L'impact du jeu dans la prise en charge d'un enfant gravement brûlé de la main en ergothérapie

Élodie Raynaud

▶ **To cite this version:**

Élodie Raynaud. L'impact du jeu dans la prise en charge d'un enfant gravement brûlé de la main en ergothérapie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01219486

HAL Id: dumas-01219486

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219486

Submitted on 22 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Faculté de Médecine
UdA | Université d'Auvergne

CONSEIL RÉGIONAL AUVERGNE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

RAYNAUD Elodie

UE. 6.5 S6

1er Juin 2015

L'impact du jeu dans la prise en charge d'un enfant gravement brûlé de la main en ergothérapie

Remerciements

« Sous la direction d'Hélène Bosio, ergothérapeute, à Sainte-Foy-l'Argentière, maître de mémoire »

Je tiens à remercier Mme Bosio pour avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche, pour sa confiance, ses bons conseils et sa disponibilité.

Je remercie également Mylène Grisoni pour son accompagnement, ses conseils pédagogiques, ses apports méthodologiques et pour son soutien.

Un grand merci à Auré pour son énergie, son soutien quotidien, ses encouragements et sa générosité.

Un merci infini à Fabien de la Canourgue pour son incroyable patience, son écoute, son réconfort et sa confiance.

Enfin, je remercie Manu pour m'avoir soutenue et accompagnée dans les moments difficiles.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A tous mes camarades et amis de la promotion 2012-2015, première promotion auvergnate !

Sommaire

Introduction 4

1. Problématique pratique 5

1.1. La brûlure grave chez l'enfant 5

1.2. La Main 11

1.3. L'ergothérapie et la brûlure de l'enfant 15

2. Problématique théorique 20

2.1. Le modèle ludique de Francine FERLAND, 2003 20

2.2. Le schéma corporel de Nicole SEVE-FERRIEU, 2014 22

2.3. La qualité de vie et la pyramide des besoins de Maslow, 1941 24

3. Méthodes 27

3.1. Choix de la méthode 27

3.2. Choix de la population 27

3.3. Construction et présentation de l'outil d'enquête 28

3.4. Protocole de distribution de l'enquête 29

4. Les résultats 30

4.1. Analyse des résultats 30

5. Discussion 45

5.1. L'analyse des résultats 45

5.2. Critique et biais de la méthode 57

Conclusion 60

Bibliographie 61

Annexes

Introduction

Avec près de 11 millions de personnes dans le monde suffisamment gravement atteintes pour avoir besoin de soins médicaux, la brûlure pose un problème mondial de santé publique. Ce traumatisme serait responsable, chaque année, d'environ 265 000 décès dans le monde. Bien que le taux de personnes brûlées ait fortement diminué en France, il y a environ 12 000 hospitalisations pour cause de brûlure par an. Ce traumatisme, bien qu'évitable reste donc fréquent.

De plus, l'enfant représente les personnes les plus sévèrement touchées par la brûlure. Les lésions sont d'autant plus sérieuses que c'est un individu en pleine croissance. Les répercussions, de natures multiples, peuvent apparaître jusqu'à l'âge adulte engendrant une réelle problématique.

Par ailleurs, la main représente pour moi une entité fondamentale, véritable organe de par sa complexité et son rôle d'interaction avec l'environnement. Outil primordial au développement de l'enfant dans tous les aspects de la vie, elle peut être durement touchée par la brûlure. Cette atteinte peut avoir un retentissement sur le développement de l'enfant et donc sur son indépendance.

Enfin, l'ergothérapie œuvre pour l'autonomie et l'indépendance des personnes en situation de handicap. Elle trouve alors son sens auprès des enfants gravement atteints d'une brûlure de la main. Cependant, cette pratique spécialisée demeure encore méconnue.

De ces éléments, un questionnement émerge : Quels sont le rôle et les spécificités de l'ergothérapie dans la prise en charge de la brûlure grave de la main chez l'enfant ?

Tout d'abord, je procéderai par un recueil des écrits pour établir un état des lieux sur la brûlure grave, la main et l'ergothérapie. Le cadré défini et la question de recherche précisée, je poursuivrai en m'appuyant sur des concepts, modèles et théories pour établir l'outil de recherche et nourrir scientifiquement ma démarche. Ensuite, l'analyse des résultats me permettra d'apporter des éléments de réponses à ma problématique. Enfin, de la critique de mon enquête émergeront des pistes d'amélioration pour l'avenir.

1. Problématique pratique

1.1. La brûlure grave chez l'enfant

1.1.1. Epidémiologie

La brûlure est une pathologie qui reste fréquente de nos jours. Elle touche plus particulièrement les très jeunes et les personnes âgées. Elle représente la pathologie entraînant la plus longue hospitalisation, toutes pathologies confondues de l'enfant (GUILLOT, 2010). En effet, environ 20 % des patients brûlés hospitalisés en Europe sont des enfants de moins de quatre ans (LATARJET, 2002). Dans l'année 2011, il y a eu environ 12 000 hospitalisations pour cause de brûlure en France. Selon l'Institut de Veille Sanitaire, 32% d'entre elles concernaient des enfants de moins de 4 ans représentant ainsi plus du quart des personnes hospitalisées (Annexe I). Les enfants âgés de 5 à 18 ans constituaient, quant à eux, 13 % de ces hospitalisations. Les très jeunes enfants sont en âge de développement ; ils explorent le monde environnant et expérimentent leurs limites. C'est pourquoi ils représentent la tranche d'âge la plus touchée dans la population générale. De plus, ces deux catégories d'âge représentent chacune 11% des patients gravement brûlés en centre de traitement de la brûlure (PASQUEREAU, 2014).

Les causes des brûlures sont multiples et varient selon l'âge de l'enfant. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les brûlures des enfants surviennent principalement à la maison et généralement dans la cuisine dues par des liquides chauds, des flammes ou encore par contact. Dans la littérature, la moitié des brûlures serait due à la saisie d'un manche de casserole sur la cuisinière, et le reste à la non vérification de l'eau du bain et par le café ou le thé renversés.

La localisation de la brûlure au niveau de la main est la deuxième localisation la plus fréquente (18%) après celle de la tête et du cou (PASQUEREAU, 2014). Elle est également plus fréquente en face palmaire chez le jeune enfant dû à un manque de reflexe de défense. Les brûlures de la main sont présentes chez 50% des patients hospitalisés en centre de brûlés (VOULLIAUME, 2005). Pour être considérée comme grave, la brûlure doit s'étendre sur au moins 10 % de la surface du corps. Bien que les mains ne représentent que 3% de la surface du corps, ses brûlures sont graves car elles entrainent un important retentissement fonctionnel, esthétique et psychologique (CONTI, 2013).

Il est intéressant de noter que la majorité des brûlures de l'enfant aurait pu être évitées démontrant ainsi l'importance et la nécessité de la prévention (PURDUE, 2002) (DESCHAMPS, 2005).

1.1.2. La brûlure grave et ses caractéristiques

Il est nécessaire d'apporter une définition de la brûlure pour délimiter son sens en terme de gravité. Selon le dictionnaire Larousse, la brûlure correspond à « *une lésion de la peau ou des muqueuses provoquée par une exposition à une chaleur intense ou par le contact avec un agent chimique, physique ou électrique* ».

La gravité d'une brûlure se détermine selon plusieurs facteurs. La surface brûlée, autrement dit l'étendue, est à prendre en compte. Si celle-ci atteint 10% de la surface du corps, la brûlure peut entrainer de graves répercussions métaboliques notamment en accentuant la survenue du choc hypovolémique (WILK, 2005). Cependant, le seul fait que la brûlure soit localisée à la main représente déjà un facteur de gravité (LATARJET, 2002).

La profondeur de la brûlure est également un critère déterminant notamment au niveau des mains en raison de la finesse du revêtement cutané (VOUILLAUME, 2005). La profondeur ou le niveau d'atteinte des couches de la peau se définit en termes de premier, deuxième, troisième et quatrième degré (Annexe II). Généralement, une brûlure dite grave correspond à une atteinte au troisième degré voire au deuxième degré profond ce qui représente une lésion partielle ou totale de la base du derme avec une coagulation du réseau vasculaire et une destruction nerveuse plus ou moins totales (WILK, 2005). Le quatrième degré, ou carbonisation, conduit très souvent à l'amputation avec l'atteinte des tissus graisseux et musculaires.

Les âges extrêmes de la vie sont un critère aggravant. Les brûlures du nourrisson et du jeune enfant sont d'autant plus à prendre en compte en raison du risque plus élevé de choc hypovolémique.

L'agent causal est lui aussi déterminant : les brûlures par contact, chimiques et surtout les brûlures électriques sont responsables des lésions les plus graves. Elles sont plus fréquentes au niveau des mains que dans toute autre localisation (VOUILLAUME, 2005).

Enfin, le degré de gravité s'accentue si la personne présente des pathologies associées telles le diabète ou si il y la présence d'intoxication au dioxyde de carbone, de brûlures au niveau des voies respiratoires ou de lésions traumatiques.

La prise en compte de ces critères permet de définir l'orientation du patient vers l'établissement le plus adapté comme le définit l'algorithme de Bourgeois (Annexe III) (BOURGEOIS, 2012). En effet, toute brûlure du 3ème degré supérieur à 1% de la surface corporelle doit être prise en charge dans un service de chirurgie. Une brûlure des mains doit être traitée dans un service spécialisé dès qu'elle dépasse le degré très superficiel afin de diminuer plus efficacement les séquelles fonctionnelles et esthétiques (WILK, 2005).

La brûlure provoque une perte de substance cutanée. Cette rupture de barrière doit être réparée pour rétablir son rôle de protection contre l'infection et la perte de liquides (DE BUYS ROESSINGH, 2011). Vient alors le processus de cicatrisation.

Ce dernier se déroule en trois phases. La première phase est dite inflammatoire pendant laquelle l'organisme élimine le tissu nécrotique et favorise le développement d'un tissu dit de granulation permettant de combler l'atteinte. Une phase de prolifération des cellules est concomitante à cette phase. Il suit ensuite une phase de maturation qui correspond à la réorganisation progressive de la structure dermique (ROCHET, 2002). Cette dernière phase est importante et très variable. Elle nécessite la surveillance rapprochée de l'enfant. Il faut s'inquiéter lorsque la cicatrisation n'apparaît pas dès le 15ème jour, les enfants présentant un potentiel de cicatrisation considérable (CONTI, 2013). Si ce temps est dépassé, l'enfant peut avoir besoin d'une greffe de peau ou il peut y avoir des complications telles qu'une cicatrice inflammatoire voire hypertrophique ou rétractile. De plus, les cicatrices chez l'enfant représentent un problème sur le plan de la croissance (POIRET, 2011). En effet, l'allongement osseux consécutif au développement du squelette, fait apparaître des zones de traction et d'attraction ; les zones cicatricielles étant inflammatoires dans un premier temps et rétractiles dans un second temps (CONTI, 2013).

La cicatrisation peut durer de 6 mois si elle est normale jusqu'à 24 mois s'il apparait des complications. La stabilisation est obtenue lorsque l'inflammation a décrue. Elle est évaluée par le test de vitropression qui permet de vérifier l'absence de changement de couleur au toucher. Outre les séquelles fonctionnelles, la présence de séquelles esthétiques telles le prurit, la sécheresse ou la dyschromie font souvent partie des répercussions incurables (VOULLIAUME, 2005).

1.1.3. Principes de traitement

La brûlure de la main chez l'enfant n'est pas isolée. En effet, l'enfant présente souvent des brûlures associées sur d'autres parties du corps. Après l'accident, et selon la gravité et l'étendue des brûlures, l'enfant peut être hospitalisé en urgence. Dans ce cas, le risque est alors réanimatoire. L'enfant est perfusé pour prévenir le choc hypovolémique. Sur les surfaces profondément brûlées, une excision la plus précoce possible est de rigueur pour éliminer le tissu nécrotique qui provoque une maladie inflammatoire extrêmement intense chez l'enfant et qui peut aggraver son état général (WILK, 2005).
Cependant, la prise en charge des brûlures n'est pas univoque. En effet, certains adoptent l'excision précoce et d'autres des traitements plus conservateurs. Le but du traitement est également d'éviter l'infection de la zone brûlée en obtenant rapidement la cicatrisation (CONTI, 2013).

Pour les brûlures circulaires ou du dos de la main, une incision de décharge est réalisé en urgence pour décomprimer la circulation locale et ainsi éviter l'approfondissement des lésions la brûlure (WILK, 2005). Au vue de la petitesse de la main, il est important d'être vigilant sur la qualité des pansements qui doivent respecter les commissures de la main. Quand la situation le permet, laisser les doigts à l'air et notamment le pouce permet de limiter l'incidence sur le schéma corporel pour l'enfant.

Après cette phase initiale qui n'est pas systématique, la poursuite des soins se réalise généralement en centre de traitement de la brûlure. Le pronostic vital n'est plus engagé mais l'enfant requiert une surveillance soutenue. De nombreux auteurs s'accordent sur l'importance de la précocité de la prise en charge ainsi que sur l'épidermisation cicatricielle avant la troisième semaine. Il est important d'attirer l'attention sur le fait que les enfants présentent un potentiel de cicatrisation considérable engendrant une épithélialisation rapide (CONTI, 2013) (DESCHAMPS, 2005). De ce fait, en absence de cicatrisation entre 12 et 15 jours, vient la chirurgie par les greffes de peau pour éviter les rétractions, l'objectif étant de guider la cicatrisation (ROCHET, 2002). Au vue de limiter les risques de rétractions, il est préféré une greffe de peau mince pleine et non en filet sur le dos de la main ainsi qu'une greffe de peau totale au niveau de la paume. Lorsque la brûlure a touché les doigts, l'utilisation de broches peut être nécessaire fonctionnant comme des attelles internes le temps de la cicatrisation (CONTI, 2013).

Pour obtenir de meilleurs résultats, certaines règles sont de rigueur et réellement efficaces. En effet, l'immobilisation permet de limiter le processus inflammatoire et la posture en capacité cutanée maximale c'est-à-dire l'immobilisation du membre en étirement permet de préserver une longueur cutanée durant la cicatrisation. Il est important de préciser que l'enfant ne présente pas de risque d'enraidissement articulaire ; l'immobilisation par le port d'orthèse peut donc être prolongée. Cependant, il présente une prédisposition au développement de rétraction et d'hypertrophie. La compression de la zone traitée est alors importante durant cette période. Le recours à l'appareillage est donc systématique. Il est nécessaire d'ajouter le principe de surélévation de la main pour prévenir l'œdème ainsi que le port de vêtements compressifs pour favoriser et guider la maturation cicatricielle (GUILLOT, 2010).

Le principe général est d'obtenir une cicatrisation précoce pour favoriser la rapidité du délai de rééducation (CONTI, 2013), le pronostic fonctionnel de la main dépendant de ce délai (BENMASSAOUD, 2011). Il est important de porter une attention continue et prolongée pendant toute la période de maturation cicatricielle et de veiller à la participation de l'enfant (ROCHET, 2002).

1.1.4. Conséquences de la brûlure

La brûlure grave est une pathologie avec un long processus de guérison. Elle est à surveiller au cours de la croissance de l'enfant. En effet, suite à la cicatrisation, il peut exister des séquelles mineures et des séquelles majeures. L'une des séquelles considérées comme mineures est le prurit se définissant par une sensation de démangeaison de la peau. D'autres encore correspondent aux séquelles esthétiques notamment les dyschromies et la persistance du maillage du greffon.

Les séquelles majeures, comme citées auparavant, correspondent à l'hypertrophie, les rétractions cutanées, les brides rétractiles notamment au niveau des commissures entrainant un défaut d'ouverture. L'hypertrophie peut se définir comme une surproduction de tissus dermiques formés par les cellules, les myofibroblastes. Il est nécessaire de mettre en place des techniques compressives pour limiter son apparition. Les rétractions sont, quant à elles, un défaut de substance. Ces séquelles peuvent entrainer des répercussions sur la croissance avec un défaut de développement des segments osseux, des déformations

comme une subluxation ou une gêne de la fonction (CONTI, 2013). Des corrections par des chirurgies réparatrices secondaires s'imposent dans ces cas (POIRET, 2011).

Outre les séquelles, la brûlure est un traumatisme considéré comme l'un des plus douloureux (LATARJET, 2002). L'enfant est confronté quotidiennement à la douleur qu'elle soit de repos ou due aux thérapeutiques et la prise en charge de cette dernière est nettement insuffisante. De plus, les réactions à une stimulation douloureuse sont plus intenses chez les enfants que chez les adultes (ANNEQUIN, 2002). Différentes techniques sont mises en place telles la relaxation, la distraction, toutes ayant pour but principal que l'enfant garde une image positive du soin et ainsi éviter d'entraver le processus de prise en charge. En effet, les phénomènes douloureux permanents et intermittents, difficilement évaluables chez l'enfant, peuvent être un frein aux soins.

En outre, au niveau psychique, la peau a un rôle primordial dans notre fonctionnement. Elle véhicule l'image de soi au monde social. La brûlure remanie l'identité de l'enfant ainsi que son fonctionnement psychique. Il est indispensable de préserver à chaque étape du traitement, le moi psychique et de progressivement le faire accorder à l'image de son nouveau corps. La brûlure est un traumatisme qui vient bouleverser les relations affectives et familiales et elle stigmatise le patient car elle est visible par tous (MAGNE, 2002). L'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle de la famille sont capitaux.

La brûlure entraîne aussi une modification notable de la construction du schéma corporel d'autant plus sérieuse lorsque cette dernière est visible (POIRET, 2011). La douleur engendrée par la brûlure entre en jeu, elle aussi, dans la perturbation du schéma corporel. L'enfant contraint développe des mécanismes de compensation avec notamment la non-utilisation du membre brûlé. Il est important de prendre en considération que les techniques de compensations et la négligence de la zone brulée sont plus importantes chez l'enfant par rapport aux adultes (DESCHAMPS, 2005). Dans certains cas, il est démontré une relatéralisation de l'enfant consécutive aux perturbations du schéma du corporel. Il est donc nécessaire d'être attentif à leur évolution et de s'efforcer à l'utilisation du membre négligé car il n'est pas rare que cette situation aboutisse à l'exclusion du segment de membre concerné.

La brûlure et plus particulièrement la brûlure de la main peut engendrer des séquelles physiques, sociales et psychiques considérées comme lourdes pour l'être en

devenir. Il est important de préciser les fonctionnalités de la main et son rôle pour comprendre au mieux l'impact de ces séquelles sur l'avenir de l'enfant.

1.2. La Main

La main est une entité d'une importance considérable. A la fois, source d'informations et outil d'exécution, cette dernière nous permet d'interagir avec notre environnement. Son organisation est complexe (DESCHAMPS, 2005). Pour mieux comprendre l'impact d'une brûlure sur le quotidien de l'enfant, il est important, à mon sens, de décrire la fonction de la main en passant tout d'abord par l'anatomie de cette dernière.

1.2.1. Anatomie de la main

La main est une entité complexe comme l'est sa fonction. Elle se compose de deux faces : l'une dite dorsale, l'autre appelée palmaire. Elle est composée de 27 os qui s'articulent les uns aux autres : 8 os du carpe composant la base de la main et formant le poignet, 5 os métacarpiens à la base de chaque doigt formant la structure élargie de la main, et 14 phalanges composant les doigts (KAMINA, 2011).

Pour permettre la mobilité et la souplesse de la main, de nombreux muscles la composent. Nous pouvons les distinguer en deux catégories : les muscles intrinsèques ce qui signifie à l'intérieur de la main, et les muscles extrinsèques situés dans l'avant-bras. Les muscles intrinsèques sont essentiellement ceux de la loge thénar assurant la mobilité du pouce, ceux de la loge hypothénar pour le fonctionnement du 5ème doigt et les muscles interosseux et lombricaux entre les métacarpiens. L'ensemble de ces muscles permet le mouvement précis des doigts. Les muscles extrinsèques, quant à eux, permettent principalement la mobilité des doigts longs tant en flexion qu'en extension. Leur présence se caractérise par des tendons passant notamment par le canal carpien en face palmaire et cheminant le long des doigts (KAMINA, 2011).

Aussi, ces muscles sont innervés par 3 nerfs principaux : le nerf médian, le nerf radial et le nerf ulnaire. Chacun de ces nerfs a un territoire propre. Ils sont mixtes : ils permettent l'envoi de la commande motrice mais également ils acheminent l'information sensorielle

au cortex cérébral. La main est également un organe richement vascularisé par l'artère ulnaire et radiale essentiellement.

La particularité de la main réside dans le fait qu'elle possède un doigt opposable à tous les autres, le pouce, permettant ainsi la préhension ce qui, entre autres, nous distingue des autres espèces animales.

Sa grande mobilité et sa stabilité sont assurées par sa forme globale. En effet, la main comporte trois arches anatomiques qui permettent d'équilibrer les mouvements. La grande mobilité de la main vient également du fait qu'elle possède 22 degrés de liberté propres (OUHADDI, 1998). Le système de la motricité humaine possédant une centaine de degrés de liberté, les deux mains en détiennent donc, à elles seules, plus de la moitié.

La main peut également se décomposer en deux parties : une main dite de force et une main dite de finesse. La main de force se constitue des trois derniers doigts, le majeur, l'annulaire, l'auriculaire. Elle permet d'avoir une prise ferme, de la stabiliser et de maintenir des objets lourds. La main de finesse, composée du pouce et de l'index, joue un rôle dans la préhension fine (KAMINA, 2011).

En ce qui concerne le revêtement cutané, la paume de la main est recouverte d'une peau épaisse qui s'endurcie au fur et à mesure des sollicitations formant la corne. Elle est plus fine sur la face dorsale (POIRET, 2011). La peau des enfants est aussi plus fine que celle des adultes entrainant une brûlure plus profonde pour la même exposition à la chaleur.

Dotée de nombreux récepteurs sensoriels, la main est une source d'informations considérable. En effet, sa représentation au niveau du cortex cérébrale, et plus précisément au niveau du cortex somato-sensoriel, correspond à presque un tiers de la représentation globale du corps comme nous l'indique l'homonculus de Penfield (Annexe IV). Il en est de même au niveau du cortex moteur. Cette représentation se majore au niveau du pouce. La main possède donc une représentation considérable bien que représentant 3% de la surface du corps. Cela renforce l'importance de cette dernière dans notre organisation biologique.

Il est maintenant plus aisé de comprendre que la brûlure de la main est la cause de graves séquelles esthétiques et fonctionnelles. Il essentiel à ce stade de développer les retentissements qu'une brûlure de la main peut occasionner sur la vie quotidienne de l'enfant ; La main, de par sa singularité, étant bien plus qu'un simple outil d'exécution.

1.2.2. La main, outil de développement

Selon le petit Robert, la main est une « *partie du corps humain, organe du toucher et de la préhension, située à l'extrémité du bras, munie de simples doigts dont le pouce est opposable aux autres* ».

La main est donc un organe du corps humain permettant l'interaction avec le monde environnant. Par ailleurs, elle représente bien plus encore. Selon le Larousse cette fois-ci, la main est également un instrument ; « *travail de ses mains* », et aussi l'image de la force et la vigueur d'une action ; « *une main de fer* » ou encore le symbole d'un acte ; *« une main secourable* ». La main, organe unique, joue un rôle dans une multitude de domaines.

Dotée d'une mobilité et d'une dextérité extrême, la main est un formidable outil de préhension. Elle s'apparente à un outil d'exécution, un instrument permettant la relation au monde extérieur mais également au monde intérieur.

En effet, les mains jouent un rôle dans le développement de l'enfant. Autrement dit, le toucher est un sens qui nous organise psychiquement. Nourrisson, il permet de faire la distinction entre le corps de la mère et notre corps propre. Il construit progressivement l'unité du soi. La capacité de préhension favorise la découverte de notre propre corps, des objets puis de notre environnement. Aussi, la main représente le siège de l'identité au même titre que le visage. Les mains sont donc un outil indispensable à notre construction psychique mais également motrice et sensorielle. Il est important alors de préciser que le développement moteur est indissociable du développement sensoriel avec lequel il interagit constamment.

Les capacités de préhension se développent progressivement au cours de la première année de l'enfant. Elles sont d'abord globales pour devenir de plus en plus précises et élaborées. A la naissance, le réflexe d'agrippement ou « grasping » est présent se caractérisant par une forte flexion des doigts lorsque l'on place un index dans la paume de la main. A cette phase, l'enfant découvre ses mains et ce réflexe s'estompant, il est capable de prendre des objets au contact. La préhension devient volontaire vers l'âge de 5/6 mois permettant de porter les objets à la bouche et de passer les objets d'une main à une autre. En effet, à cet âge, l'enfant acquiert la capacité de rester assis en se tenant avec ses mains et au 9ème mois, il peut se tenir debout avec appui des mains (CORRAZE, 2009).

Ces dernières participent, de ce fait, à l'acquisition des stades de développements globaux chez l'enfant et représentent donc un élément indispensable.

La pince supérieure représentée par le pouce et l'index se met en place vers le 9ème et 10ème mois. La capacité de relâcher volontairement les objets et de les jeter apparait également vers cet âge. Toute la gestuelle se poursuit, s'affine pour devenir réellement fonctionnelle vers 2 ans et lui permet de réaliser des activités telles que se laver, se brosser les dents, s'habiller, … (FERLAND, 2004)

La préhension joue également un rôle majeur dans le développement cognitif de l'enfant. En effet, la main créant l'action au corps et au monde extérieur, elle engendre des expériences concrètes encodées en mémoire. Elle participe au développement de l'intelligence sensori-motrice. Il est intéressant de faire une parenthèse sur l'importance des jeux adaptés au rythme du développement.

De plus, la répétition de ces expériences motrices de préhension favorise l'intégration et la construction du schéma corporel (SEVE-FERRIEU, 2014). L'utilisation des mains, outre la découverte de l'environnement, est un moyen de se localiser, de se repérer dans l'espace. Le toucher crée une image mentale de notre corps au niveau du cortex sensori-moteur. Entre 18 et 24 mois, l'enfant est capable de nommer cinq parties du corps. Les éléments de bases du schéma corporel sont présents vers 3 ans. Sa construction se réalise tout au long de la croissance de l'enfant. Vers 8 ans, le schéma corporel est assez structuré. Aussi c'est à cet âge que l'enfant acquiert les repères spatiaux avec la mise en place d'une latéralité. L'enfant structure l'espace à partir de son schéma corporel. Le corps devient repère pour l'enfant avec le repérage dans l'espace en le prenant pour référence. La gauche, la droite, le bas, le haut sont des prolongements du modèle de son corps. A l'âge de 10 ans, cette notion de corps repère est acquise. La main participe à l'élaboration du repérage spatial par l'intermédiaire du schéma corporel.

La main, outre sa fonctionnalité et sa sensibilité, peut être qualifiée d'expressive. C'est un véritable outil de communication. La gestuelle est une composante importante de la communication. Certain langage comme la langue des signes en fond un outil indispensable. Au 9ème mois, l'enfant pointe du doigt et peut faire « au revoir » de la main ; cette dernière est, de ce fait, intégrée comme un moyen de communication (ROBINSON, 2014). Cette communication gestuelle peut être qualifié d'universelle car présente dans tous les pays, chez tous les enfants et compréhensible par tous.

La main est un outil présentant des multitudes de fonctions. Il est nécessaire que son traumatisme soit traité sérieusement et que ses soins notamment soient réalisés par une équipe pluridisciplinaire comprenant les chirurgiens, les infirmières et plus particulièrement les ergothérapeutes.

1.3. L'ergothérapie et la brûlure de l'enfant

L'ergothérapie est une profession du secteur médico-social qui reste encore mal connu du grand public. Bien que ce métier soit en pleine expansion, il reste du chemin à faire pour sensibiliser la population. L'ergothérapeute en brulologie est encore plus méconnu. En effet, même s'il trouve entièrement sa place au sein de centres de traitement de la brûlure, il n'en est pas de même dans tous les pays de l'Union Européenne tel la Belgique par exemple. Il est important de définir, de ce fait, l'ergothérapie ainsi que ses missions auprès d'enfants brûlés.

1.3.1. Définition

L'ergothérapie nait au début du XXème siècle en Amérique du nord. Son exercice est officiel en France depuis 1971 grâce à la création du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute et de son programme de formation. Aujourd'hui, la profession est encadrée, reconnue et réglementée par l'arrêté du 5 juillet 2010 et notamment l'article L. 4331-1 du code de la santé publique qui la définissent et posent le cadre de sa formation, de son exercice et de ses compétences (Annexe V).

L'ergothérapie s'implique activement dans la problématique de la santé. Selon la définition de l'Association nationale des ergothérapeutes, elle base sa pratique thérapeutique sur l'activité humaine et prend en compte les liens qui existent entre la personne, l'activité et son environnement. L'ergothérapeute voit l'individu dans sa globalité : ses aspects physique et psychique, son environnement humain et matériel, ses habitudes de vie et sa participation à la vie en société. Son approche se veut bio-psycho-sociale. Elle se destine aux enfants, adultes, personnes âgées présentant des incapacités d'ordre physique, psychique et/ou sociale, en situation de handicap ou atteintes de maladies, ne jouissant pas d'une autonomie et/ou d'une indépendance optimales, que ce soit temporaire ou définitif.

L'ergothérapeute a pour objectif principal l'amélioration de la qualité de vie de la personne selon les choix, l'environnement et le parcours de celle-ci. Il permet de prévenir, de limiter ou d'améliorer les situations de handicaps rencontrées par les personnes. Il apporte alors une aide thérapeutique à travers l'activité. L'activité thérapeutique est définie selon le Dictionnaire de la réadaptation comme une « *activité qui aide les personnes ayant des incapacités et qui leur apprend à résoudre leurs problèmes spécifique* ». Elle joue donc un rôle primordial dans la prise en charge ergothérapique. Elle est proposée comme un moyen de rééducation, de réadaptation et d'insertion. Le choix de l'activité se fait en tenant compte des capacités du patient, de ses objectifs spécifiques et de son intérêt. Chaque patient est unique, et sa problématique entraine des objectifs propres.

En pédiatrie, l'ergothérapie trouve son sens dans la préservation et le développement de l'autonomie des enfants dans leur quotidien (DUFOUR, 2011). Les activités proposées pour atteindre ces objectifs passent essentiellement par le jeu. Que ce dernier soit du commerce ou adapté, l'ergothérapeute privilégie l'activité ludique auprès des enfants (DESCHAMPS, 2005). Il est également important de rappeler que l'ergothérapeute voit l'enfant dans sa globalité et notamment dans son environnement. C'est pourquoi, la famille est partie prenante de la démarche de soin et joue un rôle dans la motivation de l'enfant sans laquelle il ne peut y avoir d'adhésion aux soins.

Le rôle de l'ergothérapeute défini, il est alors primordial de présenter ses missions auprès des enfants pour constater l'importance de sa présence dans l'équipe pluridisciplinaire au sein des centres traitant la brûlure.

1.3.2. Le rôle de l'ergothérapeute face à la problématique de la brûlure

D'un point de vue pratique, la rééducation à la suite d'une brûlure se compose, le plus souvent, de quatre phases. Elles correspondent à la période de réanimation chirurgicale, au traitement en centre de rééducation et réadaptation, au suivi à domicile et aux traitements des séquelles. Pour être efficace, la rééducation doit être précoce, adaptée à l'évolution de la cicatrice ainsi qu'à ces différentes périodes thérapeutiques (ROCHET, 2002).

Lorsque l'équipe pluridisciplinaire en centre de traitement aigu de la brûlure comporte des ergothérapeutes, la prise en charge de ces derniers peut commencer très

tôt. A cette phase initiale de la rééducation, l'accent est mis sur l'installation posturale pour limiter l'œdème et les attitudes vicieuses avec la surélévation de la main. Lorsqu'il y a des risques de rétractions ou de déformations articulaires, l'appareillage avec la mise en place d'orthèses est systématique pour les brûlures de la main (ROCHET, 2002). Outre la mission d'évaluation des besoins de l'enfant, le rôle de l'ergothérapeute est essentiellement axé sur l'installation, le positionnement et la mise en place d'orthèses de posture accompagnée de leurs surveillances.

En effet, le processus de cicatrisation au niveau de la main impose l'immobilisation en « capacité cutanée maximale » pour conserver une longueur de tissus suffisante. Ces attelles maintiennent la peau qui a été brûlée en tension maximale afin de garder le plus possible de souplesse au niveau de la peau et de l'articulation. L'ergothérapeute les met donc en place et les modifie par la suite selon l'évolution de la cicatrisation. Aussi, les attelles et orthèses sont d'autant plus importantes après une greffe de peau permettant ainsi de limiter les déformations (DUFOUR, 2011). Bien que la main de l'enfant ne s'enraidit pas durant les 15 premiers jours, il est important que l'ergothérapeute introduise des mobilisations légères des zones atteintes en collaboration avec les kinésithérapeutes (CONTI, 2013).

Si l'enfant est conscient et participatif, l'accessibilité de son environnement est réalisée (sonnette, télécommande, …), des aides techniques sont provisoirement proposées (manche couvert grossi, …), et des techniques pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont indiquées même si les actes relatifs aux soins personnels sont rapidement supplées par les parents chez le jeune enfant.

Dès que la cicatrice post-opératoire ou spontanée le permet, l'ergothérapeute met en œuvre la mobilisation active avec principalement des activités ludiques et des activités de vie quotidienne. L'enfant est alors concrètement acteur de sa prise en charge. Ce travail, tout d'abord en actif aidé, permet de recouvrer les gestes fonctionnels et limiter les complications. De plus, lorsque l'immobilisation est levée, le port d'orthèses statiques est recommandé. Il est également important d'introduire la compression ou pressothérapie pour prévenir l'hypertrophie des cicatrices accompagné de l'utilisation d'orthèses dynamiques (GUILLOT, 2010).

Nous noterons la place considérable de l'appareillage auprès de l'enfant brûlé. Par ailleurs, la réalisation de l'orthèse peut être un acte douloureux pour l'enfant. L'une des

missions de l'ergothérapeute étant d'évaluer la douleur, il peut ainsi mettre en place des techniques qui varient selon les établissements, comme la distraction, la relaxation, l'hypnose. Il est également important que sa pratique se base sur l'instauration d'une relation de confiance.

En seconde phase, les principes de rééducation sont essentiellement les mêmes avec pour objectifs de guider la cicatrisation, restaurer les déficits articulaires et favoriser l'autonomie (ROCHET, 2002).

Il est important de préciser que l'ergothérapeute exerce ses soins en collaboration avec les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Tous travaillent sur le long terme et ont ces objectifs communs de rééducation. Pour synthétiser le rôle de l'ergothérapeute, nous pouvons définir son intervention selon les objectifs principaux qu'il vise :

- Favoriser et guider la cicatrisation par l'immobilisation au moyen d'attelles
- Prévenir les complications cicatricielles (rétractions, hypertrophies) par des attelles spécifiques
- Limiter l'œdème et le processus inflammatoire par des postures
- Limiter l'enraidissement articulaire par les postures et la mobilisation active/passive
- Favoriser l'autonomie de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne
- Favoriser l'estime de soi de l'enfant par des activités significatives et gratifiantes
- Apporter un accompagnement psychologique et social de l'enfant et de la famille

L'ergothérapeute peut également avoir pour mission la réadaptation et/ou la réinsertion de l'enfant dans son domicile et dans le milieu scolaire. En effet, si la structure médicale ne bénéficie pas d'une école, l'enfant est amené à poursuivre sa scolarité dans son école. L'ergothérapeute veille alors à ce que l'environnement matériel soit adapté à ses capacités. L'ergothérapie accompagne l'enfant dans toute sa croissance afin de surveiller les risques liés à celle-ci avec, pour exemple, la mise en place d'orthèses supplémentaires pour prévenir les déformations.

Au travers de mes lectures qui m'ont permis d'élaborer la problématique pratique, plusieurs notions ressortent. L'évidence de la place de l'ergothérapie n'est pas a prouvé auprès des enfants brûlés. Par ailleurs, une problématique émerge de ce travail se traduisant par la question de recherche suivante :

Comment l'ergothérapie, à travers l'utilisation du jeu, permet de lutter contre l'exclusion de la main brûlée pour améliorer la qualité de vie d'un enfant gravement atteint ?

2. Problématique théorique

Pour argumenter cette question de recherche, il est important de la relier à des modèles et des concepts de la littérature. En effet, ma démarche se veut scientifique. Il est alors primordial d'appuyer mon raisonnement sur des théories concrètes. La question de recherche m'oriente vers le modèle ludique de Francine Ferland, le concept de schéma corporel ainsi que celui de la qualité de vie.

2.1. Le modèle ludique de Francine FERLAND, 2003

Francine Ferland est ergothérapeute et professeure à l'université de Montréal. Conférencière, elle écrit de nombreux ouvrages qui s'intéressent à l'enfant, son développement et la place du jeu dans ce dernier. Elle a défini un modèle conceptuel applicable à l'ergothérapie concernant la prise en soin d'un enfant par l'utilisation du jeu : le modèle ludique.

Le jeu est le domaine privilégié de l'enfant, à la fois reflet et stimulant de son développement. Un enfant qui joue est synonyme de bonne santé (WINNICOTT, 1975). Le jeu permet de développer ses capacités psychomotrices, ses capacités d'adaptation et d'interaction avec les autres (FERLAND, 2010). Il favorise alors l'autonomie de l'enfant dans les situations de la vie quotidienne.

Par ailleurs, le jeu est un outil privilégié en ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute cherche à développer les capacités d'adaptation de l'être humain par les activités significatives qui influencent sa santé. L'activité significative donne un sens au besoin fondamental d'agir sur son environnement. Auprès d'enfants, le jeu parait être l'activité par excellence. Ce que l'enfant apprend à travers le jeu, va influer la façon dont il interagit avec son environnement, apporter des compétences qui lui permettront l'adaptation dans toutes les sphères de la vie. Il lui est attribué plusieurs fonctions. Il est à la fois source de plaisir, de découverte, de maîtrise de soi, de créativité et d'expression. Les composantes qui découlent du jeu engendreront chez l'enfant la motivation d'agir et de communiquer, mais aussi développeront ses stratégies d'actions, les initiatives et favoriseront son estime de soi (FERLAND, 2003).

Dans le modèle ludique, le jeu prend le rôle d'outil mais à la fois de but de l'intervention. Francine FERLAND le qualifie « *d'attitude subjective où plaisir, curiosité, sens de l'humour et spontanéité se côtoient, qui se traduit par une conduite choisie librement et pour laquelle aucun rendement spécifique n'est attendu* ».

Le jeu est alors construit de trois parties : l'attitude ludique, l'intérêt et l'action. Ces trois notions engendrent le plaisir de l'action et la capacité d'agir qui ont un impact sur l'autonomie et le bien-être de l'enfant (Annexe VI).

L'intérêt du jeu pose la question de la naissance du désir d'agir et du maintien du plaisir de faire. En effet, le plaisir est le moteur de toute action ludique (EPSTEIN-ZAU, 1996). S'il n'y a pas de plaisir, l'enfant n'adhère pas à l'activité et s'en désintéresse. Le plaisir étant une composante du jeu, cela invite l'enfant à poursuivre l'activité voire même à fournir plus d'efforts et d'investissement (FERLAND, 2003).

La deuxième composante du jeu est l'attitude ludique. Cette dernière est façonnée par le plaisir, la curiosité, le sens de l'humour et la spontanéité. Lors du jeu, la curiosité de l'enfant est éveillée et sa motivation est stimulée. C'est ainsi que le jeu laisse l'enfant libre de ses actions, l'incitant à créer et imaginer de nouvelles situations.

L'action représente la troisième composante du jeu. Elle se compose des notions de capacité d'action, d'adaptation de l'activité et de réaction face à l'impossibilité. La capacité d'action est le fait, pour l'enfant, d'exécuter l'activité de la façon attendue selon des règles. S'il n'y parvint pas, il met en jeu la notion d'adaptation. Cette dernière implique que l'activité peut être réalisée de différentes manières. En effet, l'enfant peut changer de positions ou les étapes de réalisation, par exemple, pour exécuter à terme l'activité. Il est important que le plaisir du jeu soit entretenu. Enfin, si l'adaptation ne permet pas de réaliser l'activité, la troisième notion, réagir devant l'impossibilité, entre en jeu. L'enfant a plusieurs choix qui s'offrent à lui ; il peut changer d'activité, demander de l'aide à ses pairs ou à un adulte ou apprendre à réaliser le jeu de façon adéquate.

Ces trois composantes du jeu influence la façon dont l'enfant interagit et ont un impact dans le développement de l'autonomie et le sentiment de bien-être.

Il est aussi important de préciser les principes de ce modèle pour mieux l'adapter en intervention. L'enfant doit, tout d'abord, être acteur de sa thérapie ce qui signifie qu'il choisit ce qu'il veut faire et ce qui lui fait plaisir. C'est alors à l'ergothérapeute de s'adapter. Ce dernier doit manifester une attitude ludique. En effet, le jeu ne commence pas

forcément lorsque l'enfant manipule mais tous les éléments et moments de la séance peuvent devenir un prétexte au jeu. FERLAND exprime cette dernière idée comme « *la thérapie débordant l'activité de jeu* ».

L'objectif du modèle ludique est de rendre l'enfant acteur de sa thérapie et également d'améliorer sa qualité de vie en passant par le plaisir du jeu. Pour l'ergothérapeute, il est important de faire naitre chez l'enfant l'attitude ludique pour perpétuer le jeu dans un premier temps, mais également de développer ses capacités d'adaptation au jeu. Par transfert des acquis, ces capacités lui permettront de compenser ses déficiences dans son quotidien et ainsi lui apporter une qualité de vie satisfaisante.

Le jeu est donc un moyen mais également un but pour permettre à l'enfant de développer ses capacités. L'enfant recherche dans ses ressources, le moyen de réaliser l'activité à terme. C'est pourquoi, ce modèle peut être intéressant dans le domaine de la brûlure. Si l'ergothérapeute propose des activités bimanuelles, l'enfant doit mettre en jeu ses compétences et s'adapter pour réaliser l'activité à terme. Cela pourrait influencer l'intégration de sa main brûlée dans les différentes étapes de l'action pour éventuellement lutter contre une exclusion du membre.

2.2. Le schéma corporel de Nicole SEVE-FERRIEU, 2014

Le terme de « schéma corporel » est introduit dans la littérature par Bonnier en 1893 qui la définit comme une représentation du corps propre, une figuration spatiale. Cependant, pour d'autres auteurs, le schéma corporel est identifié sous le terme d'« image spatiale du corps » ou de « modèle postural du corps ». Ce concept de schéma corporel prend source de nombreux domaines tels la psychologie, la neurologie, etc. Vaste et complexe, il a été défini de multiples manières par de nombreux auteurs. Il serait alors erroné de vouloir proposer une définition partagée.

Tout d'abord, il est important de faire la distinction entre schéma corporel et image du corps. Certains auteurs comme Head considère ces deux notions comme identiques. Cependant, Nicole SEVE-FERRIEU, ergothérapeute cadre de santé, directrice de l'Institut de Formation en Ergothérapie ADERE a défini dans son livre « Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle » ces deux notions. Le schéma corporel est une représentation non-consciente de notre corps qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à

notre environnement. Il permet à l'individu de distinguer les différentes parties de son corps tout en les considérant comme un tout et sert également de socle à l'organisation de son environnement et ses comportements.

L'image corporelle, quant à elle, est une représentation consciente, verbale du corps et de ses différentes parties et de ses rapports spatiaux à celui d'autrui. Le schéma corporel peut être considéré comme anonyme ou impersonnel tandis que l'image du corps est personnelle et chargée d'affect. Il existe un échange permanent entre ces deux concepts les rendant complémentaires.

Cette représentation du corps n'est pas innée mais s'acquiert tout au long de la croissance de l'enfant. L'élaboration du schéma corporel suit deux processus, le premier « avoir un corps » basé sur le développement psychomoteur et le second « être un corps » à partir des expériences inconscientes du schéma corporel.

Le premier processus « avoir un corps » se traduit par l'intégration des expériences motrices, visuelles et sensitives ayant pour objectif de faire concorder le corps visuel du miroir et le corps kinesthésique. En effet, le schéma corporel se construit chez l'enfant par le stade du miroir : à un an, l'enfant comprend que l'image dans le miroir est son propre corps. Ce processus comprend donc la notion de corps visuel avec les expériences sensorielles et de corps kinesthésique avec les afférences concernant la position et le mouvement du corps. Il est entièrement dépendant du développement psychomoteur. Ce dernier permet la mise en place progressive d'une multitude d'expériences modifiant l'environnement. Cette interaction avec le monde extérieur entraine une succession de feedbacks qui entre en jeu dans l'élaboration du schéma corporel (SEVE-FERRIEU, 2014).

Le second processus « être un corps » prend un caractère affectif et relationnel. En effet, la représentation du corps fait partie intégrante de la construction de la personnalité de l'enfant. Ce processus sous-tend l'interaction entre cinq notions : l'orientation du corps, la connaissance, l'imagination, la compréhension et le sentiment du corps. De ces notions découlent tous les changements d'état du corps, d'appréhension de l'espace et du temps et toutes les compétences qui permettent à l'homme de décisions d'action et de reconnaissance de ses motivations. Nos sensations au corps sont le départ de nos actions et le repère de notre orientation (CAMBIER, 1978). Des stimuli identiques sont de ce fait interprétés différemment selon les individus car le domaine affectif entre en jeu.

Ces processus de l'élaboration du schéma corporel sont présents vers 3 ans et prennent fin vers 6 ans, âge pour lequel l'enfant arrive à dessiner correctement le bonhomme et est capable de reconnaitre la droite et la gauche (SEVE-FERRIEU, 2014).

L'élaboration du schéma corporel permet au corps de devenir centre de traitement cognitif intégrant à la fois des informations de type sensorielles mais également de type affectives et symboliques. C'est pourquoi, une atteinte de ce dernier peut engendrer de lourdes perturbations chez le jeune enfant en pleine élaboration de ce schéma. Il est alors aisé de comprendre qu'une brûlure de la main peut impacter cette construction et peut avoir pour conséquence des troubles dans l'orientation de l'espace, dans l'utilisation de la main voire à l'exclusion de cette dernière.

2.3. La qualité de vie et la pyramide des besoins de Maslow, 1941

La notion de qualité de vie est apparue aux Etats-Unis dans les années 1960. Aujourd'hui, ce concept a une place primordiale dans l'évaluation des pratiques en santé. Il prend naissance au carrefour de la sociologie, de la psychologie et de la médecine. De nombreux auteurs ont essayés de le définir et il est difficile d'accorder leur point de vue vers une définition commune.

La vision que je souhaiterais apporter est celle de l'OMS de 1994 qui qualifie la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* »

La qualité de vie est donc un concept abstrait mettant en relation des notions complexes telles la culture et la santé. Elle concerne des critères très subjectifs, propres à chaque individu. La qualité de vie d'un enfant est similaire à celle de l'adulte. C'est un concept multidimensionnel dont l'évaluation ne peut être réalisée que par le sujet lui-même. (MANIFICAT, 1997). Il est alors intéressant de se rapprocher de la théorie des besoins fondamentaux de MASLOW. En effet, l'accomplissement des besoins fondamentaux apporte la satisfaction et est à la base de la qualité de vie.

La théorie des besoins fondamentaux

Abraham MASLOW est un psychologue américain du XXème siècle. Il voit l'individu comme « *un tout présentant des aspects physiologiques* (organisation du corps physiologique et biologique), *psychologiques et sociologiques* (sécurité, appartenances, reconnaissance) *et spirituels* (dépassement) ».

Il a défini des besoins fondamentaux selon une hiérarchie pyramidale (Annexe VII). Les besoins à la base de la pyramide sont les besoins élémentaires et ceux au sommet correspondent aux besoins affectifs d'ordre supérieur tel le besoin d'estime de soi-même. Les niveaux intermédiaires sont ceux des besoins psychologiques et sociaux. L'individu est accompli dans sa vie lorsque ce dernier atteint le dernier niveau de la pyramide. Il est important de préciser que l'atteinte du niveau supérieur ne peut se réaliser que si l'individu a assouvi en totalité ou en partie les besoins du niveau inférieur. Le besoin à satisfaire constitue la motivation principale de l'être humain, les autres besoins devenant secondaires (MASLOW, 2004).

La base de la pyramide doit être solide et stable pour que l'individu puisse se construire de manière sure. Une erreur de construction entrainera un affaissement de tous les niveaux de la pyramide. Les besoins sont classés en catégories :

- Les besoins élémentaires dit les besoins physiologiques : ils constituent la base de la pyramide signifiant que ce sont des besoins prioritaires et fondamentaux. Ce sont les premiers besoins que la personne cherche à accomplir en priorité (MASLOW, 1989). La satisfaction de ces derniers est nécessaire à la survie de l'être. Ils correspondent à l'alimentation, au repos, à l'activité et à la douleur. Plus l'individu grandit, plus il est en capacité d'accomplir ces besoins. Cependant, une pathologie peut entrainer, déjà à ce niveau, des perturbations.
- Les besoins de sécurité : le second niveau correspond aux besoins de sécurité physique et psychologique induisant le besoin de propriété. Pour un enfant, le besoin de sécurité physique peut dépendre entièrement de son environnement humain. Au fur et à mesure qu'il grandit, il devient de plus en plus capable de le satisfaire seul. Ce besoin regroupe la réduction ou l'élimination des dangers qui menacent le corps ou la vie de la personne ainsi que la délivrance de la douleur. Le danger peut être défini comme une maladie, un accident, un risque ou l'exposition

à un environnement dangereux. La sécurité psychologique, quant à elle, se caractérise par la connaissance des éléments facilitateurs de l'environnement et le besoin de propriété par la maîtrise des événements qui peut se traduire, par exemple, par la connaissance du personnel soignant.

- Les besoins d'appartenances : ils définissent le troisième niveau de la pyramide. Ce besoin d'être aimé et d'être accepté par ses pairs apparait lorsque les besoins de sécurité sont assouvis. En effet, la personne se sentant en sécurité, cette dernière est plus à même de rechercher l'amour et l'appartenance à un groupe. Ces besoins regroupent le besoin d'affectivité, d'estime de la part des autres et d'appartenance.
- Les besoins d'estime : Ces derniers concernent l'estime à la fois venant de soi et des autres. Ils sont rattachés au sentiment d'être utile, d'avoir de la valeur, de s'accepter soi-même et de développer son indépendance.
- Les besoins de s'accomplir : ce sont des besoins d'ordre supérieur caractérisant le dernier niveau de la pyramide. Ils ne peuvent être atteints seulement si les besoins des niveaux inférieurs sont comblés partiellement ou totalement. A ce niveau, la personne est accomplie. Elle est en capacité de s'assumer, de gérer plusieurs tâches et d'en tirer satisfaction. Ces besoins engendrent les capacités à résoudre des problèmes, d'accepter des conseils, de contrôler son angoisse et de rechercher de nouvelles expériences.

Cette notion de besoins est relative à chaque individu, certain portant plus d'attention au besoin de sécurité et d'autre au besoin d'estime. La satisfaction de son existence qui découle de cette théorie, et donc la qualité de vie, est un concept propre à chacun. Il est intéressant de noter qu'une maladie ou un traumatisme tel une brûlure de la main peut avoir des répercussions sur chacun des niveaux des besoins fondamentaux et de ce fait, avoir un impact sur la qualité de vie de l'enfant. Il est donc important de voir dans quelle mesure l'ergothérapeute agit sur ces différents niveaux de besoins pour influencer la qualité de vie de l'enfant.

3. Méthodes

La méthodologie est une phase essentielle dans un mémoire d'initiation à la recherche. Elle permet, en effet, de cadrer la démarche de recherche et également d'assurer son bien-fondé. Afin de réaliser mon étude, je me dois de spécifier la méthode choisie, la population et l'outil enquête.

3.1. Choix de la méthode

Mon étude se caractérise par une recherche appliquée. En effet, je me base sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes afin de recueillir des données. De plus, la méthode utilisée se veut différentielle c'est-à-dire que j'interroge deux populations dans le but de pouvoir constater l'impact de paramètres sur ces différents échantillons. Aussi, la méthode est quantitative et analyse les variations entre groupe d'individus pour mettre en avant les facteurs déterminants pouvant apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

3.2. Choix de la population

Afin d'analyser l'impact de l'utilisation du jeu auprès des enfants brûlés de la main en ergothérapie, j'ai fait le choix d'interroger des ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants qui rencontrent cette problématique. Par ailleurs, je pense qu'il est également intéressant d'interroger des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes brûlés de la main. En effet, le jeu étant l'outil privilégié auprès des enfants, je pense qu'il est important de noter les différences de prise en charge entre les adultes et les enfants. Cela me permettrait d'avoir une population pour comparer l'impact du jeu, hypothétiquement moins utilisé auprès des adultes, sur l'exclusion du membre.

3.2.1. Critères d'inclusion

La population que j'ai choisi d'interroger est :

- Les ergothérapeutes, diplômés d'Etat, travaillant au ayant travaillé auprès d'enfants gravement brûlés de la main avec ou sans pathologies associées.

- Les ergothérapeutes, diplômés d'Etat, travaillant auprès d'adultes gravement brûlés de la main avec ou sans pathologies associées.
- Les ergothérapeutes travaillant auprès de personnes dont la prise en charge est principalement liée à la brûlure.

Le lieu dans lequel travaillent ces personnes n'est pas primordial pour l'enquête et ne caractérise pas un critère d'inclusion.

3.2.2. Critères d'exclusion

Les personnes ne pouvant participer à l'enquête sont les ergothérapeutes ne répondant pas aux critères d'inclusion explicités précédemment.

3.3. Construction et présentation de l'outil d'enquête

La méthode utilisée pour mon mémoire de recherche est différentielle et quantitative. Elle fait alors appel à l'utilisation de l'outil questionnaire qui va me permettre de recueillir des données auprès d'un maximum de personnes de ma population. Les modèles et concepts développés dans la problématique théorique c'est-à-dire le modèle ludique, le schéma corporel ainsi que la qualité de vie représentent la base à partir de laquelle j'ai réalisé les questionnaires. En outre, chaque concept se rapporte à une matrice théorique. Cette dernière permet de décomposer la théorie en critères, indicateurs et indices (Annexe VIII). De cette façon, la matrice facilite l'élaboration des questions et permet à ces dernières d'être fidèles aux éléments que l'on cherche à évaluer. Les matrices m'ont donc permise de rédiger les questionnaires à partir des théories explicitées.

J'ai donc réalisé deux questionnaires, un pour les ergothérapeutes travaillant auprès des adultes et un autre pour ceux travaillant auprès des enfants (Annexe IX). En début de questionnaire, 6 questions pour la population enfant et 4 questions pour les adultes me permettent de cibler la population. Ensuite, ils comportent chacun 23 questions à choix binaire ou multiple principalement. Enfin, deux questions ouvertes supplémentaires sont également proposées, l'une précisant un choix, l'autre pour exprimer des remarques ou des commentaires.

3.4. Protocole de distribution de l'enquête

J'ai essentiellement diffusé le questionnaire par mail. J'ai contacté plusieurs établissements de santé dont la plupart spécialisés dans le traitement de la brûlure. J'ai obtenu 23 adresses électroniques d'ergothérapeutes y travaillant. De plus, certains questionnaires ont été distribués par le biais de ces ergothérapeutes qui ont eu la gentillesse de le diffuser. J'ai également, pour obtenir un maximum de réponses, proposé le questionnaire via des réseaux sociaux expliquant ma démarche. Les questions en début de questionnaire me permettent, dans ce cas, de bien sélectionner ma population. Un texte expliquant ma démarche et mon étude accompagnait systématiquement chaque questionnaire. De plus, mon adresse mail était présente pour toutes remarques et éventuellement pour les transmissions des résultats de mon enquête à ceux qui le souhaitaient.

J'ai pu comptabiliser de cette façon 18 réponses dont 7 d'ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants et 11 travaillant auprès d'adultes. Après vérifications, tous ces questionnaires sont exploitables. Je me base donc sur ces derniers pour analyser les résultats.

4. Les résultats

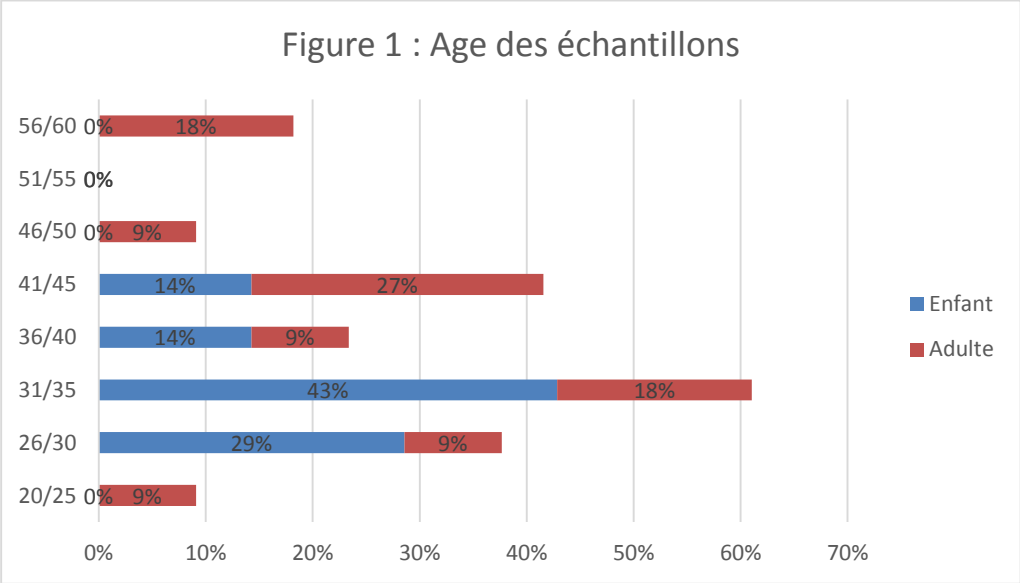
Il est nécessaire, à ce stade de ma démarche de recherche, d'analyser les réponses en lien avec les théories explicitées dans la problématique pratique pour entrevoir et proposer des éventuelles réponses à la question de recherche. Il est important, auparavant, de formuler une description des résultats bruts obtenus à chaque type de questionnaires.

4.1. Analyse des résultats

Les questions fermées sont traitées par un logiciel informatique, les questions ouvertes de manière qualitative et quantitative. Les premières questions sont descriptives et permettent de cibler la population. Les questions suivies d'un astérisque sont exclusives au questionnaire pour les ergothérapeutes travaillant auprès des enfants. J'analyse, question par question, les deux questionnaires recueillis.

- **Quel est votre âge ?**

La proportion la plus grande d'ergothérapeutes travaillant auprès des enfants se situe entre 26 et 35 ans (72 %), quant aux ergothérapeutes travaillant avec les adultes, elle se situe entre 41 et 60 ans avec toutefois, 18 % de personnes entre 31 et 35 ans (fig. 1).



- **Dans quel contexte exercez-vous ?**

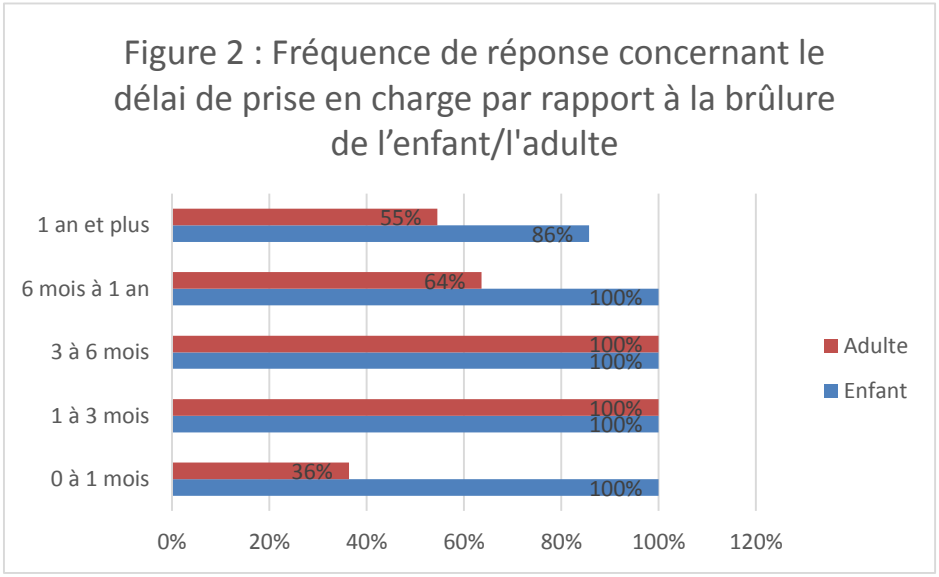
La totalité des personnes interrogées exerce dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

- **Selon quel mode l'enfant est-il pris en charge ? ***

Un seul ergothérapeute ne prend en charge l'enfant qu'en hospitalisation de jour. Tous les autres peuvent avoir une prise en charge en hospitalisation complète, de jour et en soins externes.

- **A quel moment de la prise en charge intervenez-vous par rapport à la brûlure de l'enfant/l'adulte ?**

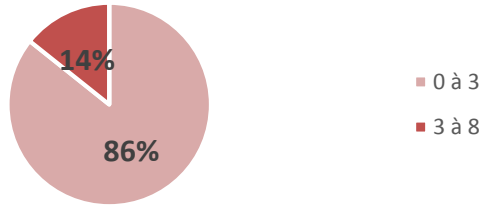
Tous les ergothérapeutes auprès des enfants interviennent de 0 à 1 an après la brûlure de la main de l'enfant. Seul un ergothérapeute n'intervient pas après un an. Auprès des adultes, la totalité suit les patients de 1 à 6 mois après la brûlure, 36 % les prennent en charge juste après la brûlure, et il arrive de les prendre en charge pour 55 % après un an (fig. 2).



- **Combien d'enfants/d'adultes présentant une brûlure grave de la main (autres pathologies associées comprises) avez-vous pris en charge durant ces 3 derniers mois ?**

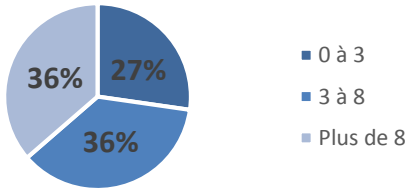
Dans plus de trois quarts des situations, les ergothérapeutes ont rencontré jusqu'à 3 enfants présentant une brûlure de la main ces 3 derniers mois, soit 86 % des personnes interrogées. 14 % ont eu 3 à 8 enfants pris en charge (fig. 3).

Figure 3 : Répartition des participants en fonctions du nombre d'enfants brûlés pris en charge durant les 3 derniers mois.



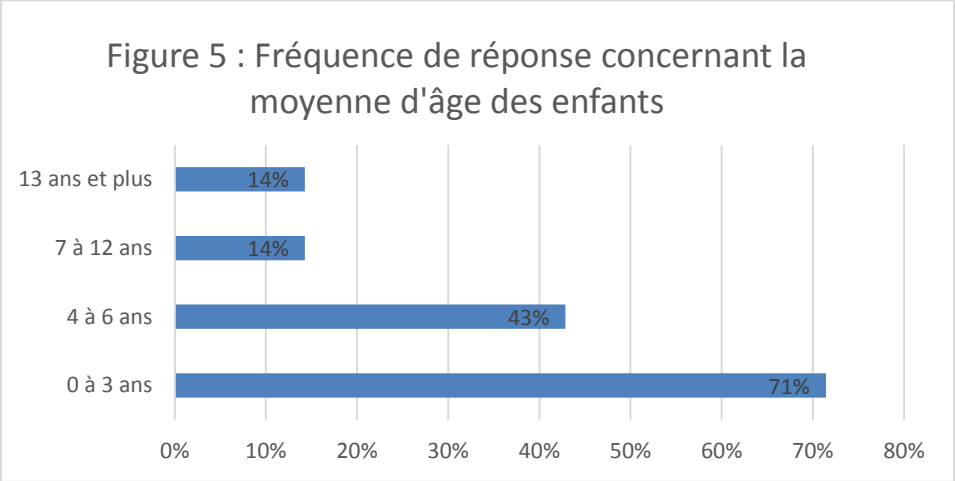
Chez les adultes, respectivement 36 % des ergothérapeutes ont eu entre 3 et 8 patients et plus de 8 présentant une brûlure de la main soit 72 % ont vu plus de 3 patients ces 3 derniers mois (fig. 4).

Figure 4 : Répartition des participants en fonctions du nombre d'adultes brûlés pris en charge durant les 3 derniers mois.



- **Quel est, majoritairement, la moyenne d'âge de ces enfants ? ***

Les ergothérapeutes ont principalement pris en charge des enfants entre 0 et 3 ans (71 %) et entre 4 et 6 ans (43 %). Les enfants entre 7 et 12 ans et 13 ans et plus sont les moins rencontrés en SSR (14 %) pour l'échantillon (fig. 5).



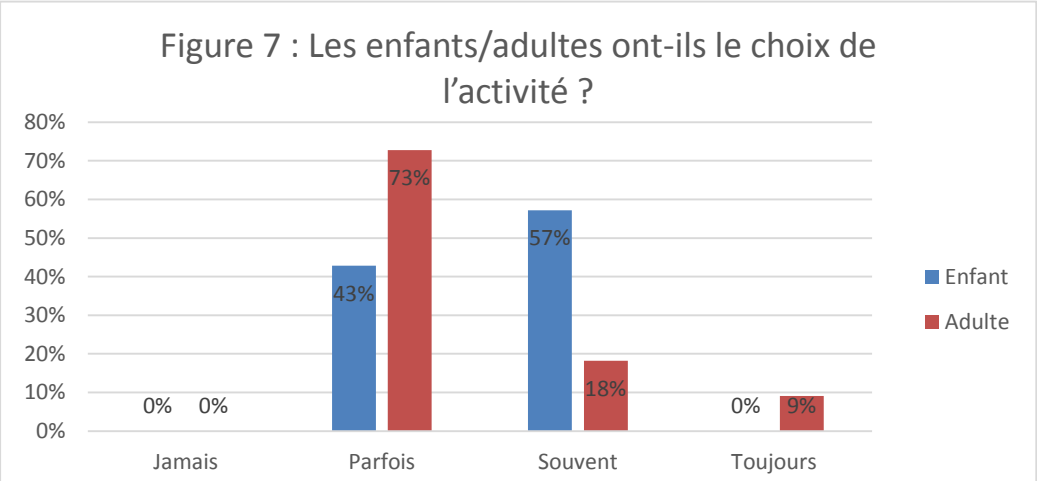
Question 1 : Utilisez-vous le jeu comme médiateur avec les enfants dans votre prise en charge ?

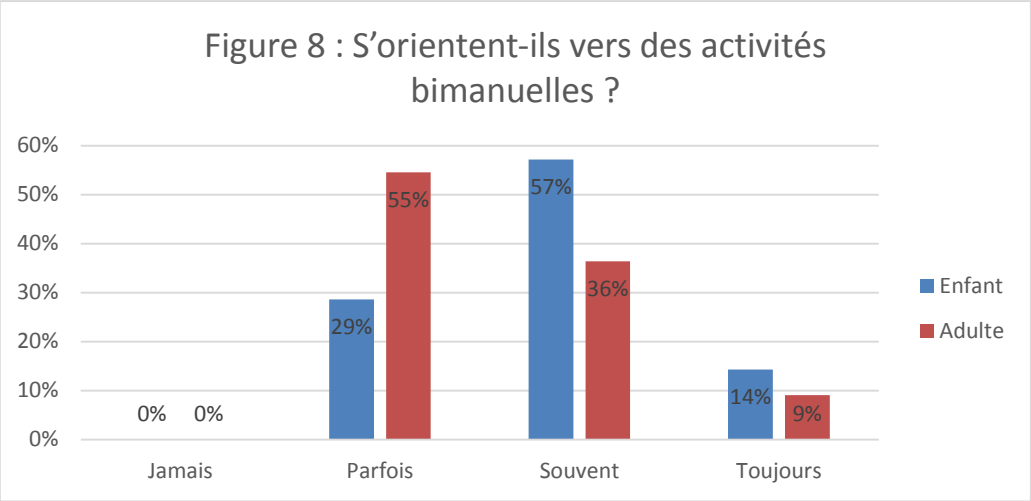
La totalité des ergothérapeutes utilise le jeu dans leur prise en charge auprès des enfants. Auprès des adultes, seul un ergothérapeute n'utilise pas le jeu dans sa prise en charge.

Question 2 : Les enfants/adultes ont-ils le choix de l'activité ? Si oui, s'orientent-ils vers des activités bimanuelles ?

43 % des enfants ont parfois le choix de l'activité et 57 % l'ont souvent. Les ergothérapeutes laissent l'enfant choisir le jeu dans la totalité des situations mais pas de manière systématique (fig. 7). De plus, 14 % de ces enfants s'orientent toujours vers une activité bimanuelle, 57 % souvent et 29 % parfois (fig. 8). De ce fait, 86 % des enfants ne s'orientent pas systématiquement vers des activités bimanuelles.

73 % disent que les adultes ont parfois le choix de l'activité, 18 % souvent et 9 % toujours (fig.7). Aussi, 9 % s'orientent toujours vers des activités bimanuelles, 36 % souvent et 55 % parfois (fig. 8). Nous pouvons dire également que 91 % des adultes ne s'orientent pas systématiquement vers des activités bimanuelles.

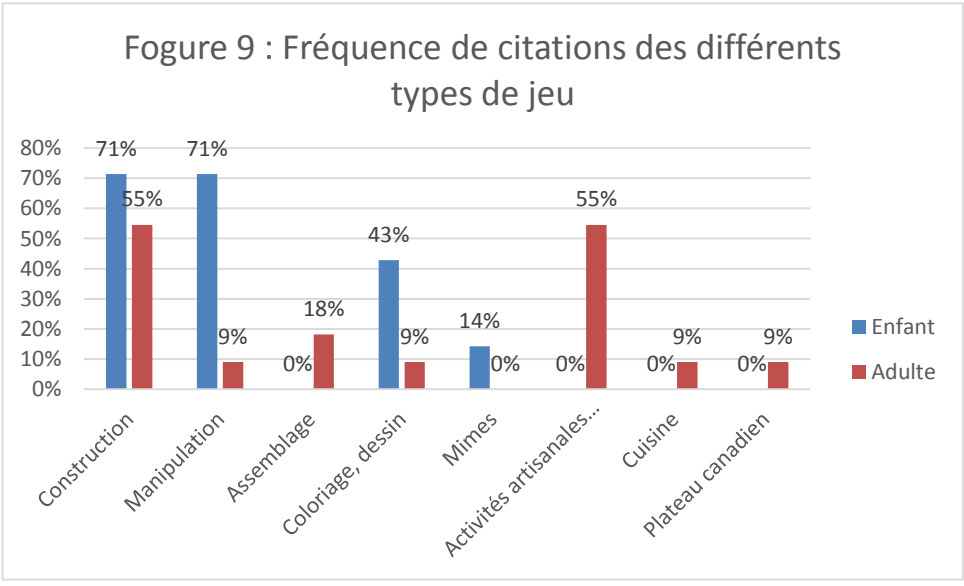




Les enfants auraient également plus souvent le choix de l'activité et s'orienteraient plus vers des activités bimanuelles que les adultes.

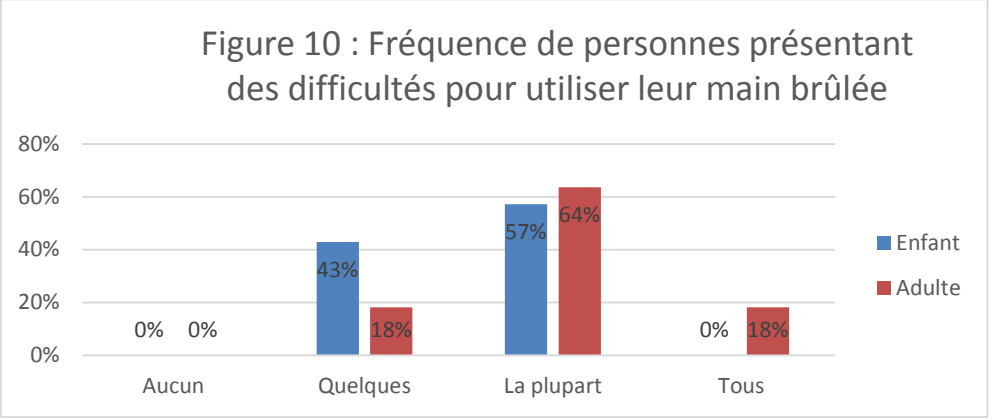
Question 3 : Principalement, quel type d'activités est utilisé ?

Les jeux de construction et de manipulation sont ceux le plus fréquemment cités (71 %) par les ergothérapeutes travaillant auprès des enfants. Le coloriage revient également à une fréquence de 43 % suivi du mime à 14 % (fig. 9). Concernant les adultes, les activités artisanales ainsi que les jeux de construction reviennent le plus souvent (55 %). La cuisine, le plateau canadien, le dessin, les jeux de manipulation sont cités chacun à 9 % après les jeux d'assemblage (18 %) (fig. 9). Nous constatons que les jeux utilisés auprès des enfants sont différents de ceux utilisés avec les adultes à l'exception du jeu de construction. Nous pouvons également remarquer que les ergothérapeutes auprès d'enfants n'utilisent pas les activités artisanales.



Question 4 : Combien d'enfants/d'adultes présentent des difficultés pour utiliser leur main brûlée ? (fig. 10)

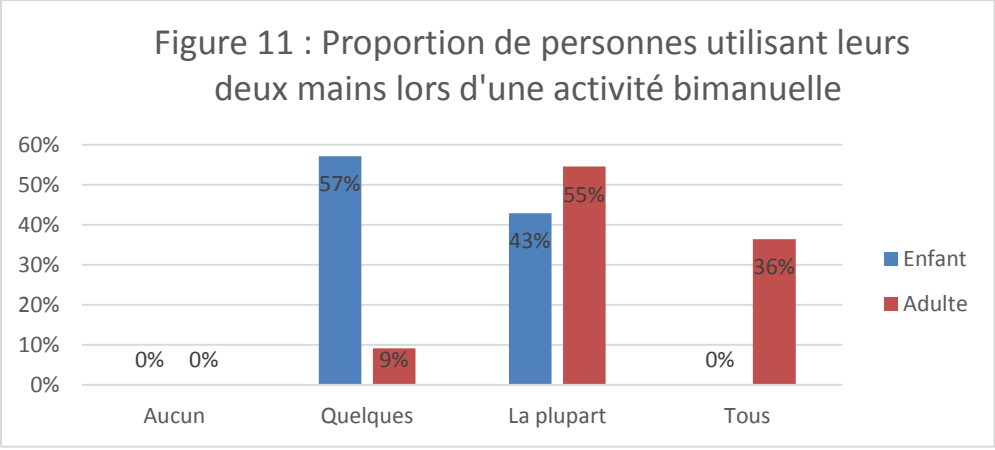
Les ergothérapeutes pensent pour 43 % qu'il s'agit de quelques enfants et 57 % de la plupart des enfants. En ce qui concerne les adultes, 18 % des ergothérapeutes pensent que les difficultés concernent à la fois quelques adultes et tous les adultes. Dans les deux échantillons, la majorité pense que la plupart des personnes présente des difficultés.



Question 5 : Lorsque l'activité est bimanuelle, combien d'enfants/adultes utilisent leurs deux mains ?

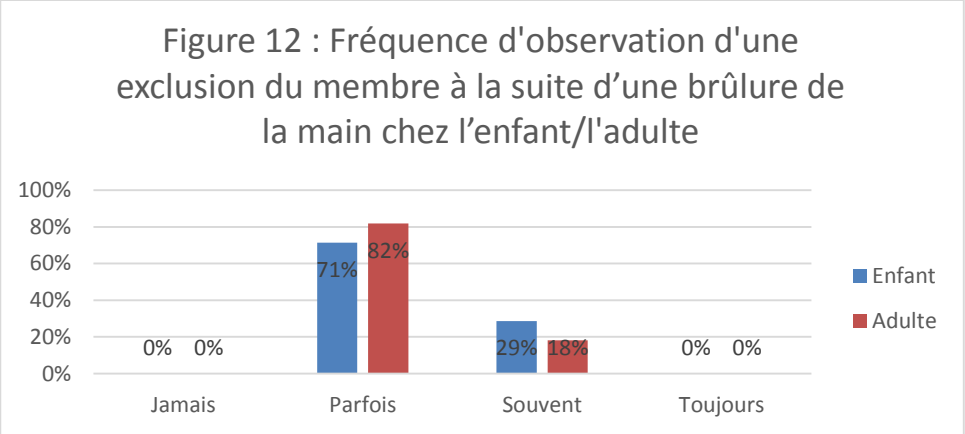
Plus de la moitié des ergothérapeutes trouve que seulement quelques enfants utilisent leurs deux mains contre 43 % pensent que cela représente la plupart des enfants. Auprès des adultes, une minorité (9 %) pense que quelques adultes sont concernés, la moitié (55 %) considère que la plupart des adultes utilise leurs deux mains et enfin 36 % pensent que tous les adultes les utilisent (fig. 11).

En comparaison, il ressort qu'une plus grande proportion d'adultes que d'enfants utilise leurs deux mains lors d'activités bimanuelles.



Question 6 : Avez-vous déjà observé une exclusion du membre à la suite d'une brûlure de la main chez l'enfant/adulte ?

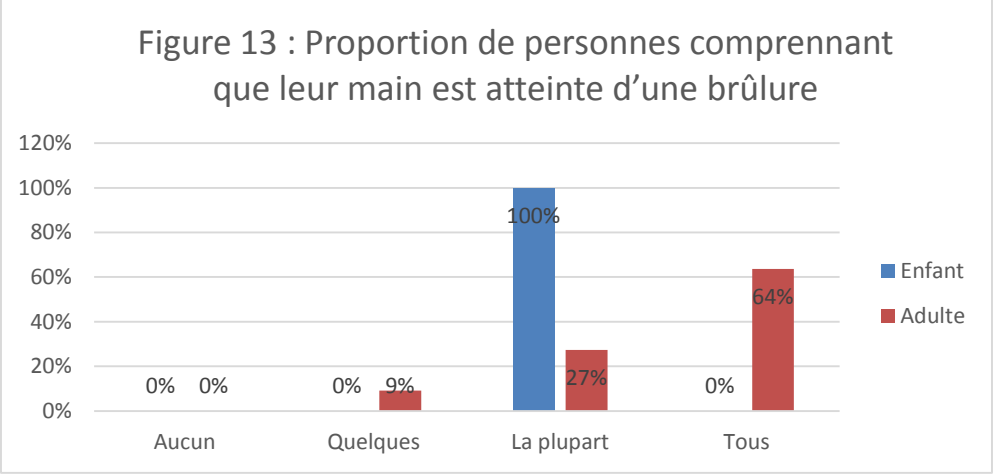
La majorité des ergothérapeutes confondus rencontre parfois une exclusion du membre. 29 % et 18 % pensent que la fréquence est souvent respectivement auprès d'enfants et d'adultes. Aussi, l'exclusion du membre se voit aussi bien chez les adultes que les enfants et ce, dans les mêmes proportions (fig. 12).



Tous les ergothérapeutes interrogés ont déjà rencontré une exclusion de la main brûlée.

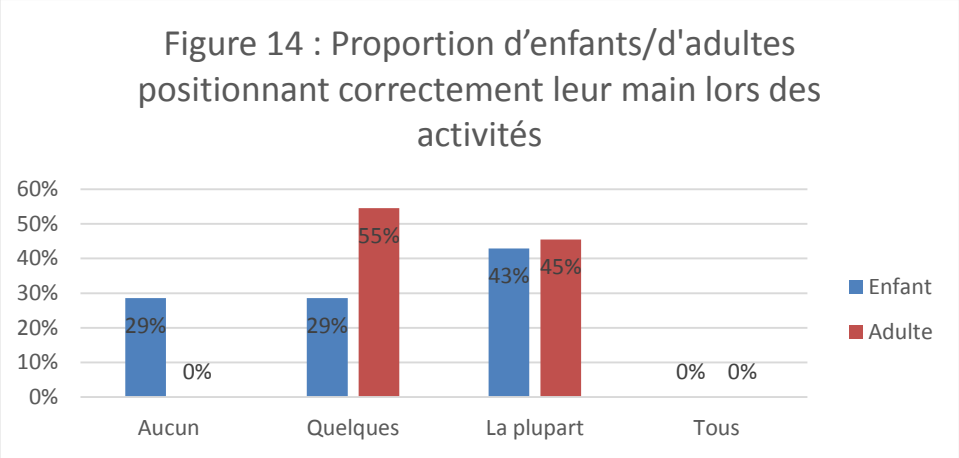
Question 7 : Combien d'enfants/d'adultes comprennent que leur main est atteinte d'une brûlure ?

Tous les ergothérapeutes pensent que la plupart des enfants comprend que leur main est brûlée. Auprès des adultes, la majorité pense que tous comprennent (64 %). 27 % pensent que certains adultes ne comprennent pas que leur main est atteinte d'une brûlure et 9 % pensent qu'il y a plus d'adultes qui ne comprennent pas que d'adultes qui comprennent (fig. 13).



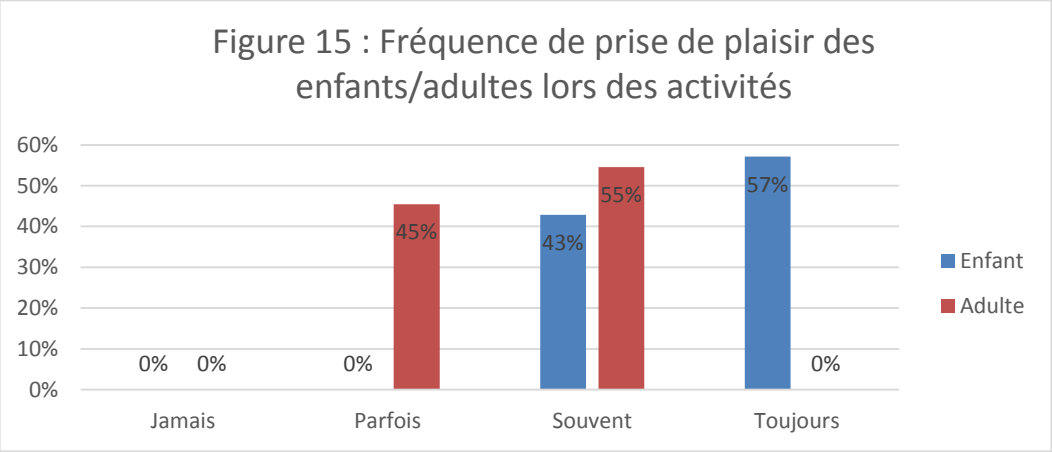
Question 8 : Combien d'enfants/d'adultes positionnent correctement leur main lors des activités ? (fig. 14)

Les ergothérapeutes pensent à 55 % que seulement quelques adultes positionnent correctement leur main. La deuxième moitié pense qu'il s'agit de la plupart des adultes. En ce qui concerne les enfants, 43 % trouvent que la plupart des enfants positionnent bien leur main. Cependant, nous notons que 29 % estiment qu'aucun enfant ne le fait et également 29 % ne considèrent que seuls quelques enfants. De ce fait, 58 % pensent que la majorité des enfants ne positionne pas correctement leur main.



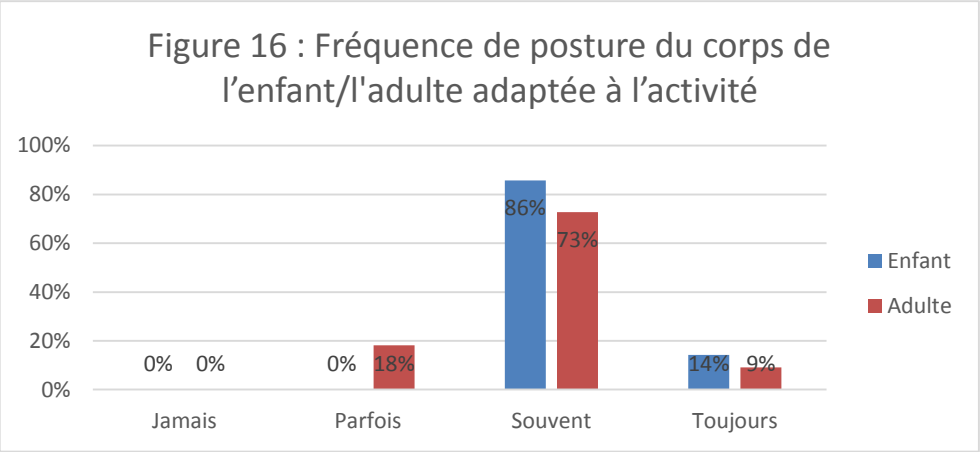
Question 9 : Trouvez-vous que l'enfant/l'adulte prend plaisir à jouer ?

57 % des ergothérapeutes estiment que l'enfant prend toujours du plaisir à jouer et 43 % qu'il prend plaisir souvent. Pour les adultes, ils pensent pour le plus grand nombre que souvent les adultes prennent plaisir au jeu et 45 % pensent que ce n'est que parfois. En comparaison, il en ressort que les enfants prennent, en général, plus souvent plaisir à jouer que les adultes (fig. 15).



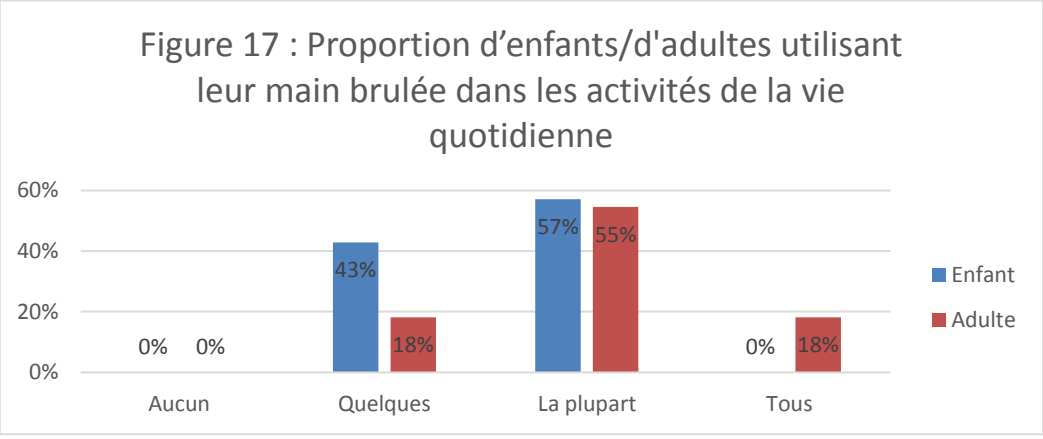
Question 10 : La posture du corps de l'enfant/l'adultes est-elle adaptée à l'activité ?

La majorité des ergothérapeutes interrogés estime que les enfants et les adultes ont souvent une posture adaptée. 14 % pour les enfants et 9 % pour les adultes pensent que la fréquence est souvent. Enfin, seulement 9 % pensent que les adultes ont parfois une posture adaptée (fig. 16). Nous pouvons dire que le plus grand nombre estime que les patients ont, en règle générale, une posture adéquate à l'activité.



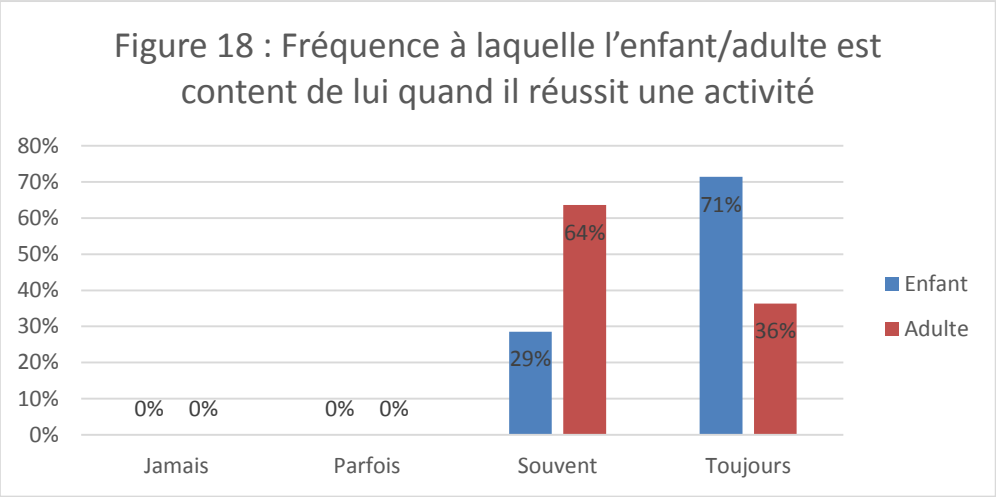
Question 11 : Combien d'enfants/d'adultes utilisent leur main brulée dans les activités de la vie quotidienne ?

Le plus grand nombre des échantillons considère que la plupart des enfants et des adultes utilise leur main brûlée dans les actes de la vie quotidienne. Auprès des enfants, l'autre moitié estime que quelques enfants l'utilisent. Pour les adultes, le reste de l'échantillon se répartit à égalité dans la fréquence quelques et tous (fig. 17). La tendance est dans le sens que les adultes utiliseraient légèrement plus leur main dans les activités de la vie quotidienne que les enfants.



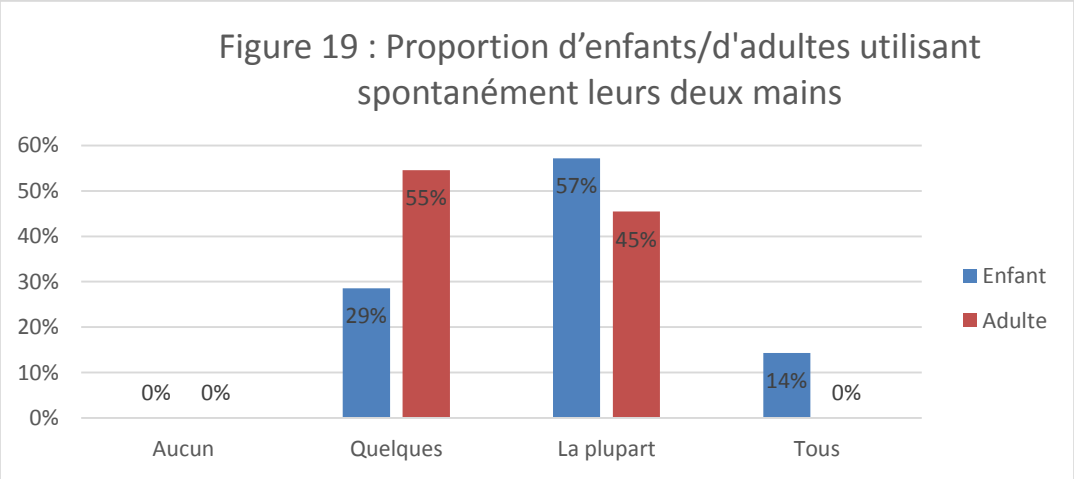
Question 12 : L'enfant/l'adulte est-il content de lui quand il réussit une activité ?

Une majorité auprès des enfants pense que ces derniers sont toujours contents d'eux lorsqu'ils réussissent une activité. Le reste de l'échantillon (29 %) pense que cela se produit souvent. Pour les adultes, la tendance est inversée : une majorité estime que c'est souvent et 36 % que cela se produit toujours. Globalement, les enfants et les adultes sont plutôt contents d'eux lors d'une réussite (fig. 18).



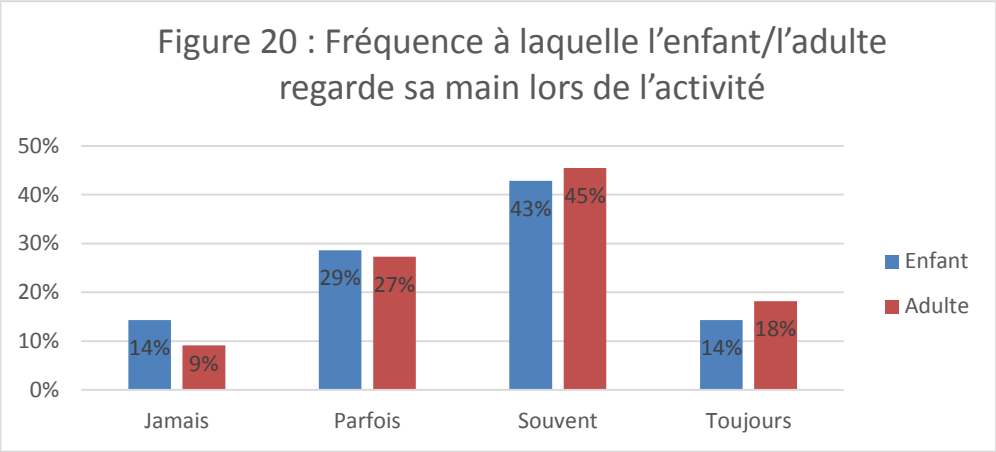
Question 13 : Combien d'enfants/d'adultes utilisent spontanément leurs deux mains ?

Majoritairement, les enfants utilisent spontanément leurs deux mains, 29 % estiment que cela ne concerne que quelques enfants et 14 % pensent que tous les enfants les utilisent. Auprès des adultes, 55 % répondent que quelques adultes et 45 % que la plupart utilise leurs deux mains (fig. 19). Une plus grande majorité des enfants utiliserait spontanément leurs deux mains comparée aux adultes.



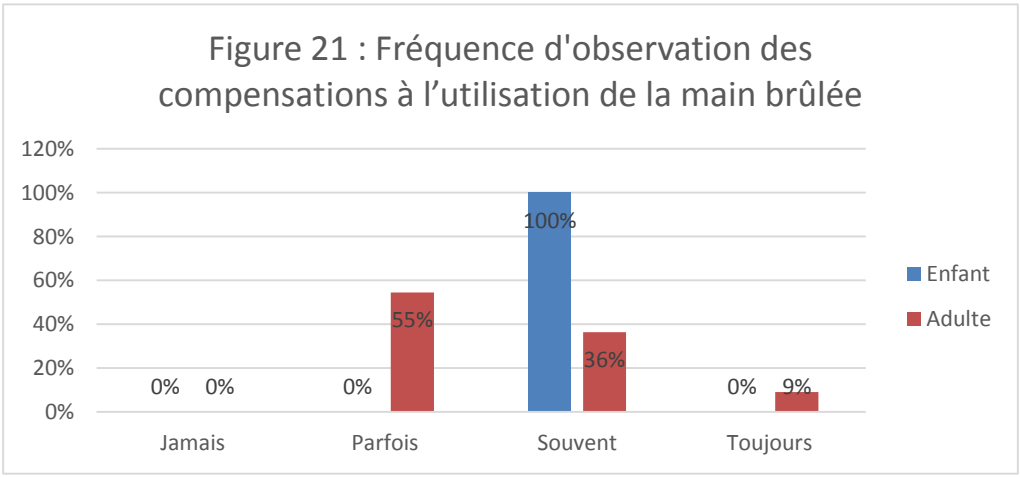
Question 14 : L'enfant/l'adulte regarde-t-il sa main lors de l'activité ?

Les deux échantillons répondent dans de mêmes proportions, que majoritairement la plupart des personnes regarde leur main brûlée. Environ 30 % estiment que cela se produit parfois. Il est important de noter que 14 % auprès des enfants et 9 % auprès des adultes estiment que les personnes ne regardent jamais leur main brûlée (fig. 20).



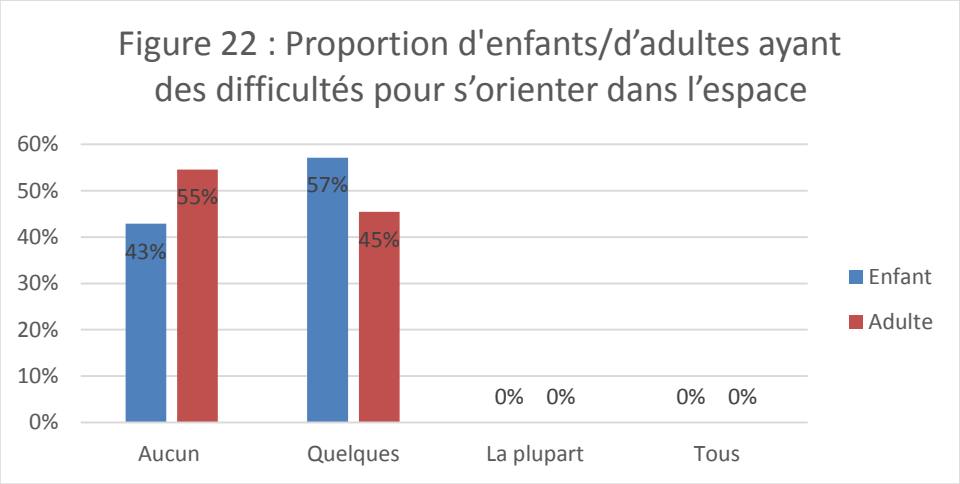
Question 15 : Observez-vous des compensations à l'utilisation de la main brûlée ?

La totalité des ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants estime que ces derniers compensent souvent l'utilisation de leur main brûlée. Un peu plus de la moitié des ergothérapeutes avec les adultes pense que les compensations arrivent parfois, 36 % souvent et 9 % toujours (fig. 21). Une plus grande proportion d'enfants compenserait plus souvent l'utilisation de leur main brûlée comparativement aux adultes



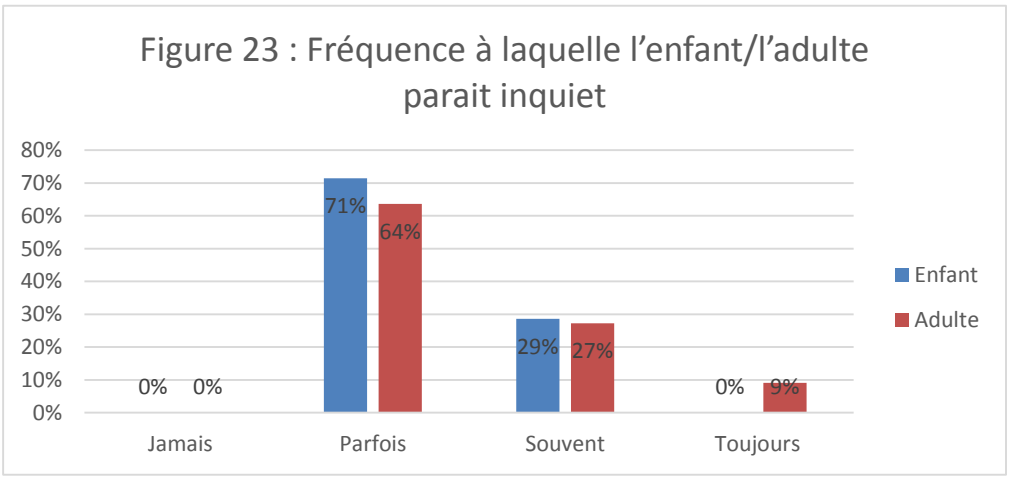
Question 16 : Combien d'enfants/d'adultes ont des difficultés pour s'orienter dans l'espace ?

En générale, les personnes porteuses de brûlures sur la main ne présentent pas de difficultés pour s'orienter dans l'espace. Nous notons, tout de même, que les ergothérapeutes rencontrent un peu plus d'enfants (57 %) que d'adultes (45 %) avec des difficultés d'orientation spatiale (fig. 22).



Question 17 : L'enfant/l'adulte parait-il inquiet ?

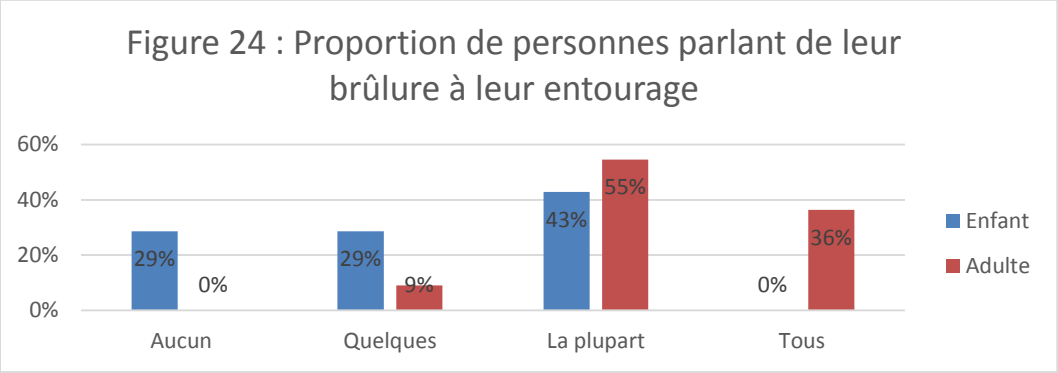
Dans les deux échantillons et dans les mêmes proportions, les ergothérapeutes trouvent que parfois les personnes paraissent inquiètes, souvent dans presque 30 % des cas et toujours pour 9 % d'adultes (fig. 23). Il est important de considérer que l'inquiétude est toujours présente (0% de jamais).



Question 18 : Combien d'enfants parlent de leur brûlure avec leurs parents, soignants ou les autres enfants ?/Combien de personnes parlent de leur brûlure avec leur famille, soignants ou les autres patients ?

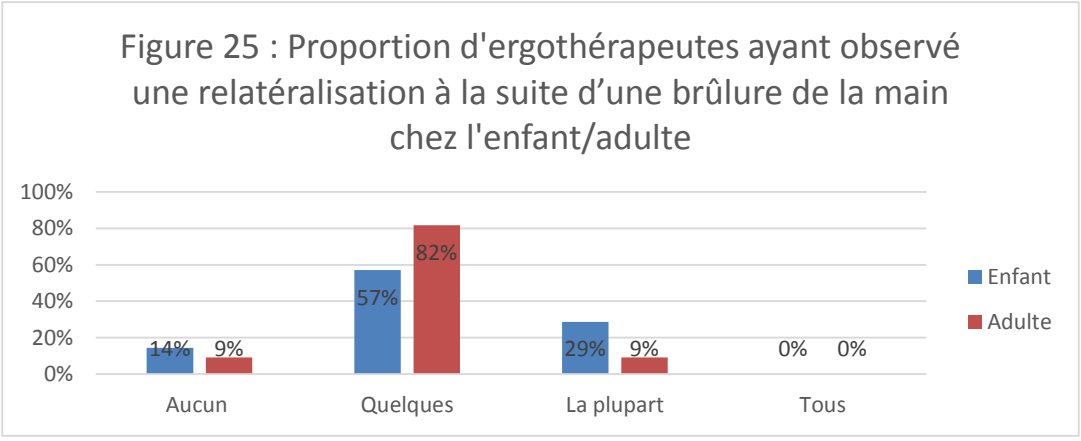
29 % des ergothérapeutes estiment que les enfants ne parlent pas de leur brûlure, ce même pourcentage pensent que quelques-uns en parlent et 43 % considèrent que cela concerne la plupart (fig. 24). Pour les adultes, 55 % pensent que la plupart en parle, 36 % tous, et 9 % quelques adultes.

En comparaison, les adultes parleraient plus de leur brûlure à leur entourage que les enfants. Il est important de noter qu'un tiers des enfants n'en parleraient pas du tout.



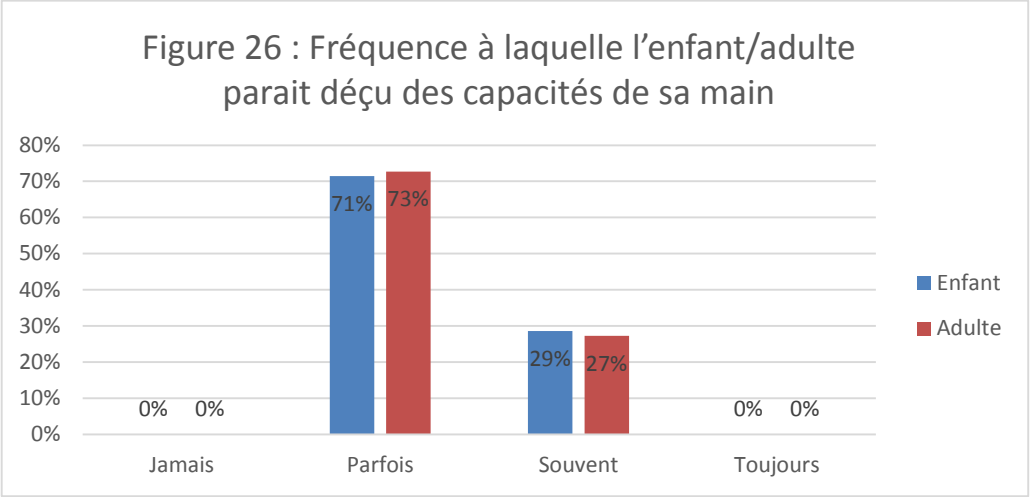
Question 19 : Chez combien d'enfants/d'adultes avez-vous observé une relatéralisation à la suite d'une brûlure de la main ?

57 % des personnes interrogées ont observé une relatéralisation pour quelques enfants, 29 % considèrent que cela se retrouve chez la plupart et 14% n'en ont jamais vu chez les enfants. 82 % en rencontrent chez quelques adultes, 9% pour la plupart (fig. 25). Il est intéressant de noter que chez les enfants, 86 % des ergothérapeutes ont déjà observé une relatéralisation à la suite d'une brûlure de la main et 91 % chez les adultes.



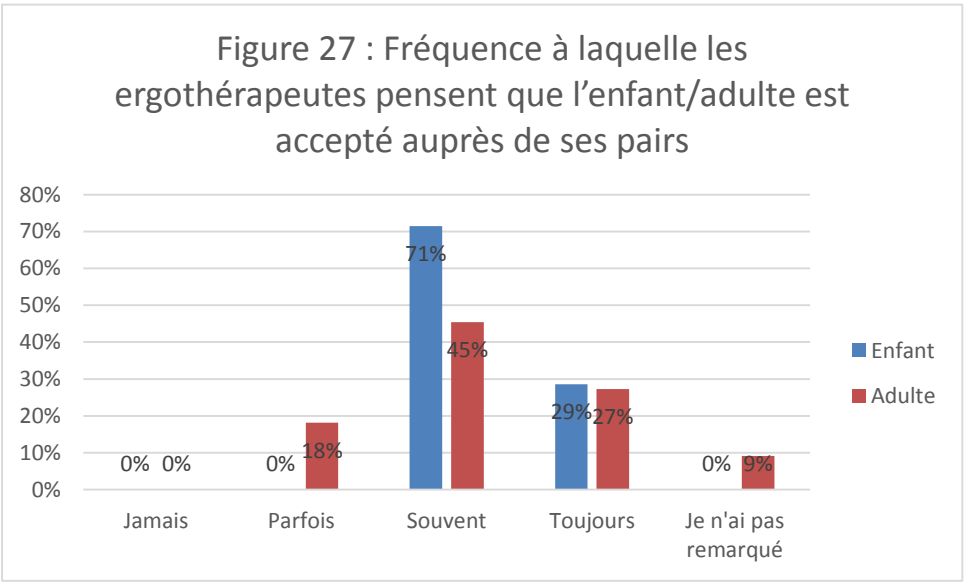
Question 20 : L'enfant/l'adulte est-il déçu des capacités de sa main ?

Environ 70 % des personnes interrogées dans les deux échantillons, ont remarqué que parfois leur patient était déçu des capacités de sa main et 30 % souvent (fig. 26). Nous ne notons pas de différence entre les adultes et les enfants.



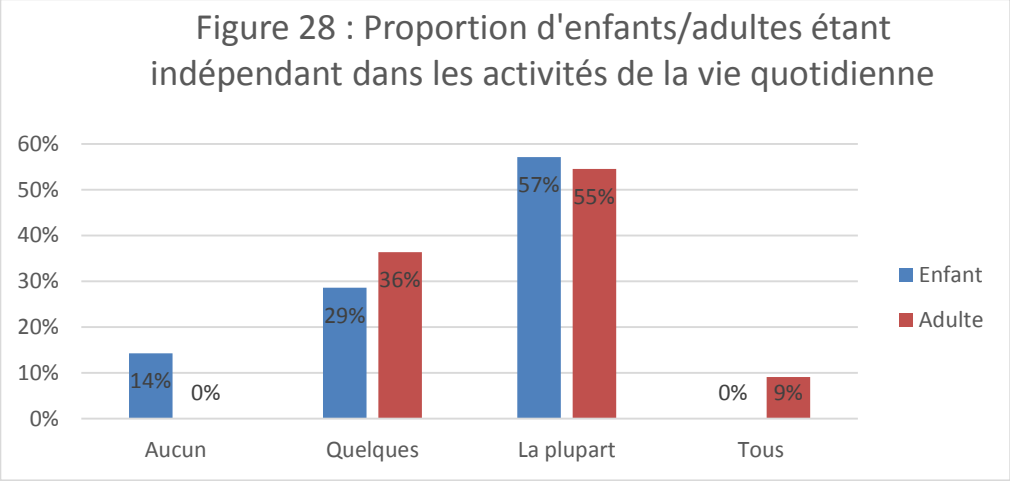
Question 21 : Trouvez-vous que l'enfant/l'adulte soit accepté auprès de ses pairs ?

Pour la majorité des ergothérapeutes auprès des enfants, ce dernier est souvent accepté, 29 % pensent que c'est toujours. Pour les adultes en revanche, 18 % pensent que cela se produit parfois, 45 % souvent et 27 % toujours (fig. 27). Les enfants seraient légèrement mieux acceptés auprès de leurs pairs que les adultes.



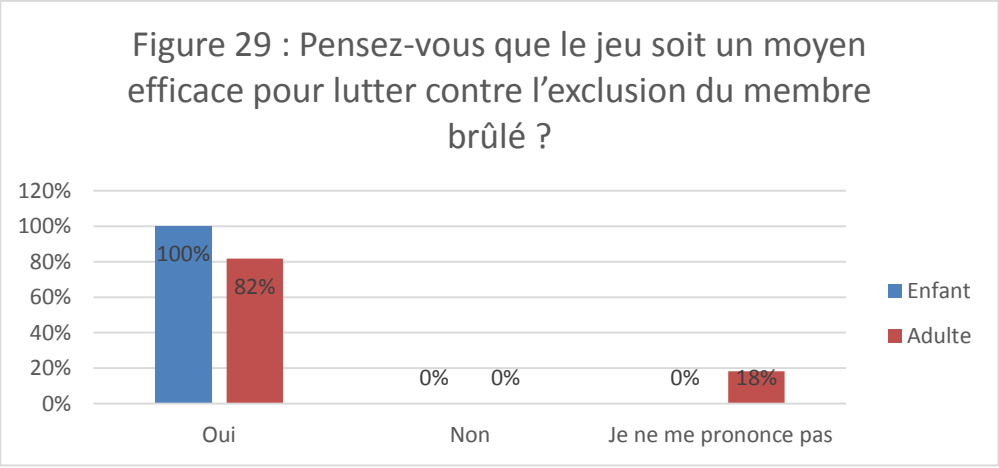
Question 22 : En tenant compte des capacités en fonction de l'âge, combien d'enfants/d'adultes, dans l'ensemble, sont indépendants dans les activités de la vie quotidienne ?

La moitié des ergothérapeutes pense que respectivement la plupart des adultes et des enfants sont indépendants dans les actes de la vie quotidienne. Environ 30 % estiment que seulement quelques patients sont indépendants (fig. 28). Il est intéressant de remarquer que 14 % des ergothérapeutes auprès des enfants pensent qu'aucun n'est indépendant et 9 % auprès des adultes pensent que tous le sont.



Question 23 : Pensez-vous que le jeu soit un moyen efficace pour lutter contre l'exclusion du membre brûlé ?

A cette dernière question, tous les ergothérapeutes travaillant auprès des enfants pensent que le jeu est un outil pour lutter contre l'exclusion du membre. 82 % des ergothérapeutes avec les adultes sont d'accord et 14 % ne se prononcent pas (fig. 29).



5. Discussion

5.1. L'analyse des résultats

L'analyse des résultats concerne ceux présentés précédemment. Il est important de pouvoir faire le lien avec la problématique pratique et théorique pour apporter des pistes de réflexion dans l'objectif de répondre à ma question de recherche. De ce fait, les questions seront rassemblées selon les thèmes qu'elles abordent pour ainsi faire des liens avec la théorie. Pour finir, une synthèse permettra d'entrevoir clairement les éventuelles réponses à mon questionnement.

5.1.1. Analyse des questions portant sur les échantillons interrogés

Concernant l'âge des échantillons, les personnes qui ont répondu à mon enquête ont entre 20 et 60 ans ce qui représente un large panel de la population. Les ergothérapeutes interrogés travaillant auprès des adultes sont globalement plus âgés que ceux travaillant auprès des enfants. En effet, auprès des adultes, une majorité a entre 40 et 60 ans alors que la majeure partie des ergothérapeutes auprès des enfants a entre 26 et 40 ans. Cette différence peut avoir une influence sur les réponses aux deux questionnaires.

De plus, les ergothérapeutes interrogés exercent tous dans un centre de soins de suite et de réadaptation. Ce critère est à prendre en compte car il ne permet peut-être pas d'avoir une vision globale des différentes prises en charge. En effet, elles pourraient peut-être varier en fonction des différentes structures tel un centre de traitement de la brûlure ou en pratique libérale. Les réponses pourraient éventuellement être orientées et ne pas refléter la réalité de toutes les pratiques.

Cependant, presque la majorité des ergothérapeutes auprès des enfants intervient sur plusieurs modes d'hospitalisations. En effet, ils suivent des enfants aussi bien en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour et qu'en soins externes. De ce fait, les réponses seront adaptées à toutes les problématiques que les ergothérapeutes rencontrent dans ces différents types d'hospitalisation.

En outre, les ergothérapeutes auprès des enfants interviennent majoritairement de 0 à 1 an après la brûlure de la main. Auprès des adultes, la totalité exerce entre 1 et 6 mois après le traumatisme et une majorité continue jusqu'à un an et plus. Toutes les étapes de

la rééducation, décrites dans la problématique pratique, sont donc abordées par les ergothérapeutes.

Par ailleurs, 72 % des ergothérapeutes ont pris en charge plus de 3 adultes pendant les 3 derniers mois. En revanche, pour les enfants, la majorité des ergothérapeutes en a vu entre 0 et 3. Cet écart de fréquence de prise en charge peut influencer les résultats notamment sur la fréquence d'observation d'une exclusion du membre. Certaines réponses seront donc peut-être à nuancer.

Enfin, les enfants entre 0 et 3 ans sont majoritairement rencontrés en SSR (71 %) et ceux de 4 à 6 ans également (43 %). Après 7 ans, la fréquence diminue à 14 %. Il est important de préciser que la prise en charge varie selon l'âge de l'enfant et les objectifs sont différents. Le développement de l'autonomie n'est pas un objectif pour les très jeunes enfants et l'implication de la famille est primordiale. Cette notion est donc à prendre en considération pour pondérer certains résultats.

Il est donc important de relier ces éléments à l'analyse des résultats dans le but de les interpréter de la manière la plus juste et scientifique.

5.1.2. Analyse des questions concernant le modèle ludique

Le jeu, tel défini dans le modèle ludique, est une activité signifiante pour la personne lui permettant d'agir sur son environnement et ainsi développer son indépendance et son autonomie. Ce doit être une activité choisie par l'enfant pour satisfaire son besoin de plaisir. Au vue des résultats, la majorité des ergothérapeutes utilise le jeu comme médiateur dans leur prise en charge aussi bien auprès d'adultes que d'enfants. Seul un ergothérapeute travaillant auprès des adultes dit ne pas utiliser le jeu. Le jeu est donc un outil privilégié pour les ergothérapeutes.

En outre, la fréquence varie mais la totalité des enfants et des adultes ont déjà eu à choisir le jeu. Il en ressort également que les enfants auraient plus souvent le choix de l'activité que les adultes. Laisser le choix ne peut qu'accroître l'intérêt de la personne et faire naitre son désir d'agir. Les enfants seraient donc plus sollicités que les adultes pour sélectionner leur activité.

Par ailleurs, on note que lorsque les enfants ont le choix de l'activité, ces derniers s'orienteraient plus souvent vers des activités bimanuelles que les adultes. Cela pourrait

traduire un intérêt important pour le jeu qui stimulerait l'utilisation du membre traumatique et favoriserait les capacités d'adaptation comme décrit dans le modèle ludique. Le jeu utilisé serait en adéquation avec celui du modèle ludique sur le versant du développement de l'intérêt de la personne.

Il est important de noter le type d'activité utilisé dans la prise en charge. Auprès des enfants, les jeux de construction et de manipulation sont fréquemment utilisés ; le coloriage est également une activité proposée. Ces activités s'apparentent au jeu du modèle ludique. En outre, les ergothérapeutes auprès des adultes disent également utiliser le jeu. Un peu plus de la moitié utilise les jeux de construction. Cependant, on remarque également que la moitié propose des activités artisanales telles la vannerie, la mosaïque, la menuiserie et une minorité (18 %) qualifie de jeu les activités comme la cuisine et l'utilisation du plateau canadien. Or, ces activités ne reflètent pas le jeu défini dans le modèle ludique. Bien qu'elles puissent être signifiantes pour la personne, elles ne permettent pas de développer l'attitude ludique. On ne peut donc dire qu'elles relèvent du jeu. De ce fait, une majorité des ergothérapeutes auprès des adultes n'utiliserait pas le jeu mais des activités signifiantes pour la personne.
De ce fait, il serait possible de voir les répercussions du jeu sur l'exclusion du membre et la qualité de vie auprès des enfants en comparant les résultats avec ceux des adultes.

L'attitude ludique est une composante du jeu. Elle stimule la motivation de l'enfant et favorise l'adhésion aux soins. Le plaisir, la spontanéité, la curiosité sont indispensables pour que le jeu ait une action efficace.

Au niveau du plaisir de jouer, on remarque que les enfants prendraient plus souvent plaisir à jouer que les adultes. Effectivement, la totalité des enfants prend souvent à toujours du plaisir. En revanche, 45 % des adultes prennent parfois du plaisir. L'activité jeu chez l'enfant serait une source de satisfaction importante. Cela pourrait l'inciter à s'investir et fournir plus d'efforts. Le plaisir étant le moteur de toute action ludique, l'enfant serait sollicité dans cette démarche et son intérêt serait assuré. Le plaisir favoriserait l'adhésion au jeu et ce dernier stimulerait en retour le plaisir.

De plus, une plus grande majorité des enfants utiliserait spontanément leurs deux mains lors d'une activité comparée aux adultes. Cette spontanéité, présente dans l'attitude ludique, montrerait que les enfants sont à l'aise avec le jeu, et que ce dernier serait un

moyen de détourner leur attention pour favoriser l'utilisation de la main. Cette attitude, non présente chez les adultes qui n'expérimentent pas dans la majeure partie des cas le jeu, permettrait à l'enfant de développer ses capacités d'adaptation. Ainsi, la main serait facilement intégrée dans les activités de l'enfant.

L'action du jeu se décompose en capacité d'action, d'adaptation et de réaction face à l'échec.

Nous avons remarqué qu'une plus grande majorité d'enfants utiliserait spontanément leurs deux mains que les adultes. Cependant, lorsque l'activité est bimanuelle, une plus grande proportion d'adultes que d'enfants utiliserait leurs deux mains. Sachant que les enfants s'orientent plus vers des activités bimanuelles que les adultes, nous pouvons penser que le jeu tel utilisé serait un facteur favorisant l'attitude ludique et la spontanéité. Le jeu permettrait l'utilisation de la main lorsque ce dernier est attractif pour l'enfant.

Aussi, la capacité d'action des enfants serait alors plus globalement restreinte. N'utilisant pas leurs deux mains, ils ne peuvent exécuter l'activité de la manière attendue. C'est de cette façon qu'entrent en jeu les capacités d'adaptation. Les résultats montrent que les enfants compenseraient plus souvent l'utilisation de leur main que les adultes. On peut alors considérer que les enfants s'adaptent pour réaliser l'activité à terme en compensant l'utilisation de leur main brûlée. Le jeu permettrait de développer les capacités d'adaptation de l'enfant mais ce par compensation de la main brûlée.

Ces hypothèses vont à l'encontre de celles décrites précédemment. Effectivement, les enfants utiliseraient spontanément leurs deux mains plus souvent que les adultes. On pourrait donc penser que le jeu permet, en détournant l'attention de l'enfant, en faisant accroitre son intérêt et son plaisir de faire, l'intégration de la main brûlée dans celui-ci. Or, nous avons vu précédemment, que le jeu permettrait de développer les capacités d'adaptation de l'enfant mais ce par compensation de la main brûlée et donc de sa mise à l'écart. Nous pouvons supposer que, dans ce dernier cas, le jeu n'est peut-être pas amené comme le jeu défini dans le modèle ludique. Cependant, au vue des résultats explicités plus haut, l'attitude ludique et l'intérêt, deux composantes du jeu, seraient bien présents chez les enfants. Ces résultats mettraient alors en lumière l'hypothèse que le jeu pourrait avoir des impacts différents selon les temps de la rééducation. En effet, nous pouvons penser

que s'il est utilisé trop tôt dans la prise en charge, c'est-à-dire si la main est encore douloureuse, œdémateuse, il pourrait influencer l'enfant à développer des compensations pour s'adapter au jeu proposé. Effectivement, 86 % des ergothérapeutes ont déjà été confrontés à une relatéralisation chez l'enfant. L'apparition des compensations pourrait être accentuée d'autant plus si l'attitude ludique et l'intérêt sont sollicités. En revanche, si le jeu est introduit lorsque la main n'est plus douloureuse ou d'une douleur acceptable, il pourrait permettre l'intégration de la main brûlée dans les activités.

Egalement, la majorité des ergothérapeutes, toutes pratiques confondues, rencontre seulement parfois une exclusion du membre. De ce fait, une grande partie d'entre eux ne voit pas souvent d'exclusions du membre. Cela peut traduire le fait que le jeu serait un moyen de lutter contre cette problématique. Cependant, les adultes sont également concernés par l'exclusion. Mais ces derniers ne pratiquent pas majoritairement le jeu dans leur prise en charge mais plutôt une activité signifiante. Les résultats iraient dans le sens que la pratique d'une activité signifiante dans la prise en charge permettrait de lutter contre l'exclusion du membre. Le jeu étant l'activité signifiante par excellence chez l'enfant, nous pourrions dire alors que ce serait un moyen de lutter contre l'exclusion de la main brûlée pour les enfants.

Ces résultats iraient dans le sens que le jeu est plus utilisé auprès des enfants tel défini dans le modèle ludique. Les adultes utiliseraient plus souvent des activités signifiantes mais non ludiques. De ce fait, il est possible de voir les répercussions du jeu sur l'exclusion du membre et la qualité de vie auprès des enfants en comparant les résultats avec ceux des adultes.

5.1.3. Analyse des questions portant sur le schéma corporel

Le schéma corporel est une perception que chacun a de son propre corps, de ses différentes parties et de sa position dans l'espace. Il permet l'ajustement de nos mouvements et est à la base de l'organisation de notre environnement. Le schéma corporel devient suffisamment structuré vers l'âge de 6 ans. Il est important de rappeler que la majorité des enfants pris en charge par les ergothérapeutes interrogés avait entre 0 et 6 ans. Les 7 ans et plus n'étaient rencontrés qu'à 28 %. A ces âges, le schéma corporel est donc en pleine construction et n'est pas mature. Sachant qu'il se construit par les

expériences motrices, visuelles et sensitives, une perturbation de ces dernières, comme nous pouvons l'envisager dans le cas d'une brûlure grave de la main, peut impacter son élaboration.

Tous les ergothérapeutes des échantillons ont déjà rencontré une exclusion d'une main à la suite d'une brûlure. Aussi bien les enfants que les adultes pourraient être sujets à cette problématique. Une des composantes du schéma corporel est « avoir un corps » permettant d'avoir une représentation par l'intégration des expériences sensorielles. Cette exclusion pourrait alors se traduire par une perturbation dans l'élaboration du schéma corporel en pleine construction, éventuellement due au manque de feedbacks sensoriels concernant la main. En effet, il est important de considérer, tout de même, que 43% des enfants et 36 % des adultes ne regarderaient que très peu leur main durant les activités. Il n'y aurait donc que très peu de feedbacks au niveau visuel. Aussi, 43 % des ergothérapeutes pensent que seulement quelques enfants utilisent leur main dans les activités de la vie quotidienne. Cela conforte l'idée qu'il n'y aurait que peu de retours perceptifs. Toutefois, ce résultat est à nuancer à cause du jeune âge des enfants qui ne seraient pas indépendants dans les actes de la vie quotidienne.

Par ailleurs, les adultes sont touchés par l'exclusion dans les mêmes proportions que les enfants. Sachant que le schéma corporel est totalement construit chez l'adulte, une perturbation dans l'élaboration ne peut expliquer ce phénomène chez les adultes. Il est possible que le traumatisme et la douleur engendrée aient pour répercussion une sous-utilisation de la main brûlée qui à terme pourrait être négligée. Bien que les adultes utiliseraient majoritairement leur main dans les activités, nous pouvons noter que 81 % d'entre eux éprouveraient fréquemment des difficultés. Ces résultats pourraient expliquer une sous-utilisation à terme du membre brûlé entrainant un défaut de retours perceptifs. Aussi, 91 % des ergothérapeutes ont déjà rencontré une relatéralisation à la suite d'une brûlure chez l'adulte. D'après tous ces résultats, la brûlure pourrait éventuellement perturber à la fois l'élaboration du schéma corporel mais aussi bien avoir un impact sur le schéma corporel mature.

Nous constatons également qu'un peu plus de la moitié des adultes et des enfants ne positionneraient pas correctement leur main brûlée lors de l'activité. Ces résultats traduiraient une perturbation au niveau de la position de la main dans l'espace et son orientation face aux objets. Le schéma pourrait donc être impacté se traduisant par des

difficultés d'orientation dans l'espace. Cependant, nous pouvons également constater que la majorité des enfants et des adultes a souvent une posture du corps adaptée dans les activités. Aussi, très peu de personnes rencontreraient des difficultés pour s'orienter dans l'espace. Ces derniers résultats mettraient en évidence une atteinte modérée du schéma corporel. En effet, l'atteinte ne serait pas suffisamment importante pour perturber la personne dans ses mouvements par rapport à son environnement mais suffisante pour entrainer des difficultés au niveau de l'orientation de la main.

En outre, la majorité des personnes, aussi bien les adultes que les enfants ne présente pas d'exclusions. Il est alors possible d'envisager que l'activité signifiante pour les personnes, et donc le jeu pour l'enfant aurait une influence positive sur le processus d'exclusion. De plus, si nous considérons la proportion de personnes présentant des difficultés et la proportion d'exclusions du membre brûlé, nous constatons une grande différence. Effectivement, un plus grand nombre a des difficultés que d'exclusion. Ceci pourrait s'expliquer par des perturbations dans le schéma corporel au niveau de la représentation de la main en début de prise en charge qui s'atténueraient, n'aboutissant pas à l'exclusion. L'activité signifiante pourrait être l'outil atténuant ces perturbations.

La seconde notion qui compose le schéma corporel est celle d'être un corps. Revêtant une dimension affective, ce dernier entre dans son élaboration et entre en jeu dans le processus de décision de l'action.

Dans la majorité des cas, les adultes et les enfants comprendraient que leur main est atteinte d'une brûlure. Cette acceptation de leur condition exprimerait une préservation de la notion « être un corps ». Cette idée est confortée par le fait qu'une majorité des personnes regarderait leur main lors des activités. En revanche, bien que les personnes aient conscience de l'atteinte de leur main, les enfants, eux, n'en parleraient que peu à leur entourage contrairement aux adultes. Il est possible que les enfants n'aient pas encore acquis assez de compétences verbales pour pouvoir exprimer leur état. Cependant, il est possible de voir ici une petite perturbation du schéma corporel. Effectivement, la notion d'être un corps peut être préservée dans le domaine personnel, celui du corps propre comme pourrait le montrer les résultats précédents. Il pourrait être, en revanche, atteint dans la notion de rapport à l'autre. Une autre hypothèse pourrait être

que cette notion n'est pas assez mature chez le jeune enfant et que les perturbations d'une brûlure seraient minimes sur celle-ci.

5.1.4. Analyse des questions portant sur la qualité de vie

La qualité de vie peut se traduire par une succession de satisfactions de besoins hiérarchisés. Les besoins élémentaires sont ceux dit prioritaires. Ils peuvent se traduire par le besoin d'activité composé de la participation et du plaisir d'être actif. Nous constatons, d'après les résultats, que la plupart des personnes a des difficultés pour utiliser leur main. Cet élément peut donc être un frein à l'assouvissement de ce besoin. La brûlure pourrait donc avoir des répercussions dès les besoins élémentaires.

Cependant, ces répercussions ne pourraient qu'être minimes. Effectivement, bien que les personnes aient des difficultés avec leur main, la majorité d'entre elles l'utilise dans les actes de la vie quotidienne. Ces actes étant considérés comme des activités élémentaires, ils seraient, tout de même, accomplis. Les perturbations ne seraient donc pas suffisantes pour empêcher l'atteinte de ces premiers besoins. Aussi, les enfants prennent souvent à toujours du plaisir à l'activité. Ce résultat va dans le sens que les besoins élémentaires seraient satisfaits. Cependant, les adultes prendraient moins de plaisir que les enfants. Nous pouvons donc penser que la brûlure aurait plus d'impact sur la satisfaction des besoins élémentaires chez les adultes.

Le besoin de sécurité est le besoin de second niveau. Il correspond à la maîtrise des événements et à l'évitement du danger. Dans la majorité des situations, les personnes ne paraitraient que parfois inquiètes. Dans les deux échantillons, seulement 30 % seraient souvent inquiets. Nous pouvons croire que la brûlure a un impact du fait de ce dernier résultat. Cependant, l'inquiétude n'est pas permanente au vue du résultat précédent. De plus, la majorité des enfants ne parlerait pas de leur brûlure à leur entourage contrairement aux adultes. La maîtrise des événements ressortant de cette réponse ne parait pas être acquise par la majorité des enfants. Ce dernier résultat est à pondérer au vue de la jeunesse des enfants concernés. En outre, l'intensité de l'impact de ce traumatisme parait varier en fonction des individus. Ce niveau de besoin semblerait pour la majorité satisfait. Cette hypothèse permettrait éventuellement de mettre en avant l'efficacité de l'utilisation du jeu sur la satisfaction de ce besoin.

Le troisième besoin est celui d'appartenance comportant les besoins d'affectivité et d'estime de la part des autres. Aussi bien les adultes (72 %) que les enfants (100 %) paraissent être plutôt acceptés auprès de leur pairs. Le besoin d'estime serait alors assouvi dans ces deux populations. Aussi, nous avons vu que la plupart de ces personnes comprend que leur main est atteinte d'un traumatisme. De ce fait, le besoin d'affectivité est en partie satisfait. Le besoin d'appartenance ne serait également que très partiellement touché chez ces personnes.

Le besoin supérieur correspond au besoin d'estime. Rattaché au sentiment d'être utile, d'avoir de la valeur, d'acceptation de soi et d'indépendance, il constitue l'avant-dernier besoin sur la pyramide de MASLOW. Les résultats nous indiquent que la majorité des enfants prend plaisir à jouer. Ce plaisir est moins présent chez les adultes. Cette différence peut se caractériser par le fait que les enfants auraient une meilleure estime d'eux-mêmes et un sentiment plus fort d'être utile que les adultes. De plus, les enfants seraient plus fréquemment contents d'eux lorsqu'ils réussissent une activité bien qu'ils soient suivis de près par les adultes. Ce résultat est en faveur d'un sentiment de valeur légèrement plus élevé chez les enfants que les adultes.

Aussi, nous pouvons constater que plus de la moitié des personnes regardent leur main brûlée lors d'une activité. Le sentiment d'estime est alors bien présent. Par ailleurs, dans les mêmes proportions, les deux échantillons seraient seulement parfois déçus des capacités de leur main. C'est un résultat qui argumenterait encore le fait que les enfants et les adultes auraient une estime d'eux-mêmes préservée. Enfin, plus de la moitié des échantillons (environ 55 %) serait indépendant dans les actes de la vie quotidienne. Pour la moitié des personnes, le besoin d'indépendance est assouvi. Il en ressortirait donc, que la plupart des personnes concernées par l'enquête, conserverait un besoin d'estime suffisant dans toutes les composantes qui la représentent. Nous pouvons penser que la brûlure n'a que peu d'impact sur ces besoins. Nous pouvons éventuellement avancer que le jeu serait un facteur favorisant la sauvegarde et la réalisation de ces besoins.

Le besoin de s'accomplir caractérisant le besoin de plus haut niveau, est celui qui, une fois atteint, permet de dire que la personne est accomplie dans sa vie. Elle a atteint une qualité de vie suffisante à son bien-être. Pour y parvenir, il faut cependant que les besoins, dits inférieurs, soient satisfaits. Nous avons donc pu remarquer que pour la plupart des personnes, ils le seraient.

Pour ce dernier besoin, nous pouvons considérer que la plupart des personnes concernées par la brûlure serait contente lorsque l'activité est réalisée. Or, l'activité peut engendrer des difficultés pour les personnes devant ainsi s'adapter pour la réaliser à terme. En effet, plus de 80 % des adultes et 57 % des enfants éprouvent des difficultés pour utiliser leur main brûlée lors des activités. De ce fait, leurs capacités d'adaptation rentrent en jeu et leur permettent de réagir face à l'échec ou l'impossibilité. Nous avons également vu que la totalité des enfants compenserait l'utilisation de la main brûlée. Nous pouvons alors penser qu'une partie des personnes a rencontré des difficultés lors des activités et a développé des compensations pour y arriver. Cependant, la majorité est contente d'avoir réussi. Ces résultats traduisent donc une satisfaction du besoin relatif à la résolution de problèmes et à l'acceptation de conseils de la part des thérapeutes. Une nuance est à apporter sur le fait que la résolution de problème peut aboutir à une utilisation inadéquate de la main brûlée.

Le fait de parler de la brûlure à son environnement peut être considéré comme un moyen de contrôler son angoisse. La majorité des adultes en parle alors qu'il s'agit seulement d'une minorité chez les enfants. Nous pouvons éventuellement penser que ce besoin d'accomplissement est variable selon les individus. En effet, ce besoin peut être trop abouti pour un enfant qui est encore un être en devenir. Cette conception est plus adaptée à l'adulte, être abouti et capable de pensées abstraites.

Hypothétiquement, la brûlure de la main n'aurait pas un impact important sur les besoins influençant la qualité de vie. Cependant, ces résultats ont été recueillis à tous les moments de la prise en charge des personnes. Il est important de préciser qu'ils peuvent venir de l'utilisation du jeu auprès de ces personnes. En effet, le jeu pourrait influencer la façon dont ils interagissent avec leur environnement, favoriser l'utilisation de la main brûlée pour l'intégrer dans le quotidien et, de ce fait, leur qualité de vie ne serait pas impactée par la brûlure. En outre, la brûlure pourrait avoir un réel impact à la phase initiale de la rééducation, avant l'introduction du jeu.

Nous ne notons pas de différences considérables entre les adultes et les enfants. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'utilisation d'une activité signifiante pour la personne engendrerait son adhésion et favoriserait la participation de la main brûlée.

5.1.5. Synthèse des résultats

Nous avons donc vu que le jeu n'est pas utilisé de la même manière auprès des adultes et des enfants. Le jeu utilisé auprès des enfants serait en adéquation avec celui décrit dans le modèle ludique. Il développerait l'intérêt du jeu, l'attitude ludique et l'action. En détournant l'attention de l'enfant et en lui procurant le plaisir de faire, il pourrait permettre l'utilisation spontanée de la main brûlée, l'enfant s'orientant plus vers des activités bimanuelles. Chez l'adulte, l'activité proposée s'apparente à une activité signifiante et non au jeu. Nous pouvons penser que ce n'est pas le jeu mais l'activité signifiante qui aurait un rôle dans l'intégration de la main dans les activités. Or, le jeu est l'activité signifiante principale chez l'enfant. Donc, il pourrait être un moyen d'intégration de la main brûlée dans les activités chez les enfants. La grande majorité des personnes ne présentant pas d'exclusion, nous pouvons penser également que le jeu fasse partie intégrante de la lutte contre l'exclusion.

Selon le moment d'intégration du jeu dans la prise en charge, ce dernier pourrait développer soit des compensations à l'utilisation de la main voire une relatéralisation, soit une intégration de cette dernière dans les activités. En effet, il est possible qu'introduit trop tôt, ce dernier entrainerait l'effet contraire que celui recherché. Aussi, il serait important de vérifier si le jeu a un impact positif sur l'utilisation de la main brûlée à tous les stades de la rééducation.

Nous avons remarqué que de nombreuses personnes présentent des difficultés pour utiliser leur main brûlée et l'orienter. Il pourrait donc y avoir une atteinte dans la construction du schéma corporel. Les adultes étant également touchés par les exclusions, nous pouvons considérer que la brûlure peut avoir un impact sur l'élaboration et le schéma corporel déjà structuré. Aussi, la majorité n'a pas de difficultés pour se repérer dans l'espace. De ce fait, l'impact au niveau du schéma corporel n'atteindrait pas toutes ses composantes. Il ne serait alloué qu'à la représentation de la main. L'atteinte pourrait, toutefois, se situer au niveau du corps propre et la sphère impliquant le corps dans les relations aux autres. Une nuance est à apporter car ce dernier élément n'est, peut-être, pas encore mature chez le jeune enfant.

Enfin, nous avons vu que la brûlure n'a, en général, que peu d'impact sur la qualité de vie des personnes touchées. Les différents besoins paraissent assouvis. Nous

remarquons cependant, que certains besoins comme celui de sécurité, peut être impacter avec une intensité variable selon les individus. La qualité de vie parait prendre son caractère de notion subjective. Il serait intéressant de noter que le besoin d'accomplissement n'est peut-être pas encore présent chez le jeune enfant. Globalement, la satisfaction de ces besoins influençant la qualité de vie, nous pouvons estimer que les personnes ont une relativement bonne qualité de vie en lien avec ce traumatisme. Une piste à approfondir serait que l'activité signifiante et plus particulièrement le jeu chez les enfants, influencerait positivement la satisfaction de ces besoins et aurait un impact sur la qualité de vie des personnes.

- L'activité signifiante, et donc le jeu pour les enfants, aurait une influence dans l'intégration de la main brûlée dans les activités. Cette influence pourrait être plus ou moins bénéfique selon le moment pendant lequel le jeu est introduit dans la prise en charge. Elle pourrait être en lien avec une atteinte plus légère du schéma corporel et de ce fait, une plus faible fréquence d'exclusions du membre. Enfin, la qualité de vie étant relativement satisfaisante pour les personnes atteintes d'une brûlure, il est possible de la mettre en lien avec les bénéfices de l'utilisation d'une activité signifiante. Tous ces éléments seraient donc en faveur de l'idée que le jeu aurait un impact sur l'exclusion du membre et sur la qualité de vie des personnes atteintes d'une brûlure grave de la main.

Ces éléments sont donc à approfondir pour permettre de mettre clairement en évidence un lien de causalité entre eux. Il m'est difficile de pouvoir faire des corrélations avec le petit nombre de réponses obtenues. Il serait alors intéressant de pouvoir élargir cette enquête à un plus grand échantillon et pouvoir établir des liens basés sur des preuves scientifiques et suffisamment structurées.

5.2. Critique et biais de la méthode

Cette partie est une réflexion sur les limites de mon travail de recherche. En effet, cette prise de recul sur le travail peut aboutir à des pistes d'amélioration pour une future recherche ou pour permettre d'améliorer celle-ci.

5.2.1. Limites relatives à la population interrogée

Bien qu'ayant contacté plusieurs structures traitant la brûlure, je n'ai eu que peu de retours de questionnaires. En effet, j'ai obtenu 7 réponses de la part des ergothérapeutes auprès des enfants et 11 auprès des adultes. Les résultats obtenus sont donc basés sur de faibles échantillons et ne représentent, de ce fait, peut-être pas la majeure partie de la population. De plus, la totalité des échantillons ne travaille que dans un seul secteur. Il aurait été bienvenu de répertorier des ergothérapeutes en pratique libérale, par exemple, pour avoir une vision plus globale des pratiques. Aussi, l'âge des personnes des échantillons est bien différent et aurait pu influencer certains résultats. Ces éléments et notamment le peu de retours ne me permettent assurément pas de baser mon étude sur des données probantes mais, toutefois, ils sont suffisants pour mettre en évidence des éléments de réponse à ma question de recherche.

5.2.2. Limites relatives au protocole de distribution de l'enquête

Dans la majorité des cas, le questionnaire a été transmis par mail aux ergothérapeutes qui eux-mêmes l'ont distribué aux personnes susceptibles d'y répondre. Toutefois, il a également été posté via un réseau social dans le but de récolter un maximum de réponses. Il m'est impossible de voir la proportion de réponses récoltées par cet intermédiaire. Nous pouvons éventuellement penser que les personnes via ces sites n'ont peut-être pas saisi l'intérêt d'une telle enquête et ont pu y répondre rapidement.

5.2.3. Limites de l'outil

Lors de l'élaboration de la phase d'enquête, l'utilisation de questionnaires m'a paru être la méthode la plus pertinente pour me permettre de récolter un grand nombre d'informations. Cependant, au vue du nombre de réponses, je pense qu'il serait plus judicieux d'utiliser une méthode qualitative. Aussi, le questionnaire étant un outil de recherche quantitative et non qualitative, il aurait été intéressant de pouvoir réunir les avis des ergothérapeutes. Effectivement, les questions ont été rédigées et ne permettent peut-être pas à la personne de s'exprimer librement sur le sujet.

Par ailleurs, les questions n'étaient peut-être pas assez précises dans leur formulation. Effectivement, j'ai eu quelques commentaires m'indiquant qu'il était difficile d'y répondre selon le moment de prise en charge et la gravité de la brûlure. C'est pourquoi, il aurait été préférable d'ajouter, en début de questionnaire, ce que j'entendais par brûlure grave de la main.

De plus, je me suis rendue compte que les items des réponses n'étaient peut-être pas toujours adaptés à la question. J'ai rencontré des difficultés lors de l'analyse des résultats bruts. Les items « jamais/parfois/souvent/toujours » ne me paraissent pas assez descriptifs et sont également très subjectifs. Il aurait peut-être été plus intéressant de disposer les items en terme d'échelle de valeur numérique pour que les données recueillies soient plus précises.

Par ailleurs, les enfants pris en charge étaient très jeunes et je ne m'attendais pas à une proportion aussi importante. De ce fait, certaines questions comme la question 22 portant sur l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne, ne sont probablement pas adaptées au très jeune âge.

Ce questionnaire aurait également mérité à gagner en précision en insérant des questions sur la présence d'amputation ou sur la présence d'une brûlure sur les deux mains par exemple.

5.3. Bilan personnel

Ce travail me permet de m'initier à la méthode de recherche. Il m'est utile dans le sens où c'est un passage essentiel vers la professionnalisation. En effet, il permet de développer les compétences d'analyse et de synthèse. Il entraine également la concentration, l'organisation et la rigueur, qualités essentielles pour ma future pratique. D'avoir pu les exercer, ce travail me conforte dans mon identité et mes valeurs professionnelles.

D'un point de vue plus personnel, ce travail me permet d'enrichir mon esprit critique. En effet, ayant pu réaliser une enquête et ayant vécu les difficultés qu'entraine cette dernière, il m'est plus facile, à présent, de pouvoir identifier la valeur scientifique des différents articles qu'il m'est amené à lire.

C'est également un premiers pas vers la recherche et il me permet d'en poser les bases. Grâce à ce travail, je me rends compte des enjeux et des impacts que peut avoir une telle démarche sur nos modes de pratiques. Ce serait un moyen d'attirer l'attention sur notre profession, d'en avoir un autre regard, et de pouvoir justifier notre exercice de manière scientifique. La recherche devient, pour moi, une source de motivation pour faire valoir nos compétences dans le milieu scientifique.

La prise de conscience de l'importance de la recherche scientifique me pousse dans mes lectures sur différents domaines et ouvre les champs de la profession. L'expérimentation de la recherche m'offre donc l'opportunité d'ouvrir mon esprit vers d'autres secteurs de la santé, d'enrichir mes connaissances et d'avoir une pratique réflexive de l'ergothérapie.

Conclusion

La brûlure grave de la main reste un traumatisme fréquemment rencontré. Les jeunes enfants sont les personnes les plus touchées dans la population. Ils sont en âge de découvrir leur environnement et d'expérimenter leurs limites. Les répercussions de la brûlure sont d'autant plus graves que ce sont des personnes en pleine croissance. Ce traumatisme entraine un traitement sur le long terme, sa cicatrice nécessitant une surveillance jusqu'à l'âge adulte.

L'ergothérapeute, professionnel de santé, œuvre pour améliorer et réduire les situations de handicap. Par ailleurs, cette discipline est encore méconnue du grand public. Elle trouve, cependant, pleinement son exercice auprès d'enfants gravement brûlés de la main. Un des buts de cette recherche était de préciser le rôle de l'ergothérapeute auprès d'enfants atteints de brûlures graves. Outre le positionnement essentiel avec la fabrication d'orthèses, un des objectifs thérapeutiques est de favoriser l'autonomie et l'indépendance de ces enfants.

Une problématique a donc émergé se caractérisant par la place du jeu pour l'ergothérapeute dans sa prise en charge agissant sur l'intégration de la main brûlée dans la vie quotidienne de l'enfant.

L'utilisation du jeu avec ce public est le médiateur par excellence dans la prise en charge. A travers l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche, il s'avère que le jeu pourrait avoir un impact bénéfique sur l'intégration du membre brûlé. Cet impact aurait un retentissement sur la qualité de vie de ces enfants.

Il est essentiel, dans l'avenir, de pouvoir établir un lien de causalité entre ces différents éléments.

Le jeu, activité signifiante pour l'enfant et outil incontournable en ergothérapie, pourrait revêtir d'autres caractères thérapeutiques qu'il serait intéressant d'étudier.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres d'ouvrage

ANNEQUIN, D. *La douleur chez l'enfant*. Pédiatrie au quotidien. ELSEVIER MASSON, 2002.

BENMASSAOUD, H., ABID, H. MANKAR-BENNIS, N. [et al.]. *Pronostic fonctionnel de la main brûlée chez le nourrisson : à propos d'un cas.* Annals of physical and rehabilitation medicine. ELSEVIER MASSON, 2011.

BOURGEOIS, E., LOSSER, M.-R. *Brûlures graves*. Paris : SFMU/SRLF, 2012.

BLOUIN, M. *Dictionnaire de la réadaptation.* Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale. Office de la langue française. Sainte-Foy : Publications du Québec, 1997.

CAMBIER, J., MASSON, M., DEHEN, H. *Abrégé de neurologie*. Paris : MASSON, 1978.

CONTI, E. *Les brûlures de la main chez l'enfant.* Chirurgie de la main. ELSEVIER MASSON, 2013.

CORRAZE, J. *La psychomotricité: un itinéraire*. Groupe de Boeck, 2009.

DE BUYS ROESSINGH, A., HOHLFELD, J. Généralités sur la brûlure de l'enfant. In : DEPARTEMENT MEDICO-CHIRUGICAL DE PEDIATRIE. *La brûlure et l'enfant*. Vaud : CHUV, 2011. Pp 4-6.

DESCHAMPS, H., JAUFFRET, E. *Particularités de la rééducation de l'enfant brûlé*. Archives médicales. Paris : MASSON, 2005.

DUFOUR, C., ALTIERI, F. Ergothérapie. In : DEPARTEMENT MEDICO-CHIRUGICAL DE PEDIATRIE. *La brûlure et l'enfant*. Vaud : CHUV, 2011. Pp 17-18.

EPSTEIN-ZAU, J. *Le jeu enjeu*. Paris : Armand Colin, 1996.

FERLAND, F. *Le développement de l'enfant au quotidien : Du berceau à l'école primaire*. Québec : Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004.

FERLAND, F. Le jeu tel que conçu dans le modèle ludique. In : ALEXANDRE, A., LEFÉVÈRE, G., PALU, M., et al*. Ergothérapie en pédiatrie*. Groupe de Boeck, 2010, première partie, chapitre 8, p. 113-123.

FERLAND, F. *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. PUM, 2003.

GUILLOT, M. *La rééducation pédiatrique du brûlé*. Les brûlures de A à Z. ELSEVIER, 2010.

KAMINA, P. *Anatomie clinique : Anatomie générale-Membres*. Tome 1. Quatrième édition. Paris : Maloine ed, 2011.

LATARJET, J. *La douleur du brûlé.* Archives scientifiques et médicales. ELSEVIER, 2002.

MAGNE, J. *Aspects psychologiques de la brûlure*. Archives scientifiques et médicales. ELSEVIER, 2002.

MANIFICAT, S., DAZORD, A., COCHAT, P., [et al.]. *Évaluation de la qualité de vie en pédiatrie: comment recueillir le point de vue de l'enfant*. Archives de pédiatrie. ELSEVIER, 1997.

MOREL-BRACQ, M. *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux.* Marseille : Solal, 2009.

MASLOW, A. *L'accomplissement de soi. De la motivation à la plénitude*. Paris : Eyrolles, 2004, 17-51pp.

MASLOW, A. *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard, 1989.

POIRET, G., GUERRESCHI, P., MAILLET, M. [et al.]. *Le traitement des séquelles de brûlure de l'enfant*. Annales de chirurgie plastique esthétique. ELSEVIER MASSON, 2011.

PURDUE, F., HUNT, J., BURRIS, A. *Pediatric burn care*. Clinic pediatric emergency. ELSEVIER SCIENCE, 2002.

ROBINSON, B. *Corps et psychomotricité*. Editions L'Harmattan, 2014.

ROCHET, J.M., HAREB, F. *Brûlures et rééducation.* Archives scientifiques et médicales. ELSEVIER, 2002.

SÈVE-FERRIEU, N. *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle: du trouble à la rééducation*. Neuropsychologie. ELSEVIER MASSON, 4ème édition, 2014.

VOULLIAUME, D., MOJALLAL, A., COMPARIN, J.P.[et al.]. Brûlures graves de la main et lambeaux : choix thérapeutiques et revue de littérature. Annales de chirurgie plastique esthétique. ELSEVIER, 2005.

VOULLIAUME, D., PAPALIA, I., CHICHERY, A. [et al.]. *Traitement des séquelles de brûlures : Brûlures des mains*. Archives chirurgies. ELSEVIER, 2005.

WILK, A. *Le traitement des brûlures*. Université Louis Pasteur, Faculté de médecine de Strasbourg, 2005, 9p.

WINNICOTT, D. W., MONOD, C. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975.

Congrès, colloques, conférences

OUHADDI, H., HORAIN, P., et MIKOLAJCZYK, K. Modélisation et suivi de la main. In : *Actes 4èmes Journées d'études et d'échanges Compression et Représentation des Signaux Audiovisuels (CORESA'98)*, 1998. p. 109-114.

Rapport/Guide

PASQUEREAU, A., THELOT, B. *Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008* [en ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014. 8p. (Consulté le 12/03/2015). Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr

Sites internet

Organisation mondiale de la santé : www.who.int

Dictionnaire Larousse : www.larousse.fr

Dictionnaire Le Petit Robert : www.lerobert.com

Association nationale française des ergothérapeutes : www.anfe.fr

Service Public de la diffusion du droit : www.legifrance.gouv.fr

Sommaire des annexes

Annexe I : Répartition, par classe d'âge, des hospitalisations pour brûlures et des personnes gravement brûlées en Centre de traitement de la brûlure (Institut de veille sanitaire)

Annexe II : Niveau d'atteinte des différentes couches de la peau en fonction du degré de la brûlure

Annexe III : Algorithme de Bourgeois sur l'orientation pour l'hospitalisation d'un patient brûlé

Annexe IV : Homonculus moteur et sensitif de PENFIELD

Annexe V : Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Annexe VI : Schéma du modèle ludique de Francine FERLAND

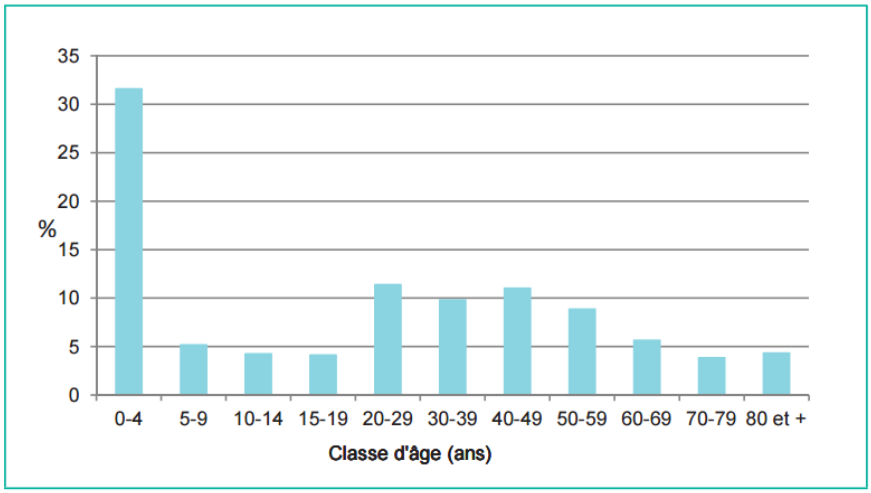
Annexe VII : Pyramide des besoins de Maslow

Annexe VIII : Matrices théoriques

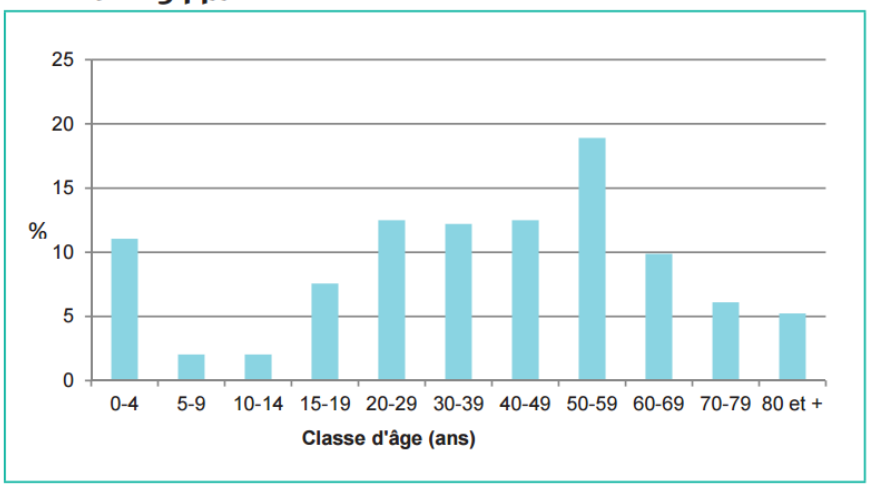
Annexe IX : Questionnaires

<u>Annexe I :</u> Répartition, par classe d'âge, des hospitalisations pour brûlures et des personnes gravement brûlées en Centre de traitement de la brûlure (Institut de veille sanitaire)

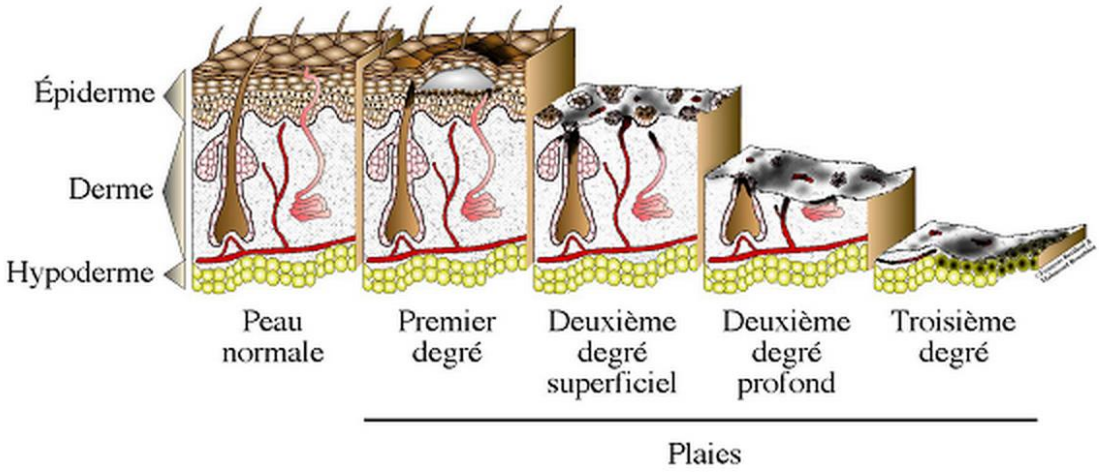
Répartition des hospitalisations pour brûlures par classe d'âge, PMSI-MCO, France métropolitaine, 2011 (N = 11 824)



Répartition des personnes gravement brûlées en CTB par classe d'âge, PMSI-MCO, France métropolitaine, 2011 (N = 344))

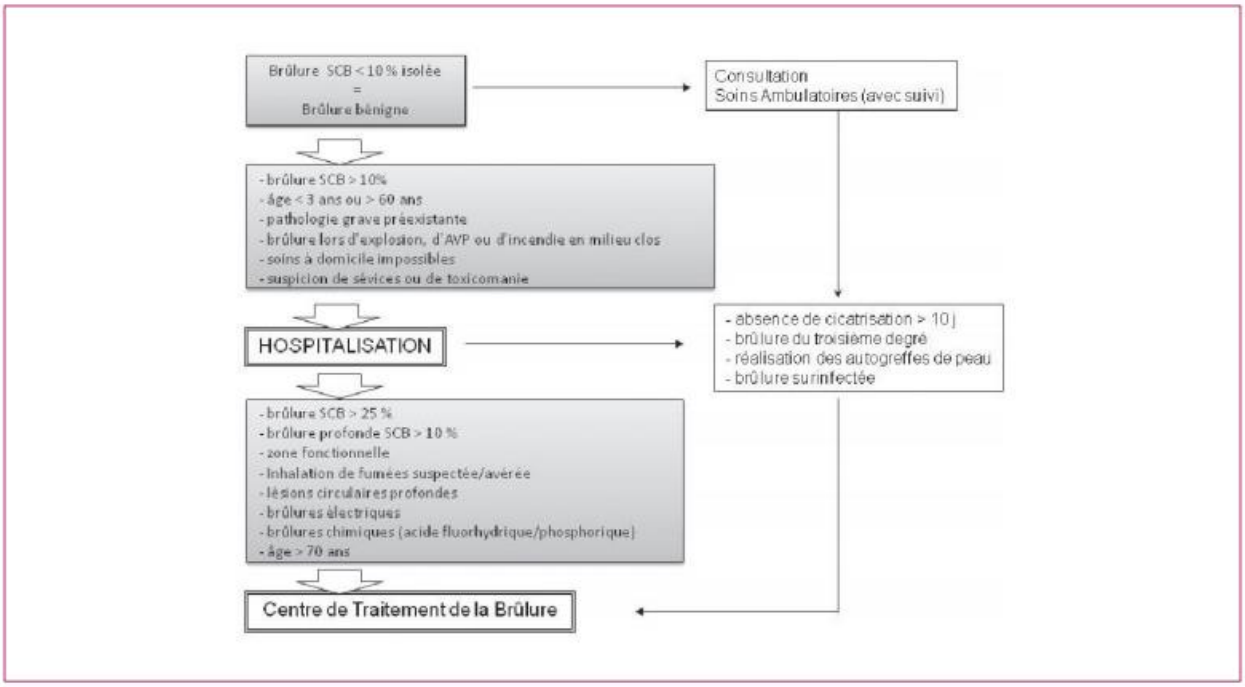


<u>Annexe II :</u> Niveau d'atteinte des différentes couches de la peau en fonction du degré de la brûlure

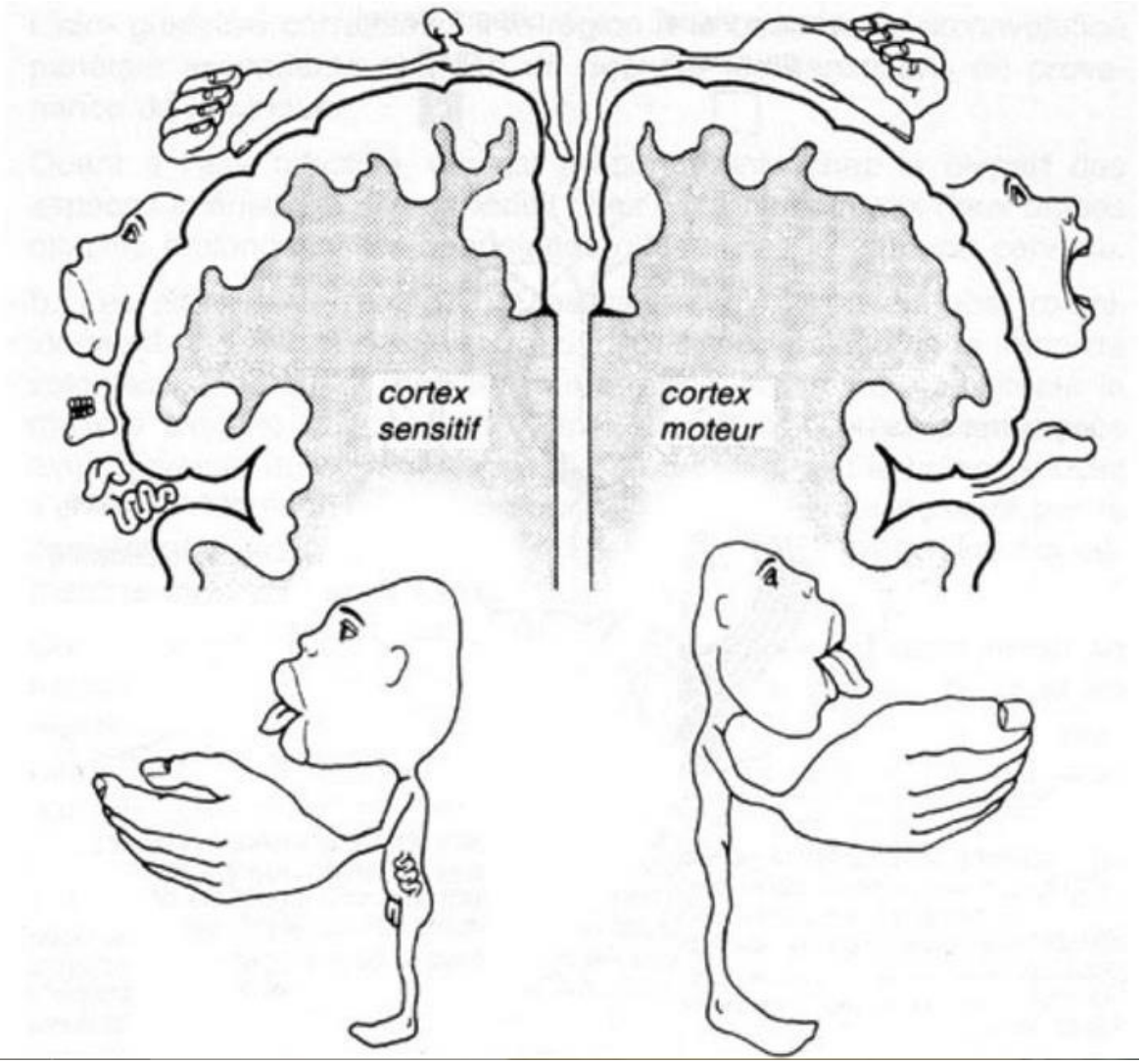


<u>Annexe III :</u> Algorithme de BOURGEOIS

Figure 1 – Algorithme d'orientation pour l'hospitalisation d'un patient brûlé



<u>Annexe IV</u> : Homonculus moteur et sensitif de PENFIELD



Annexe V : Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

ANNEXE I

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Référentiel d'activités

L'ergothérapeute est un professionnel de santé. L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon « occupation » (1) : « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs. L'ergothérapie intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. Il collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents. L'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige.

L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace. Il s'attache à recevoir le consentement éclairé du bénéficiaire de son intervention.

L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapique.

L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. Ces activités, qu'elles soient à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs, favorisent l'entretien et l'amélioration des fonctions, et réduisent les limitations fonctionnelles. Elles développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie.

L'ergothérapeute utilise des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives...Tout au long de ces mises en situation, l'ergothérapeute évalue la personne en activité dans son environnement. Selon les nécessités, il apporte des conseils et adapte les éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour favoriser une activité adaptée et sécurisée et lutter contre les situations de handicap.

Pour faciliter l'engagement dans les activités et leur réalisation, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre facilitant et accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques. Dans un cadre exclusivement institutionnel, en l'absence d'une orientation médicale impliquant un professionnel de l'appareillage, l'ergothérapeute conçoit et réalise du petit appareillage provisoire, extemporané et adapté à la morphologie du patient sans utilisation de la technique du moulage : orthèses à visée fonctionnelle ou de positionnement et orthèses à visée d'aide technique.

L'ergothérapeute rend compte de son intervention et de ses résultats aux bénéficiaires et aux différents intervenants concernés et formule des préconisations.

L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence.

L'ergothérapeute exerce au sein des institutions sanitaires, médico-sociales ou sociales mais aussi à l'extérieur des institutions dans les milieux de vie, dans le cadre d'associations, de services de maintien à domicile, de réseaux, de maisons départementales des personnes handicapées, de prestations libres et prescrites.

L'exercice est réglementé par l'article L. 4331-1 du code de la santé publique et il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées.

(1) ENOTHE : European network occupational therapy in higher education.

Définition du métier, dans le respect de ce qui précède

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.

Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique.

Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.

Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation.

Activités

1. Recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.
4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

Annexe VI : Schéma du modèle ludique de Francine FERLAND

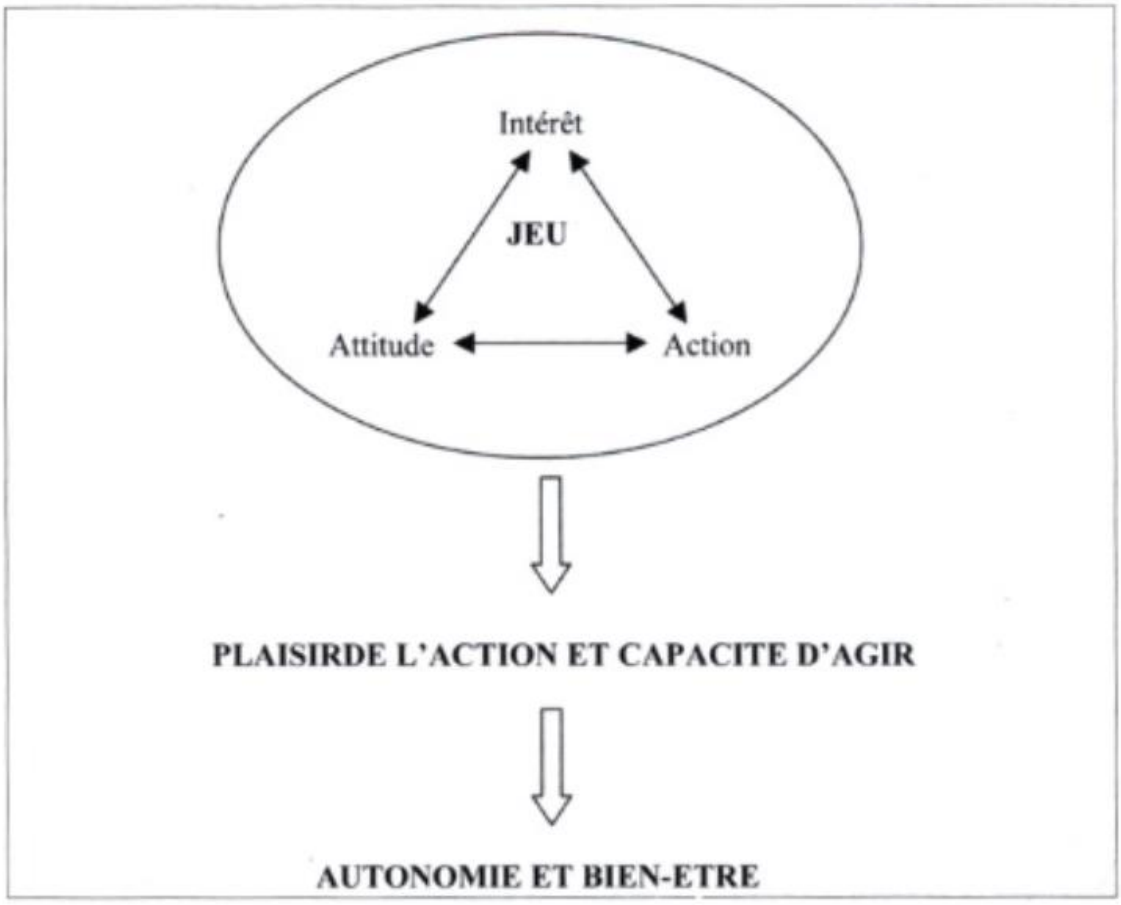
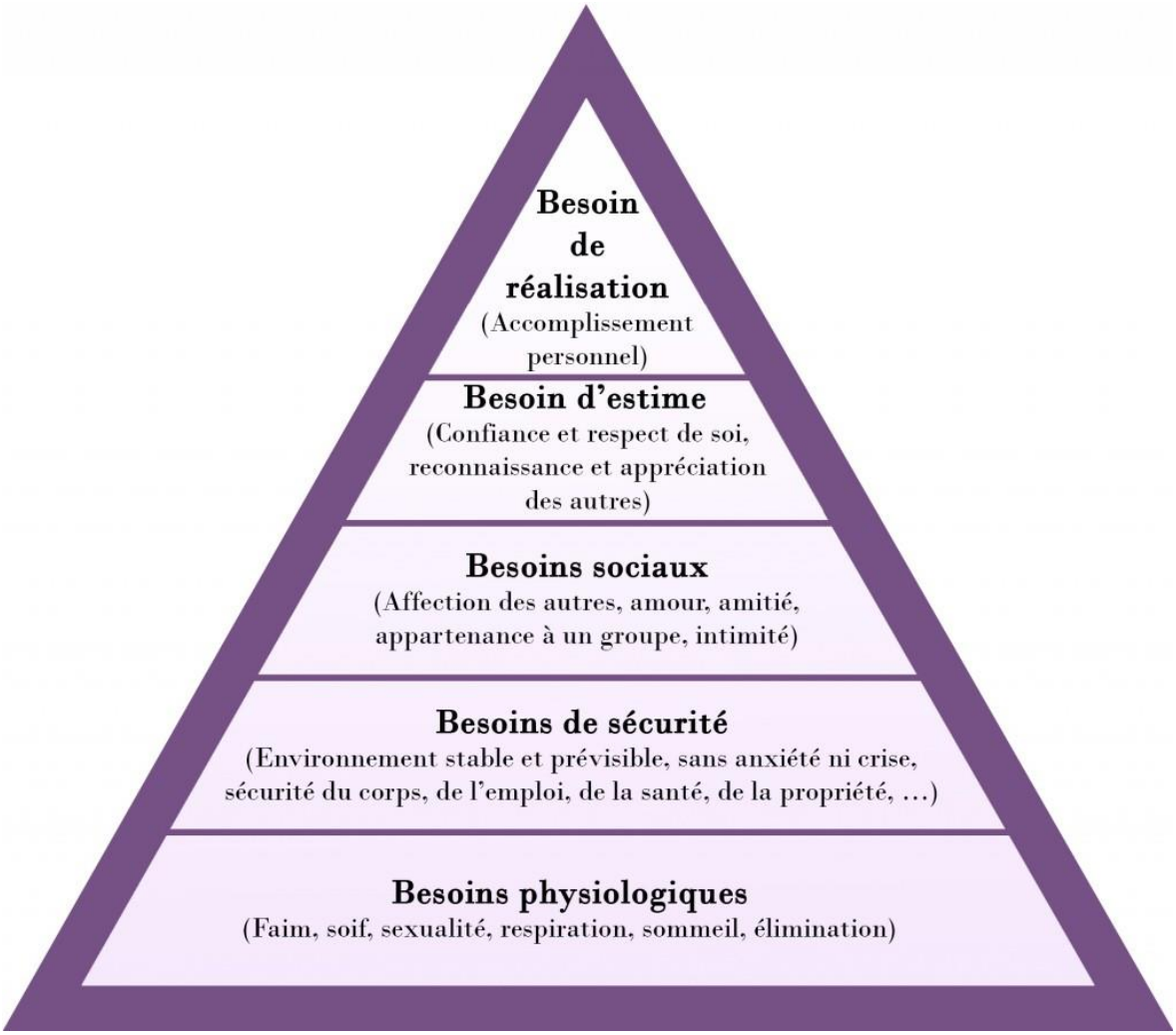


Figure 13. Le modèle ludique (avec la permission des Presses Universitaires de Montréal).

Annexe VII : Pyramide des besoins de Maslow



<u>Annexe VIII</u> : Matrices théoriques

<table>
<tr><th>Modèle/Concept</th><th>Indicateurs</th><th>Critères</th><th>Indices</th><th>Questions</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Schéma corporel de Nicole SEVE-FERRIEU, 2014</td><td rowspan="2">Avoir un corps</td><td>Corps visuel :

- expérience motrice
- expérience visuel
- expérience sensitive</td><td>- Réception d’informations sensitives de la main (douleurs, prurit)
- Localisation de ces sensations
- Exploration de l’environnement avec la main brûlée
- Regard porté sur la main</td><td>6, 14</td></tr>
<tr><td>Corps kinesthésique :

- Position du corps
- Mouvement du corps</td><td>- Posture du corps adaptée dans l’espace
- Posture de la main lors des activités
- Capacité de s’orienter vers des objets
- Investissement de l’espace
- Utilisation de la main brûlée dans les activités
- Fluidité et précision des gestes de la main
- Choix d’une dominance</td><td>4, 5, 8, 10, 11, 16, 19</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Etre un corps (dimension affective, image de soi)</td><td>Sentiment
Compréhension
Imagination
Connaissance</td><td rowspan="3">- Reconnaissance de la main brûlée
- Compréhension de l’atteinte de la main
- Identification des repères spatiaux
- Dénomination des parties du corps
- Orientation des objets par rapport à son corps
- Reconnaissance des parties du corps</td><td rowspan="3">7, 14, 18</td></tr>
<tr><td>Orientation</td></tr>
</table>

Modèle/ Concept	Indicateurs	Critères	Indices	Questions
La qualité de vie, Maslow (1943)	Besoins Physiologiques	Alimentation	- Appétit - Indépendance pour le repas - Utilisation des deux mains	4, 9, 11
		Repos	- Fatigue, Qualité du sommeil	
		Activité	- Participation/Motivation - Intégration de la main brûlée - Prendre du plaisir	
		Douleur	- A l'utilisation de la main - Au repos	
	Besoins de sécurité	Besoins Physiques et psychologiques : - Elimination des dangers physiques et psychologiques - Délivrance de la douleur - Connaissances des éléments facilitateurs de l'environnement	- Sentiment de sécurité - Confiance aux soignants - Comportement : craintes, inquiétudes, pleurs - Prise d'informations de la part de l'enfant concernant sa main	17, 18
		Besoins de propriété : - Maîtrise des événements	- Connaissance du personnel soignant - Explication des soins - Connaissance des temps de présence de la famille	
	Besoins d'appartenance	Affectivité	- Acceptation de la brûlure - Réseau de communication satisfaisant	7, 18, 21
		Estime de la part des autres	- Acceptation par ses pairs - Soutien de la famille - Relation de confiance	
		Appartenance	- Sentiment d'appartenance - Reconnaissance du statut d'enfant	
	Besoins d'estime	Sentiment d'être utile	- Motivation face au jeu - Sentiments face aux capacités de sa main - Désir de réussite dans les activités - Image de soi - Attitude face aux regards des autres	9, 12, 14, 20, 22
		Avoir de la valeur		
		Acceptation de soi		
		Développement de l'indépendance	- Indépendance dans les activités de la vie quotidienne	
	Besoins de s'accomplir	Résolution des problèmes	- Participation aux activités - Réaction face à l'échec - Réaction face à l'angoisse - Evocation de l'enfant de la brûlure aux autres enfants, parents, soignants - Prise d'initiatives	12, 15, 18
		Acceptation des conseils		
		Contrôle de l'angoisse		
		Recherche de nouvelles expériences		

Modèle / Concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Modèle ludique de Francine Ferland, 2003	Intérêt	Faire naitre le désir de d'agir	- Plaisir d'être actif - Choix d'un jeu bimanuel - Réticence à l'utilisation des deux mains	1, 2, 3, 9
		Maintenir le plaisir de faire	- Exploration du matériel - Choix d'activités bimanuelles	
	Attitude ludique	Plaisir	- Prendre du plaisir à réaliser une activité bimanuelle - Manifestation de douleur - Maitrise du jeu	9, 13
		Curiosité	- Eveil de la curiosité - Attention soutenue	
		Sens de l'humour	Rires, plaisanteries de l'enfant	
		Spontanéité	- Prendre des initiatives - Intégration de nouveaux objets dans le jeu - Utilisation spontanée des deux mains	
	Action	Capacité d'agir	Capacité d'utiliser ses deux mains Coordination bimanuelle	5, 13
		Adapter l'activité	Recherche de solutions : - utilisation de la main brûlée avec/sans indication - utilisation d'outils ou de positions différentes pour ne pas utiliser sa main brûlée Modifications des étapes de réalisation : - Réalise d'abord les étapes monomanuelles puis les étapes bimanuelles - Ne réalise pas les étapes bimanuelles	13, 15
		Réagir devant l'impossibilité	Face à l'échec : - Introduction de la main brûlée dans le jeu - Exclusion de la main du jeu - Relatéralisation - Demander de l'aide et des conseils - Changement d'activité	5, 6, 15

Annexe IX : Questionnaires

Questionnaire l'adulte et la brûlure de la main

Dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'étude en ergothérapie, je réalise une enquête auprès des personnes **gravement brûlées de la main**. Ce questionnaire se destine aux ergothérapeutes prenant en charge des patients exclusivement dans ce contexte. Merci de bien vouloir répondre à tous les items en cochant la case correspondante à votre réponse. Il n'y pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ce questionnaire est anonyme et dure environ une dizaine de minutes.

Age : _____

Date du DE : _____

Dans quel contexte exercez-vous ?

☐ SSR ☐ Centre de traitement de la brûlure ☐ Libérale ☐ Autre

A quel moment de la prise en charge intervenez-vous par rapport à la brûlure de la personne ? (Plusieurs réponses sont possibles)

☐ 0 à 1mois ☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 mois à 1 an ☐ 1 an et plus

Combien de personne présentant une brûlure grave de la main (autres pathologies associées comprises) avez-vous pris en charge durant ces 3 derniers mois ?

☐ 0 à 3 ☐ 3 à 8 ☐ Plus de 8

1. Utilisez-vous le jeu comme médiateur dans votre prise en charge ?
   ☐ Oui ☐ Non

2. Le patient a-t-il le choix de l'activité ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

   Si oui, le patient s'oriente-t-il vers des activités bimanuelles ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

3. Principalement, quel type d'activités est utilisé (ex : construction, modelage, dessin, …) ?
   Réponse : _____

4. Combien d’adultes présentent des difficultés pour utiliser leur main brûlée ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

5. Lorsque l’activité est bimanuelle, combien d'adultes utilisent leurs deux mains ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

6. Avez-vous déjà observé une exclusion du membre à la suite d’une brûlure de la main chez l’adulte ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

7. Combien d’adultes comprennent que leur main est atteinte d’une brûlure ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

8. Combien d’adultes positionnent correctement leur main lors des activités ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

9. Trouvez-vous que l’adulte prend plaisir à jouer ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

10. La posture du corps de l’adulte est-elle adaptée à l’activité ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

11. Combien d’adultes utilisent leur main brulée dans les activités de la vie quotidienne ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

12. L’adulte est-il content de lui quand il réussit une activité ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

13. Combien d’adultes utilisent spontanément leurs deux mains ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

14. L’adulte regarde-t-elle sa main lors de l’activité ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

15. Observez-vous des compensations à l’utilisation de la main brûlée ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

16. Combien d'adultes ont des difficultés pour s'orienter dans l'espace ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

17. Le patient parait-il inquiet ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

18. La personne parle-t-elle de sa brûlure avec sa famille, soignants ou les autres patients ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

19. Chez combien d'adultes avez-vous observé une relatéralisation à la suite d'une brûlure de la main ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

20. La personne est-elle déçue des capacités de sa main ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

21. Trouvez-vous que la personne soit acceptée auprès de ses pairs ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

22. Dans l'ensemble, combien d'adultes sont indépendants dans les activités de la vie quotidienne ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

23. Pensez-vous que le jeu soit un moyen efficace pour lutter contre l'exclusion du membre brûlé ?
    ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me prononce pas

Remarques :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Merci de votre participation !!

Questionnaire l'enfant et la brûlure de la main

Dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'étude en ergothérapie, je réalise une enquête auprès des enfants **gravement brûlés de la main**. Ce questionnaire se destine aux ergothérapeutes prenant en charge des enfants exclusivement dans ce contexte. Merci de bien vouloir répondre à tous les items en cochant la case correspondante à votre réponse. Il n'y pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ce questionnaire est anonyme et dure environ une dizaine de minutes.

Age : _____

Date du DE : _____

Dans quel contexte exercez-vous ?

☐ SSR ☐ Centre de traitement de la brûlure ☐ Libérale ☐ Autre

Selon quel mode l'enfant est-il pris en charge ?

☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation de jour ☐ Soins externes

A quel moment de la prise en charge intervenez-vous par rapport à la brûlure de l'enfant ? (Plusieurs réponses sont possibles)

☐ 0 à 1mois ☐ 1 à 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 mois à 1 an ☐ 1 an et plus

Combien d'enfants présentant une brûlure grave de la main (autres pathologies associées comprises) avez-vous pris en charge durant ces 3 derniers mois ?

☐ 0 à 3 ☐ 3 à 8 ☐ Plus de 8

Quel est, majoritairement, la moyenne d'âge de ces enfants ? (Plusieurs réponses sont possibles)

☐ 0 à 3 ans ☐ 4 à 6 ans ☐ 7 à 12 ans ☐ 13 ans et plus

1. Utilisez-vous le jeu comme médiateur avec l'enfant dans votre prise en charge ?
   ☐ Oui ☐ Non

2. L'enfant a-t-il le choix de l'activité ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

   Si oui, l'enfant s'oriente-t-il vers des activités bimanuelles ?
   ☐ Oui ☐ Non ☐ Je n'ai pas remarqué

3. Principalement, quel type d'activités est utilisé (ex : construction, modelage, dessin, …) ?
   Réponse : _____

4. Combien d'enfants présentent des difficultés pour utiliser leur main brûlée ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

5. Lorsque l'activité est bimanuelle, combien d'enfants utilisent leurs deux mains ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

6. Avez-vous déjà observé une exclusion du membre à la suite d'une brûlure de la main chez l'enfant ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

7. Combien d'enfants comprennent que leur main est atteinte d'une brûlure ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

8. Combien d'enfants positionnent correctement leur main lors des activités ?
   ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

9. Trouvez-vous que l'enfant prend plaisir à jouer ?
   ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

10. La posture du corps de l'enfant est-elle adaptée à l'activité ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

11. Combien d'enfants utilisent leur main brulée dans les activités de la vie quotidienne ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

12. L'enfant est-il content de lui quand il réussit une activité ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

13. Combien d'enfants utilisent spontanément leurs deux mains ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

14. L'enfant regarde-t-elle sa main lors de l'activité ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

15. Observez-vous des compensations à l'utilisation de la main brûlée ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

16. Combien d'enfants ont des difficultés pour s'orienter dans l'espace ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

17. L'enfant parait-il inquiet ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

18. L'enfant parle-t-elle de sa brûlure avec sa famille, soignants ou les autres patients ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

19. Chez combien d'enfants avez-vous observé une relatéralisation à la suite d'une brûlure de la main ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

20. L'enfant est-il déçu des capacités de sa main ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

21. Trouvez-vous que l'enfant soit accepté auprès de ses pairs ?
    ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

22. En tenant compte des capacités en fonction de l'âge, combien d'enfants, dans l'ensemble, sont indépendants dans les activités de la vie quotidienne ?
    ☐ Aucun ☐ Quelques ☐ La plupart ☐ Tous

23. Pensez-vous que le jeu soit un moyen efficace pour lutter contre l'exclusion du membre brûlé ?
    ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me prononce pas

Remarques :

_____

_____

_____

_____

Merci de votre participation !!

Résumé

La brûlure grave de la main est un traumatisme souvent rencontré en France. Elle touche plus particulièrement les très jeunes enfants en pleine découverte de leur environnement. Ce traumatisme engendre de sérieuses conséquences fonctionnelles comme des difficultés dans l'utilisation de la main brûlée et peut être la cause d'une exclusion du membre brûlé. De ce fait, ce traumatisme peut impacter la qualité de vie des personnes concernées.

Comment l'ergothérapeute, à travers l'utilisation du jeu, permet de lutter contre l'exclusion de la main brûlée pour améliorer la qualité de vie d'un enfant gravement atteint ?

Pour répondre à cette problématique, un questionnaire à destination des ergothérapeutes travaillant auprès de personnes gravement brûlées de la main a été élaboré. L'objectif est d'établir l'existence d'un lien entre le jeu en ergothérapie, l'intégration de la main brûlée et la qualité de vie de l'enfant.

Mots clés : Brûlure, main, enfant, jeu, ergothérapie, qualité de vie.

Abstract

The serious burn of the hand is a trauma often met in France. It affects, more particularly, very young children in the full discovery of their environment. This trauma engenders serious esthetic and functional consequences especially as its evolution is to be watched throughout the growth. It can create difficulties in the use of the burned hand and be the cause of an exclusion of the burned member. Therefore, this trauma can impact the quality of life of concerned people.

How the occupational therapist, through the use of the game, allows to fight against the exclusion of the burned hand to improve the quality of life of a seriously affected child? To answer this problem, a questionnaire bound for the occupational therapists working with people seriously burned was developed. The objective is to establish the existance of a link between the game, the integration of the burned hand and the quality of life of the child.

Keywords: burn, hand, child, game, occupational therapy, quality of life.