L'allodynie : Physiopathologie, clinique et évaluation*. Douleur provoquée par les soins - 16^e journée de l'A-CNRD, Charenton le pont.
<https://www.cnrd.fr/modules/webportal>
- Malenfant, A., Forget, R., Amsel, R., Papillon, J., Frigon, J.-Y., & Choinière, M. (1998). Tactile, thermal and pain sensibility in burned patients with and without chronic

pain and paresthesia problems. *Pain*, 77(3), 241-251.

[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00096-7)

Malenfant, A., Forget, R., Papillon, J., Amsel, R., Frigon, J.-Y., & Choinière, M. (1996).

Prevalence and characteristics of chronic sensory problems in burn patients. *Pain*, 67(2), 493-500. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(96\)03154-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(96)03154-5)

Mata-Ribeiro, L., Vieira, L., & Vilela, M. (2022). Epidemiology And Outcome

Assessment Of Hand Burns : A 3-Year Retrospective Analysis In A Burn Unit. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 35(1), 18-25.

Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G., & Kashman, N. (1984). Reliability and validity

of grip and pinch strength evaluations. *The Journal of Hand Surgery*, 9(2), 222-226. [https://doi.org/10.1016/S0363-5023\(84\)80146-X](https://doi.org/10.1016/S0363-5023(84)80146-X)

Mahrouch, M., Atiqui, O. E., Yafi, I., Benlaassel, O. A., Zinedine, S., Geouatri, M.,

Sahibi, M., Amrani, M. D., & Benchamkha, Y. (2022). Traitement Chirurgical Des Brides Cervicales Post Brûlure : À Propos De 47 Cas. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 35(1), 62-67.

Mittal, R., Kelly, J., & Kahn, S. A. (2025). Early Post-Operative Mobilization After

Treatment of Burn Wounds with Autologous Skin Cell Suspension is Safe. *Journal of Burn Care & Research*, 46(4), 846-849. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraf038>

- Monstrey, S., Hoeksema, H., Verbelen, J., Pirayesh, A., & Blondeel, P. (2008). Assessment of burn depth and burn wound healing potential. *Burns*, 34(6), 761-769. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.01.009>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.
- Nedelec, B., Hou, Q., Sohbi, I., Choinière, M., Beauregard, G., & Dykes, R. W. (2005). Sensory perception and neuroanatomical structures in normal and grafted skin of burn survivors. *Burns*, 31(7), 817-830. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2005.06.007>
- Neumann, D. A., & Kelly, E. R. (2025). *Neumann's Kinesiology of the musculoskeletal system* (Fourth Edition). Elsevier. [ISBN : 0323718590](https://doi.org/10.1016/j.burns.2005.06.007)
- Nicolas, J., & Arnon, C. (2015). Douleur et soins au patient brûlé. *La Revue de l'Infirmière*, 64(209), 36-37. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2014.12.015>
- OMS. (2023, octobre 13). *Brûlures*. Organisation mondial de la santé. [OMS](https://www.who.int/fr/emergencies/burns)
- Paget, L.-M., & Thélot, B. (2018). *Les victimes de brulures hospitalisé en France métropolitaine en 2014 et évolution depuis 2009* [Etude et Rapport]. Santé Publique France.
- Pendfiels, W., & Rasmussen, T. (1950). *Le cortex cérébral de l'homme*. The Macmillan Company. [The Rockefeller University](https://www.rockefeller.edu/)

- Procter, F. (2010). Rehabilitation of the burn patient. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 43(3), 101. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.70730>
- Purves, d, Augustine, G., & Fitzpatrick, D. (2001). *Neuroscience* (2e edition). [NCBI](#)
- Rienmeyer, H., & Rochet, J.-M. (2011). Principes et rééducation de la main brûlée adulte en phase secondaire. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 27(2), 74-81. <https://doi.org/10.1007/s11659-011-0269-9>
- Rigou, A., & Thélot, B. (avec Institut de veille sanitaire). (2011). *Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, France métropolitaine, 2009 : Synthèse*. Institut de veille sanitaire.
- Rochet, J. M., & Hareb, F. (2002). Brûlure et rééducation. *Pathologie Biologie*, 50(2), 137-149. [https://doi.org/10.1016/S0369-8114\(01\)00278-4](https://doi.org/10.1016/S0369-8114(01)00278-4)
- Rousseau, A.-F. (2018). *Brûlures & brûlés : Soins & traitements* (1er édition). Médiciliné.
- Rosenkranz, K., Seibel, J., Kacar, A., & Rothwell, J. (2014). Sensorimotor Deprivation Induces Interdependent Changes in Excitability and Plasticity of the Human Hand Motor Cortex. *The Journal of Neuroscience*, 34(21), 7375-7382. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5139-13.2014>

- Sabapathy, S. R., Bajantri, B., & Bharathi, R. R. (2010). Management of post burn hand deformities. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 43(Suppl), S72-79.
<https://doi.org/10.4103/0970-0358.70727>
- Schneider, J. C., Shie, V. L., Espinoza, L. F., Shapiro, G. D., Lee, A., Acton, A., Marino, M., Jette, A., Kazis, L. E., & Ryan, C. M. (2020). Impact of Work-Related Burn Injury on Social Reintegration Outcomes : A Life Impact Burn Recovery Evaluation (LIBRE) Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(1), S86-S91.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.10.022>
- Schöne, L., Klukowska-Rötzler, J., Exadaktylos, A. K., Olariu, R., Vögelin, E., & Rothenfluh, E. (2025). Epidemiology and characteristics of hand burns : A 12-year retrospective analysis at a University Hospital. *Burns Open*, 11, 100413.
<https://doi.org/10.1016/j.burnso.2025.100413>
- Sève, F. (2016). Indépendance, autonomie et qualité de vie : Analyse et évaluations. *CrossRef Listing of Deleted DOIs*. <https://doi.org/10.1016/S1283-0887>
- Singlard Causse, E. (2015). *Les brûlés : Du lieu du sinistre au centre de grands brûlés*. Société Française de médecine d'urgence.
- Siu, W. S., Ma, H., & Leung, P. C. (2025). Review on Current Advancements in Facilitation of Burn Wound Healing. *Bioengineering*, 12(4), 428.
<https://doi.org/10.3390/bioengineering12040428>

- Stella, M., Calcagni, M., Teich-Alasia, S., Ramieri, G., Cellino, G., & Panzica, G. (1994). Sensory endings in skin grafts and scars after extensive burns. *Burns*, 20(6), 491-495. [https://doi.org/10.1016/0305-4179\(94\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0305-4179(94)90003-5)
- Šuca, H., Čoma, M., Tomšů, J., Sabová, J., Zajíček, R., Brož, A., Doubková, M., Novotný, T., Bačáková, L., Jenčová, V., Kuželová Košťáková, E., Lukačín, Š., Rejman, D., & Gál, P. (2024). Current Approaches to Wound Repair in Burns : How far Have we Come From Cover to Close? A Narrative Review. *Journal of Surgical Research*, 296, 383-403. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.12.043>
- Szekeres, M., Aspinall, D., Kulick, J., Sajid, A., Dabbagh, A., & MacDermid, J. (2025). Reliability, validity, and responsiveness of pinch strength assessment : A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 47(7), 1631-1643. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2382907>
- Tamulevicius, M., Bucher, F., Dastagir, N., Milewski, M., Obed, D., Vogt, P. M., & Dastagir, K. (2025). Rethinking treatment strategies for second-degree palmar burns in adults : A ten-year retrospective outcome analysis at a major burn center. *JPRAS Open*, 45, 326-336. <https://doi.org/10.1016/j.jpra.2025.06.011>
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.
- Thrikutam, N., Kopp, C. M., Orton, C., Bamer, A. M., Schneider, J. C., Solis-Beach, K., Kazis, L. E., Yenikomshian, H. A., Kowalske, K., & Stewart, B. T. (2025). Hand

Burn Injuries and Occupational Impairment : A Study on the Impact of Burn Injuries on Return-to-Work Outcomes from the Burn Model System Research Program. *Journal of Burn Care & Research*, 46(3), 489-494. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irae203>

Tremblais, L. (2024). Le syndrome d'exclusion segmentaire en traumatologie de la main : Définition, rééducation et appareillage. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 43(6), 101895. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2024.101895>

Tromel, M. F., & Leclerc, J. (1994). *Rééducation de la main brûlée. Annals of the Mediterranean Burns Club*, 11(3)

Tsolakidis, S., Alharbi, Z., Rennekampff, H. O., Schmidhammer, M. R., Schmidhammer, R., & Rosenauer, R. (2022). “Out of Touch”—Recovering Sensibility after Burn Injury : A Review of the Literature. *European Burn Journal*, 3(2), 370-376. <https://doi.org/10.3390/ebj3020032>

Vaittinada Ayar, P., & Benyamina, M. (2019). Prise en charge du patient brûlé en préhospitalier. Première partie : Cas général et inhalation de fumées. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 32(1), 22-29.

Venereol, A. D. (2005). Les grandes fonctions de la peau : Cicatrisation cutanée. In *Comprendre la peau* (p. 64-65).

- Venereol, A. dermatole. (2005). Vascularisation, innervation cutanée et récepteurs à la sensibilité de la peau et de ses annexes. *Comprendre la peau, Histologie et histophysiologie de la peau et de ses annexes*, 47-48.
- Vuilleumier, L., Moulis-Wyndels, B., Vuilleumier-Frutig, A., & Bickle-Graz, M. (2020). *Le développement sensori-moteur de l'enfant*. De Boeck supérieur.
<https://stm.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant--9782807328105-page-111?lang=fr&tab=premieres-lignes>
- Wassermann, D. (2002). Critères de gravité des brûlures. Épidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge. *Pathologie Biologie*, 50(2), 65-73.
[https://doi.org/10.1016/S0369-8114\(01\)00271-1](https://doi.org/10.1016/S0369-8114(01)00271-1)
- Watzinger, N., Hecker, A., Petschnig, D., Tran, J., Glantschnig, C., Moshhammer, M., Pignet, A.-L., Ellersdorfer, A.-M., & Kamolz, L.-P. (2024). Long-Term Functional Outcomes after Hand Burns : A Monocentric Controlled Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(12), 3509. <https://doi.org/10.3390/jcm13123509>

Table des Annexes:

I) Annexe I : Guide d'entretien

II) Annexe II : Entretien E3

III) Annexe III : Formulaire de consentement

Annexe I : Guide d'entretien

Introduction:

Je suis Alice étudiante en troisième année à l'Adere, je réalise un mémoire dans le cadre d'une initiation à la recherche sur les grands brûlés plus précisément au niveau de la face dorsale de la main. Notre entretien consiste à recueillir votre expérience dans ce domaine. L'entretien se fera par visio il sera enregistré. Les données de notre entretien resteront anonymisées

signature consentement

Questions:

Présentation de la pratique de la personne

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
2. Dans quel type de structure exercez-vous ?
3. Au sein de la structure où vous exercez, quelles sont les parties du corps qui sont le plus souvent touchées ?

Conséquences des brûlures

4. Quelles sont les conséquences fonctionnelles et cicatricielles d'une brûlure profonde au niveau de la face dorsale de la main ?
5. Quelles autres conséquences pouvons-nous retrouver chez un patient atteint d'une brûlure profonde au niveau de la face dorsale de la main ?
6. Quelles occupations ou activités du quotidien sont le plus impactées ?
7. Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les patients dans leur quotidien ?

La prise en soin du patient

8. De manière générale, à quel moment l'ergothérapeute intervient-il dans la prise en soin du patient brûlé ?

9. À quelle phase intervenez-vous le plus souvent ?

10 Quels sont les principaux objectifs de la prise en soin à cette phase chez un patient ayant une brûlure profonde au niveau de la face dorsale de la main ?

11. Quels outils d'évaluation utilisez-vous ?

12. Quels moyens utilisez-vous dans la prise en soin d'un patient brûlé au niveau de la main à cette phase ?

La récupération: facilitateurs et freins

13 Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en soin des patients atteints d'une brûlure profonde au niveau de la face dorsale de la main ?

14 Selon vous, quels facteurs favorisent la récupération fonctionnelle de la main chez ces patients ?

15 Y a-t-il un élément important concernant la prise en soin des patients brûlés au niveau de la main que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez ajouter ?

Remerciements.

Annexe II : Entretien E3

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Oui, alors du coup, je suis ergothérapeute depuis 2020. J'ai d'abord bossé dans un SSIAD en tant qu'ergothérapeute pour l'aménagement du domicile. Et après, je l'ai intégré au XXX en janvier 2021. Et depuis, je suis à l'hôpital XXX en tant qu'ergothérapeute dans une équipe de quatre.

Ok. Dans quel type de structure exercez-vous ?

Du coup, c'est un hôpital XXX. Et je travaille surtout dans le service de médecine physique et de réadaptation en MPR, mais je ne suis pas sûre que ça s'appelle MPR maintenant, mais voilà. Et j'interviens dans tous les services, comme la neuro, la réa, le service du traitement des brûlés, enfin voilà, tout ça. Du coup, je suis rattachée à un service de MPR dans un hôpital public, et après, j'interviens dans les autres services.

D'accord. Au sein de la structure où vous exercez, quelles sont les parties du corps qui sont le plus souvent touchées dans le cas d'une brûlure ?

Dans le cas d'une brûlure, alors souvent, je te dirais les mains. Après, comme on est rattaché au centre du traitement des brûlés, c'est vrai que c'est surtout des grands brûlés, donc ça va être brûlé au niveau des jambes, du dos, mais c'est souvent les extrémités, les mains ou les pieds.

Quelles sont les causes fonctionnelles et cicatricielles d'une brûlure profonde au niveau de la face dorsale de la main ?

Quand on a une brûlure, la peau peut être greffée. Cela peut engendrer des rétractions cutanées si la greffe fait des cicatrices un peu chéloïdes. On peut avoir une rétraction de la peau qui empêche la flexion de la main. Le patient a des brides au-dessus de la face dorsale de la main. Il peut avoir des difficultés d'écartement des doigts. Cette main ne peut pas être utilisée car c'est trop douloureux de fermer. Il peut être trop bloqué par les brides ou par la cicatrice qui peut avoir des petits patchs.

En plus de ces conséquences, est-ce qu'il y a d'autres conséquences que l'on peut retrouver chez ce type de patient ?

Je t'ai parlé des conséquences physiques, mais il va y avoir des conséquences fonctionnelles. Le patient ne va pas utiliser sa main car il va avoir du mal à la fléchir. Il ne va pas pouvoir attraper des objets, ça va être douloureux. Il ne va pas pouvoir, par exemple, attraper des prises. Utiliser son portable va être difficile à maintenir car il peut avoir une perte de force. Il va y avoir surtout des conséquences fonctionnelles sur les activités de vie quotidienne du patient.

Est-ce qu'on peut retrouver aussi des conséquences psychologiques qui vont aussi impacter ?

Oui, on peut retrouver. Par exemple, moi j'ai déjà eu le cas, le patient peut avoir du mal à regarder sa main.

D'accord. Et quelles sont les occupations ou activités du quotidien qui sont le plus impactées ?

On va surtout voir les activités du patient. Surtout les activités qui consistent à, par exemple, se nourrir, pouvoir couper sa viande avec un couteau et une fourchette. Peut-être boire, porter un verre, ça va être un peu compliqué, ça va être vraiment des activités pures de la vie quotidienne. Se doucher, attraper quelque chose, pouvoir se nourrir, pouvoir boire, des choses comme ça.

Et quelles sont les principales difficultés rencontrées par les patients dans leur quotidien ? Et de manière générale, à quel moment l'ergothérapeute intervient dans la prise en soin du patient brûlé ?

Justement, ici à XXX, il n'y a pas d'ergothérapeutes dédiés à la partie aiguë, donc au centre des traitements des brûlés. Mais on est appelé assez tôt quand il faut positionner le patient, quand on voit que les rétractions sont trop importantes et qu'il faut faire des orthèses. On intervient assez tôt, un peu directement. Parfois on nous dit que le patient voudrait manger

seul mais ce n'est pas possible, « est-ce que vous pouvez faire quelque chose ? » Nous, on n'est pas dédiés, mais plutôt on intervient ponctuellement et ça serait bien qu'il y ait un ergothérapeute dédié qui puisse vraiment travailler sur le suivi du patient et connaître ses habitudes de vie. Nous, on intervient tôt mais de manière ponctuelle.

Après, le patient vient en phase subaiguë et vous intervenez tous les jours auprès de lui ?

C'est ça, exactement. Et si on a déjà mis des choses en place dans le centre des traitements des brûlés, ça nous aide pour la suite. On peut reprendre par exemple l'appareillage qu'on avait déjà fait, qui a été utile. C'est une continuité et puis on voit surtout que le patient, si on l'avait déjà rencontré en centre des traitements des brûlés, il y a un meilleur lien thérapeutique et il adhère plus à ce qu'on lui propose en phase subaiguë. Il y a un vrai suivi du début tout au long de la prise en soin.

Par rapport à la prise en soin, à cette phase en phase aiguë, quels sont les principaux objectifs que vous allez avoir chez ce type de patient ?

Le but va être surtout qu'il ne se rétracte pas.

Et au niveau de la phase dorsale de la main ?

Au niveau de la phase dorsale, sur tout ce qui est fléchisseur, extenseur, tout ça, et qu'il n'y a pas de rétraction cutanée aussi. Et que la cicatrice ne tire pas et ne forme pas des brides. C'est notre objectif en lien forcément avec l'équilibre pluridisciplinaire, parce que nous il y a des kinés qui sont à temps plein au centre des traitements des brûlés. Et après un positionnement, si jamais il faut positionner la main parce que celle-ci gonfle ou parce qu'il n'est pas à l'aise dans le lit, parce que ça frotte ou des choses comme ça, on peut essayer de trouver aussi une parade. Et puis après qu'il soit autonome. Je ne sais pas si ça répond à la question.

En fait l'objectif de manière générale, est-ce que ça serait prévenir les séquelles ?

Oui exactement. Dans un premier temps prévenir les séquelles pour la suite, parce que nous on a notre regard d'ergo et on sait ce qu'il faut comme mobilité pour la main pour pouvoir faire ses activités de vie quotidienne. Ça c'est notre regard d'ergo.

Et à cette phase, vous utilisez quel bilan ?

Alors du coup nous on utilise peu de bilan parce qu'on n'est pas dédié à 100%, mais on va s'appuyer plutôt sur la MIF, des choses comme ça, où ça va nous permettre de faire un état des lieux sur les capacités du patient. Et puis voir, tiens en fait finalement il a beaucoup de mal à manger, est-ce qu'on ne pourrait pas trouver quelque chose ? Les médecins nous disent qu'il manque de force, est-ce qu'on ne pourrait pas trouver une parade pour boire, des choses comme ça. Donc plutôt sur la MIF, mais on ne la fait pas vraiment passer, c'est vraiment dans l'observation, la discussion avec les médecins, avec les kinés, mais plus pour savoir ce qui peut pêcher ou non et sur quoi on doit travailler dans l'occupationnel.

D'accord. Et pour ça, quel moyen vous allez utiliser dans la prise en soin de ce type de patient brûlé au niveau de la face dorsale, de la main ?

Du coup ça va être orthèse, donc petit appareillage, ça peut être aides techniques comme on peut faire un bracelet métacarpien ou adapter le verre pour qu'il soit plus facile à prendre si le patient n'a pas de prise globale ou de prise fine. Ça va être l'adaptation de l'environnement avec du petit matériel ou des petites aides techniques et orthèses, positionnement et puis échange avec le patient. Mais ça, ce n'est pas vraiment un moyen, mais c'est plus discussion avec le patient sur lui, ses envies, ce qu'il a envie de faire, est-ce que c'est important pour lui de se doucher seul, est-ce que c'est important pour lui de manger seul, des choses comme ça.

Et concernant les facilitateurs et les freins, quelles difficultés vous allez rencontrer dans cette prise en soin ? Par exemple, est-ce que ça peut être dû au type de greffe, de la douleur ?

Ça peut être dû à la douleur, à la capacité du patient à cicatriser. Il y a des patients qui cicatrisent mieux que d'autres. Il y en a qui ne cicatrisent pas très bien ou alors il y a des complications. Après, ça peut être dans l'observance. Le patient, il porte mal ses orthèses ou alors il les mets alors que finalement ça lui blesse. Ça va être aussi là-dessus.

Et ce serait quoi les facteurs qui favorisent la récupération fonctionnelle de la main ?

Prévenir vraiment les rétractions. Parce que s'il y a des brides qui se forment, le patient va être vraiment gêné pour fléchir la main, pour fléchir les doigts et donc faire des prises. Et puis être observant sur sa peau. J'ai une petite pastille rouge, il faut que je fasse attention à ne pas mettre par exemple l'orthèse pour ne pas que ça ne me blesse plus et qu'après je retourne dans des pansements, des choses comme ça.

Est-ce que le fait que ce soit une intervention précoce, une rééducation précoce, c'est un facteur qui favorise ou pas ?

Bah ouais parce que du coup par exemple on va avoir une prescription d'un médecin qui va dire bah là franchement on voit que le patient il se rétracte, il commence à avoir de plus en plus de difficultés à fléchir les doigts. Est-ce que par exemple vous pouvez faire une orthèse plutôt du coup d'enroulement pour faciliter ça et qu'en plus de la kiné il puisse par exemple posturer sa main à l'aide de cette orthèse quoi. Donc ouais on a une place assez importante et assez précoce qui est importante quoi.

Ensuite à tout ça, est-ce qu'il y a un élément important concernant la prise en soin qu'on n'a pas abordé et que vous souhaiteriez ajouter ?

Bah juste du coup c'est vraiment un échange pluridisciplinaire parce que le kiné il est là à 100% donc pour ma part vu que moi j'interviens de manière ponctuelle, il connaît davantage le patient que moi donc c'est vraiment un échange avec du coup le kiné qui connaît bien le patient, le médecin parce que d'un jour à l'autre la bride elle peut être ouverte, il peut y avoir un petit problème de rétraction qui d'un coup est arrivé. Enfin voilà c'est vraiment un échange sur le plan médical et puis sur le plan aussi du coup de rééducation donc ça c'est vraiment très important et puis essayer si le patient après il vient en subaigu chez nous, essayer de créer un lien thérapeutique pour que vraiment par la suite il adhère au vêtement compressif, il adhère à tout ce qu'on va lui proposer, à toutes les postures qu'on peut lui proposer des coups comme ça.

Ok, merci beaucoup.

Annexe III : Formulaire de consentement



Association pour le Développement, l'enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Institut de Formation en Ergothérapie – 52, rue Vitruve – 75020 PARIS

Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre accord (consentement) concernant votre participation et la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet d'initiation à la recherche intitulé « De la brûlure de la face dorsale au projet de vie: l'intervention précoce de l'ergothérapeute entre prophylaxie et restauration de la capacité d'agir », Alice Parey étudiante à l'institut de formation en ergothérapie de l'ADERE, situé temporairement au 42 rue des Sept Arpents, 93500 Pantin, dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e)

Cochez les cases vous concernant :

- ☐ J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- ☐ J'autorise l'étudiant à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.
- ☐ J'autorise l'étudiante à me citer de façon anonyme dans son travail d'initiation à la recherche afin de soutenir ses propos.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié d'un temps de réflexion pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais en droit d'accepter ou de refuser de participer à cette étude/ces entretiens, sans aucune conséquence pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et demander la destruction des supports audios, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence en contactant l'étudiante Alice Parey à l'adresse mail suivante : aliceparey10@gmail.com

L'étudiante menant cette étude dans le cadre de son mémoire de fin d'étude s'engage à :

- Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant unique et non nominatif aux données recueillies me concernant,
- Stocker de manière sécurisée les données recueillies,
- Conserver les données recueillies uniquement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'obtention du DE d'ergothérapeute.
- Utiliser et diffuser les informations recueillies seulement dans le cadre de son travail d'étude.
- Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de l'obtention de son DE d'ergothérapeute.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors du cadre décrit ci-dessous est interdite.

Le présent formulaire est délivré en 2 fois.

Sous réserve de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à , le

Signature du participant

Signature de l'étudiante

De la brûlure de la face dorsale de la main au projet de vie: l'ergothérapeute, intervention précoce, entre prophylaxie et restauration de la capacité d'agir

Résumé :

Cette étude a pour objectif de déterminer le rôle de l'ergothérapeute lors de la prise en soin d'un patient brûlé au niveau de la face dorsale de la main en phase aiguë. Le cadre conceptuel semble mettre en avant l'importance d'une intervention dès la phase aiguë afin de prévenir les risques de rétraction. Après avoir réalisé un entretien semi directif avec 3 ergothérapeutes appartenant à des centres de traitements des grands brûlés. J'ai constaté que les ergothérapeutes utilisent des orthèses, des bandages positionnels, du positionnement et des aides techniques lors de la phase aiguë. Ils réalisent alors un travail principalement prophylactique, leurs objectifs est de limiter les rétractions, les déformations, les oedèmes et de conserver une amplitude articulaire afin de faciliter le travail de rééducation par la suite. Lors de cette phase il semble y avoir 2 priorités : conserver une indépendance minimale dans les activités de vie quotidienne permettant de répondre à des besoins vitaux comme s'alimenter et conserver la possibilité d'appuyer sur la sonnette afin d'appeler en cas de besoin. Si les résultats sont à nuancer notamment en prenant en compte l'évolution clinique du patient, ils semblent que les moyens proposés par l'ergothérapeutes s'inscrivent pleinement dans la prise en soin du patient et sont complémentaires avec les interventions de l'équipe pluridisciplinaire. Au vu du peu d'ergothérapeutes trouvés, les recherches devraient se poursuivre sur la vision des professionnelles quant à la place des ergothérapeutes dans la prise en soin d'un patient brûlé au niveau de la face dorsale de la main.

Mots clés : Brûlure, main, face dorsale, prophylactique, rétraction, phase aiguë, pluridisciplinaire

From Dorsal Hand Burns to Life Projects: Occupational Therapy, Early Intervention, Between Prophylaxis and Restoration of Occupational Performance

Abstract:

This study aims to determine the role of the occupational therapist in the care of a patient with a burn on the dorsal aspect of the hand during the acute phase. The conceptual framework appears to highlight the importance of early intervention during the acute phase in order to prevent the risk of contractures. After conducting semi-structured interviews with three occupational therapists working in burn treatment centers, I observed that occupational therapists use splints, positioning bandages, positioning techniques and assistive devices during the acute phase. Their work is therefore mainly prophylactic, with the objectives of limiting contractures, deformities and edema, while preserving joint range of motion in order to facilitate subsequent rehabilitation. During this phase, two priorities seem to emerge: maintaining a minimum level of independence in activities of daily living that meet essential needs, such as eating, and preserving the ability to use the call bell to request assistance when necessary. Although the results should be interpreted with caution, particularly in light of the patient's clinical progression, they suggest that the interventions proposed by occupational therapists are fully integrated into patient care and complement the work of the multidisciplinary team. Given the limited number of occupational therapists recruited for this study, further research should be conducted to explore professionals' perspectives regarding the role of occupational therapists in the care of patients with burns to the dorsal aspect of the hand.

Keywords: Burn, hand, dorsal side, prophylactic, contracture, acute phase, multidisciplinary