



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat en Ergothérapie

2016

**L'insertion sociale des personnes présentant  
des brûlures faciales, quel accompagnement  
proposer en ergothérapie ?**

**Un travail autour des activités significatives**

Soutenu par : COQUARD Anaïs

N° 11105194

*Maître de mémoire : BARRIERE Aurélie*

---

*« C'est curieux un visage, n'est-ce pas ?  
Quand on en possède un, on n'y pense pas.  
Mais dès qu'on en a plus, on se sent comme  
si la moitié du monde avait été arraché »*

*Kôbô Abbé, La face d'un autre*

---

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnées et soutenues durant mon cursus universitaire, en particulier mes parents et ma sœur.

Madame Aurélie BARRIERE, pour ses conseils, sa disponibilité, et son esprit d'ouverture ainsi que l'ensemble des membres du groupe de travail pour leur aide précieuse.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie, dont le directeur Monsieur Bernard DEVIN.

L'ensemble des personnes qui m'ont accordées du temps pour répondre à mes questions et partager leur expérience.

Je remercie également mes relectrices pour leur patience et leur implication dans cette mission. Ainsi que mes amis pour leur soutien et leur implication dans ce projet.

---

# SOMMAIRE

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	
<b>SOMMAIRE</b> .....	
<b>GLOSSAIRE</b> .....	
<b>PREAMBULE</b> .....	
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	3
1. La brûlure .....	3
1.1 Généralités .....	3
1.1.1 Définition.....	3
1.1.2 Epidémiologie.....	3
1.2 La brûlure faciale .....	4
1.2.1 Le visage.....	4
1.2.2 Conséquences d'une atteinte du visage .....	5
1.3 Parcours de soin de la brûlure .....	9
2. L'ergothérapie et la brûlure faciale .....	11
2.1 Rééducation de la brûlure faciale.....	11
2.1.1 Protocole.....	11
2.1.2 L'évaluation.....	11
2.1.3 Les moyens .....	11
2.2 Un modèle bio-psycho-social : la Classification Internationale de Fonctionnement du handicap et de la santé .....	13
3. L'insertion sociale des personnes présentant des brûlures faciales .....	16
3.1 L'insertion sociale.....	16
3.1.1 Un but .....	17
3.1.2 Un moyen .....	18
3.2 L'activité professionnelle.....	20

---

---

3.2.1	L'activité professionnelle moteur d'insertion sociale .....	21
3.2.2	L'activité professionnelle et l'ergothérapie .....	22
<b>METHODOLOGIE</b> .....		24
1.	Population interrogée.....	24
2.	L'enquête à travers l'entretien .....	24
3.	L'investigation.....	25
3.1	Démarche de recrutement .....	25
3.2	Déroulement.....	25
4.	Limite de la méthode .....	26
<b>RESULTATS</b> .....		27
1.	Caractéristiques des participants .....	27
1.1	Situation sociale.....	27
1.2	Situation professionnelle.....	28
2.	La rééducation .....	28
2.1	Rééducation en ergothérapie.....	29
3.	Le retour à domicile.....	31
3.1	Suivi médical .....	31
3.2	Situation sociale.....	32
3.3	Situation professionnelle.....	34
<b>DISCUSSION</b> .....		36
1.	Une pratique en regard de la théorie.....	36
2.	Limites de l'étude et nouvelle perspective .....	41
<b>CONCLUSION</b> .....		43
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....		
<b>ANNEXES</b> .....		

---

---

## GLOSSAIRE

---

ABF : Association des Brûlés de France

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AGEFIPH : Association Nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés

CIF : Classification International du Fonctionnement du handicap et de la santé

COMETE : COMmunication, Environnement, Tremplin pour l'Emploi

CTRO : Code Taxonomique du Rendement Occupationnel

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

FLAM : Force, Liberté, Amour, Mouvement d'accueil

IIDRIS : l'Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale

InVS : Institut Veille Sanitaire

MCRO-P : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Sex ratio =  $\frac{\text{Nombre d'hommes}}{\text{Nombre de femmes}}$

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

---

## PREAMBULE

---

Suite à un stage réalisé dans un service de réhabilitation de brûlés, j'ai été confrontée à des patients dont une grande partie de leur surface corporelle était marquée par des brûlures.

L'ergothérapeute accueillait les patients lors de séance quotidienne, avec comme objectifs : la réduction des troubles cutanés et la récupération fonctionnelle principalement du membre supérieur. Différents moyens étaient mis en œuvre pour répondre aux objectifs : d'une part la confection de compressifs souples (vêtements) et/ou rigides (masque, minerve) et d'autre part la réalisation d'activités, principalement analytiques, ciblées sur le déficit fonctionnel du patient. Les rôles observés de l'ergothérapeute auprès de cette population se limitent donc à des actes de prévention des complications liées à la cicatrisation et la rééducation des atteintes fonctionnelles. Néanmoins l'ergothérapeute est habilité à faire de la rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion.

C'est la situation d'une patiente en particulier qui m'a interpellée. C'était la première patiente rencontrée au cours de mon stage dans ce service. Les brûlures de Mlle X, 23 ans, survenues dans un contexte d'une extrême violence, occupaient 95% de sa surface corporelle totale.

Pour ma part, l'apparence est un moteur de la vie sociale. A cet âge la création de liens sociaux, personnels ou professionnels, est à son apogée. Ainsi tout manquement aux normes sociales peut entraîner une perte de confiance en soi et provoquer un isolement.

En tant que future ergothérapeute, je me suis donc interrogée sur le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion des grands brûlés dans la société, tout particulièrement pour les patients dont les séquelles seront présentes au niveau du visage.

---

# INTRODUCTION

---

Les avancées médicales, chirurgicales et de réanimations de ces trente dernières années ont considérablement fait évoluer le sort des victimes de brûlures. En effet, un nombre accru de victimes de brûlures, avec des séquelles plus importantes qu'auparavant, nécessite des soins de rééducation. Cela a entraîné l'ouverture de services spécialisés dans l'accueil des brûlés faisant l'objet de l'article R- 6122-25<sup>1</sup> du code de la santé publique. A ce jour, on en dénombre quatorze, recevant des adultes, en France métropolitaine.

Cette présente étude va s'intéresser particulièrement aux personnes présentant des brûlures au niveau du visage. La brûlure, de surcroît visible, entraîne des modifications physiques et psychiques marquant une rupture avec la vie antérieure. Ces personnes devront au terme de leur hospitalisation retrouver leur rôle au sein de la société. La littérature scientifique décrit deux des grands rôles de l'ergothérapeute auprès de cette population : la mise en place et le suivi de l'appareillage ainsi que des actes de rééducations fonctionnelles (Rochet et Hareb, 2002). Néanmoins, l'ergothérapeute, riche de sa vision systémique grâce à l'utilisation de modèles conceptuels qui encadre sa pratique et à son large choix d'outils, pourrait accompagner de façon plus étroite l'insertion sociale des personnes présentant des brûlures au niveau du visage.

« L'ergothérapie est l'art et la science visant à favoriser la participation à la vie de tous les jours » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2007). Dans nos sociétés modernes, une des activités principales qui rythme notre quotidien est le travail. Pour les personnes présentant des brûlures, le retour au travail est souvent complexe aux vues de leurs séquelles fonctionnelles et esthétiques. Pour autant, une majorité de personnes reprend une activité professionnelle. En effet, cela concerne entre 70 et 90% des victimes de brûlures et ce dans un laps de temps variable selon les études (Chauvineau, Marduel et Queruel, 2009).

Le retour à la vie sociale est un processus complexe du fait de la durée des soins, de l'appropriation de la nouvelle apparence, de ce qu'elle renvoie et fait vivre. De ce constat émane un questionnement autour duquel va s'articuler la présente étude :

---

<sup>1</sup> Annexe 1

---

**Au-delà de son intervention sur les déficiences, l'ergothérapeute peut-il avoir d'autres types d'actions auprès des personnes présentant des brûlures faciales pour faciliter leur insertion sociale ?**

L'hypothèse de recherche est la suivante :

**L'accompagnement dans le réinvestissement d'une activité significative, telle que l'activité professionnelle au sens de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, pourrait être un moyen de favoriser l'insertion sociale.**

Pour tenter de répondre à cette problématique, dans un premier temps, la partie théorique va venir éclairer les grands concepts de l'étude, définir les spécificités de cette population, leur parcours de soin et le rôle que joue l'ergothérapeute ainsi que les perspectives d'insertion sociale. Puis une exploration de la pratique sera faite afin de tester l'hypothèse de recherche. Et enfin la discussion viendra mettre en regard ces deux précédentes parties.

---

# PARTIE THEORIQUE

---

## 1. La brûlure

### 1.1 Généralités

#### 1.1.1 Définition

Une brûlure est causée par un transfert d'énergie entre une source de chaleur et le corps humain. Elle se produit lorsque la chaleur absorbée est plus importante que la chaleur dissipée. Elle peut être due à une chaleur intense, des rayons ionisants, certains produits chimiques ou un courant électrique.

La gravité de l'atteinte est définie par des caractéristiques standards : l'étendue, exprimée en pourcentage de surface corporelle et la profondeur, en degré. Néanmoins, d'autres facteurs tels que la localisation de la brûlure, l'âge de la victime et la présence de pathologies ou de traumatismes associés permettent d'estimer la sévérité de la lésion.

Le cofondateur de l'association québécoise des grands brûlés Force, Liberté, Amour, Mouvement d'accueil (FLAM), le Docteur Henri-Louis Bouchard, définit, lui, la gravité de la brûlure par « le traumatisme psychologique lié à la perception qu'a la victime au regard des pertes sur le plan personnel, professionnel et social. ».

#### 1.1.2 Epidémiologie

La brûlure est une pathologie courante. L'annexe 1 issue de la circulaire DHOS/O4 no 2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soin des traitements des grands brûlés<sup>2</sup> dénombre, en France, 400 000 cas de brûlures nécessitant des soins médicaux.

D'après les dernières données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en France métropolitaine, les victimes de brûlures représentent une population cible conséquente : chaque année, environ 12 000 personnes sont hospitalisées pour brûlures dont environ 9000 en centre de traitement des brûlés. Cette population se caractérise par :

---

<sup>2</sup> Annexe 2

- 
- une moyenne d'âge de 30,4 ans, 29,8 ans pour les hommes et 31,4 ans pour les femmes,
  - un sex-ratio de 1,7,
  - et des atteintes majoritairement au niveau de la tête et du cou (21,9 % des brûlures) (InVS, 2011).

## 1.2 La brûlure faciale

### 1.2.1 Le visage

#### a. Physiologie du visage

Sur le plan histologique, la peau est constituée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'**épiderme** n'est ni vascularisé ni innervé, il contient de la kératine qui a un rôle de protection mécanique et de la mélanine pour la protection contre les rayons ultraviolets. Il repose sur la jonction dermo-épidermique qui contient des cellules basales permettant son renouvellement tous les trente jours. Le **derme** est vascularisé et innervé, il contient des fibroblastes qui synthétisent des protéines : le collagène pour la structure de la peau, la réticuline pour sa résistance et l'élastine pour son élasticité. Enfin, l'**hypoderme** est un tissu adipo-graisseux qui permet le glissement de la peau sur les tissus sous-jacents. Il joue aussi un rôle dans la régulation hydrique.

Sur le plan anatomique et fonctionnel, on note des particularités au niveau du visage. Le tégument facial est souple et d'épaisseur inégale. Par exemple, la peau palpébrale est quatre fois moins épaisse que la peau jugale. La coloration est également variable d'un territoire à l'autre. De plus, la face est le siège d'organes sensoriels : l'ouïe, la vue et l'odorat, et d'orifices : les voies aéro-digestives supérieures nécessaires à l'alimentation et à la communication.

---

## **b. Psychologie du visage**

Le rôle psychologique de la peau est décrit par de célèbres psychanalystes, tel que Didier Anzieu (1995). Selon lui, la peau représente les limites de soi, du dedans et du dehors. Elle est perçue comme une enveloppe psychique contenant, son altération aboutit donc à une désorganisation psychique qui a des conséquences psychologiques graves et durables.

Le mot « visage » vient de l'ancien français « vis » lui-même issu du latin « visum » qui signifie une chose vue (Le petit Robert, 2002). L'étymologie du mot visage renvoie donc à la notion d'apparence. « En outre, grâce à sa mobilité et son pouvoir d'expression, le visage est le lieu géographique de la personnalité, de l'intime, de l'identité, de l'humain. » (Malet et Consoli, 2015). Un visage séduisant est un gage de réussite au niveau socioprofessionnel.

En cosmétologie et dermatologie, le rôle de l'apparence a été étudié précisément. Du moyen âge au XIX<sup>e</sup> siècle, elle déterminait l'appartenance socioculturelle. De nos jours, l'apparence n'est plus imposée par notre milieu social. Cependant, elle renvoie toujours des informations sur la personne : elle est révélatrice de la personnalité, du courant de pensée et du mode de vie auquel la personne adhère.

### **1.2.2 Conséquences d'une atteinte du visage**

#### **a. Physiologiques**

Suite à une brûlure grave la peau présente une perte de sensibilité partielle ou totale, la cicatrisation de la peau brûlée ou greffée est atypique. En effet, elle peut présenter différentes caractéristiques spécifiques.

L'hypertrophie est caractérisée par une cicatrice épaisse et boursoufflée. Cette déformation est redoutée lors d'une cicatrisation tardive dans la région cervico-thoracique, la partie basse du visage et les zones peu mobiles.

Des rétractions peuvent apparaître le long des lignes de force. Elles sont favorisées par l'attitude vicieuse antalgique, l'œdème, l'ischémie, la résolution musculaire obtenue par la sédation et l'altération de l'état général. On distingue les rétractions multidirectionnelles ou placards, des rétractions unidirectionnelles, appelées brides en

---

zones libres ou palmées sur les bords libres. On parle de brides statiques ou dynamiques selon la visibilité au repos ou lors de la mise en tension de la peau. Ces rétractations sont particulièrement à redouter dans les zones péri-orificielle comme la bouche, où on pourra voir apparaître, par exemple, une éversion labiale.

Les brûlures très profondes peuvent entraîner la carbonisation des tissus et aboutir à une amputation. Au niveau du visage, on parle d'amputation esthétique (par exemple le nez).

Lors de la cicatrisation, la peau peut avoir des variations de teintes disharmonieuses appelées dyschromie. Cette complication est à prendre en compte notamment au niveau du visage.

Une brûlure palpébrale pourra mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel de la vision (Bouguila et al, 2011). Néanmoins, les yeux sont relativement protégés grâce au réflexe d'occlusion palpébrale mais les brûlures profondes peuvent tout de même être responsables de graves séquelles.

De plus une brûlure au niveau du visage est un diagnostic présomptif d'inhalation de gaz ou de fumé pouvant être à l'origine d'une brûlure des voies aériennes entraînant des complications respiratoires (Bargue, Vaylet, Le Bever, L'Her et Carsin, 2005). Cela reste la cause principale de décès chez les brûlés graves.

L'ensemble des conséquences anatomiques que l'on peut retrouver au niveau du visage aura un retentissement dans les activités et la participation de la personne.

### **b. Psychologiques**

L'atteinte psychologique peut être expliquée par plusieurs paramètres. Le visage est la zone la plus exposée au regard, c'est la partie la plus sociale du corps humain souvent considéré comme le miroir le plus précis de notre intérieur. Avant d'être confronté au regard des autres, le grand brûlé est confronté à sa nouvelle image. Bien qu'il soit informé, qu'il se soit imaginé sa brûlure, le patient n'est jamais prêt à affronter une telle brutalité (Dubuis, 2014). Il devra entamer un travail de deuil de son image corporelle antérieure lors de sa reprise de contact avec l'environnement proche.

---

L'atteinte psychologique pourra donc avoir des répercussions à plusieurs niveaux. L'Organisation Mondiale de la Santé définit en 1994 la qualité de la vie comme « 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 ». Malgré le facteur multidimensionnel de la qualité de vie, une évaluation spécifique créée aux Etats-Unis puis par la suite revisitée par Susan J. BLALOCK et l'équipe du département de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Université de Caroline du Nord, *The Burn Specific Health Scale*, a permis d'identifier les facteurs l'influant chez les grands brûlés (Campech, 2000).

Dans cette auto-évaluation quatre grands domaines y sont abordés avec différents sous-domaines :

- Physique et thérapeutique : sensibilité à la chaleur, contraintes thérapeutiques.
- Psychologie : l'affect.
- Relationnel et image du corps : relations interpersonnelles, image du corps.
- Performances fonctionnelles : activités fonctionnelles, activité professionnelle.

Toute altération organique entraîne une blessure narcissique mais une affection cutanée a la spécificité d'altérer l'image de soi et par conséquent l'estime de soi. L'étudiante Alice Pâquet dans son mémoire concernant les personnes atteintes de brûlures (2002) fait référence au travail de Brown Scott Marie. Dans son ouvrage, *Distortions in body image in illness and disability*, elle met en avant les quatre facteurs influençant l'image corporelle : la signification fonctionnelle de la zone atteinte, la visibilité de l'atteinte, la rapidité de la survenue et la place de l'apparence pour la victime. Les trois premiers facteurs s'appliquent systématiquement au cas de la brûlure faciale et permettent d'expliquer la dépréciation de l'image corporelle des victimes (Bolduc, 1996).

Dans la classification des stigmates de Goffman, la brûlure du visage est qualifiée de « monstruosité du corps ». De plus, on parle de « stigmatisé discrédité » lorsque le sujet ne peut cacher son stigmate, et à l'inverse, on parlera de « stigmatisé discréditable » s'il peut être dissimulé.

En effet, il existe une corrélation significative entre la lésion cicatricielle visible, les différents aspects d'estime de soi et la stigmatisation perçue (Lawrence et Fauerbach,

---

2003). Certains auteurs, comme Bolduc (1996), considèrent même l'atteinte esthétique comme la plus difficile à surmonter.

La qualité d'interaction dépend des participants impliqués, cependant il apparaît qu'en grande partie la responsabilité d'amorcer et réaliser l'échange repose sur le défiguré. En effet, lorsque l'on étudie les interactions entre « normal » et « stigmatisé », il en ressort que le comportement du « stigmatisé » reflète son malaise (Macgregor, 1990). Ceci peut être expliqué par la présence de troubles du développement de la personnalité et de la santé mentale chez les personnes dont le visage ne correspond pas à la norme sociale.

L'ensemble de ces facteurs vont influencer la participation aux activités. En effet, la majeure partie des activités réalisées par l'Homme ont lieu en présence ou en interaction avec autrui. C'est pourquoi, il est nécessaire d'accompagner la personne défigurée afin de lui permettre d'appréhender la confrontation avec l'extérieur dans une société où la norme physique est un diktat.

L'hôpital ou le centre de rééducation est considéré comme un lieu « retiré » où le stigmatisé peut vivre librement sans être jugé car entouré d'« initiés »<sup>3</sup>. C'est ici qu'il devra être préparé à fréquenter des lieux dit « interdits », où le stigmate n'est pas accepté, et « policés », comme le domicile, où le stigmatisé est traité avec politesse.

Plusieurs études ont montré que le sentiment d'efficacité personnelle, se définissant par la croyance en sa capacité d'entreprendre un comportement et de le maintenir malgré la présence d'obstacles, ainsi que l'entourage social et familial jouent un rôle prépondérant dans la participation (effet Golem VS effet Pygmalion) et la perception de l'image de soi (Pâquet, 2002). Ces facteurs seront facilitateurs pour faire face à cette nouvelle réalité.

L'atteinte du corps par une brûlure marque une rupture avec la vie antérieure expliquée par la durée d'accompagnement, les contraintes de soin et les séquelles persistantes. Les maladies cutanées entraînent une altération de la qualité de vie ainsi qu'un retentissement socioprofessionnel et psychologique (Richards, Fortune, Griffiths et Main, 2001).

---

<sup>3</sup> « L'initié est un marginal devant qui l'individu n'a ni à rougir ni à se contrôler, car il sait qu'en dépit de sa déficience il est perçu comme quelqu'un d'ordinaire. » (Goffman, 1975)

---

### 1.3 Parcours de soin de la brûlure

Dans la littérature, il est mis en évidence « le concept de prise en charge globale du brûlé » de la phase initiale à sa réinsertion sociale, familiale et professionnelle. Néanmoins, les articles ne fondent leurs recherches que sur les apports de la médecine.

Le parcours de soin, décrit de façon systématique, dénombre quatre structures incontournables. La prise en charge de la brûlure à l'état initiale est faite par un **centre aigue de traitement des brûlés**, le patient peut y rester plusieurs semaines. En présence d'une brûlure faciale, la prise en compte de l'état général du patient ainsi qu'une évaluation de l'état du cartilage de son massif facial, des voies aériennes, de la cavité buccale et des orifices oculaires permettent de déterminer une stratégie chirurgicale.

Une fois la fermeture cutanée quasi totale le patient sera dirigé vers un **centre de soins de suite et de réadaptation spécialisé dans l'accueil des brûlés**, où le patient, accompagné d'une équipe médicale (médecin de médecine physique et réadaptation, psychiatre...), soignante (infirmiers, aides-soignants, agents de service...) et paramédicale (assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues...) concourra à sa rééducation et réadaptation. Au sein de ces structures, un relais associatif peut être présenté aux victimes de brûlure, notamment l'Association des Brûlés de France (ABF).

Dans la majeure partie des cas, les patients sortent du centre de rééducation avec une prescription pour un **séjour en cure thermale**. Les douches filiformes, à haute pression assouplissent les cicatrices, diminuent les prurits et la phase inflammatoire. Il est important de noter que la cure marque une rupture avec le monde hospitalier, la personne brûlée se retrouve dans un cadre bucolique confrontée à d'autres brûlés à différents stades.

En post rééducation, des actes de **chirurgie réparatrice**, souvent multiples, sont programmés dans le but d'améliorer les capacités fonctionnelles et /ou d'optimiser l'apparence physique du patient. La chirurgie dite réparatrice n'a lieu qu'après maturation cicatricielle (un an post brûlure) ou plus précocement si le patient présente des complications fonctionnelles importantes.

---

Pour encadrer l'ensemble de ces actions, des consultations médicales ont lieu tous les 2 à 6 mois permettant de faire le lien entre les suivis ambulatoires, l'accompagnement du patient dans son cheminement d'acceptation des séquelles ainsi que dans ses efforts de rééducation et de réinsertion.

A la sortie du service de soins de suite et de réadaptation, la personne présentant des brûlures faciales n'a pas d'accompagnement systématisé. Certains écrits font référence à un suivi en hôpital de jour ou en cabinet de kinésithérapie libéral selon le profil du patient pour l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne et poursuivre la rééducation. Néanmoins, on ne recense pas de structure spécialisée dans ce suivi, ni les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

---

## **2. L'ergothérapie et la brûlure faciale**

### **2.1 Rééducation de la brûlure faciale**

Afin de réduire au mieux les déformations induites par la brûlure, en parallèle et à la suite des nombreux traitements en réanimation le patient commence une rééducation.

#### **2.1.1 Protocole**

Le protocole de rééducation d'un grand brûlé présente des étapes incontournables. Ce dernier se divise en trois grandes périodes dépendantes du lieu où se trouve le patient (réanimation chirurgicale, centre de rééducation spécialisé, domicile) et est divisé en plusieurs phases selon l'état général du patient (risque vital, état de cicatrisation).

Le but principal de la rééducation est le maintien de la mobilité articulaire et la préservation esthétique.

#### **2.1.2 L'évaluation**

Très précocement, avant l'apparition de l'œdème réactionnel ou après résorption de ce dernier sous antalgique ou anesthésie, pour ne pas fausser les résultats, des bilans cutanéotrophiques et orthopédiques sont réalisés pour obtenir les mesures de références.

L'ergothérapeute, sera amené à réaliser des bilans cutanéotrophiques et fonctionnels, au cours de son accompagnement afin de mesurer l'évolution des atteintes. Lors du bilan d'entrée, ces résultats seront comparés aux mesures de références ce qui permettra de déterminer des objectifs de rééducation.

#### **2.1.3 Les moyens**

##### **a. Techniques**

L'ergothérapeute réalise un apport technique avec la confection et la mise en place de l'appareillage. Pour maintenir la mobilité articulaire, il faut utiliser le principe de mise en capacité cutanée maximale. Pour ce faire, la confection d'orthèse permettra une installation posturale du patient pour diminuer les rétractions. La confection de vêtements compressifs temporaires et de compressifs rigides utilisés pour le visage et le cou va permettre de mettre la peau en hypoxie ce qui diminue la vascularisation et donc réduit la

---

production de collagène. En effet, lors d'une brûlure profonde, les fibroblastes se transforment en myofibroblastes durant la phase inflammatoire (phase d'hyper vascularisation) qui vont à leur tour synthétiser du collagène de façon anarchique et abondante. De ce fait les compressifs contribuent à la diminution de l'hypertrophie et ont donc un pouvoir lissant. La compression doit être de 30mmHg et portée 23h/24h. De plus au niveau de la face, des appareillages plus spécifiques, au vu des atteintes de la personne, peuvent être mis en place, comme le conformateur buccale de Jouglard pour réduire une microstomie.

Cependant les moyens techniques n'ont qu'une efficacité modérée, il est donc important d'accompagner le patient dans son travail d'acceptation. Celui-ci peut être amorcé grâce au maquillage correcteur qui permettra d'estomper les reliefs cicatriciels et les rougeurs inflammatoires.

#### **b. Rééducatifs**

Lors des séances de rééducation, des mobilisations lentes et maintenues permettront de gagner en amplitude articulaire afin d'optimiser l'indépendance de la personne. L'ergothérapeute et sa palette d'outils peut proposer des activités, des mises en situation dans les activités de la vie quotidienne pour améliorer les fonctions altérées de la personne ainsi que sa participation. L'ergothérapeute peut aussi faire partie d'un programme d'éducation thérapeutique afin d'accompagner les patients pour les conseils d'hygiène et de cosmétiques, la gestion des gels, des orthèses et des vêtements compressifs.

Les écrits abordant le sujet de la brûlure et de son accompagnement fondent leur approche sur un modèle de type biomédical : à savoir que la déficience est réduite par des actes de rééducation et qu'au terme de la récupération l'incapacité sera alors traitée par des moyens de compensation. Le but étant l'atténuation ou la réduction du désavantage social. Mais grâce à un modèle bio-psycho-social, il est possible d'aborder un problème de santé, de manière plus globale.

---

## 2.2 Un modèle bio-psycho-social : la Classification Internationale de Fonctionnement du handicap et de la santé

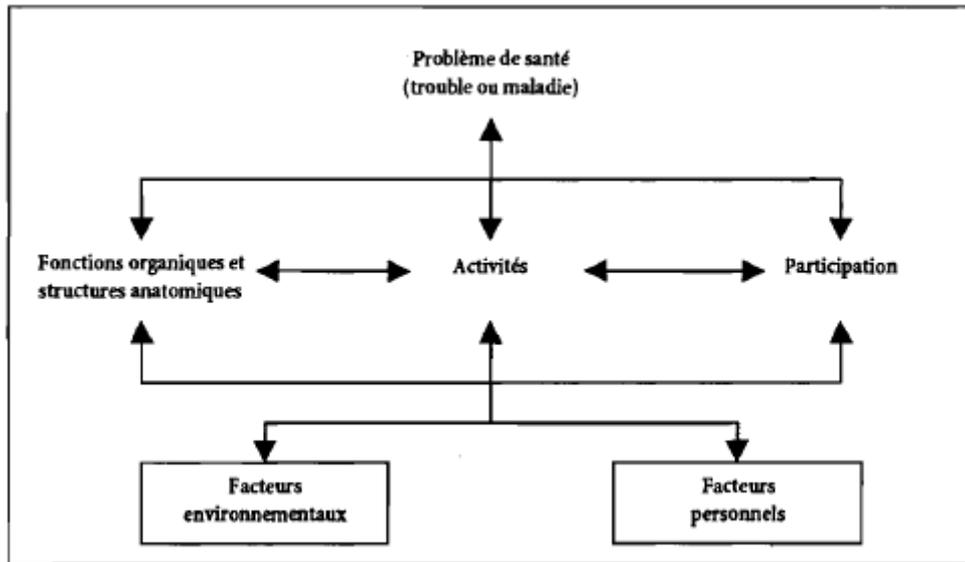


Schéma 1 : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap (CIF) est un modèle bio-psycho-social général, il utilise donc un langage compris de tous les professionnels, et à l'heure de la transdisciplinarité, il est essentiel que l'ensemble de nos partenaires comprennent les objectifs de l'ergothérapie et comment l'ergothérapie peut venir enrichir leur pratique.

L'ergothérapeute riche de sa vision systémique peut appuyer sa pratique sur un modèle conceptuel, comme la CIF, pour faciliter l'élaboration d'un plan d'intervention en ergothérapie. Grâce à ce modèle on peut identifier les trois axes d'intervention pour agir sur une situation de handicap :

- Structures et fonctions anatomiques
- Activité et participation
- Facteurs environnementaux et personnels.

Le premier axe, l'atteinte des fonctions organiques et systèmes anatomiques, est appelé déficience. L'atteinte de la peau et des structures annexes peut entraîner des

---

limitations de la mobilité de la tête et/ou du visage dues aux déformations de la peau induites par la brûlure, à cela peuvent s'ajouter des atteintes des fonctions sensorielles et du système respiratoire augmentant les déficiences de la personne.

Le deuxième axe, une altération de la réalisation d'une activité soit « l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. » (CIF, 2011) est appelé limitation d'activité et est évaluée dans un environnement dit uniforme. Cette altération est donc le résultat direct des déficiences de la personne. Une brûlure localisée au niveau du visage aura des répercussions sur la capacité fonctionnelle de la personne. L'atteinte de la peau et de ses annexes, des fonctions sensorielles et de l'appareil respiratoire sont autant de déficiences qui vont diminuer la capacité fonctionnelle de la personne lors de la réalisation d'activités. Néanmoins ce qui va intéresser l'ergothérapeute est la participation, « le fait de prendre part à une situation de la vie réelle. », soit la performance de la personne dans un environnement dit usuel. Une personne présentant des brûlures au niveau de la face peut être capable de réaliser une activité dans un environnement dit uniforme et non dans un environnement usuel et donc présenter des restrictions de participation d'origines multiples.

« L'écart entre capacité et performance reflète la différence d'impacts entre environnement usuel et environnement standard. Elle constitue ainsi un guide utile pour déterminer ce qui peut être modifié dans le cadre de vie de la personne concerné pour améliorer son niveau de réalisation. » (CIF, 2001).

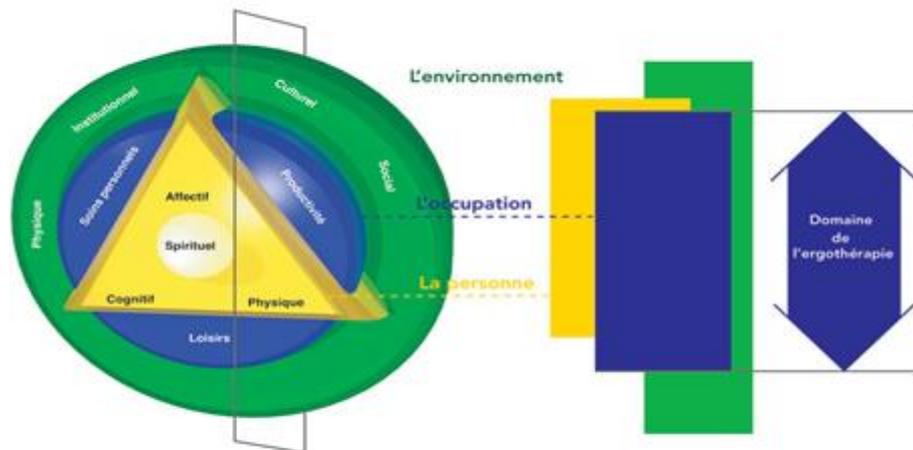
Le troisième et dernier axe, les facteurs environnementaux et personnels, représente le cadre de vie de la personne. Les facteurs environnementaux sont extrinsèques à la personne, ils désignent les environnements physique, social et attitudinal dans lesquels la personne vit et mène sa vie. Les facteurs personnels sont intrinsèques à la personne et indépendants du problème de santé. Tous, ensemble ou séparément, peuvent avoir une influence sur le handicap à un niveau quelconque. L'évaluation des facteurs contextuels permet d'identifier les facteurs facilitateurs ou obstacles afin de faire ressortir les ressources de la personne et d'adapter l'intervention en ergothérapie.

La vision biomédicale, utilisée dans les écrits médicaux permet d'aborder la situation d'handicap par un seul versant, l'atteinte des fonctions et structures anatomiques.

Pourtant la prise en compte des trois axes décrits précédemment et une action coordonnée à tous les niveaux permettront au patient d'en retirer plus de bénéfices.

Néanmoins, il est rare qu'un ergothérapeute fonde sa pratique sur un seul modèle, de manière plus ou moins consciente, il s'appuie sur un modèle principal et un ou plusieurs modèles complémentaires, qui viennent éclairer une notion du modèle général. Dans ce cas, l'utilisation conjointe de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) et du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P) pourrait éclairer l'ergothérapeute dans sa pratique.

Figure 1.3 Le MCRO-P<sup>A1</sup> : Spécifier notre principal domaine



A<sup>1</sup> : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

## Schéma 2 : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P)

---

### **3. L'insertion sociale des personnes présentant des brûlures faciales**

#### **3.1 L'insertion sociale**

« L'être humain se définit d'une part au travers de ses activités et, d'autre part, la société reconnaît et valorise, jusqu'à un certain point, la personne au regard des activités qu'elle fait » (Bolduc, 1996). La survenue d'une brûlure empêche de remplir ses rôles sociaux, familiaux et professionnels, la personne n'a plus d'activité pour se définir donc est hors de la société.

Dans ce cas, l'objectif étant un retour à la vie sociale il est donc intéressant de connaître la situation sociale de la personne en amont pour l'accompagner au mieux dans son insertion sociale.

Selon la CIF, la situation sociale d'une personne peut être définie comme un facteur contextuel environnemental individuel impactant la situation de handicap de la personne. Cela correspond aux « caractéristiques physiques et matérielles de l'environnement auxquelles la personne est directement confrontée, de même que les contacts directs avec les autres, qu'il s'agisse de membres de la famille, de connaissances, de pairs ou d'étrangers. » (CIF, 2001). Grâce à cela il sera possible d'élaborer une évaluation qualitative de la situation sociale de la personne. Par ailleurs, le domaine « Soutiens et relation » qui estime « l'affection, le soin, la protection, l'assistance et les relations que la personne peut avoir avec sa famille, ses amis ainsi que de l'ensemble des personnes qu'elle est susceptible de côtoyer. » (CIF, 2001) permet un apport d'informations quantitatives quant à la situation sociale du sujet.

L'insertion sociale est définie par l'Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale (IIDRIS) comme « une action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement. » (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2014). Les personnes présentant des brûlures faciales peuvent être assimilées à des « individus

---

isolés ou marginaux ». En effet, la longue période d'hospitalisation et leur nouvelle apparence les mettent en situation de rupture sociale. L'insertion sociale peut donc être vue comme un but et/ou un moyen.

### **3.1.1 Un but**

L'insertion sociale dont le but est la réalisation d'« échanges satisfaisants avec [l'] environnement », a toute sa place dans le domaine de la santé et particulièrement en ergothérapie. Dans la mesure où l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur la corrélation entre l'activité humaine et la santé (ANFE, 2016).

La brûlure marque une rupture avec la vie antérieure, la personne se trouve à l'écart de la société dans l'incapacité d'accomplir ses rôles sociaux et familiaux. La réalisation d'activité humaine est interrompue.

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P), est un modèle spécifique à l'ergothérapie ainsi il clarifie le champ d'intervention de l'ergothérapeute et met en lumière les bénéfices de l'occupation. L'occupation dans sa signification anglo-saxonne est assimilée à l'activité humaine. L'association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2007) définit « l'occupation [...] comme une série d'activités [auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification] réalisées avec une certaine constance et régularité qui donnent une structure et auxquelles les individus et les cultures attribuent une valeur et un sens.», en faisant référence au travail de Polatajko et Mandich (2004); et Zimmerman, Purdie, Davis, et Polatajko (2006).

Les bienfaits de l'occupation ont été démontrés, la réalisation d'occupation favorise la santé et le bien-être et la promotion d'une société juste et intégrante. Pour cela, les occupations doivent servir l'identité de la personne, c'est au travers de l'expression de ses envies occupationnelles qu'elle va donner du sens à sa vie. En revanche, les activités que la personne considère doivent être en adéquation avec ses capacités pour en ressentir le bénéfice. En somme l'ensemble de ces activités répondent au projet de vie de la personne. Outre l'importance de la réalisation d'activités, certains articles relèvent l'importance d'un équilibre occupationnel entre les activités dite de challenge et les activités de détente (Dür. et al., 2014) pour que cela soit bénéfique pour la personne.

---

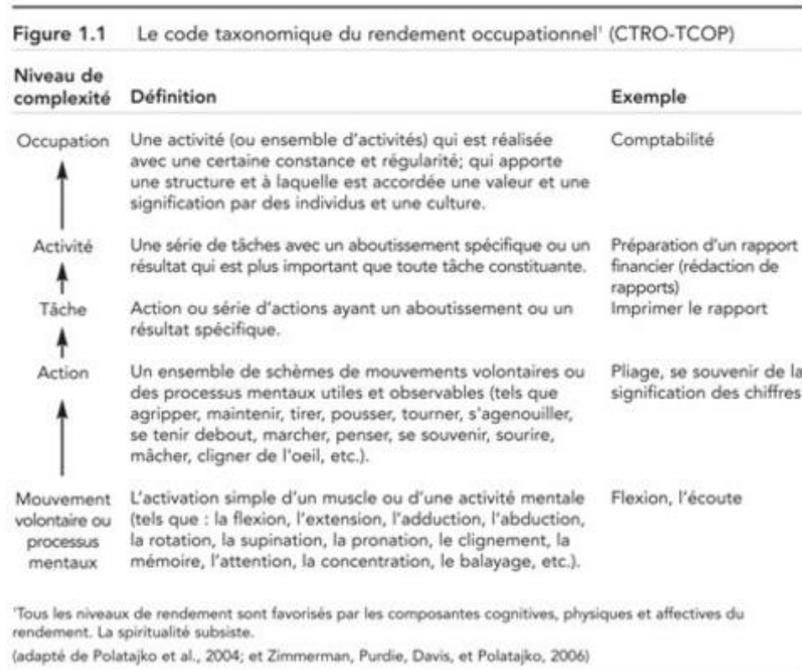
Pour aboutir à l'insertion sociale du patient, donc à l'obtention d'un équilibre occupationnel convenable, il est possible, et c'est le fondement de l'ergothérapie, d'utiliser l'activité comme moyen d'y parvenir.

### **3.1.2 Un moyen**

Trombly (1995) cité par Meyer (2013) développe le concept d'activité intentionnelle (*purposeful*) et significative (*meaningful*) et vient appuyer son importance au sein d'une intervention en ergothérapie. L'activité est par définition le moyen thérapeutique privilégié de l'ergothérapeute. Une activité intentionnelle, dont la traduction renvoie à une activité ayant du sens pour la société, permet d'organiser le quotidien de la personne. Tandis qu'une activité significative permettra à la personne de trouver un sens et une motivation dans la réalisation de cette occupation. C'est au travers d'activité significative, que la personne s'investira dans l'élaboration de son projet de vie fondé sur un équilibre occupationnel.

En partant de ce prérequis, l'insertion sociale des personnes présentant des brûlures faciales pourra se faire autour de l'activité professionnelle. En effet, lors d'une étude, l'activité professionnelle a été citée comme étant une préoccupation pour les personnes atteintes de brûlures et cela même durant la période initiale de la prise en charge (Cheng et Rogers, 1989). L'activité professionnelle est donc considérée comme une activité significative et qui par définition motivera le patient dans son implication au cours de sa rééducation. De plus elle englobe un grand nombre d'activités, dont des activités intentionnelles qui permettent de structurer le profil occupationnel de la personne.

En utilisant le Code Taxonomique du Rendement Occupationnel (CTRO), l'activité professionnelle vue comme une occupation peut être divisée en niveau de complexité. Un ensemble de mouvements volontaires ou processus mentaux permettent de réaliser une action utile et observable aboutissant à une tâche répondant à l'activité et ce n'est que cet enchaînement qui aboutit à une occupation (Townsend et Polatajko, 2008).



### Schéma 3 : Le code taxonomique du rendement occupationnel (CTRO)

En utilisant les domaines d'activité décrits par la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), le travail nécessite un certain nombre de prérequis indispensables pour une réalisation optimale et pérenne de cette occupation. Outre l'application des connaissances nécessaires à sa réalisation, deux grands domaines d'activité, impactés par la brûlure faciale, sont nécessaires à la réalisation de l'activité professionnelle :

- L'entretien personnel : par là on entend prendre soin de soi et de sa santé au travers d'une hygiène et d'une alimentation adaptée. Il y est décrit plus précisément prendre soin de parties de son corps comme le visage, la peau etc. qui exigent plus qu'un lavage et un séchage. Lors d'une brûlure du visage, il est important que la personne prenne soin de sa peau désormais plus fragile.

Lors de l'accès à l'emploi l'apparence reste un critère incontournable de la phase du recrutement, et principalement au moment de l'entretien d'embauche où des recruteurs déclarent que ce temps sert principalement à voir si le candidat à « la gueule de l'emploi » (Hidri Neys, 2011). Ceci est d'autant plus important dans la mesure où plus de 50% devront changer d'emploi à la suite de leur accident (Chauvineau et al, 2009). Des études sociologiques montrent la corrélation entre la beauté et l'attractivité sociale (Amadieux,

---

2005). Une étude britannique a révélé que l'apparence influençait la carrière professionnelle mais avait aussi un retentissement sur le montant de leur salaire. Si bien que, les personnes « laides » avaient des salaires inférieurs de 15% à la moyenne nationale. La vision réductrice véhiculée par la société, que ce qui est beau est bon et ce qui est laid est mauvais (Korff-Sausse, 2002) vient renforcer l'importance d'avoir une apparence agréable.

- Les relations et interactions avec autrui : soit les « activités et tâches nécessaires pour avoir une vie de relation avec d'autres personnes (étrangers, amis, parents, membres de la famille, amants) » (CIF, 2001) comme créer et entretenir une relation, maîtriser son comportement, etc.

Goffman (1975) définit deux domaines d'interaction : focalisée et non focalisée. Dans le contexte d'une activité professionnelle, on rencontre ces deux types d'interaction. Pour se rendre sur son lieu de travail par exemple, la personne sera en présence d'individu sans rentrer en relation avec eux, c'est la caractéristique d'une interaction non focalisée. Alors qu'une interaction focalisée englobera un échange formel, comme lors d'une réunion ou d'un entretien ou informel, lors d'un échange courtois et poli sur des banalités du quotidien avec un collègue par exemple. Dubuis (2014) met en exergue « l'inconfort interactionnel » que rencontrent les personnes présentant un stigmate au niveau du visage. Cela se définit par un manque de fluidité et de spontanéité dans ses échanges, observable également avec des personnes qui lui sont familières.

### **3.2 L'activité professionnelle**

Le travail est défini comme l'« ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire quelque chose » (Le Petit Robert, 2002). Le travail est donc une activité humaine soumise à un but - créer, produire, entretenir des biens et des services - avec une dépense d'énergie physique et/ou mentale.

Dans le rapport de décembre 2009, *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous*, le travail est défini comme « un espace essentiel de la vie, même s'il est impossible d'en mesurer pour chacun l'importance intime. Il soutient l'identité, contribue à la réalisation personnelle, fait support à la valeur que tout homme consent à s'accorder. Au-delà d'être

---

source de revenus, c'est un vecteur d'épanouissement, par la participation à la vie sociale et par la reconnaissance d'autrui. »

Au sens de la CIF le travail revêt un sens plus large. Il comprend l'ensemble des activités pour accéder à l'emploi et le conserver, de plus la récompense pécuniaire n'est pas une fin en soi à l'exercice d'un emploi. Néanmoins quelques soit la récompense allouée à cet emploi tout deux nécessitent une implication physique, cognitive et morale afin d'effectuer les tâches qui en découlent seul ou en groupe.

### **3.2.1 L'activité professionnelle moteur d'insertion sociale**

Au cours de l'histoire, le travail a revêtu un sens et occupé une place différente dans la société. Du mépris du travail considéré comme réservé aux esclaves, à la naissance du salariat et sa généralisation, jusqu'à l'époque actuelle, l'image du travail et donc sa place ont considérablement évolué. Aujourd'hui, le travail est perçu comme un statut social accompagné de droits. La vie s'organise autour du travail, on étudie dans le but de pouvoir accéder à l'emploi, on exerce un métier puis la retraite est le fruit des années de travail accomplies.

Le travail représente la voie principale de l'insertion sociale. En effet, il est source d'enrichissement, en termes de savoir et d'avoir. Le travail est la principale condition d'accès au revenu. L'exercice d'un emploi permet l'élaboration de liens sociaux et l'appartenance à un groupe avec lequel on partage des valeurs communes. Chaque groupe de personnes est caractérisé par des normes sociales qui lui sont propres, ces dernières conditionnent la reconnaissance de soi par les autres et soi-même, et contribuent à son identité.

L'intégration par le travail est donc économique, sociale et symbolique. Le travail est un contrat social facteur d'intégration, de relation et source de reconnaissance.

Des études indiquent un temps moyen de retour au travail après une blessure par brûlure de 12 à 17 semaines. Les prédictors de retour au travail comprennent des mesures de gravité de blessures, la durée d'hospitalisation, les facteurs psychosociaux et démographique et de la situation professionnelle en amont de l'accident. (Esselman.et al., 2001)

---

La littérature internationale, rapporte une corrélation significative entre l'instabilité professionnelle et la santé. Ces études confirment le désavantage important des chômeurs comparativement aux personnes bénéficiant d'un emploi stable à temps plein en matière de santé perçue, de morbidité, de recours aux soins et de mortalité. De surcroît, plus la durée de non activité est grande plus l'état de santé s'en voit impacté. Pour expliquer ceci, elles fournissent des arguments à la fois en faveur de l'hypothèse de causalité et de celle de sélection. C'est-à-dire qu'une période d'inactivité appauvrit les liens sociaux, renvoie à un sentiment de disqualification et entraîne des difficultés économique. Tout cela concourt à la dégradation de la santé et de l'accès aux soins ou bien c'est au contraire un problème de santé qui entraîne à une instabilité professionnelle voire le chômage, ce phénomène est appelé *healthy worker effect* (Moulin, 2009 ; Sermet, 2004).

Même si cela n'est, pour la présente étude, pas une fin en soi, il est intéressant de noter que la reprise d'une activité professionnelle après un traumatisme est une mesure de succès de la réadaptation (Attoe et Pounds-Cornish, 2015). Dans son mémoire, Alice Pâquet (2002) s'appuie sur le travail de Browne et al. pour affirmer qu'un retour à l'emploi pour une personne présentant des brûlures est un indicateur d'une bonne adaptation psychosociale.

### **3.2.2 L'activité professionnelle et l'ergothérapie**

La place de l'activité professionnelle au sein d'un centre service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a été légitimée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) dans la circulaire « Mission de réinsertion des établissements ou services de soins de suite ou de réadaptation ». En effet, elle notifie que 55% de cette activité se réfère au secteur sanitaire.

Comète France (COMmunication, Environnement, Tremplin pour l'Emploi) est la principale association, implantée dans des structures sanitaires, en 2013 plus de 7700 patients ont bénéficié de cet accompagnement. 74% des patients ayant suivi le programme ont repris une activité professionnelle contre 38% des patients n'ayant pas été accompagnés par le service Comète. L'équipe d'accompagnement type Comète a été pensée avec un médecin de physique et de réadaptation, un professionnel chargé d'insertion, une assistante sociale, un professionnel paramédical et une secrétaire.

---

L'ergothérapeute serait légitime en tant que professionnel paramédical au sein de cette équipe. En effet, si l'on se réfère au référentiel d'activité de l'ergothérapeute, l'activité 2 « Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale. » Cela renvoie à des mises en situation et entraînements dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui, d'activités liées aux grands domaines de la vie (éducation, travail et emploi, vie économique), de vie communautaire, sociale et civique, ainsi que des mises en situation dans des espaces de simulation : simulateur de logement, de conduite, d'activités professionnelles, domestiques, de loisirs. »

Toutefois, la définition du mot travail reste très limitée, comme on a pu le voir, l'accompagnement est fait uniquement pour une activité professionnelle avec une contrepartie financière.

Pour conclure cette partie théorique, l'adulte présentant des brûlures au niveau du visage vit une situation de handicap dans son environnement socio-professionnel. Cette situation de vulnérabilité systémique est la conséquence de la rupture sociale entraînée par la durée des soins et un manque de globalité dans l'accompagnement de la personne présentant ce stigmate. Cela est perceptible au travers de la difficulté dans la reprise de leur rôle au sein de la société. En ergothérapie, l'apport des modèles conceptuels peut venir éclairer cette problématique.

Question de recherche :

**Au-delà de son intervention sur les déficiences, l'ergothérapeute peut-il avoir d'autres types d'actions auprès des personnes présentant des brûlures faciales pour faciliter leur insertion sociale ?**

Hypothèse :

**L'accompagnement dans le réinvestissement d'une activité significative, telle que l'activité professionnelle au sens de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, pourrait être un moyen de favoriser l'insertion sociale.**

---

# METHODOLOGIE

---

## 1. Population interrogée

La population interviewée est composée d'adultes ayant été victimes de brûlures à tout âge de la vie dans diverses circonstances. Ces personnes doivent présenter une atteinte esthétique visible, c'est-à-dire des brûlures au niveau du visage, et être retournées à domicile depuis la survenue de leur accident. Leur parcours de soin doit être réalisé entièrement en France.

Sont exclus de cette étude toutes personnes mineures. Les personnes en cours d'hospitalisation complète sont également exclues.

## 2. L'enquête à travers l'entretien

L'enquête est conduite à travers l'utilisation de la technique de l'entretien semi-directif. Cette méthode a permis d'inviter les interlocuteurs à s'exprimer sur des thèmes prédéfinis, tout en leur laissant la possibilité de développer et d'orienter librement leur propos. Cette méthode de recueil de données permet d'obtenir des informations qualitatives étant donné qu'elle autorise d'exprimer un vécu, une expérience et d'approfondir certains points qui leurs sont importants et significatifs. Enfin la technique de l'entretien privilégie le contact et l'échange interhumain autour d'un dialogue guidé, cela permet de préciser, d'ajuster ou de reformuler une question afin de s'assurer de l'exactitude des propos recueillis. En somme, l'entretien semi-directif correspond aux exigences du recueil de données nécessaire à l'étude.

Pour préparer ces entretiens, il a été nécessaire d'élaborer un guide d'entretien<sup>4</sup> composé de questions ouvertes sur les thèmes majeurs. Des questions secondaires sont également formulées pour obtenir des informations clés pour l'étude, dans le cas où la personne ne les aborde pas spontanément. Ces différentes questions sont organisées en trois grandes parties : la personne, la rééducation et le retour à domicile. La première partie concerne la personne présentant des brûlures faciales, elle consiste en un recueil de

---

<sup>4</sup> Annexe 7

---

données des facteurs personnels et environnementaux en amont et en aval de l'accident afin d'en mesurer l'impact. La seconde partie vise à définir le suivi en ergothérapie en s'appuyant sur l'expérience des personnes interrogées, tout en mettant l'accent sur les activités définies dans mon hypothèse de recherche. Enfin, la troisième partie permet de mettre en lumière les changements qu'ont pu causer l'accident dans la vie quotidienne de la personne lors de son retour à domicile.

Afin d'analyser ce recueil d'informations, une grille d'analyse<sup>5</sup> a été conçue en amont et perfectionnée lors du dépouillement pour permettre une analyse plus complète des données recueillies. Celle-ci permet de comparer les notions exposées dans la partie théorique aux différentes réponses des personnes interrogées et de les approfondir.

### **3. L'investigation**

#### **3.1 Démarche de recrutement**

Suite à un entretien téléphonique avec le président de l'Association des Brûlés de France, j'ai été mise en relation avec la responsable de l'antenne sur la région Rhône-Alpes. Nous nous sommes par la suite rencontrées afin que le sujet de l'étude lui soit exposé. Elle a ensuite pu me transmettre les coordonnées de plusieurs personnes répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Tous ont été contactés par courriel<sup>6</sup> les invitant à participer à l'étude.

Lorsque les personnes répondent au courriel, les précisions utiles et les modalités de passation de l'entretien leur sont présentées. Dans le cas où les personnes ne répondent pas au courriel, une relance leur est faite par le même canal, en leur expliquant à nouveau la démarche et l'importance de leur témoignage dans l'étude.

#### **3.2 Déroutement**

Les entretiens durent en moyenne 45 minutes. Lorsque la personne est sur la région lyonnaise il se déroule dans un lieu neutre prédéfini avec la personne sinon l'entretien se fait lors d'un appel téléphonique.

---

<sup>5</sup> Annexe 6

<sup>6</sup> Annexe 4

---

Un enregistrement audio est effectué au cours des entretiens, avec l'accord des personnes, dans le but de retranscrire les informations et de les analyser. Avant de débiter l'entretien, la feuille de consentement<sup>7</sup> est présentée à la personne interrogée qui la signe ou verbalise son accord pour formaliser son approbation. Par la suite, les entretiens sont retranscrits. L'ensemble des informations brutes recueillies sont confidentielles. Et la retranscription numérique des entretiens ne permet pas d'identifier les personnes celles-ci sont présentées comme « Personne n° ».

#### **4. Limite de la méthode**

La population cible de l'étude est composée uniquement de membres de l'Association des Brûlés de France. Elle n'est donc pas représentative de l'ensemble des victimes de brûlures au niveau du visage. En effet, l'investissement dans une association n'est pas une démarche anodine. De plus, en raison du temps imparti pour la réalisation du mémoire, l'effectif de personnes interrogées est restreint.

Le recueil de données étant réalisé à l'aide d'entretiens semi-directifs, certains thèmes sont plus développés que d'autres en fonction des personnes interrogées et la durée des échanges peut varier du simple au double d'une personne à une autre.

---

<sup>7</sup> Annexe 5

---

# RESULTATS

---

Afin de faciliter la lecture des résultats, les références des entretiens sont inscrites de la manière suivante : (Pn° n°ligne).

## 1. Caractéristiques des participants

Les six participants sont quatre femmes et deux hommes (sex-ratio = 0,5) dont leur brûlure est survenue entre 21 ans et 49 ans, avec une moyenne de 32 ans. Cependant pour les femmes l'âge moyen est de 29,5 ans et 37 ans pour les hommes. Néanmoins la littérature décrit un sex-ratio de 1,7 et une population cible âgée en moyenne de 30,4 ans.

Au moment de cette étude, leur accident date de plusieurs années, allant de 1 an et demi pour le plus récent à 41 ans pour le plus ancien avec une médiane à 3 ans post brûlure.

L'ensemble des personnes interrogées ont, couplées à leur atteinte esthétique visible, des atteintes fonctionnelles. Toutes les atteintes fonctionnelles sont caractérisées par une brûlure au niveau d'une main (P2 et P6) ou des deux mains (P1, P3, P4 et P5) pouvant même aller jusqu'à l'amputation partielle ou complète des doigts. Pour deux d'entre eux la brûlure se limite à la face et au(x) membre(s) supérieur(s), « les deux mains et le visage » (P5 l.11), « l'hémiface droite, le bras et la main droite » (P6 l.11).

Deux personnes sur six présentent des brûlures sur la quasi-totalité de la surface corporelle, « à plus de 70 %, sur le visage et le corps, les mains aussi. » (P4 l.13) de la surface corporelle, « de la tête au pied et beaucoup au niveau des mains. » (P1 l.11).

Les deux autres participants ont des brûlures presque similaires, couvrant environ « 40 % de la surface corporelle totale » (P2 l.11), « beaucoup au visage » (P3 l.13) mais aussi sur le thorax, les membres supérieurs et les cuisses.

### 1.1 Situation sociale

Sur ce groupe une seule personne décrit une situation sociale pauvre en amont de l'accident : « mon ex qui m'emprisonnait » (P1 l.209), « il fallait que je demande l'autorisation pour sortir » (P1 l.211). Pour le reste des personnes interrogées, deux (P3 et

---

P4) décrivent une situation sociale normale soit une famille, des amies et des sorties occasionnelles, et trois (P2, P5 et P6) une situation sociale riche, où vient s'ajouter un investissement dans un club de sport, des sorties fréquentes et des amis très présent dans leur vie.

## **1.2 Situation professionnelle**

L'ensemble des personnes interrogées avaient un travail rémunéré en amont de leur accident. Quatre (P1, P3, P4 et P6) dans un milieu exposé c'est-à-dire en contact avec une population extérieure à l'entreprise.

Deux personnes dans le domaine sanitaire, P1 en tant qu'agent de service hospitalier et P6 en tant qu'aide-soignant sont donc confrontés à des patients et des visiteurs. P3 est assistante maternelle en contact avec des jeunes enfants et leur famille et enfin P4 « était assistante cadre de banque, en contact avec le public. » (P4 l.40).

Les deux participants travaillant dans un domaine qualifié de protégé étaient, salariés « Dans une raffinerie » (P2 l.56) et agriculteur, « c'était une exploitation familiale où je vivais également. » (P5 l.85)

## **2. La rééducation**

Sur l'ensemble des participants, tous sont passés par un centre aigu de traitement des brûlés pendant des durées allant de 2 à 5 mois.

Seulement cinq des six participants ont bénéficié d'une hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation spécialisé dans l'accueil des brûlés. Une personne n'a pas pu bénéficier de cet accompagnement car « ça n'existait pas, il n'y avait pas de rééducation pour les brûlés » (P4, l.20). Néanmoins, tous, quelles que soient les institutions fréquentées, ont été suivis par un médecin, un chirurgien et un kinésithérapeute.

Seules les cinq personnes hospitalisées en service de SSR spécialisé dans l'accueil des brûlés ont pu profiter d'un accompagnement en ergothérapie. Sur ses cinq personnes, quatre ont bénéficié d'une prise en charge psychologique par un médecin psychiatre et un psychologue, une personne l'ayant refusée avec « l'impression que la psychologue était plus malade » (P5 l.141-142) que lui.

---

La durée de l'hospitalisation complète varie de 3 à 30 mois, avec une moyenne à 14,2 mois et une médiane à 10,5 mois. Deux groupes ressortent de cette analyse : les personnes dont la durée a été supérieure à 12 mois et celles pour laquelle elle a été strictement inférieure à 12 mois. Cette grande variation peut s'expliquer par la gravité de la brûlure d'un point de vue fonctionnel, le traitement de troubles associés, les alternatives proposées au cours du parcours de soin.

## 2.1 Rééducation en ergothérapie

Au cours des entretiens, les personnes interrogées ayant bénéficié d'un accompagnement en ergothérapie ont pu énoncer les outils utilisés au cours de ce dernier. Il en ressort trois grands objectifs généraux en ergothérapie :

- Quatre personnes sur cinq énoncent des moyens permettant d'éviter les conséquences physiologiques d'une atteinte de la peau. Quatre personnes sur cinq, ont cité la confection et la mise en place d'appareillage comme moyen d'éviter l'hypertrophie. Pour la cinquième personne, son centre de rééducation était muni d'« un service appareillage qui réalise tous mes appareillages donc ce n'est pas l'ergo. » (P6 l.72-73). Deux personnes sur cinq ont cité des moyens visant à réduire les rétractions cutanées comme des postures (P2), des exercices amenant la peau en capacité cutanée maximale par exemple des « exercices d'adresse » (P2) et des jeux vidéo avec la « Kinect » (P1).

- Trois personnes sur cinq ont cité des moyens répondant à l'objectif être indépendant dans les activités de la vie quotidienne. Cet objectif est sous-jacent à toute prise en charge en ergothérapie vu que « le rôle de l'ergothérapeute est intéressant c'est de remédier aux difficultés qu'on peut rencontrer dans un milieu normal. En fait, c'est par exemple au lieu d'aller tout droit et de se cogner contre le mur, c'est de trouver une solution pour éviter ce mur mais passer l'obstacle quand même. » (P2 l.111-114). Une personne sur cinq a pu profiter d'un séjour en appartement thérapeutique (P1), et une seule cite le week-end thérapeutique comme un outil de l'ergothérapeute (P2). Pour deux d'entre elles (P1 et P6), l'ergothérapeute les a accompagnés dans la reprise de la conduite en s'exerçant sur un simulateur de conduite (P1) et en travaillant en collaboration avec une auto-école agréé (P6).

---

- Quatre personnes sur cinq ont réalisé des activités permettant d'optimiser les capacités fonctionnelles et sensorielles au niveau des membres supérieurs, en travaillant « l'écartement de ma main » (P1 l.86) grâce à l'utilisation du plateau canadien (P1 et P2), des exercices de préhension (P1, P2, P4 et P5), d'écriture et de saisie de clavier (P1 et P2), grâce à des activités thérapeutiques comme la cuisine (P1, P2 et P5) et la menuiserie (P5). La personne n'ayant pas réalisé d'activité dans cet objectif explique cela par le fait qu'elle a « pu bouger les doigts [...] tout de suite [donc] au niveau ergothérapie ils ont juste été là pour me faire des masques. » (P3 l.41-42).

Quatre personnes sur cinq accordent, à ce stade, de l'importance à la reprise d'une activité professionnelle, en revanche seule deux personnes (P1 et P6) disent avoir abordé cette activité avec l'ergothérapeute, tous deux parlant de ce sujet avec l'ergothérapeute mais pas uniquement.

Le port de vêtements compressifs « pour nous satisfaire un peu plus physiquement et aussi par rapport aux mouvements dans les activités de tous les jours comme marcher, plier le bras et le fait de travailler tout cela ça nous aide pour notre futur métier » (P1 l.115-117) ainsi que l'apprentissage ou l'adaptation de moyen de communication comme le téléphone portable sont autant d'éléments que P1 a mis en lien avec l'activité professionnelle.

La recherche d'« appareillages qui pourraient m'aider » (P6 l.78) « Parce qu'au niveau de mon majeur il manque la dernière phalange et c'est une zone très sensible et douloureuse donc c'est pour ça qu'on fait des essais de prothèse. » (P6 l.79-81).

Le maquillage correcteur a été présenté à quatre personnes sur cinq au cours d'une mise en situation devant le miroir mais dans un seul cas cela a été réalisé par l'ergothérapeute. L'ensemble de ces personnes utilisent le maquillage correcteur lorsqu'elles sortent (P1 et P6) ou de façon occasionnelle lors d'évènement (P2 et P3).

Trois personnes sur cinq (P1, P2 et P6) déclarent avoir réalisé des activités les aidant à appréhender les relations et les interactions avec les autres mais seulement deux (P1 et P2) en lien avec l'ergothérapie. En effet, « ce n'est pas que l'ergo mais plutôt le centre en lui-même, ils font tout pour nous pousser vers l'extérieur, on organisait des sorties ensemble, c'est plus facile de sortir avec plusieurs personnes brûlées que tout seul [...],

---

pour affronter le regard des gens. » (P6 1.107-110). « La reconstruction du lien social se faisait aussi au niveau du service d'animation » (P2 1.192).

L'ergothérapeute a été aidant à ce niveau grâce à des explications « là où on est, c'est un petit cocon où on est tout bien. Et puis quand on va sortir ça va être le physique, le regard des gens, affronter le regard des gens... » (P1 1.162), mais aussi le fait de pouvoir partager la salle d'ergothérapie « on parlait tous ensemble, avec beaucoup de patients on parlait d'après, quand on l'allait sortir, comment on allait affronter le regard des gens. » (P1 1.192-193). L'ergothérapeute pouvait aussi proposer des activités en groupe comme la cuisine thérapeutique (P1 et P2), il « fallait aller faire les courses donc on avait affaire aux commerçants, aux clients et on était accompagné par l'ergo » (P2 1.186-187).

### **3. Le retour à domicile**

#### **3.1 Suivi médical**

L'ensemble des participants ont eu recours à de nouveaux actes de chirurgies dans les années qui ont suivi leur hospitalisation complète.

A la sortie du centre aigu de traitement des brûlés P4 a directement été dirigée dans un institut de cure thermale comme P1, P2 et P5 qui ont pu aussi en bénéficier au terme de leur hospitalisation complète.

Trois personnes sur six ont eu de la kinésithérapie en libérale.

Sur les quatre personnes ayant eu un suivi psychologique au cours de leur hospitalisation complète, trois ont poursuivi l'accompagnement psychologique en libéral.

Quatre personnes sur cinq ayant eu des séances d'ergothérapie au cours de leur hospitalisation complète revoient l'ergothérapeute par la suite de façon plus ou moins régulière. Deux personnes bénéficient d'un suivi en hôpital de jour : P1 une fois par semaine pour bénéficier de séance d'ergothérapie pour le suivi de son appareillage et P6 cinq jours par semaine pour poursuivre sa rééducation étant donné que son hospitalisation à temps complet en service de SSR n'a duré qu'un mois. Deux personnes (P2 et P3) retournent ponctuellement en consultation dans leur centre de rééducation voir l'ergothérapeute pour le suivi de leur appareillage.

---

## 3.2 Situation sociale

Tous les participants ont une situation sociale pauvre à la suite de leur accident. Cinq ont vu leur situation sociale s'appauvrir et une personne considère sa situation sociale équivalente. Néanmoins, en amont de l'accident elle présentait une situation sociale pauvre.

Tous mettent l'accent sur l'affaiblissement de leurs relations amicales. Pour certains par choix (P1 et P2), « j'ai envie de changer d'amis, je n'ai pas envie de revenir avec les anciens amis que j'avais avant. Parce que j'ai vécu trop de trucs, ça me rappellerait trop le passé en fait. » (P1 1.24-26), « il est très difficile de reparler aux gens que je connaissais d'avant » (P2 1.41). Pour d'autres, par contrainte, « je n'avais plus énormément de contact » (P6 1.20), « J'ai beaucoup d'amis qui m'ont laissé tomber. » (P3 1.26), « ils m'en ont beaucoup voulu ! » (P3 1.28-29), ils n'« osaient pas venir me voir, ils avaient un peu peur » (P4 1.25-28).

Deux personnes ont vu leur vie intime affectée par l'accident, dans la mesure où suite à l'accident ils ont dû faire face à une rupture définitive (P6) ou temporaire « en ce moment avec ma femme on ne vit plus ensemble mais on n'est pas séparé mais c'est un peu compliqué. » (P2 1.208-209), « En fait avec ma femme on vit deux choses même pas à l'opposé, c'est deux univers différents, le leur qui n'a pas changé sauf l'absence physique et nous... » (P2 1.323-324).

A l'inverse, leurs relations familiales n'en ont été que renforcée.

Les entretiens ont permis d'identifier des obstacles au réinvestissement de la sphère sociale. Tous évitent de sortir pour ne pas être confrontés au regard des autres, « Juste à l'idée que quelqu'un me fixe et bloque sur moi, ça me faisait peur et m'attristait. J'avais l'impression d'être une bête de foire... » (P1 1.172-173), « Déjà tout le monde nous regarde, en tant que brûlé on est beaucoup regardé et puis il y a des gens qui sont curieux, qui ont le regard persistant et on est très mal à l'aise. » (P3 1.98-101), « ce n'était quand même pas facile de se confronter au regard des autres. C'était même quelque chose qui empêchait de vivre si vous voulez. Je restais recroquevillé sur moi-même » (P4 1.26-28), « J'ai passé un an sans sortir, j'avais des visites mais sortir ce n'était pas possible avec le regard des autres et toujours les même questions » (P5 1.99-100).

---

Quatre personnes sur six font référence aux questions qui leur sont posées dans l'espace public, « il y a des gens qui osent nous demander ce qu'on a fait et là je trouve que c'est culotté quand même, d'aller vers une personne et lui demander ce qu'il a fait pour être comme ça. » (P3 1.110-112), « moi je ne veux pas qu'on me pose ces questions-là ! C'est bon maintenant je suis handicapée et puis voilà » (P1 1.35-36).

Puis de façon plus rare la mise en place de mesure de protection (P1), la durée du parcours de soin (P5) et le port des appareillages (P6).

En ce qui concerne les facilitateurs, cinq personnes sur six font références à une ou des tierces personnes les ayant aidées à réinvestir la sphère sociale (un membre de leur famille, un ami, des nouvelles connaissances).

Trois personnes mettent en avant le sentiment d'efficacité personnelle, « je me suis lancé un défi c'est de relier Bordeaux Madrid en vélo » (P5 1.46), « je pense que j'ai développé beaucoup de volonté à cause de la culpabilité que j'ai. » (P2 1.250-251), « on se donne un gros coup de pied aux fesses et on se dit que ce n'est pas grave c'est que le physique, ça reste le physique, j'ai mes jambes, j'ai mes bras donc voilà se donner un gros coup de pied aux fesses et de reprendre le dessus. » (P6 1.181-183).

Une personne évoque l'adaptation de son parcours de soin. En effet P6 n'a été hospitalisé à temps complet sur une durée que de trois mois.

Lors de leur retour à domicile l'ensemble des personnes interrogées ont développé des stratégies d'évitements. Pour quatre d'entre eux ils utilisaient plus internet pour faire du shopping, « j'ai plus envie de me compliquer la vie, prendre le bus, sortir, d'aller dans la foule, les filles... Oh non ! » (P1 1.216-217), pour reprendre contact avec leur proche (P1, P2 et P6) et pour faire des rencontres (P1 et P3).

La moitié des personnes ne sortaient que lorsque quelqu'un pouvait les accompagner (P3, P4 et P6) dans la plupart des cas pour éviter de prendre les transports en commun, « j'avais toujours quelqu'un pour m'emmener en voiture, je ne sortais pas si personne ne pouvait m'emmener. » (P4 1.244-245).

Deux personnes sortaient le visage couvert « j'ai commencé à sortir avec un foulard qui ne laissait apparaître que mes yeux » (P1 1.175), « au début j'étais avec le foulard, après je l'enlevais que quand j'étais avec lui, et après je l'enlevais juste la nuit quand je sortais seule et après j'ai enlevé le foulard je marchais normalement » (P1 1.179-181).

---

Deux personnes ne fréquentaient que des lieux familiers, « maintenant je vais que dans des endroits où je sais qu'il y a des gens que je connais, des commerçants etc. des lieux familiers » (P1 1.238-239), « les commerçants sont à côté de chez moi, ils me connaissent, par contre je n'allais pas dans les grandes surfaces » (P4 1.217-218).

D'autres stratégies sont utilisées de manière plus rare comme le mensonge pour éviter de sortir (P1), l'envoi systématique d'une photo lors de la reprise de contact avec un proche pour se protéger des réactions qu'il pourrait avoir à la vue de ses séquelles (P2) ou encore sortir le soir quand il y a moins de monde dans les rues (P4).

### **3.3 Situation professionnelle**

Sur six personnes, trois ont réinvesti la sphère professionnelle et ce grâce à une activité professionnelle bénévole dans un secteur exposé dans un délai allant de 3 à 18 ans après leur accident. Par la suite deux d'entre eux ont accédé à une activité professionnelle rémunérée (6 et 7 ans après).

Deux personnes sur six ont pour projet de reprendre un emploi et ont engagé des démarches.

Quatre personnes sur six expliquent le temps de latence avant le réinvestissement de la sphère professionnelle par la poursuite des soins, « Ça me manque j'en ai marre de ne pas travailler, mais je n'ai pas le choix, il faut que j'attende avec les opérations, le kiné, les cures thermales, la rééducation après chaque opération donc forcément ce n'est pas évident. » (P1 1.50-52), « j'ai trois, quatre opérations par an donc c'est dur de se projeter tant que ce n'est pas fini. » (P2 1.149-150), « j'ai été opéré pendant environ 10 ans, donc j'étais opéré deux fois par an. » (P4 1.36-37), « je vais actuellement au centre de rééducation tous les jours en VSL mais c'est à plus de deux heures de chez moi donc le travail pour le moment ce n'est pas possible » (P6 1.31-33).

La même proportion est en arrêt maladie ou bénéficie d'une notification d'invalidité.

Et enfin, deux personnes sur six, mettent en cause leur apparence comme frein au retour à la vie professionnelle, « c'est compliqué parce que l'apparence physique n'est plus du tout la même » (P3 1.52-53), « Je veux travailler derrière un bureau, je ne veux pas travailler qu'on me voit dehors dans la rue ou dans un magasin ou que je sois en contact

---

avec des clients ou des patients, non, moi je ne veux pas qu'on me voit physiquement » (P1 1.61-63).

A l'inverse, outre le sentiment d'efficacité personnelle, des facteurs facilitateurs ont été identifiés. Deux personnes sur six ont fait des démarches ou réalisé une formation. « Moi par exemple je me suis renseigné pour prendre des cours d'espagnol pour pouvoir travailler dans la télécommunication. » (P1 1.59-61), « j'ai fait une formation de 6 mois pour le maquillage dans le cadre de la réinsertion professionnelle financée par l'AGEFIPH. » (P4 1.191-192).

Deux personnes ont accédé à l'emploi à l'aide d'un tiers, « quand je suis arrivée à l'association en 93, l'association venait d'avoir un siège social. Donc on m'a demandé si je ne voulais pas venir, vu que j'étais inscrite depuis pas mal de temps. » (P4 1.42-44), « j'ai rencontré quelqu'un qui avait une grosse entreprise de véranda et elle m'a embauché par la suite pour faire les décorations sur les foires expositions qu'ils font, à plein temps. » (P5 1.37-38).

Une personne a bénéficié d'un mi-temps thérapeutique pour faciliter son retour à l'emploi, « j'étais diplômée depuis peu donc je vais essayer de reprendre grâce à un mi-temps thérapeutique » (P6 1.50-51).

Au vue des difficultés rencontrées lors de la sortie ou encore aujourd'hui, les participants ont proposé majoritairement un accompagnement plus soutenu dans le réinvestissement de la sphère sociale. Une personne aurait souhaité un investissement plus important de sa famille avec l'équipe soignante face à son parcours de soin.

---

# DISCUSSION

---

## 1. Une pratique en regard de la théorie

La diversité des participants à l'étude a permis de comparer trois types de suivi rééducatif :

- La rééducation « classique ».

Les personnes ayant eu recours à un suivi rééducatif « classique » ont eu leur accident entre 1996 et 2014. Ce suivi, d'une durée moyenne de 10 mois, propose une prise en charge globale, médicale, paramédicale et psychologique.

- La rééducation « adaptée ».

La personne dont le suivi rééducatif a été adapté, a eu un suivi rééducatif « classique » dans un service de soins de suite et de réadaptation pédiatrique spécialisé dans l'accueil des brûlés qui a duré 1 mois et par la suite un suivi en hôpital de jour a été mis en place. Son accident a eu lieu en 2014.

- Et enfin l'absence de rééducation.

La personne n'ayant bénéficié d'aucun suivi rééducatif a eu son accident en 1975 et à l'époque « il n'y avait pas de rééducation pour les brûlés » (P5 l.20).

Ce constat permet donc de s'interroger sur l'impact du suivi rééducatif dans l'insertion sociale. Lorsqu'il y a un suivi rééducatif « classique » ou « adapté » il est possible d'observer un retour à la vie sociale plus précoce. Il y joue un rôle important dans la mesure où il est possible de constater une rupture sociale estimée à dix ans en absence de rééducation et à l'inverse une reprise progressive des rôles sociaux dans l'année qui suit l'accident chez la personne ayant eu un suivi rééducatif « adapté ». De même, il y a une différence notoire en ce qui concerne la durée de reprise d'une activité professionnelle entre ceux qui n'ont pas eu de rééducation et ceux qui ont pu bénéficier précocement d'un suivi en hôpital de jour.

Voici là un des facteurs pouvant être à l'origine d'une insertion sociale précoce. La question qui se pose, et qui pourrait faire l'objet d'une nouvelle investigation par la suite,

---

est celle d'un retour plus rapide au domicile comme étant un facilitateur d'intégration. Cependant, il est à noter qu'il existe en France seulement quatorze centres de rééducation bénéficiant d'un service de soins de suite et de réadaptation adulte spécialisés dans l'accueil des brûlés cela est donc un frein à la systématisation de ce type de suivi.

Néanmoins, l'ensemble des participants à l'étude ont passé plusieurs années dans le circuit du soin et ce quel que soit le type de suivi rééducatif. La durée et l'importance des traitements font consensus comme étant un frein majeur à une réinsertion socio-professionnelle précoce. C'est un point soulevé dans l'évaluation de la qualité de vie des personnes présentant des brûlures. En effet, ce dernier met en avant l'influence négative des contraintes thérapeutiques. Or, dès lors que l'on compare rééducation « classique » et absence de rééducation on peut voir que le nombre d'interventions chirurgicales est beaucoup moins élevé après des actes de rééducation. Outre les évolutions des techniques médico-chirurgicales il est possible de faire un lien avec la mise en place de moyens de rééducation technique certes contraignants mais évitant l'apparition de complications physiologiques causées par l'atteinte de la peau dont la réduction nécessite des interventions chirurgicales.

Tous les sujets ayant eu un suivi rééducatif ont bénéficié d'un accompagnement en ergothérapie. Trois grands objectifs de rééducation ressortent de l'analyse des entretiens qui peuvent être mis en regard de la partie théorique.

- Eviter les conséquences physiologiques d'une atteinte de la peau, fait référence aux moyens techniques confectionnés et mis en place par l'ergothérapeute,
- Optimiser les capacités fonctionnelles et sensorielles au niveau du membre supérieur, répond au moyen rééducatif dont l'ergothérapeute dispose pour réduire au mieux l'impact des déficiences,
- Être indépendant dans les activités de la vie quotidienne, en comparaison avec la partie théorique revient à accompagner un transfert des acquis en rééducation dans un environnement de vie usuel afin d'avoir un impact sur la participation. Toutefois, l'analyse des entretiens a permis de mettre en exergue la difficulté que les gens ont à mettre en lien un suivi rééducatif et leur situation socio-professionnelle. En effet, ces

---

deux sphères sont clairement distinctes dans l'esprit de la majeure partie des personnes interrogées. En outre, cet objectif doit rythmer tout accompagnement en ergothérapie.

Une interrogation émerge de ce constat : comment expliquer la scission de ces deux sphères ? Cela pourrait-il venir affaiblir l'impact d'un accompagnement ergothérapeutique ?

Des hypothèses de réponses apparaissent en regard des concepts théoriques développés. Les enjeux fonctionnels sont d'une telle importance que dans le contexte institutionnel actuel il est compliqué d'accorder une place majeure aux envies occupationnelles du patient. De plus, des activités sont réalisées ayant trait à ces occupations sans qu'un lien explicite ne soit fait par l'ergothérapeute. Sous cette hypothèse, l'idée qu'il est important en tant qu'ergothérapeute de verbaliser les objectifs de rééducation en regard des activités de la vie quotidienne en accordant une importance toute particulière aux activités qui ont du sens pour la personne. Cela pourrait permettre d'amorcer le lien entre le suivi rééducatif et la vie quotidienne.

Des situations recueillies lors de l'analyse des entretiens peut venir illustrer ce propos étant donné que 80% des personnes interrogées ressentaient l'envie, même à un stade précoce de la rééducation, de reprendre une activité professionnelle. Ce résultat fait écho aux écrits portant sur ce sujet. En revanche seulement 40% l'ont abordé avec leur ergothérapeute, principalement au travers d'activités du quotidien faisant partie de l'activité professionnelle. Cette constatation permet aussi de s'interroger sur le dialogue patient thérapeute et l'importance de l'élaboration d'une relation de confiance pour créer un climat favorable à l'échange et de surcroît à l'expression de ses envies occupationnelles.

En dépit de l'existence intuitive de ce lien, l'analyse d'activité réalisée dans la partie théorique grâce au Code Taxonomique du Rendement Occupationnel et les domaines d'activités définis par la CIF a permis d'explicitier ce dernier.

Toutefois, sous le terme « activité professionnelle » les participants entendent activité encadrée par un contrat de travail et offrant une contrepartie financière. Cela reflète le contenu de la littérature. En effet la reprise de l'activité professionnelle, comme définie ci-dessus, est soutenue par des réseaux type COMETE dont le but premier est la reprise d'un emploi et non l'insertion sociale. En revanche la CIF propose une définition plus large. Pour rappel, l'activité professionnelle comprend l'ensemble des activités pour accéder à

---

l'emploi et le conserver, de plus la récompense pécuniaire n'est pas une fin en soi à l'exercice d'un emploi. Néanmoins quelle que soit la récompense allouée à cet emploi tout deux nécessitent une implication physique, cognitive et morale afin d'effectuer les tâches qui en découlent seul ou en groupe. Au cours des entretiens il a été mis en évidence que 50% ont repris une activité professionnelle et ce par le versant du bénévolat. Malgré ce statut dénué de droit c'est un moyen intéressant car tous évoquent cet investissement comme un tournant dans leur insertion sociale. Le travail bénévole est donc facteur d'intégration sociale, de relation, source de reconnaissance et porteur d'une forte symbolique. De plus le bénévolat offre une flexibilité intéressante pour ces personnes dont les disponibilités sont rythmées par les interventions chirurgicales. Un accompagnement dans les démarches de recherche d'une activité bénévole au sein de leur environnement usuel pourrait être un moyen d'amorcer solidement l'insertion sociale.

Les personnes ayant pu aborder l'activité professionnelle au cours de leur accompagnement en ergothérapie voient-elles leur insertion sociale facilitée ? De prime abord, il est important de noter qu'il apparaît que cette envie occupationnelle a été abordée mais elle n'a pas été utilisée pour structurer l'accompagnement ergothérapique. Les deux personnes faisant le lien entre certaines activités réalisées en ergothérapie et leur impact sur leur situation socio-professionnelle sont en passe de retrouver un emploi et cela deux ans après la survenue de leur accident. Toutes deux expliquent ce temps de latence par la poursuite des soins qui freine leur avancée dans ce domaine qui leur tient à cœur. Au terme du parcours de soin « je pourrais reprendre une vie normale donc travail et tout ce qui s'en suit. » (P6 l.36-37). A travers ces mots il est perceptible que la reprise d'une activité professionnelle vient débloquent une situation de rupture sociale.

Lors du retour à domicile, quelle que soit la situation sociale en amont de l'accident et le suivi rééducatif des participants, à l'issue de cette épreuve on observe une situation sociale pauvre. Au travers des entretiens il est possible d'identifier des obstacles à l'insertion sociale. Ces derniers sont identiques à ceux présentés dans la partie théorique. Le visage étant la partie du corps la plus exposée aux regards forcément ces derniers sont très mal vécus, qu'ils soient vus ou ressentis cela reste un des principaux motifs d'isolement social. De plus quand ceux-là sont accompagnés de questions venant rappeler aux grands brûlés l'omniprésence de ses séquelles et lui remémorer l'accident. Quel que

---

soit le parti pris de l'accompagnement rééducatif, ce dernier n'aura pas d'impact sur les réactions malveillantes venant de l'autre. Le stigmatisme perçu est difficile à surmonter, par conséquent de nombreuses stratégies pour éviter ou surmonter cette épreuve ont été développées. Toutefois, tous ont pu compter sur certains membres de leur entourage social ou familial pour les aider à appréhender la reprise de contact avec l'environnement social. Néanmoins, ils n'ont été à même de recevoir cette aide qu'une fois avoir ressenti la force nécessaire pour surmonter cette épreuve. Cela sous-entend que le sentiment d'efficacité personnelle est primordial dans le retour à la vie sociale des personnes présentant un stigmatisme discrédité.

Dans la reprise d'une activité professionnelle les relations et interactions avec autrui sont un domaine primordial cependant il a pu être observé que peu d'activités mettent en jeu ce domaine. Ces activités restent très intra-institutionnelles, de ce fait, peu d'information ont pu être recueillies sur les choses pouvant être faites plus en lien sur l'extérieur. Pour rappel le centre de rééducation est un lieu « retiré » où les patients sont entourés d'« initiés ». N'est-il pas là un problème ? Il est difficile de préparer la personne à la reprise de contact avec autrui dans un tel contexte.

Un retour aux prémices de la réflexion ayant conduit à cette étude permet de venir conclure cette discussion. L'objectif de cette étude est l'insertion sociale des personnes présentant des brûlures faciales à travers l'activité professionnelle étant donné que l'insertion professionnelle est un gage d'insertion sociale. De plus, cette activité fait consensus auprès de la majorité des personnes présentant des brûlures, elle peut donc être qualifiée d'activité significative. Ce questionnement a émergé au vu de la problématique d'isolement social subit par ces personnes au cours et à l'issue de leur parcours de soin.

L'analyse de l'occupation travail a permis de la décomposer en différentes activités comme l'entretien personnel et les relations et interactions avec autrui mais, il est possible que, le travail de ces activités doit être hiérarchisé. En effet, pour le retour à la vie sociale il faut être en lien avec l'autre, être capable de rencontrer des gens mais aussi de s'accepter soi-même. Pour ce faire un travail sur l'apparence et ce qu'elle renvoie est nécessaire pour être préparé aux regards des autres. La rencontre avec l'autre passe alors peut être par des prérequis dont le prendre soin.

---

L'ergothérapeute n'a pas toutes les armes pour accompagner l'ensemble de ces problématiques, c'est pourquoi la proposition d'un accompagnement groupal dans le réinvestissement de la sphère sociale en lien avec le psychologue pourrait être une solution. Ce type d'intervention viendrait rythmer le parcours de soin de la personne en parallèle de la rééducation fonctionnelle indispensable. En effet, il est important de noter que ce questionnement a pu être abordé car une rééducation fonctionnelle optimale est réalisée. Dans la mesure où les atteintes physiologiques sont particulièrement bien réduites ce qui permet à la personne d'être indépendante à son domicile.

Néanmoins dans le cadre du centre de rééducation, il y a des échanges formalisés entre les professionnels mais il n'en ressort pas de réelle collaboration interprofessionnelle. En restant objectif, l'organisation du centre de rééducation permet difficilement d'imaginer libérer une demi-journée par semaine, par exemple, dans le planning d'un ou plusieurs professionnels pour réaliser ce genre d'accompagnement.

Dans les entretiens il ressort, comme dit en amont, que le jugement et le regard des autres restent compliqués malgré tout ce qui est fait pour eux. C'est pourquoi il pourrait être proposé une deuxième partie de travail avec ces patients-là qui serait plus au clair dans la façon de se présenter aux autres. Ce genre d'accompagnement pourrait leur être proposé dans un autre cadre, peut être en hôpital de jour ou directement dans l'environnement usuel de la personne.

## **2. Limites de l'étude et nouvelle perspective**

La question de recherche interrogeait le rôle de l'ergothérapeute dans l'insertion sociale d'adultes présentant des brûlures faciales.

La population interrogée est à une distance très variable de leur accident donc leur suivi rééducatif n'est pas le même voire inexistant. Cela est dû à un manque de précision dans la définition de la population interrogée et se traduit par des critères d'inclusion manquant de précision. A cela s'ajoute le fait qu'il est extrêmement rare qu'une brûlure au niveau du visage ne soit pas couplée avec l'atteinte d'une autre zone corporelle. Il est donc difficile d'étudier l'impact de cette dernière sur l'insertion sociale sans être parasité par les atteintes fonctionnelles.

---

D'après la littérature scientifique, les ergothérapeutes ont pour mission d'accompagner la personne vers une situation de participation sociale optimale. En pratique les patients bénéficient d'un accompagnement principalement axé sur les déficiences. L'ergothérapeute dans le cadre du centre de rééducation n'intervient pas sur tous les éléments de la situation de handicap telle que la rupture sociale. En santé, le résultat fonctionnel prime sur l'esthétique ce qui peut expliquer l'orientation nette observée à travers les différents participants à l'étude. L'hypothèse de recherche ne peut être ainsi éclairée étant donné que cela n'est pas fait dans la pratique.

La pratique en ergothérapie est en passe d'évoluer. Comme on a pu le voir le temps d'hospitalisation complète peut être amené à diminuer. Dans ce cas d'autres accompagnements seront alors proposés à cette population comme par exemple un suivi en libéral au sein de leur environnement usuel de vie. Cela ouvre donc le champ des possibles en terme de prise en charge ergothérapique ainsi que les moyens développés par l'ergothérapeute pour répondre à la problématique d'insertion sociale.

---

## CONCLUSION

---

L'ergothérapeute dispose de nombreux outils pour agir sur les différentes sphères définissant une situation de handicap. Cependant il est malheureusement difficile dans un temps imparti et dans le cadre du centre de rééducation de mener à terme l'ensemble des objectifs pour permettre à la personne une participation optimale au sein de son environnement usuel. Il faut finalement peut être hiérarchiser les objectifs et admettre que certains ne pourront être atteints dans ce contexte institutionnel. En effet la personne a un travail de deuil à réaliser qui nécessite un temps incompressible propre à chacun. Toute la difficulté d'un tel accompagnement est certes de connaître les envies occupationnelles de la personne mais aussi de ne pas brûler les étapes. L'évolution de la pratique en ergothérapie pourrait faire émerger des nouveaux moyens pour accompagner de façon plus globale l'insertion sociale.

Ce mémoire de recherche est l'aboutissement de ma formation. Cela m'a permis de mettre en réflexion voire même de m'approprier les outils théoriques présentés au cours de ces trois années, en particulier l'utilisation dans la pratique des modèles conceptuels. De plus ce travail m'a sensibilisé à l'importance de la veille scientifique afin d'être au clair avec les avancées pouvant faire évoluer la pratique en ergothérapie. Les échanges que j'ai pu avoir avec les professionnels ainsi que les membres de ma promotion m'ont conforté dans l'idée qu'il est primordial d'évaluer sa pratique au cours d'échanges réguliers avec nos pairs. Cela permet une réactualisation des pratiques ainsi qu'une ouverture sur le champ des possibles.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Amadieux, J. F., (2005). *Le poids des apparences*. Paris, France : Odile Jacob.
- Anaby, D., Jarus, T., Backman, C. L. et Zumbo, B. D. (2010). The Role of Occupational Characteristics and Occupational Imbalance in Explaining Well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 5(2), 81-104. <http://doi.org/10.1007/s11482-010-9094-6>
- Anzieu, D. (1995) *Le Moi-peau*. (2éd.) Paris, France : Dunod.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au canada*. Récupéré sur <https://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>
- Association nationale française des ergothérapeutes. (2016). Définition. Récupéré sur <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Attoe, C. et Pounds-Cornish, E. (2015). Psychosocial adjustment following burns: An integrative literature review. *Burns*, 41(7), 1375-1384. <http://doi.org/10.1016/j.burns.2015.02.020>
- Atkinson, A. B., Freyssinet, J., Glaude, M. et Seibel, C. (1998). *Pauvreté et exclusion: rapports*. Paris, France : Documentation Française.
- Bargue, L., Vaylet, F., Le Bever, H., L'Her, P. et Carsin, H. (2005). Lésions respiratoires et brûlures. *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(3), 449-460.
- Bolduc, A. (1996). Intervention de groupe auprès des personnes atteintes de brûlures. *Service Social*, 45(3), 137-151. doi : 10.7202/706742ar
- Bouguila, J., Ho Quoc, C., Viard, R., Brun, A., Voulliaume, D., Comparin, J.-P. et Foyatier, J.-L. (2011). Particularités de la prise en charge des paupières brûlées. *Journal français d'ophtalmologie*. 34(9), 655-662. doi : 10.1016/j.jfo.2011.04.011
- Campech, M. (2000). *Qualité de vie et brûlure : Quels moyens d'évaluation en l'an 2000 ?* « Mémoire pour le diplôme universitaire de plaies et cicatrisation » (Université Montpellier I). Récupéré sur [http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss\\_brulure1](http://www.sffpc.org/index.php?pg=connaiss_brulure1)
- Campech, M., Gavroy, J. P., Ster, F., Griffie, O., Teot, L., Chavoïn, J. P. et Grolleau J. L. (2001). Table ronde (suite) spécificités de la qualité de vie du brûlé. *Brulures*, 2(3),
-

---

142. Récupéré le 5 février 2016 de [http://www.medicbc.com/meditline/review/brulures/vol\\_2/num\\_3/text/vol2n3p142.asp](http://www.medicbc.com/meditline/review/brulures/vol_2/num_3/text/vol2n3p142.asp)

Chafiki, N., Fassi Fihri, J. et Boukind, E. H. (2007). Les séquelles de brulures: Epidémiologie et traitements. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 20(3), 129-136.

Chauvineau, V., Marduel, Y. N. et Queruel, P. (2009). Réinsertion professionnelle du patient brûlé. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(S1), e131-e133. doi : 10.1016/j.rehab.2009.07.023

Cheng, S. et Rogers, J. C. (1989). Changes in Occupational Role Performance after a Severe Burn: a Retrospective Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 43(1), 17–24.

Christiansen, C. H. (1999). Occupation as identity: Competence, Coherence and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558. <http://doi.org/10.5014/ajot.53.6.547>

Code de la santé publique. (n.d.). *Article L-6122-1*. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690809&dateTexte=&categorieLien=cid>

Code de la santé publique. (n.d.). *Article R-6122-25*. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916682&dateTexte=&categorieLien=cid>

Comète France. (2013). *Rapport national d'activité des 41 établissements du réseau COMETE France*. Récupéré sur <http://www.cometefrance.com/page.php?pagegroup=30&pagecontenu=116>

Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2014). *Insertion sociale, intégration sociale*. Récupéré sur <https://www.cnle.gouv.fr/Insertion-sociale-integration.html>

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (2007). SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-11: Annonce N°62. Récupéré le 23 février 2016 de <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110062.htm>

- 
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (2008). Mission de réinsertion des établissements ou services de soins de suite ou de réadaptation. Récupéré sur [http://www.cometefrance.com/images\\_articles/file/circulaire\\_14\\_04\\_2008\\_comete\\_france.pdf](http://www.cometefrance.com/images_articles/file/circulaire_14_04_2008_comete_france.pdf)
- Dréno, B. (2009). Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 136(6), S247-S251. [http://doi.org/10.1016/S0151-9638\(09\)72527-X](http://doi.org/10.1016/S0151-9638(09)72527-X)
- Dubuis, A. (2014). *Grands brûlés de la face : Épreuves et luttes pour la reconnaissance*, Lausanne, Suisse : Antipodes.
- Dür, M., Steiner, G., Fialka-Moser, V., Kautzky-Willer, A., Dejaco, C., Prodingner, B., ...Stamm, T. A. (2014). Development of a New Occupational Balance-Questionnaire: Incorporating the Perspectives of Patients and Healthy People in the Design of a Self-Reported Occupational Balance Outcome Instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 45. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-12-45>
- Échinard, C., Latarjet, J., Baux, S. et Banssillon, V. (1993). *Les brûlures*. Paris, France : Masson.
- Esselman, P. C., Ptacek, J. T., Kowalske, K., Cromes, G. F., de Lateur, B. J. et Engrav, L. H. (2001). Community Integration after Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 22(3), 221-227.
- Foyatier, J. L., Comparin, J. P., Boulos, J. P., Bichet, J. C. et Jacquin, F. (2001). Réparation des séquelles de brûlures de la face. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 46(3), 210-226. [http://doi.org/10.1016/S0294-1260\(01\)00021-8](http://doi.org/10.1016/S0294-1260(01)00021-8)
- Freud, S. (1988). *Deuil et mélancolie*. (J. Altounian, A. Balseinte, A. Bourguignon, A. Cherki, P. Cotet, J. G. Delarbre, ...P. Soulez, trad.) Paris, France : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1917 sous le titre Trauer und Melancholie. Berlin, Allemagne : Auflage).
- Gandek, B., Sinclair, S. J., Jette, A. M. et Ware, J. E. (2007). Development and Initial Psychometric Evaluation of the Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC). *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(1), 57-71. <http://doi.org/10.1097/01.phm.0000233200.43822.21>
-

- 
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. (A. Kihm, trad.). Paris, France : Les éditions de minuit. (Ouvrage original publié en 1963 sous le titre *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY : Simon & Schuster).
- Hidri Neys, O. (2011). Le « physique de l'emploi ». *Communications*, 89(2), 117. <http://doi.org/10.3917/commu.089.0117>
- Korff-Sausse, S. (2002) « Ils ne sont pas beaux... » Le devenir psychique de la laideur. *Champ psychosomatique*, 26(2), 81–104.
- L'emploi : un droit à faire vivre pour tous : évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion professionnelle*. (2009).
- Lariviere, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-127. <http://doi.org/10.1177/000841740807500207>
- Lawrence, J. W. et Fauerbach, J. A. (2003). Visible vs Hidden Scars and Their Relation to Body Esteem. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25(1), 25–32.
- Le Breton, D. (2003) *Des visages*. Paris, France : Éditions Métailié.
- Lignelet, J. P. (dir.). (2006). Le S.S.I.P. (Service de soutien à l'Insertion Professionnelle) : Une démarche précoce d'insertion professionnelle en Centre de Médecine Physique et de Réadaptation. *Ergothérapies*, 23, 27-38.
- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Macgregor, F. C. (1990) Facial Disfigurement: Problems and Management of Social Interaction and Implication for Mental Health. *Aesthetic Plastic Surgery*, 14, 249-257.
- Magne, J. (2002). Aspects psychologiques de la brûlure. *Pathologie biologique*, 50, 134-136.
- Malet, R. et Consoli, S. G. (2015). Aspects psychologiques et socioculturels de la peau et de l'apparence. *EMC Cosmétologie et Dermatologie esthétique*. 1(10). doi : 10.1016/S0000-0000(08)48811-3
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles, Belgique: De Boeck-Solal.
-

- 
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'ergothérapeute. Récupéré sur [http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)
- Morel-Bracq, M. C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. Bruxelles, Belgique : Groupe de Boeck.
- Moulin, J. J., Labbe, E., Sass, C. et Gerbaud, L. (2009). Santé et instabilité professionnelle : Résultats issus des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(3), 141-149. <http://doi.org/10.1016/j.respe.2008.12.014>
- Pasquereau, A. et Thelot, B. (2014). Hospitalisations pour brûlures à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information. France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008. *Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire*.
- Philippin, Y. (2006). « Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. ». *Revue internationale de soins palliatifs*, 21(4), 163-166. doi : [10.3917/inka.064.0163](http://doi.org/10.3917/inka.064.0163).
- Poulin, V. et Desrosiers, J. (2010). Validation française de questionnaires de participation sociale auprès d'aînés en situation d'incapacités. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(3), 159-166. <http://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.3.5>
- Queruel, P., Chauvineau, V., Harle, J. R. et Arnaudo, L. (2014). La qualité de vie du patient brûlé, entre soins contraignants et séquelles. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(S1), 220. doi : [10.1016/j.rehab.2014.03.808](http://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.808)
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. et Main, C. J. (2001). The Contribution of Perceptions of Stigmatization to Disability in Patients with Psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 11-15.
- Rochet, J. M. et Hareb, F. (2002). Brûlure et rééducation. *Pathologie Biologie*, 50(2), 137-149. [http://doi.org/10.1016/S0369-8114\(01\)00278-4](http://doi.org/10.1016/S0369-8114(01)00278-4)
- Roques, M. (2008). Les dimensions psychologiques et psychosociales dans l'évaluation de l'efficacité des dispositifs d'insertion. *Pratiques Psychologiques*, 14(3), 375-388. <http://doi.org/10.1016/j.prps.2008.05.005>
-

- 
- Sermet, C. et Khlal, M. (2004). La santé des chômeurs en France: Revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52(5), 465–474.
- Townsend, E. et Polatajko, H. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, Canada : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Travail. (2002). *Le petit robert*, p2669.
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and Meaningfulness as Therapeutic Mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 960-972. <http://doi.org/10.5014/ajot.49.10.960>
- Visage. (2002). *Le petit robert*, p2785.
- Wassermann, D. (2002). Critères de gravité des brûlures. Épidémiologie, prévention, organisation de la prise en charge. *Pathologie Biologie*, 50(2), 65-73. [http://doi.org/10.1016/S0369-8114\(01\)00271-1](http://doi.org/10.1016/S0369-8114(01)00271-1)
- Weltgesundheits organisation (Dir.). (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF.
- WHOQOL Group. (1994). « Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status ». *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- Wilcock, A. A. (2007). Occupation and Health: Are they one and the same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3–8.

---

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

<b>Schéma 1</b> : Classification International du Fonctionnement du handicap et de la santé	p.10
<b>Schéma 2</b> : Modèle Canadien de Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P)	p15
<b>Schéma 3</b> : Code Taxonomique de Rendement Occupationnel	p.16

---

# ANNEXES

---

1. Annexe 1 : Législation relative aux services de soin de suite et réadaptation spécialisé dans l'accueil des brûlés.....	I
2. Annexe 2 : L'annexe 1 issue de la circulaire DHOS/O4 no 2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soin des traitements des grands brûlés. ....	II
3. Annexe 3 : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) - Classification à un niveau, liste des têtes de chapitres de la classification. ....	III
4. Annexe 4 : Contact mail.....	IV
5. Annexe 5 : Feuille de consentement.....	V
6. Annexe 6 : Grille d'analyse.....	VI
7. Annexe 7 : Guide d'entretien .....	IX
8. Annexe 8 : Retranscription anonymisée des entretiens.....	XII
8.1 Entretien n°1 .....	XII
8.2 Entretien n°2.....	XIX
8.3 Entretien n°3 .....	XXVIII
8.4 Entretien n°4.....	XXXIII
8.5 Entretien n°5 .....	XLI
8.6 Entretien n°6.....	XLVI
9. Annexe 9 : Grille d'analyse remplie .....	LIII
9.1 Grille d'analyse remplie pour l'entretien n°1 et n°2.....	LIII
9.2 Grille d'analyse remplie pour l'entretien n°3 et n°4.....	LXIII
9.3 Grille d'analyse remplie pour l'entretien n°5 et n°6.....	LXX

---

# 1. Annexe 1 : Législation relative aux services de soin de suite et réadaptation spécialisé dans l'accueil des brûlés.

Article R-6122-25 du Code de la Santé Publique « *Sont soumises à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les activités de soins, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, énumérées ci-après :*

1° Médecine ;

2° Chirurgie ;

3° Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;

4° Psychiatrie ;

5° Soins de suite et de réadaptation ;

6° (Abrogé) ;

7° Soins de longue durée ;

8° Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;

9° Traitement des grands brûlés ;

10° Chirurgie cardiaque ;

11° Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;

12° Neurochirurgie ;

13° Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;

14° Médecine d'urgence ;

15° Réanimation ;

16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;

17° Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal ;

18° Traitement du cancer ;

19° Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales. »

Article L-122-1 du Code de la Santé Publique « *Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds. La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat. »*

---

## **2. Annexe 2 : L'annexe 1 issue de la circulaire DHOS/O4 no 2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soin des traitements des grands brûlés.**

### **ANNEXE I DÉFINITION DES BRÛLURES I. - DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES BRÛLURES**

*« Les brûlures sont le résultat d'un traumatisme de la peau et de certaines muqueuses voire des tissus sous-jacents par des agents thermiques, chimiques, électriques et par des radiations. Ce sont des lésions dont l'impact initial est cutané mais qui ont des conséquences très diversifiées et de gravité très variable. En effet elles sont à l'origine d'une réaction locale qui devient générale, lorsque les brûlures sont étendues. Il s'ajoute alors à la lésion locale un retentissement au niveau de tous les grands systèmes de l'organisme et qui exige donc une thérapeutique associée adaptée.*

*Il n'existe pas à l'heure actuelle dans le PMSI d'information sur l'origine de la brûlure. Le décret relatif aux conditions d'implantation donne notamment pour mission aux centres de grands brûlés de recueillir les données nécessaires à la prévention des brûlures.*

*On compte en France environ 400 000 cas de brûlures nécessitant des soins médicaux, parmi lesquels 10 000 entraînent une hospitalisation. Les sites autorisés à l'activité de traitement des grands brûlés hospitalisent 3 670 patients par an (source SAE 2005). Le nombre annuel de décès provoqués par les brûlures est voisin de 1 000.*

*Les brûlures surviennent plus souvent chez le sexe masculin. Il existe un sur-risque entre 1 et 4 ans, avec une probabilité de brûlures multipliée par 3.*

*Les accidents domestiques sont à l'origine de 70 % des cas de brûlures chez l'adulte.*

*Il faut distinguer les brûlures graves, qui seront prises en charge dans les structures de traitement des grands brûlés, des brûlures bénignes.*

*La gravité des brûlures est évaluée sur le pourcentage de la surface corporelle atteinte et le degré de profondeur de la brûlure. »*

---

### **3. Annexe 3 : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) - Classification à un niveau, liste des têtes de chapitres de la classification.**

---

#### **FONCTIONS ORGANIQUES**

Chapitre 1	Fonctions mentales
Chapitre 2	Fonctions sensorielles et douleur
Chapitre 3	Fonctions de la voix et de la parole
Chapitre 4	Fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire
Chapitre 5	Fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
Chapitre 6	Fonctions génito-urinaires et reproductives
Chapitre 7	Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement
Chapitre 8	Fonctions de la peau et des structures associées

#### **STRUCTURES ANATOMIQUES**

Chapitre 1	Structures du système nerveux
Chapitre 2	Oeil, oreille et structures annexes
Chapitre 3	Structures liées à la voix et à la parole
Chapitre 4	Structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire
Chapitre 5	Structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien
Chapitre 6	Structures liées à l'appareil génito-urinaire
Chapitre 7	Structures liées au mouvement
Chapitre 8	Peau et structures annexes

---

#### **ACTIVITÉS ET PARTICIPATION**

Chapitre 1	Apprentissage et application des connaissances
Chapitre 2	Tâches et exigences générales
Chapitre 3	Communication
Chapitre 4	Mobilité
Chapitre 5	Entretien personnel
Chapitre 6	Vie domestique
Chapitre 7	Relations et interactions avec autrui
Chapitre 8	Grands domaines de la vie
Chapitre 9	Vie communautaire, sociale et civique

#### **FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX**

Chapitre 1	Produits et systèmes techniques
Chapitre 2	Environnement naturel et changements apportés par l'homme à l'environnement
Chapitre 3	Soutiens et relations
Chapitre 4	Attitudes
Chapitre 5	Services, systèmes et politiques

---

## 4. Annexe 4 : Contact mail

Objet : Demande d'entretien

Pièce jointe : Feuille de consentement

Bonjour,

La responsable de l'antenne lyonnaise de l'Association des Brûlés de France m'a transmis vos coordonnées.

Etudiante en ergothérapie à l'institut de formation de Lyon, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le retour à la vie sociale des personnes présentant des brûlures au niveau du visage.

Je souhaite échanger avec vous afin de mesurer l'impact d'un accompagnement en ergothérapie autour de l'activité professionnelle dans le retour à la vie sociale.

Serait-il possible pour vous qu'on se rencontre pour que l'on puisse échanger sur ce sujet ?

Dans l'attente d'une réponse je reste à votre entière disposition,

Bien cordialement.

Anaïs COQUARD

Etudiante IFE de Lyon - Université Claude Bernard - Lyon 1

---

## 5. Annexe 5 : Feuille de consentement

Bonjour,

Vous êtes invités à prendre part à une recherche qui s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude portant sur le retour à la vie sociale des personnes présentant des brûlures faciales. Cette étude vise à mesurer l'impact d'un accompagnement en ergothérapie autour de l'activité professionnelle dans le retour à la vie sociale.

Votre participation consiste à participer à un entretien individuel au cours duquel il vous sera demandé de partager votre expérience et de répondre à des questions en lien avec la thématique de mon sujet de mémoire. Cet entretien sera enregistré sous format audio, avec votre consentement, pour faciliter l'analyse du contenu. Ces enregistrements ne seront accessibles à aucune personne extérieure et seront détruits après l'oral de soutenance de l'étude.

L'ensemble des informations partagées lors de l'entretien seront confidentielles et utilisées de manière anonyme.

Votre collaboration à ce projet est importante et je vous en remercie. En échange de ce consentement, je soussigné Anaïs COQUARD m'engage à respecter les règles de confidentialité.

Je soussigné(e), ....., consent à participer au projet de recherche de fin d'étude d'Anaïs COQUARD dont les conditions sont décrites ci-dessus. J'atteste avoir pris connaissance des conditions de passation de l'entretien et de gestion des données. J'atteste participer volontairement à l'étude.

Signature du participant

Fait à .....

Le.....

## 6. Annexe 6 : Grille d'analyse

	Indicateurs		P1	P2	P3...
<b><u>La personne</u></b>	Identité	Genre			
		Age			
	L'accident	Age / Durée post brûlure			
		Atteinte esthétique			
		Atteinte fonctionnelle			
	Situation sociale avant l'accident (familiale, amicale, intime)	Riche (R) Normale (N) Pauvre (P)			
	Situation professionnelle avant l'accident	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)			
		Rémunéré (R) bénévole (B)			
		Exposé (E) ou protégé (P) ( <i>domaine</i> )			
<b><u>La rééducation</u></b>	Parcours de soin	Structures fréquentées			
		Durée d'hospitalisation complète			
	Acteurs rencontrés	Médecin, Chirurgien			
		Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychiatre, Psychologue			

	Ergothérapie	Objectifs (moyens)				
		Activité professionnelle significatif				
		Activités mise en lien avec l'activité professionnelle	Entretien personnel			
			Relation et interaction avec autrui			
Autres						
<b><u>Le retour à domicile</u></b>	Suivi médical	Médecin (M), Chirurgien (C)				
		Kinésithérapeute (K), Ergothérapeute (E), Psychomotricien (P)				
		Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)				
		Autres				
		Aucun (∅)				
	Situation sociale	Enrichie (>), Equivalente (=), Appauvrie (<)				
		Obstacles				
		Facilitateurs				
		Stratégies mise en place				
	Situation professionnelle	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)				
		Rémunéré (R) bénévolat (B)				
		Exposé (E) ou protégé (P)				

---

		Durée avant reprise d'un travail			
		Obstacles			
		Facilitateurs			
	Retour sur parcours de soin	Axes d'amélioration			

---

## 7. Annexe 7 : Guide d'entretien

Sexe :

Age :

### Consignes

Mon sujet porte sur le retour à la vie sociale des personnes présentant des brûlures au niveau du visage. L'entretien va être divisé en trois grandes parties la première concernant la période de l'accident, la deuxième celle de la rééducation et la dernière votre retour à domicile. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré puis détruit à la fin de mon travail.

### Entretien

#### 1. L'accident,

- Quel âge aviez-vous lors de l'accident ?
- Votre brûlure est-elle localisée uniquement au niveau du visage ?
- Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile à la suite de votre accident ?

Les différentes étapes de votre parcours de soins ?

- Comment décririez-vous vos relations sociales (familiale, amicale, intime) avant l'accident ?

Et après ?

Le changement perçu ?

- Avant votre accident, exerciez-vous un emploi ?

Dans quel domaine ?

Et à l'heure actuelle ? Si sans emploi, pourquoi ?

Combien de temps s'est écoulé avant la reprise de votre emploi ?

Travail : Inchangé, Allégé (diminution de votre charge de travail), Adapté (réaménagement du poste de travail ou réaffectation à un autre poste), Modifié

---

sans formation (changement de métier), Modifié avec formation (changement de métier) ?

## **2. La rééducation,**

- Au cours de votre parcours de soin avez-vous rencontré un ergothérapeute ?

Dans quelle structure ?

Qu'avez-vous fait en ergothérapie ?

- Durant votre rééducation, accordiez-vous de l'importance à la reprise d'une activité professionnelle lors de votre sortie ?

Si oui, est-ce quelque chose que vous avez pu aborder avec l'ergothérapeute ?

Comment ?

Je vais vous exposer mon hypothèse de travail. Comme vous le savez, l'ergothérapeute travaille autour des activités de la vie quotidienne afin que la personne soit plus autonome et indépendante lors de son retour à domicile.

La réalisation d'une activité professionnelle nécessite plusieurs prérequis. Bien évidemment, le savoir ou savoir-faire pour répondre à la mission du poste mais aussi se préparer chaque matin pour répondre aux exigences de l'emploi, se rendre sur son lieu de travail et souvent partager son lieu de travail avec d'autres personnes. Cela implique être confronté au regard des autres et entrer en communication avec des personnes familière ou non.

Donc un travail autour de l'entretien personnel et des interactions avec autrui pourrait être bénéfique pour faciliter le retour à la vie sociale.

- Avez-vous abordé la réalisation de la toilette quotidienne en ergothérapie ?  
(Hygiène et soin de la peau, maquillage, rasage ...)
- Avez-vous réalisé des activités, en ergothérapie, qui vous ont aidé à appréhender vos relations sociales, les interactions avec les autres ? (Activités en groupe, sorties...)

---

### 3. Le retour à domicile,

- Combien de temps passez-vous par semaine à la réalisation d'activité (professionnelle ou non) en présence ou en interaction avec autrui ?

Comparativement à avant ?

- Utilisez-vous internet pour réaliser des activités que vous pourriez faire sur l'extérieur ? (Courses, shopping, rencontre...)

Comparativement à avant ?

Pourquoi ce changement ?

- Pour vous rendre à vos différentes activités quel moyen de transport utilisez-vous ? Est-ce le même qu'avant ?

Si non pourquoi ?

Vous arrive-t-il de prendre les transports en commun ?

- Avez-vous développé d'autres stratégies d'évitement à la suite de votre accident ?
- Bénéficiez-vous toujours d'un suivi médical ?

Pour quoi ?

- Au vue des difficultés que vous avez rencontrées lors de votre sortie ou que vous rencontrez encore aujourd'hui, avez-vous des propositions à me faire pour améliorer la prise en charge en ergothérapie ?

- A votre sortie, un accompagnement pour reprendre des activités dans votre environnement vous aurait-il été bénéfique ?

### Remerciements

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions et je reste à votre disposition si vous souhaitez avoir des informations supplémentaires.

---

## 8. Annexe 8 : Retranscription anonymisée des entretiens

### 8.1 Entretien n°1

Sexe : F

Age : 24 ans

Durée : 62 minutes

1 **Anais : Bonjour, je vous explique, donc mon sujet porte sur le retour à la vie sociale**  
2 **des personnes présentant des brûlures au niveau du visage. L'entretien va être divisé**  
3 **en trois grandes parties la première concernant la période de l'accident, la deuxième**  
4 **celle de la rééducation et la dernière votre retour à domicile. Vous êtes libre de ne**  
5 **pas répondre à certaines questions. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré**  
6 **puis détruit à la fin de mon travail.**

7 P1 : Oui, il y a aucun souci.

8 **A : Quel âge aviez-vous quand votre accident a eu lieu ?**

9 P1 : C'était il y a deux ans, j'avais 22 ans.

10 **A : Êtes-vous brûlées uniquement au niveau du visage ?**

11 P1 : Non, en fait de la tête au pied et beaucoup au niveau des mains.

12 **A : Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile à la suite de**  
13 **vos accidents ?**

14 P1 : Pendant 3 mois et demi j'étais dans le coma dans un service de réanimation, après  
15 j'ai été transféré dans un centre de rééducation spécialisé pour les brûlés, j'ai eu une  
16 permission pour Noël et sinon je suis rentrée en mars 2015 et l'accident c'était en janvier  
17 2014 donc ça fait 1 an et 2 mois.

18 **A : Comment décririez-vous vos relations sociales avec votre famille vos amis voire**  
19 **vos petits amis avant l'accident ?**

20 P1 : Avant l'accident, c'était bien c'était normal. Ça a toujours été bien avec mes amis ma  
21 famille, le truc c'est après l'accident...

22 **A : Oui, du coup vous avez perçu des changements ?**

23 P1 : Du coup après l'accident il y a beaucoup de personnes qui ont voulu reprendre  
24 contact avec moi et je n'ai pas voulu. En fait, j'ai envie de changer d'amis, je n'ai pas  
25 envie de revenir avec les anciens amis que j'avais avant. Parce que j'ai vécu trop de truc,  
26 ça me rappellerai trop le passé enfaite. C'est pour ça même mes collègues de travail elles  
27 viennent me voir mais à chaque fois j'ai des rendez-vous et j'invente parfois des excuses  
28 bidons, genre non j'ai un truc à faire même si parfois j'ai vraiment des choses à faire...

29 **A : Mais vous pensez que vous faites ça par peur du jugement qu'elles peuvent**  
30 **porter sur vous étant donné qu'elles vous ont connu avant l'accident ?**

31 P1 : Il y a certaines collègues et amies, oui, c'est par rapport au physique, aux mêmes  
32 questions qu'on va me poser à chaque fois « est-ce que ça va ? » etc. Toutes ces

---

33 questions, c'est toujours les mêmes, c'est gentil ils portent attention à moi, mais voilà, je  
34 n'aime pas trop quand on me pose toujours les mêmes questions. Parfois, les gens ils sont  
35 curieux « alors maintenant tu es comment ?, tu le vis comment ? Etc. » et moi je ne veux  
36 pas qu'on me pose ces questions-là ! C'est bon maintenant je suis handicapée et puis  
37 voilà, j'ai eu un accident c'est fait, c'est fait !

38 **A : Du coup, vous pensez plus que c'est vous qui mettez des distances avec les autres**  
39 **qu'inversement ?**

40 P1 : Oui, c'est plus moi qui met des distances avec les autres, enfin les personnes que j'ai  
41 connu avant l'accident. Même avec les gens avec qui je viens de faire connaissance je me  
42 sens mieux, avec ces nouvelles personnes, parce qu'ils m'ont pas connu comment j'étais  
43 physiquement avant et pour moi c'est plus simple. C'est la facilité, je n'aime pas  
44 expliquer, j'ai des copines d'avant parfois qui me regarde avec pitié quelque chose  
45 comme ça et je n'aime pas quand on me regarde comme ça. C'est pour ça je préfère  
46 changer totalement mes relations amicales c'est mieux...

47 **A : Avant votre accident, où est ce que vous travailliez ?**

48 P1 : Je travaillais dans un CHU, j'étais ASH, enfin je faisais du ménage. C'était un travail  
49 d'équipe avec des horaires fixe de 6h30 à 14h. C'était bien, j'aimais bien, toujours une  
50 bonne entente avec mes collègues même avec ma chef c'était super. Ça me manque j'en  
51 ai marre de ne pas travailler, mais je n'ai pas le choix, il faut que j'attende avec les  
52 opérations, le kiné, les cures thermales, la rééducation après chaque opération donc  
53 forcément ce n'est pas évident. Je m'étais inscrit à pôle emploi pour trouver une  
54 formation mais du coup ce n'est pas facile parce que j'ai toujours des opérations, des  
55 rendez-vous pour confectionner mon appareillage donc ce n'est pas facile.

56 **A : Votre démarche auprès de pôle emploi n'a pas abouti ?**

57 P1 : Je suis encore en arrêt maladie donc ce n'est pas possible de trouver une formation.  
58 En fait, vu que j'ai souvent des rendez-vous encore pour mes soins, il faut encore attendre  
59 pour trouver un emploi. Sinon il faut faire des formations par correspondance, moi par  
60 exemple je me suis renseigné pour prendre des cours d'espagnol pour pouvoir travailler  
61 dans la télécommunication. Je veux travailler derrière un bureau, je ne veux pas travailler  
62 qu'on me voit dehors dans la rue ou dans un magasin ou que je sois en contact avec des  
63 clients ou des patients, non, moi je ne veux pas qu'on me voit physiquement comme je  
64 suis parce qu'après les gens vont demander « qu'est-ce qu'il lui est arrivée etc.... » Déjà  
65 quand je prends les transports en commun, des fois il y a des gens qui me regardent  
66 bizarrement, il y a même des mamies qui me posent des questions « mais qu'est-ce qui  
67 vous est arrivé ? » Dans la rue à chaque fois on me pose la question. Les gens  
68 m'interpellent « Ça va madame ? Qu'est-ce qui vous est arrivée ? ». Un exemple dans le  
69 bus ou dans le tramway les gens parfois me posent ses questions « Mais qu'est-ce qu'il  
70 vous est arrivé ? » et parfois dans l'ascenseur. Mais tu te dis arrêtez de me poser des  
71 questions ça ne vous regarde pas.

72 **A : Que répondez-vous à ces gens ?**

73 P1 : Parfois je leur dis voilà j'ai eu un accident, un drame mais on arrive à sans sortir  
74 malgré tout on doit tenir, ce n'est pas facile mais on y arrive... Mais il y a un moment,  
75 des périodes où j'étais énervée, j'en avais marre et donc je regardais les personnes de  
76 travers et si ça ne suffisait pas je les envoyais balader pour qu'ils comprennent que j'en

---

77 avais marre de répondre tout le temps à ces questions. Mais ça dépend des périodes,  
78 comment la question est posée aussi si c'est par curiosité et puis qui est ce qui pose la  
79 question.

80 **A : Au cours de votre parcours de soin avez-vous rencontré des ergothérapeutes ?**  
81 **Et où ?**

82 P1 : Oui, au centre de rééducation.

83 **A : Est-ce que vous vous rappelez ce que vous avez fait en ergothérapie ?**

84 P1 : Alors, on a surtout fait des exercices pour mes mains, parce qu'à ma main gauche je  
85 n'ai plus de doigts donc on essayait de travailler pour que je puisse tenir des choses  
86 malgré que je n'ai plus de doigts. Et ça paye quand même parce qu'aujourd'hui j'arrive à  
87 me débrouiller avec ma main gauche et même manger avec. Et aussi la main droite, où on  
88 travaillait l'écartement de ma main, qui était enroulée, avec le plateau canadien, surtout  
89 pour la préhension des choses, que je puisse prendre des choses un peu plus grosses avec  
90 ma main, et petites aussi. J'ai aussi travaillé l'écriture ce qui m'est très utile aujourd'hui.  
91 On a pris aussi beaucoup de temps pour confectionner mon appareillage. J'ai fait du  
92 simulateur de conduite en vue de passer mon permis parce que déjà que c'est la galère  
93 d'être handicapé mais si en plus il faut prendre le bus et porter les trucs c'est encore pire.  
94 Mais encore à cause de mes rendez-vous je n'arrive pas trop à m'en sortir, je déprime pas  
95 mal, je le montre pas et c'est un peu compliqué de m'investir. Pourtant je prends des  
96 antidépresseurs mais c'est compliqué. A un moment je les avais arrêté parce que ça allait  
97 mieux mais j'ai remarqué que des fois ça va et des fois ça va pas. Mais je me suis  
98 réfugiée, mais il ne faut pas trop le dire, je me suis un peu réfugié dans l'alcool. Mais  
99 grâce à une psychologue pour l'alcool, je me suis calmée, je suis contente de moi-même.  
100 C'est vrai que des fois je ne suis pas très bien. J'ai aussi utilisé la *kinect* pour mobiliser  
101 l'ensemble de mes membres. Je suis aussi allée dans l'appartement thérapeutique, c'était  
102 pas mal ça prépare bien au retour à la vie quotidienne, à la vie normale, dehors, pour  
103 savoir se débrouiller tout seul, par exemple savoir couper une pomme, porter une  
104 casserole, l'appartement thérapeutique ça m'a aidé. Avant d'y passer plusieurs jours j'y  
105 allais pour cuisiner avec l'ergothérapeute, cuisiner des repas c'était super pour pouvoir  
106 nous montrer comment on fait après tout ça.

107 **A : Est-ce que lors de votre rééducation vous pensiez à votre retour à la vie**  
108 **professionnelle ?**

109 P1 : Disons que j'ai toujours pensé à retravailler et ça m'a toujours manqué et de plus en  
110 plus. Et là, de continuer à rien faire en fait ça me déprime, mon travail me manque même  
111 si ce n'était pas un travail extraordinaire, il me manque beaucoup. Et j'ai hâte de  
112 retourner au travail, parce qu'en fait je devais commencer une formation en septembre  
113 mais la date où débutait la formation c'était la date où on m'a dit vous vous faites opérer  
114 ce jour-là.

115 **A : Avez-vous pu aborder l'activité professionnelle avec l'ergothérapeute dans votre**  
116 **centre de rééducation ?**

117 P1 : Oui oui, déjà avec l'ergothérapeute on a beaucoup pu parler c'était un soutien  
118 physique et moral enfin il y a aussi la psychologue mais je ne l'aimais pas. Après la mise  
119 en place des vêtements compressifs pour nous satisfaire un peu plus physiquement et  
120 aussi par rapport aux mouvements dans les activités de tous les jours comme marcher,

---

121 plier le bras et le fait de travailler tout cela ça nous aide pour notre futur métier si par  
122 exemple on est devant un ordinateur si on sait bien se servir de ses mains c'est plus  
123 pratique. **On a aussi travaillé l'utilisation de mon téléphone portable** car j'avais beaucoup  
124 de mal à m'en servir pour le tenir etc. et on a trouvé des solutions.

125 **A : Donc vous pensez qu'en portant des vêtements compressifs qui vont améliorer la**  
126 **qualité de votre peau et donc votre esthétique, en travaillant les amplitudes de vos**  
127 **mouvements pour mettre la réalisation de geste du quotidien et l'apprentissage ou**  
128 **l'adaptation de moyen de communication comme le téléphone portable sont autant**  
129 **d'éléments qui vont vous aider à retourner au travail ?**

130 P1 : Je pense que oui, c'est tout un ensemble. Lors d'un entretien pour un travail parfois  
131 c'est basé sur le physique aussi si on arrive bien à se débrouiller avec l'outil de travail ça  
132 aide.

133 **A : Comme vous le savez, l'ergothérapeute travaille autour des activités de la vie**  
134 **quotidienne afin que la personne soit plus indépendante lors de son retour à**  
135 **domicile. Je suis partie du prérequis que la réalisation d'une activité professionnelle**  
136 **nécessite la réalisation de plusieurs activités. Bien évidemment, le savoir ou savoir-**  
137 **faire pour répondre à la mission du poste mais aussi se préparer chaque matin pour**  
138 **répondre aux exigences de l'emploi, se rendre sur son lieu de travail et souvent**  
139 **partager son le lieu de travail avec d'autres personnes. Cela implique d'être**  
140 **confronté au regard des autres, entrer en communication avec des personnes**  
141 **familiales ou non. Donc un travail autour de l'entretien personnel et des interactions**  
142 **avec autrui pourrait être bénéfique pour le retour à la vie sociale.**

143 **Du coup, est-ce qu'en ergothérapie vous avez abordé la réalisation de la toilette**  
144 **quotidienne par exemple les soins de la peau, le maquillage face au miroir ?**

145 P1 : Oui, on a fait tout ça, déjà l'hygiène de la peau et puis après le maquillage, comment  
146 se maquiller, avec quels produits se maquiller. Quels produits utiliser pour estomper les  
147 traces rouges parce que quand on est brûlé on a des traces rouges quand c'est tout frais  
148 après ça part au fur et à mesure du temps de la cicatrisation. Du coup, notre peau n'a pas  
149 la même couleur partout donc il faut qu'on utilise des produits spécifiques.

150 **A : Pour travailler ça, vous faisiez des mises en situation face au miroir ?**

151 P1 : Oui voilà exactement, on faisait des mises en situation face au miroir. On nous  
152 apprenait à nous maquiller pour camoufler tout ça.

153 **A : Et aujourd'hui quotidiennement vous arrivez à prendre du temps devant le**  
154 **miroir pour vous préparer ?**

155 P1 : Oui, il faut mais il faut beaucoup de temps pour tout faire. Déjà pour prendre ma  
156 douche je mets au moins 25 minutes pour me laver les cheveux et une demi-heure pour le  
157 maquillage.

158 **A : Avant vous mettiez moins de temps ?**

159 P1 : Oh oui, déjà par rapport au maquillage de mettait juste deux trait d'eye liner et c'est  
160 tout mais maintenant je suis obligée de mettre le fond de teint de bien en mettre de partout  
161 et après la poudre pour éviter que ça brille pour que ça fasse un teint plus naturel, après il  
162 faut dessiner les sourcils... Ça prend beaucoup de temps donc je le fais que quand je sors.

---

163 **A : Est-ce que vous pensez qu'en ergothérapie vous avez réalisé des activités qui**  
164 **vous ont aidé à appréhender le regard des autres ou les interactions avec les autres ?**

165 P1 : Oui, franchement comme en ergothérapie déjà on nous met à l'aise on nous prépare  
166 aussi mentalement par rapport à la sortie...

167 **A : Comment ?**

168 P1 : En nous expliquant que là où on est c'est un petit cocon où on est tout bien. Et puis  
169 quand on va sortir ça va être le physique, le regard des gens, affronter le regard des  
170 gens... J'avais écrit quelques choses sur ça je vais vous le lire. « Vivre après l'accident.  
171 Après l'accident certaines personnes ne veulent plus continuer de vivre... Vous sortez  
172 d'un cocon familial rempli de joie et de soutien pour faire face à la vie de dehors, la vraie  
173 vie où tu reçois tes factures tous les mois, les paperasses à remplir, les rendez-vous kiné,  
174 banque, sécu, médecin et tant d'autres. Et là, il y a tout plein de questions qui  
175 commencent à tourner en boucle dans votre cerveau. Au début c'est compliqué puis après  
176 on s'y fait. Tout le monde a des réactions différentes. Moi au début je voulais rester  
177 enfermée chez moi, je ne voulais pas sortir, je voulais que personne ne me vois comme je  
178 suis physiquement, le regard des gens m'effrayait tellement. Juste à l'idée que quelqu'un  
179 me fixe et bloque sur moi, ça me faisait peur et m'attristait. J'avais l'impression d'être  
180 une bête de foire... Quelle horreur ! Et un jour je me suis dit je ne vais pas continuer à  
181 vivre caché il faut que je franchisse le pas. Et le pas franchi, j'ai commencé à sortir avec  
182 un foulard qui ne laissait apparaître que mes yeux. J'ai recommencé à prendre les  
183 transports en commun et affronté le regard des gens sans cesse et j'ai rencontré des gens  
184 pas forcément intéressants mais ça fait du bien de discuter, on ne me jugeait pas, on  
185 rigolait c'était super. En fait, j'ai fait connaissance d'une personne qui m'a dit de  
186 reprendre confiance en moi. Donc au début j'étais avec le foulard, après je l'enlevais que  
187 quand j'étais avec lui, et après je l'enlevais juste la nuit quand je sortais seule et après j'ai  
188 enlevé le foulard je marchais normalement.

189 **A : Donc vous, vous avez été aidé pour appréhender le regard des autres surtout**  
190 **grâce à une préparation orale, en vous expliquant comment ça allait être à la sortie ?**

191 P1 : En fait, je vais vous lire j'ai écrit quelques chose de très court. « J'ai réussi à  
192 surmonter toutes ses étapes, j'en suis fière. C'est-à-dire sortir de chez moi, affronter et  
193 donc se foutre du regard des gens, se faire des amis ou connaissances, trouver l'amour et  
194 reprise de confiance en soi. » Mais excusez-moi reposer moi quand même votre question.

195 **A : Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autre chose qui vous ont aidé en ergothérapie**  
196 **pour vous aider à appréhender le regard des autres lors de votre sortie ?**

197 P1 : Quand on allait à l'appartement thérapeutique on y allait avec un autre patient et puis  
198 même quand on était dans la salle d'ergo on parlait tous ensemble. Avec beaucoup de  
199 patients on parlait d'après, quand on l'allait sortir. Comment on allait affronter le regard  
200 des gens.

201 **A : A l'heure actuelle, combien de temps par semaine vous passez en interaction ou**  
202 **en présence d'autre personne ?**

203 P1 : Ça va faire depuis fin juin que je suis avec un copain et je vis chez lui. Et je suis  
204 contente car il m'accepte comme je suis. C'est vrai que ça fait bizarre, mais du coup une

---

205 fois par semaine les samedis je vais faire des courses. Donc le samedi je vois beaucoup de  
206 monde, après je vais boire un café.

207 **A : Et comparativement à avant?**

208 P1 : Disons que je peux sortir quand je peux, mais sortir pour faire quoi ? C'est vrai que  
209 j'ai des copines des fois qui me disent quand est ce qu'on se voit... Mais vu que je suis  
210 sous tutelle, donc forcément je peux retirer qu'une certaine somme d'argent par semaine  
211 donc parfois on me propose d'aller boire un café mais non parce que j'ai fait des courses.  
212 Je n'ai pas envie de sortir. Donc je vais à mes rendez-vous sinon j'ai Facebook. Donc je  
213 ne sors pas quotidiennement, mais une fois tous les deux jours quand mon copain a des  
214 choses à faire je l'accompagne. Donc par rapport à avant c'est difficile à dire, parce que je  
215 travaillais donc je sortais tous les jours, j'étais aussi plus libre financièrement. En fait j'ai  
216 l'impression d'être plus libre aujourd'hui qu'avant par rapport à mon ex qui  
217 m'emprisonnait donc en fait c'est un peu pareil. Je sors comme avant maintenant même  
218 plus parce que je n'ai plus à demander l'autorisation pour sortir. Avant il fallait que je  
219 demande l'autorisation pour sortir, même avec mon fils au parc. Et aujourd'hui, vu que  
220 financièrement ce n'est pas trop ça, je n'ai pas envie de sortir parce qu'après j'aurais  
221 envie de dépenser des sous que je n'ai pas, donc je reste à la maison.

222 **A : Est-ce que vous pensez que vous utilisez plus internet pour réaliser vos achats**  
223 **qu'avant ?**

224 P1 : Ça oui, j'ai plus envie de me compliquer la vie. Prendre le bus, sortir, d'aller dans la  
225 foule, les filles... Oh non ! Je n'aime plus faire les magasins parce qu'il y a beaucoup de  
226 monde et ça m'énerve. Depuis l'accident je suis plus nerveuse qu'avant.

227 **A : C'est plus le shopping que vous faites sur internet parce que les courses**  
228 **alimentaires vous m'avez dit que vous alliez en magasin et pour les rencontres ?**

229 P1 : Mon copain je ne l'ai pas rencontré sur internet. Mais au début, c'est vrai que j'avais  
230 un truc de rencontre téléphonique, j'ai arrêté, c'était pour reprendre confiance en moi en  
231 fin de compte de pouvoir parler à quelqu'un d'autre, m'apaisait, j'avais travaillé sur moi  
232 avec le truc téléphonique là. Et après, j'ai rencontré mon copain je n'étais pas dans un très  
233 bon état, c'était une période où je me réfugiais dans l'alcool. Cet été, je n'étais pas très  
234 bien je buvais de l'alcool tous les jours dans la rue avec des « clochards » posés dans un  
235 parc, c'était devenu une habitude. Mais ça c'est du passé grâce à lui.

236 **A : Pour vous déplacez vous utilisez toujours les transports en commun ?**

237 P1 : Oui, sauf quand je vais faire des soins j'y vais en VSL. Autrement quand je suis avec  
238 mon copain je me déplace en voiture. Mais comme je n'ai pas mon permis je suis obligée  
239 de prendre les transports communs et j'essaie de plus faire attention aux gens, j'ai mes  
240 écouteurs je dis juste bonjour au chauffeur et hop je rentre je baisse ma tête je regarde  
241 personne, juste mon téléphone ou par la fenêtre. Mais des fois ça me stresse parce que je  
242 sais qu'il y a des gens qui me regardent, surtout quand c'est des jeunes. Parce qu'un jour  
243 on m'a volé mon téléphone, j'attendais mon père en ville et d'un coup une bande de  
244 jeunes m'a volé mon téléphone du coup ça m'a énervé et il y avait une fille qui me  
245 regardait qui rigolait qui se moquait de moi donc je suis partie au quart de tour, en plus  
246 j'avais le ballonnet dans le ventre ça aurait pu être dangereux. Donc maintenant je vais  
247 que dans des endroits où je sais qu'il y a des gens que je connais, des commerçants etc.  
248 des lieux familiers.

---

249 **A : Actuellement qu'avez-vous comme suivi médical ?**

250 P1 : De la kinésithérapie deux fois par semaine, c'est super important surtout en ce  
251 moment avec le froid ma peau s'assèche. Je vois le psychologue deux fois par mois et  
252 quand je sens que je ne vais vraiment pas bien que je recommence à boire de l'alcool là je  
253 vais le voir en urgence. Et puis je suis en relation avec ma chirurgienne et la fréquence  
254 dépend de mes opérations donc là en ce moment je suis plus en relation avec l'équipe de  
255 rééducation de mon centre. J'y vais une fois par semaine, en hôpital de jour, pour mon  
256 appareillage, mes compressifs. Et puis je vais faire une cure thermale pendant trois  
257 semaines au mois d'avril pour la deuxième fois. Ça fait du bien mais ça m'éclaircie la  
258 peau donc c'est dommage parce qu'avant j'étais métisse...

259 **A : Donc vous avez un suivi ergo une fois par semaine ?**

260 P1 : Oui, au centre de rééducation. Mais pendant ma cure je suis logée dans un centre de  
261 rééducation donc j'aurais peut-être un suivi ergo pour ma main droite vu que je me suis  
262 fait opérée il n'y a pas très longtemps... Mais moi tous les matins j'essaie de faire une  
263 heure de gymnastique douce pour les mouvements, l'élasticité de ma peau et pour faire  
264 attention à mon poids.

265 **A : Dernière question, au vue des difficultés que vous avez rencontré ou que vous**  
266 **rencontré encore, quelle serait vos propositions pour améliorer votre suivi en**  
267 **ergothérapie ?**

268 P1 : Non, franchement j'ai vraiment rien à dire parce que je me débrouille comme avant  
269 en fin de compte, je prends ma douche comme avant, je prépare à manger, je fais le  
270 ménage... Sauf le repassage que je ne fais pas car je suis trop lente et il faut être très  
271 vigilante pour ne pas se brûler donc je ne repasse pas.

272 **A : Est-ce qu'à votre sortie, ça vous aurait aidé d'avoir un accompagnement en**  
273 **ergothérapie sur votre lieu de vie ? Pour travailler les sorties par exemple...**

274 P1 : Oui c'est vrai qu'il faudrait un peu plus de remise en confiance en soi. Parce que moi  
275 j'ai de la chance j'avais ma famille qui m'ont coucouné. Mais si une personne est toute  
276 seule elle n'a personne et elle doit se débrouiller... Donc ça serait une bonne idée qu'un  
277 ergo vienne à domicile.

278 **A : D'accord, j'ai fini de vous poser toute mes questions. Merci de m'avoir accordé**  
279 **du** **temps.**

---

## 8.2 Entretien n°2

Sexe : M      Age : 42 ans

Durée : 78 minutes

1    **Anaïs : Bonjour, je vous explique, donc mon sujet porte sur le retour à la vie sociale**  
2    **des personnes présentant des brûlures au niveau du visage. L'entretien va être divisé**  
3    **en trois grandes parties la première concernant la période de l'accident, la deuxième**  
4    **celle de la rééducation et la dernière votre retour à domicile. Vous êtes libre de ne**  
5    **pas répondre à certaines questions. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré**  
6    **puis détruit à la fin de mon travail.**

7    P2 : D'accord.

8    **A : A quel âge avez-vous eu votre accident ?**

9    P2 : C'était il y a trois ans, donc 39 ans.

10   **A : Votre brûlure est localisée au niveau du visage...**

11   P2 : Le thorax, les membres supérieurs, un peu au niveau de la cuisse en fait 40 % de la  
12   surface corporelle totale.

13   **A : Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile suite à votre**  
14   **accident ?**

15   P2 : En fait, j'ai eu quasiment une année complète de rééducation physique on va dire  
16   donc de 2013 à 2014 ensuite on m'a orienté vers une clinique pour pas rentrer  
17   directement à la maison enfin voilà c'était le deal et en même temps j'avais une opération  
18   de programmée donc en fait à la base le deal c'était qu'il me garde jusqu'à l'opération  
19   après un petit peu. En même temps je passais des weekends ou plusieurs journées à la  
20   maison pour reprendre la vie quotidienne, normale on va dire. Mais ce qui s'est passé,  
21   c'est que quand j'ai eu la date de mon opération j'en ai parlé à mon psychiatre parce que  
22   c'était une clinique psychologique, mais c'était plus une clinique de repos. Avant mon  
23   intervention on s'est mis d'accord sur une date de sortie, donc on m'a refait les quatre  
24   paupières et quand je suis revenu on m'a dit que je rentrais le lendemain chez moi. Donc  
25   là, j'étais tout paniqué parce que j'avais les yeux... ce n'était pas possible de rentrer. J'ai  
26   paniqué, j'ai cassé la vitre de ma chambre avec un fauteuil. Et là on m'a interné en hôpital  
27   psychiatrique donc ça c'était en 2014-2015. Donc là j'étais en suivi psychologique  
28   jusqu'en septembre 2015. Donc ça fait sept mois que je suis sorti entre guillemet du  
29   circuit médical, mais bon, j'ai quand même un suivi régulier tant au niveau physique que  
30   psychologique. J'ai des rendez-vous régulier avec le chirurgien.

31   **A : Si ce n'est pas trop indiscret, vous aviez un suivi psychologique avant votre**  
32   **accident ?**

33   P2 : C'est suite à l'accident, au centre de rééducation dans le cadre de ma prise en charge  
34   globale, kiné, psychomot, relaxation, ergo, suivi psychologique, suivi psychiatrique.

35   **A : Comment décririez-vous vos relations sociales, donc familiales, amicales voire**  
36   **intimes avant l'accident ?**

---

37 P2 : Je pense que j'étais quelqu'un de très sociable, j'avais un travail je travaillais en  
38 équipe dans une raffinerie, en 3/8, je jouais au football, j'avais mes enfants voilà donc je  
39 n'étais pas seul, seul.

40 **A : Est-ce que vous avez perçu un changement suite à votre accident ?**

41 P2 : Le changement, oui, parce que ce qui est difficile dans ma situation, il y a deux  
42 choses. La première, il est très difficile de reparler aux gens que je connaissais d'avant, il  
43 m'est plus facile de m'exprimer devant des personnes que je ne connaissais pas. La  
44 deuxième chose, c'est que justement en ayant plus de facilité avec les gens extérieurs on  
45 va dire de l'entourage, ce n'est pas un déni, ce n'est pas nier mais on oublie la souffrance.  
46 Par exemple quand je vois ma femme, mes enfants dans leurs yeux je vois qu'ils ne sont  
47 pas à l'aise. Alors qu'une personne que je croise un vendeur dans un magasin voilà ça se  
48 passe bien. Enfin, avec ma femme et mes enfants ça se passe bien mais c'est plus dur.  
49 Parce qu'il y a trois souffrances, la souffrance de la famille envers moi je pense, ma  
50 souffrance à moi au niveau physique, psychologique et j'ai la souffrance de leur  
51 souffrance. Donc ça fait beaucoup de choses à canaliser, donc c'est pour ça que le suivi  
52 psychologique est important pour ma part. Après je suis en contact avec des gens que j'ai  
53 rencontrés en centre de rééducation. C'est important de garder contact avec des gens qui  
54 ont vécu plus ou moins la même chose que vous parce qu'au final on sait les souffrances  
55 on n'a pas besoin d'en parler un regard suffit, c'est une relation d'instinct.

56 **A : Donc auparavant vous exerciez un emploi...**

57 P2 : Dans une raffinerie, j'ai reçu ma notification d'invalidité ce matin, donc je ne sais  
58 pas je pourrais retravailler mais je ne sais pas pour l'instant ce n'est pas le moment. Parce  
59 que je sais que j'ai encore 18 mois de chirurgie... Par contre j'essaie de pas m'isoler et je  
60 me suis inscrit pour faire du bénévolat dans une médiathèque, qui n'est pas encore  
61 ouverte donc je n'ai pas eu encore à faire au public mais j'ai rencontré des bénévoles et  
62 j'étais plutôt bien accepté, à l'aise.

63 **A : Est-ce que vous vous êtes préparé aux éventuelles questions qui risquent de vous**  
64 **être posé ?**

65 P2 : Alors Mme G, je me souviens ce qu'elle m'avait dit et c'est très juste, de toute façon  
66 quand vous irez dans la rue vous aurez des remarques, donc là, il y aura trois façons de  
67 réagir, ignorer, expliquer simplement ou envoyer bouler. Donc ça dépend de comment est  
68 posée la question, de comment la personne me regarde. Parce que parfois c'est juste de la  
69 curiosité, parfois ça peut être de la méchanceté donc voilà...

70 J'ai une anecdote, j'étais au centre de rééducation je voulais aller en ville donc il fallait  
71 que je prenne le bus et le train. Et dans le train, c'était le mois de décembre et je me suis  
72 assis sur le côté où il y avait le soleil et on n'a pas le droit de s'exposer. Donc j'ai  
73 demandé à la dame contre la fenêtre si elle pouvait baisser le store du train et elle m'a  
74 répondu sèchement et d'un ton horrible « Si ça vous gêne vous avez qu'à changer de  
75 place ! ». Donc moi dans ce cas-là, je lui ai répondu « Si vous me le proposez si  
76 gentiment je prendrais bien volontiers votre place ! » ce qui fait qu'elle a terminé le  
77 voyage tête baissée et je n'ai pas changé de place.

78 Donc ça dépend on peut répondre avec humour, on peut ignorer, parfois agressif en vous  
79 disant « ça ne vous regarde pas ! » d'un ton sec. Par contre, si c'est des enfants qui  
80 demandent ou qu'ils me regardent bizarrement et que les parents disent « chut arrête » je

---

81 les vois faire. Je leur dis aux parents, « non, ce n'est pas grave faut lui expliquer que je  
82 suis brûlé et puis voilà ». Parce que les enfants ils n'ont pas de passé émotionnel donc ils  
83 ne savent pas mais ce n'est pas une curiosité mal placée, c'est « tiens, ce monsieur il est  
84 bizarre ! ».

85 J'ai une anecdote quand la première fois j'ai revu les habitants de mon petit village,  
86 c'était pour le 14 juillet et je m'étais mis un peu en retrait et il y a une petite fille qui est  
87 venue me voir elle me dit « bonjour, vous avez mal monsieur ? », je lui dis « non, je n'ai  
88 pas mal » et elle me dit « on dirait que vous êtes un fantôme ! » donc je lui ai dit « non je  
89 ne suis pas un fantôme » tout en prenant sa main et en la posant sur la mienne et je lui fais  
90 toucher le mur et je lui dit « tu vois je ne peux pas traverser le mur donc je ne suis pas un  
91 fantôme ! ». Donc voilà en fait les diverses façons de réagir.

92 Une fois aussi j'étais avec un ami en croisière et sur le bateau il y avait un dame qui me  
93 regardait, qui me regardait, qui me regardait donc à la fin de la croisière je suis allé la voir  
94 et je lui ai dit madame vous m'avez regardé avec beaucoup d'insistance. Elle me dit oui  
95 parce qu'il me semble que je vous ai vu à la télé, je lui dis que non elle me dit « si, si vous  
96 ne voulez pas le dire ». Donc ça commençait un peu à m'asticoter on va dire puis après  
97 elle m'a dit vous savez mon fils est dans la même situation que vous, il a du mal à sortir.  
98 Donc en fait je pense que c'est là où il faut être fort mais surtout beaucoup, beaucoup,  
99 beaucoup, prendre sur soi les premières sorties ! Toute façon plus on remet à plus tard  
100 moins on a envie de le faire, comme tout chose, il faut y aller !

101 **A : D'accord, on va maintenant aborder la partie sur la rééducation, avez-vous**  
102 **rencontré un ergothérapeute ?**

103 P2 : Oui et je ne l'a remercie jamais assez.

104 **A : Qu'avez-vous fait ensemble ?**

105 P2 : Alors avec elle... Le premier contact a été assez froid, quand je suis arrivé j'étais  
106 complètement perdu, j'arrivais du service de réanimation où j'avais passé 3 mois de mars  
107 à juin. Donc on me présente tous les soignants, kiné et l'ergothérapeute. Ça me fait rire  
108 maintenant mais je ne lui ai jamais dit ! Donc une jeune femme vient à ma rencontre se  
109 présente et me demande si je suis droitier ou gaucher, donc étant donné que j'ai eu des  
110 amputations à la main droite je réponds sur un ton presque méchant « bah, je vais devenir  
111 gaucher ! » Et elle m'a répondu tout calmement « si vous étiez droitier on va tout faire  
112 pour récupérer votre main droite. » J'étais septique et puis au fur et à mesure des séances  
113 d'ergothérapie, la confiance patient soignant qui s'installe, ça c'est quelque chose de très,  
114 très important, j'ai réussi à retrouver l'usage de main droite. Donc c'est là que le rôle de  
115 l'ergothérapeute est intéressant c'est de remédier aux difficultés qu'on peut rencontrer  
116 dans un milieu normal. En fait, c'est par exemple au lieu d'aller tout droit et de se cogner  
117 contre le mur, c'est de trouver une solution pour éviter ce mur mais passer l'obstacle  
118 quand même.

119 Donc j'ai fait beaucoup de travail au niveau de mes mains de la vannerie vers la fin, mais  
120 au début c'était juste essayer d'avoir les pinces, des exercices d'écriture, de la saisie au  
121 clavier, du plateau canadien... Pareil, j'étais un peu perdu au niveau spatial donc j'ai eu  
122 des exercices de jeu d'adresse par exemple des cerceaux à mettre dans des cônes. On a  
123 travaillé beaucoup la posture parce que la brûlure contracte vraiment la peau et encore le  
124 mot est faible parce qu'au début je me suis retrouvé enroulé sur moi-même donc après

---

125 avec le travail de kiné et d'ergothérapie on arrive à s'ouvrir. Donc pour ça il y a le port  
126 d'habit compressif et de masque. J'ai aussi travaillé la force pour les préhensions au  
127 départ je travaillais avec des pinces à linge avec des résistances différentes donc c'était  
128 des jeu aussi de manipulation d'objets au début gros puis ça devient de plus en plus fin.  
129 J'ai aussi fait de la cuisine thérapeutique où j'ai pu voir les aides techniques qui  
130 pourraient mettre utile mais en fait au quotidien maintenant j'en ai pas besoin.

131 **A : La cuisine c'est quelque chose que vous faisiez avant à la maison ?**

132 P2 : Oui, chez moi je cuisinais un peu avant et puis maintenant je re-cuisine. Je me  
133 rappelle que pour Noël 2013 j'ai aidé ma femme à préparer le repas de Noël et j'ai  
134 décortiqué des crevettes donc chose pas facile mais voilà un exemple.

135 En fait ce qui se passe, moi c'est à la suite d'une autolyse, d'une tentative de suicide, j'ai  
136 eu et j'ai encore beaucoup de culpabilité et cette culpabilité elle a deux fonctions : une qui  
137 m'enfonce un peu la tête sous l'eau mais elle a une fonction c'est que quand j'ai la tête  
138 sous l'eau elle me donne encore plus de force pour repartir ! Et justement quand vous  
139 serez ergothérapeute, il y a des jours où vous aurez un patient qui voudra pas faire  
140 l'activité, moi ça m'est arrivé où il y a des jours j'allais en ergo mais je disais à l'ergo que  
141 je me sentais pas bien que je n'avais pas envie mais elle avait un petit rôle de  
142 psychologue elle me demandait ce qui n'allait pas on discutait. C'est pour ça que je vous  
143 dis la relation de confiance est très important et le travail n'en est que plus efficace. Donc  
144 quand on voit qu'on est en confiance on a envie de travailler, comme on travaille on  
145 avance, comme on avance l'ergo est contente parce que ça fait du bon travail donc voilà  
146 c'est un travail à deux.

147 **A : Et durant cette période est-ce que vous portiez de l'importance à la reprise d'une**  
148 **activité professionnelle ?**

149 P2 : **Non, non, c'était trop loin**, même encore maintenant c'est loin.

150 **A : Est-ce que ça reste un but pour vous ?**

151 P2 : Alors une activité oui, après salarié ou non je ne sais pas. J'ai commencé par du  
152 bénévolat et on verra. Pour moi j'attends que mes chirurgies se terminent enfin je ne sais  
153 pas si se sera vraiment fini un jour mais moins soutenu. Ce n'est pas que c'est soutenu  
154 comme rythme mais **j'ai trois, quatre opérations par an donc c'est dure de se projeter tant**  
155 **que ce n'est pas fini.**

156 **A : Je vais vous expliquer ma démarche. Comme vous le savez, l'ergothérapeute**  
157 **travaille autour des activités de la vie quotidienne afin que la personne soit plus**  
158 **indépendante lors de son retour à domicile. Je suis partie du prérequis que la**  
159 **réalisation d'une activité professionnelle nécessite la réalisation de plusieurs**  
160 **activités. Bien évidemment, le savoir ou savoir-faire pour répondre à la mission du**  
161 **poste mais aussi se préparer chaque matin pour répondre aux exigences de l'emploi,**  
162 **se rendre sur son lieu de travail et souvent partager son le lieu de travail avec**  
163 **d'autres personnes. Cela implique être confronté au regard des autres, entrer en**  
164 **communication avec des personnes familière ou non. Donc un travail autour de**  
165 **l'entretien personnel et des interactions avec autrui pourrait être bénéfique pour le**  
166 **retour à la vie sociale.**

167 **Du coup est ce qu'en ergothérapie vous avez abordez la réalisation de la toilette**  
168 **quotidienne par exemple les soins de la peau, le maquillage face au miroir ?**

---

169 P2 : En ce qui concerne la toilette quotidienne au début je n'étais pas du tout autonome  
170 puis petit à petit au fur et à mesure de la rééducation de ma récupération fonctionnelle j'ai  
171 progressé. Le maquillage m'a été enseigné par une aide-soignante, c'est quelque chose  
172 que j'apprécie. J'étais quelqu'un de coquet, j'aime être en costume. Donc quand je sors  
173 j'aime bien me maquiller pour cacher mes rougeurs. Mais effectivement, en ergothérapie,  
174 on travaillait beaucoup.

175 Je me souviens, une fois je revenais de mon week-end thérapeutique mon ergothérapeute  
176 m'a demandé comment ça c'était passé. Donc voilà pareil quand on revient de week-end  
177 à visée thérapeutique on fait le point, le bilan avec l'ergothérapeute pour aborder les  
178 difficultés qu'on a rencontrées. Ces week-ends thérapeutiques m'ont permis de  
179 progresser, je demandais à l'ergo comment surmonter les difficultés que je rencontrais à  
180 mon domicile.

181 En ce qui concerne la toilette quotidienne il y a aussi le travail des infirmières, tout est lié  
182 en fait. Un jour il faut se dire je vais essayer de prendre ma douche. Il ne faut pas attendre  
183 même si je pense qu'un jour les infirmières m'auraient dit Mr maintenant il faut prendre  
184 votre douche tout seul. Il faut se lancer des objectifs voilà peut-être pas demain mais dans  
185 trois ou quatre jours je vais faire ceci ou cela. Quand j'ai réussi à faire ma toilette seul  
186 j'étais content mais vu qu'il y avait les compressifs je n'y arrivais pas. Et puis un jour où  
187 j'avais moins de pansement j'ai pris ma douche seul et j'ai remis mes compressifs et  
188 c'était un défi que je m'étais lancé avec les infirmières.

189 **A : Est-ce que vous avez réalisé, en ergothérapie, des activités qui vous ont aidé à**  
190 **appréhender vos relations sociales, les interactions avec les autres ?**

191 P2 : J'ai envie de dire oui mais non ! Je vous ai parlé de la fois où je suis allé en ville,  
192 c'est avec l'ergothérapeute que j'ai élaboré mon premier trajet pour m'y rendre. Après le  
193 lien social, quand on a fait l'atelier cuisine fallait aller faire les courses donc on avait à  
194 faire aux commerçants, aux clients et on était accompagné par l'ergo. Après les prises en  
195 charge ergo c'était en individuel... Après il y avait aussi une grande salle comme une  
196 salle d'école où il y avait d'autres personnes avec nous mais que des brûlés parce qu'on  
197 n'était pas mélangé vu qu'on est un peu plus fragile au niveau épidermique il ne fallait  
198 pas trop qu'on reste avec les autres pour éviter les microbes.

199 Après la reconstruction du lien social se faisait aussi au niveau du service d'animation,  
200 une semaine sur deux il y avait une soirée jeu. C'est là où on pouvait se retrouver mais il  
201 n'y avait pas que cet endroit. Par exemple, il y avait un terrain de pétanque... Moi  
202 honnêtement, je me suis fait des amis mais pas que des brûlés. Donc tout ça m'a aidé et le  
203 service animation a été l'endroit où j'ai repris du plaisir. C'est-à-dire qu'avant mon  
204 accident je jouais pour gagner, j'étais devenu comme ça et puis là en animation c'était  
205 différent. Par exemple, quand on faisait une partie de scrabble on comptait les points mais  
206 on se donnait un défi collectif par exemple atteindre 500 points, c'était pour l'entraide et  
207 ça c'est génial. Par exemple, quand on jouait à la belote, il y avait des gens qui ne  
208 pouvaient pas parler et tout le monde s'adaptait à l'autre. Mais après encore une fois c'est  
209 la volonté de la personne. Moi je me souviens ma femme au début elle me disait tu vois il  
210 y a une soirée tu as qu'à y aller puis après en discutant un peu avec les soignants, les  
211 patients on essaye de s'encourager.

212 **A : A l'heure actuelle, comparativement à avant, combien de temps par semaine**  
213 **passer-vous en présence ou en interaction avec d'autre personne ?**

---

214 P2 : Déjà, j'ai quatre heures par semaine de médiathèque, j'ai de la kiné trois fois trente  
215 minutes par semaine donc je croise le patient qui sort et le patient qui rentre, les gens dans  
216 l'immeuble, le bus quand je prends le bus. Donc voilà c'est variable, en ce moment avec  
217 ma femme on ne vit plus ensemble mais on n'est pas séparé mais c'est un peu compliqué.  
218 J'habite donc seul dans un petit appart, donc elle apparemment, je ne peux pas parler à sa  
219 place, ça la dérange pas de sortir avec moi on fait les courses ensemble parfois. Enfin si  
220 ça la dérange, mais comment dire, mon état la dérange mais fréquenter des lieux publics  
221 ça ne la dérange pas. C'est juste l'histoire entre elle et moi qui l'a dérange en fait,  
222 l'histoire autour de mon état.

223 **A : D'accord, donc vous arrivez à sortir quotidiennement ?**

224 P2 : Oui, oui, je sors tous les jours, je vais faire du footing seul. Avant je faisais du foot  
225 mais je suis gêné par rapport à la douche collective j'ai peur des réactions, je ne suis pas  
226 prêt encore et je ne sais pas si je le serais un jour. C'est quand même difficile mais par  
227 contre au niveau des soins je n'oppose pas de résistance mais aux gens.

228 **A : Je reviens sur ce que vous m'avez dit précédemment, mais est-ce que c'est parce**  
229 **que ces gens-là vous connaissent d'avant que ça vous gêne ?**

230 P2 : Non, pour le coup, ça me gênerait tout autant, un sport collectif où il y aurait la  
231 douche après... Pour le coup après avoir cassé la fenêtre je suis allé en hôpital  
232 psychiatrique et là il y avait des activités sportives donc c'était bien ! Mais après la  
233 douche c'était dans ma chambre. Ouais, c'est difficile pourtant je pense que je fais partie  
234 des gens qui ont développé une bonne force de caractère pour s'en sortir et qui en  
235 développe encore mais il y a des choses qui sont encore compliqué. Mais il fallait quand  
236 même que j'ai une activité sportive donc je fais du footing et j'ai l'intention si l'opération  
237 me le permet, en mai il y a une course de quinze kilomètres, je sais qu'il y aura du monde  
238 mais ça me dérange pas j'ai envie de le faire. En fait on passe plus inaperçu dans la foule  
239 qu'au milieu de deux personnes au final.

240 Donc en fait, c'est différent d'avant, déjà par le fait de ma situation personnelle, au niveau  
241 du couple, après si j'ai envie de sortir, je sors. Par exemple, vendredi, j'ai une amie qui  
242 est serveuse et j'y suis allé et j'ai rencontré quelqu'un qui était à l'école avec moi. Je suis  
243 allé le voir, lui dire bonjour et puis ça l'a choqué mais après on a discuté un peu.

244 Et puis, je suis toujours en contact avec les gens du travail donc ça aussi c'est important  
245 quand vous dites le niveau social, alors pour nous, brûlés, il y a un truc qui est bien c'est  
246 Facebook... Parce qu'il ne faut pas croire nous on est atteint mais notre entourage aussi.  
247 Quand je dis entourage ce sont collègues de boulot, famille, amis, voisins voilà c'est tout  
248 ça. Donc Facebook pour ça c'est bien, avant j'étais contre et aujourd'hui je fais une heure  
249 à deux heures de Facebook par jour. Donc c'est différent, c'est dur de se montrer en  
250 public mais ça ne m'empêche pas si je veux aller voir un film j'irais, je prends les  
251 transports en commun... Et ça c'est propre à chacun, il y a des gens qui seront pas motivé  
252 à sortir. Je prends un exemple, je n'aime pas faire ça mais pour mieux comprendre, au  
253 début de l'entretien je vous ai dit que j'avais 40% de la surface corporelle totale et parfois  
254 je disais j'ai mal ça tire mais sans plus... Et il y a des gens qui avaient juste, je n'aime pas  
255 dire ça parce qu'une brûlure c'est quand même douloureux, c'est psychologique, c'est  
256 physique c'est dur à appréhender... Et il y avait une patiente qui avait juste un petit,  
257 j'aime ne pas dire mais qu'une petite partie de la main et pour elle s'était la fin du monde.  
258 Donc après c'est une question de volonté et ça dépend aussi de comment s'est arrivé

---

259 aussi, par exemple, moi c'était un acte volontaire, j'ai une culpabilité énorme et je veux  
260 tout mettre en œuvre pour réparer au maximum mon erreur. Moi c'est comme ça que je le  
261 ressens. Je pense, après j'en suis pas sûr, mais je pense que j'ai développé beaucoup de  
262 volonté à cause de la culpabilité que j'ai. Si ça avait été un accident, je pense que j'aurais  
263 été plus dans le pourquoi moi, pourquoi j'étais à cet endroit-là, à ce moment-là, je pense,  
264 me connaissant. Je n'aime pas comparer, mais a situation différente, ont réagi  
265 différemment.

266 **A : Donc après les activités, est-ce que vous utilisez plus internet pour des choses que**  
267 **vous faisiez sur l'extérieur avant ? Vous m'avez dit Facebook...**

268 P2 : Oui Facebook, mais en général oui plus qu'avant, ça a un côté pratique déjà n'étant  
269 pas véhiculé, il faut que je me débrouille. Donc être livré à domicile c'est sympa, mais ce  
270 n'est pas pour une raison d'apparence, c'est pour une raison pratique. Par exemple, je vais  
271 vous dire un truc tout bête, j'ai commandé des billets de match de foot sur internet et je  
272 suis allé au stade où il y a du monde.

273 Je sais qu'au boulot ils ont été très affectés par ce qui m'est arrivé aussi donc Facebook a  
274 été un bon moyen de renouer contact. J'ai fait d'abord par mail avec certains...

275 **A : Et vous les avez revu ces personnes-là ?**

276 P2 : Alors, j'en ai revu trois et là aujourd'hui pour la première fois j'ai envoyé une photo  
277 à un collègue de boulot parce qu'il voulait venir me voir mais il m'avait pas encore vu  
278 donc... Par contre, voilà, quand il y a quelqu'un qui veut venir me voir et que c'est la  
279 première fois qui vient, toujours je demande s'ils veulent une photo avant toujours ! Parce  
280 que si c'est pour qu'il pousse la porte, qu'il soit tout tremblant et qu'il se mette à pleurer  
281 je ne préfère pas qu'il vienne. Là en l'occurrence mon collègue m'a dit c'est toi qui voit  
282 donc j'ai envoyé ça m'a soulagé d'un poids et puis il m'a demandé si je voulais qu'il me  
283 montre... Donc je lui ai dit tu l'as montré à ceux que tu juges que ce ne soit pas juste par  
284 curiosité... ça je n'aime pas par contre.

285 Oui il y a ça aussi, mon handicap à moi m'a ouvert un espace qui était restreint en moi.  
286 Malheureusement, un peu comme tout le monde, quand on va voir un fauteuil roulant on  
287 va regarder, on va s'interroger... Là maintenant, j'ai un autre regard ça m'a beaucoup  
288 ouvert, quelque chose d'extraordinaire ! Je suis passé par des moments malheureux mais  
289 en même temps j'ai gagné une tolérance, une envie, j'ai développé un caractère fort,  
290 j'étais plutôt un caractère « mollasson », ça m'a beaucoup ouvert, ça m'a beaucoup  
291 apporté.

292 Par exemple, les attentats en Belgique, les attentats du 13 novembre, Charlie Hebdo ça  
293 me fait du mal parce que je me dis ces gens-là ils ont rien demandé à personne, ils n'ont  
294 pas demandé à mourir... Et moi qui est demandé à un moment donné à mourir je suis  
295 encore là et ça me met mal à l'aise, j'ai du mal avec ça... Mon acte a été fait dans un  
296 endroit où le portable ne passait pas, c'était une route pas fréquentée du tout et quelqu'un  
297 m'a trouvé... Je n'avais que 30% de chance de survie. Et je me dis qu'avec tout ça je suis  
298 encore là, c'est inespéré c'est une deuxième vie qui recommence, elle recommence  
299 autrement mais ça m'a montré que la vie était belle en fait et je rencontre des gens  
300 superbes. Et donc ce que la médecine a fait pour moi j'aime bien le rendre par exemple  
301 pour témoigner c'est le minimum. On m'a tellement apporté que je veux donner en fait.

---

302 **A : La question suivante concerne les transports, vous m'avez dit que vous n'avez**  
303 **pas de voiture...**

304 P2 : Non pas de voiture, avant j'avais le permis j'utilisais ma voiture. Je ne sais pas  
305 quand, mais j'espère bien reconduire un jour. Par contre, je prendrais des heures pour  
306 réapprendre un peu les gestes. Donc je me déplace grâce à mes jambes et le bus. Il faut  
307 aller de l'avant on n'a pas le choix.

308 **A : A l'heure actuelle, de quel suivi médical bénéficiez-vous ?**

309 P2 : Kiné libéral, un suivi psychologique et psychiatrique, de la relaxation, avec le  
310 chirurgien, un suivi appareillage en consultation.

311 **A : Est-ce que vous avez des propositions à me faire pour améliorer la prise en**  
312 **charge en ergothérapie au vue des difficultés que vous avez rencontré ou que vous**  
313 **rencontrez toujours ?**

314 P2 : Non, parce qu'elle a répondu à mes besoins et mes attentes plus que ce que  
315 j'espérais. On va boucler la boucle quand elle est venue dans ma chambre et que je lui ai  
316 dit que j'allais devenir gaucher... La boucle est bouclée, j'ai retrouvé ma main droite et  
317 même mieux j'écris des deux mains.

318 Si, enfin c'est dans le domaine médical en général mais je vais le dire... C'est que bien  
319 sûr on prend en compte les patients mais la famille est beaucoup mise à l'écart. Je le vois  
320 parce qu'avec le recul, je l'ai réalisé peut-être un an après, je n'ai pas fait attention à ma  
321 femme, je n'ai pas fait attention à mon entourage, je n'ai pas fait attention à mes enfants.  
322 « Est-ce que tu as besoin de quelque chose ? » « Est-ce que la maison tourne ? » « Est-ce  
323 que tu as fait le plein de gaz ? » enfin voilà des trucs du quotidien ! Mais c'est tellement  
324 centré sur nous... C'est bien, il le faut parce que c'est la priorité numéro une. Mais il y a  
325 aussi une priorité se serait de mettre la famille aussi avec. Même si il y a un secret  
326 médical mais moi je vois ma femme elle s'est battue, il a fallu qu'elle tape du poing sur la  
327 table pour qu'elle est accès un peu aux soins.

328 D'ailleurs mon ergothérapeute devait me faire « l'info brûlure » et ma femme souhaitait  
329 venir donc le lendemain je lui ai demandé elle a accepté. Mais c'est dommage que ce ne  
330 soit pas proposé automatiquement, la famille ne sait rien, ils sont au pied du mur. On est  
331 pris dans cet engrenage de soin et c'est difficile d'en sortir. Et puis on en bave tellement  
332 qu'on a envie de dire à nos proches « pour la première fois j'ai réussi à m'habiller ! »  
333 mais en fait on devrait dire « comment s'est passé ta journée, les enfants ça va, l'école  
334 comment ça se passe... ? » enfin des choses normales mais on est complètement  
335 déconnecté de ça. Et la famille est complètement déconnectée de ce qu'on fait aussi. En  
336 fait avec ma femme on vit deux choses même pas à l'opposé, c'est deux univers  
337 différents, le leur qui n'a pas changé sauf l'absence physique et nous... Les premières  
338 permissions j'étais content de retourner en rééducation parce que j'avais les enfants en  
339 bas âge, ça criait, ça rigolait, ça faisait du bruit j'avais une tête comme ça, je ne supportais  
340 pas. On avait le droit à 3 jours et parfois je prenais que 2 parce que c'était trop !

341 **A : Est-ce qu'a votre sortie un accompagnement dans la reprise de vos activités dans**  
342 **votre environnement de vie vous aurais été utile ?**

343 P2 : Non, enfin j'en aurais eu besoin à un moment donné mais ça n'a pas duré longtemps.  
344 Un moment donné, j'avais fait une demande de PCH, car je pensais avoir besoin

---

345 d'équipement (aménagement de domicile et aide technique) pour me faciliter la tâche  
346 mais finalement... Au début je galérais puis petit à petit c'est revenu.

347 **A : Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps et d'avoir répondu à mes**  
348 **questions.**

---

### 8.3 Entretien n°3

Sexe : F      Age : 52 ans

Durée : 27 minutes

1 **A : Bonjour, merci de m'accorder du temps pour répondre à mes questions. Pour**  
2 **des raisons pratiques ça serait bien que je puisse enregistrer notre entretien, cela ne**  
3 **vous dérange pas ?**

4 P3 : Non.

5 **A : Donc l'entretien va se diviser en trois parties, une partie où se sera des questions**  
6 **plutôt relatives à l'accident, ensuite une partie sur votre parcours de rééducation et**  
7 **enfin le retour à domicile. S'il y a des questions où vous ne souhaitez pas répondre il**  
8 **y a aucun souci.**

9 P3 : D'accord.

10 **A : Quel âge aviez-vous au moment de l'accident ?**

11 P3 : 49 ans

12 **A : Est-ce que votre brûlure est localisée uniquement au niveau du visage ?**

13 P3 : Non, j'ai beaucoup au visage mais j'en ai aussi sur un bras, le torse, les cuisses et le  
14 cou.

15 **A : Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile à la suite de**  
16  **votre accident ?**

17 P3 : Alors s'est arrivé le 23 novembre et je suis rentrée chez moi le 5 juin donc 7 mois.

18 **A : Vous êtes passé par quelles structures ?**

19 P3 : Je suis allée dans un service aigu de traitement de la brûlure, après j'ai fait plusieurs  
20 hôpitaux car suite à ça j'ai fait beaucoup d'infection et une phlébite aussi. Puis après je  
21 suis allée en convalescence dans un centre de rééducation spécialisé.

22 **A : Comment décririez-vous vos relations sociales, que ce soit familiale, amicale**  
23 **voire intimes avant votre accident ?**

24 P3 : Bah bien, normal.

25 **A : D'accord et suite à votre accident, est ce que vous avez perçu un changement à ce**  
26 **niveau-là ?**

27 P3 : Oui, mes amis. J'ai beaucoup d'amis qui m'ont laissé tomber.

28 **A : Vous avez essayé de comprendre ?**

29 P3 : Oui parce que comme c'était une immolation, c'était une tentative de suicide, ils  
30 m'en ont beaucoup voulu !

31 **A : Et au niveau familial ?**

---

32 P3 : Familial non au contraire, il y a des membres de ma famille avec qui je ne parlais  
33 plus et avec qui je parle maintenant. Ça nous a ressoudé !

34 A : Avant votre accident, est ce que vous exerciez un emploi ?

35 P3 : Oui, j'étais assistante maternelle.

36 A : D'accord et à l'heure actuelle vous avez repris un travail ?

37 P3 : Non, je suis en invalidité.

38 A : On va passer à la partie sur la rééducation. Au cours de votre parcours de soin  
39 avez-vous rencontré un ergothérapeute ?

40 P3 : Oui même plusieurs en centre de rééducation.

41 A : D'accord, est ce que vous vous souvenez de ce que vous faisiez en ergothérapie ?

42 P3 : Moi, comme j'ai pu bouger les doigts tout ça tout de suite au niveau ergothérapie ils  
43 ont juste été là pour me faire des masques.

44 A : Donc vous n'avez pas eu de rééducation à proprement dit en ergothérapie ?

45 P3 : Non

46 A : D'accord, vous me dites si je suis trop indiscreète mais vous aviez une bonne  
47 mobilité au niveau des doigts parce que vous n'avez pas subi de greffe ?

48 P3 : Si j'ai eu des greffes au niveau des mains et tout mais ça s'est bien refait, tout de  
49 suite. J'ai eu beaucoup de kinésithérapie mais avec le kinésithérapeute ça à suffit. Enfin  
50 au niveau des mains, parce qu'au niveau du visage et du cou non. Je vais toujours en  
51 appareillage.

52 A : Est-ce que pendant votre période de rééducation vous accordiez de l'importance  
53 à la reprise d'une activité professionnelle ?

54 P3 : Oui, oui j'aurais voulu reprendre un travail, mais c'est compliqué parce que  
55 l'apparence physique n'est plus du tout la même, il y a encore des opérations à subir donc  
56 voilà la sécurité sociale à préférer me mettre en invalidité pour l'instant.

57 A : D'accord, et est-ce que vous avez pu parler de cette envie avec votre  
58 ergothérapeute ?

59 P3 : Non !

60 A : Donc, je vais vous expliquer ma démarche. Comme vous le savez,  
61 l'ergothérapeute travaille autour des activités de la vie quotidienne afin que la  
62 personne soit plus indépendante lors de son retour à domicile. Je suis partie du  
63 prérequis que la réalisation d'une activité professionnelle nécessite la réalisation de  
64 plusieurs activités. Bien évidemment, le savoir ou savoir-faire pour répondre à la  
65 mission du poste mais aussi se préparer chaque matin pour répondre aux exigences  
66 de l'emploi, se rendre sur son lieu de travail et souvent partager son le lieu de travail  
67 avec d'autres personnes. Cela implique être confronté au regard des autres, entrer  
68 en communication avec des personnes familière ou non. Donc un travail autour de

---

---

69 l'entretien personnel et des interactions avec autrui pourrait être bénéfique pour le  
70 retour à la vie sociale.

71 **Du coup est ce qu'en ergothérapie vous avez abordé la réalisation de la toilette**  
72 **quotidienne par exemple les soins de la peau, le maquillage face au miroir ?**

73 P3 : Pas forcément en ergothérapie, il y a avait une aide-soignante, au centre de  
74 rééducation, qui nous apprend à nous maquiller, qui a une formation pour ça.

75 **A : C'est quelques choses que vous utilisez aujourd'hui ?**

76 P3 : Oui, oui, disons que quand je vais en ville juste faire mes commissions non je ne me  
77 maquille pas mais quand je sors dans un repas de famille, pour les occasions tout ça oui je  
78 me maquille.

79 **A : Est-ce que vous avez réalisé, en ergothérapie, des activités qui vous ont aidé à**  
80 **appréhender vos relations sociales, les interactions avec les autres ?**

81 P3 : **Non ! Mais j'aurais aimé qu'on me le propose, on me l'a pas proposé. Par contre,**  
82 **d'autres patients ont eu des activités de groupe en ergothérapie comme la cuisine**  
83 **thérapeutique.**

84 **A : D'accord et est-ce que vous savez pourquoi ça ne vous a pas été proposé ?**

85 P3 : Je suppose que c'est parce que je me servais bien de mes mains et tout ça. Ils ont  
86 pensé que je n'en avais pas besoin.

87 **A : Donc la dernière partie, à l'heure actuelle, combien de temps passez-vous par**  
88 **semaine en présence ou en interaction avec d'autre personne ?**

89 P3 : Par semaine, **je fais une heure de sport et j'essaye de sortir quotidiennement.** Ce qui  
90 n'était vraiment pas facile au début.

91 **A : Vous estimez à combien de temps la période entre votre sortie et pouvoir**  
92 **affronter le regard des autres ?**

93 P3 : **Entre votre sortie et pouvoir affronter le regard des autres ... On va dire 3 mois.**

94 **A : Qu'est-ce qui vous a permis d'affronter ça ? Vous avez eu de l'aide ?**

95 P3 : Non, **ma fille m'a beaucoup aidé, en m'accompagnant. Mais je me rappelle du**  
96 **premier jour où elle a voulu m'emmener en course avec elle, je n'ai pas pu, je suis resté**  
97 **dans l'auto.**

98 **A : Donc vous avez fait ce travail avec votre fille.**

99 P3 : Oui, parce que quand on est en centre de rééducation, on est beaucoup, il y a  
100 beaucoup de brûlés donc ça va parce qu'on est bien entouré et on n'a pas peur du regard  
101 des autres vu qu'on a tous quelque chose même si il y a pas qu'un service de brûlé mais  
102 on a tous nos différentes formes de handicap. Alors que **quand on se retrouve à la maison**  
103 **et qu'on doit sortir ce n'est pas facile ! Déjà tout le monde nous regarde, en tant que brûlé**  
104 **on est beaucoup regardé et puis il y a des gens qui sont curieux, qui ont le regard**  
105 **persistant et on est très mal à l'aise.**

106 **A : Est-ce que vous avez l'impression de ne pas être assez bien préparé à ça ? A la**  
107 **sortie vous vous attendiez à être autant regardé, que ça allait être aussi lourd ?**

---

108 P3 : Disons que je le savais mais je ne pensais pas que ça faisait aussi mal. Et puis après  
109 petit à petit on se forge nous même, il faut passer un cap, c'est à nous de nous dire  
110 « prends ton courage à deux mains et maintenant si les gens te regardent ce n'est pas  
111 grave ! » mais bon tu as des gens qui te demandent ce que tu as fait, c'est ça le plus...

112 Parce qu'il y a plusieurs regards il y a le regard des enfants qui est innocent et qui se  
113 demande ce qu'on a fait donc ce n'est pas grave, parce que j'estime qu'un enfant il a le  
114 droit de regarder ce n'est pas méchant. Et il y a des gens qui osent nous demander ce  
115 qu'on a fait et là je trouve que c'est culotté quand même, d'aller vers une personne et lui  
116 demander ce qu'il a fait pour être comme ça.

117 **A : Vous réagissez comment face à ça ?**

118 P3 : Au début, je remettais les gens à leur place en leur disant que ça ne les regardaient  
119 pas. Mais maintenant, j'explique, bien sûr je ne dis pas que je me suis immolée mais je  
120 dis que j'ai été brûlé oui et que j'ai eu un grave accident et voilà. Mais au début, oui on en  
121 veut à la terre entière parce que ce n'est pas facile d'avoir toujours un regard sur soi.

122 **A : Est-ce que vous utilisez plus internet pour des choses que vous faisiez  
123 auparavant sur l'extérieur?**

124 P3 : Non. Euh, sauf pour ma rencontre amoureuse que j'ai fait sur internet, sur Meetic.

125 **A : Pour reprendre contact avec vos proches vous n'avez pas utilisé les réseaux  
126 sociaux, les mails ?**

127 P3 : Non, non, pas forcément. Moi mes amis, on se dit qu'on a beaucoup d'amis mais  
128 quand il nous arrive un gros truc comme ça après on compte ses amis sur les doigts de sa  
129 main. Donc moi il m'est vraiment restée qu'une très bonne amie c'est tout et elle m'a  
130 accompagné tout au long de ma brûlure qui est venu me voir à l'hôpital et voilà avec qui  
131 je suis très, très proche. Mais les autres amis, j'en ai plus ou ceux que j'ai c'est après ma  
132 brûlure.

133 **A : Quel moyen de transport utilisez-vous pour vous déplacer ?**

134 P3 : J'ai ma voiture, vu que j'habite une petite ville.

135 **A : D'accord et si demain vous deviez prendre les transports en commun comment  
136 aborderiez-vous cela ?**

137 P3 : J'appréhenderais !

138 **A : Est-ce que vous pensez avoir mis en place des stratégies pour éviter le regard des  
139 autres ?**

140 P3 : Non, maintenant je n'ai plus d'appréhension quand je sors grâce à ma fille.

141 **A : D'accord à l'heure actuelle bénéficiez-vous toujours d'un suivi médical ?**

142 P3 : Oui, oui, un suivi pour mon appareillage, masque de jour, de nuit, des habits  
143 compressifs et je vois mon chirurgien régulièrement pour programmer mes opérations.

144 **A : Est-ce que vous avez des propositions à me faire pour améliorer la prise en  
145 charge en ergothérapie au vue des difficultés que vous avez rencontré ou que vous  
146 rencontrez toujours lors de votre retour à domicile ?**

---

147 P3 : Oui, au niveau relationnel, sortir...

148 **A : Est-ce qu'a votre sortie un accompagnement dans la reprise de vos activités dans**  
149  **votre environnement de vie vous aurais été utile ? En quelques sortes, un**  
150  **professionnel de santé qui prenne la place qu'a eu votre fille ?**

151 P3 : **Oui je pense que quand on sort de centre de rééducation comme les brûlés on est**  
152  **vraiment coucouné là-bas et quand on sort à l'extérieur ce n'est pas facile du tout. Ce**  
153  **n'est pas facile de reprendre une vie chez soi, d'affronter le regard des autres et pouvoir**  
154  **revivre normalement.**

155 **A : Mais quand vous être dans votre domicile, vous rencontrez des difficultés ?**

156 P3 : Non, non, je me sers de mes doigts, il y a des mouvements encore que je ne peux pas  
157 faire, comme la natation je ne peux pas forcément bien la faire, moi qui aimait beaucoup  
158 nager parce que j'ai des brides au niveau des aisselles.

159 **A : D'accord. Je vous ai posé tous mes questions, je vous remercie d'y avoir**  
160  **répondu.**

---

## 8.4 Entretien n°4

Sexe : F      Age : 67 ans

Durée : 57 minutes

1    **Anaïs : Bonjour, je vous explique, donc mon sujet porte sur le retour à la vie sociale**  
2    **des personnes présentant des brûlures au niveau du visage. L'entretien va être divisé**  
3    **en trois grandes parties la première concernant la période de l'accident, la deuxième**  
4    **celle de la rééducation et la dernière votre retour à domicile. Vous êtes libre de ne**  
5    **pas répondre à certaines questions. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré**  
6    **puis détruit à la fin de mon travail.**

7    P4 : D'accord. Par contre, à mon époque l'ergothérapie n'existait pas donc je n'ai jamais  
8    eu à faire à l'ergothérapeute... Si vous avez des questions par rapport à ça...

9    **A : Ce n'est pas un problème, je vais adapter notre entretien en prenant en compte**  
10 **ce paramètre. Quel âge aviez-vous au moment de l'accident ?**

11 P4 : J'avais 26 ans.

12 **A : Est-ce que votre brûlure est localisée uniquement au niveau du visage ?**

13 P4 : Non, justement **c'était à plus de 70 % sur le visage et le corps, les mains aussi.**

14 **A : Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile à la suite de**  
15 **votre accident ?**

16 P4 : Je suis rentrée à mon domicile environ 7 mois. Parce que je suis allée à l'hôpital et  
17 ensuite je suis allée en cure thermale.

18 **A : Vous êtes passé du service aigu de traitement de la brûlure à la cure thermale**  
19 **sans aller en centre de rééducation ?**

20 P4 : Non, **ça n'existait pas, il n'y avait pas de rééducation pour les brûlés.** Donc je me suis  
21 rééduquée seule, parce que j'avais fait de la danse classique donc je faisais des exercices à  
22 la barre, j'ai eu un kiné quelque temps mais je me suis rééduquée seule.

23 **A : Comment décririez-vous vos relations sociales, que ce soit familiale, amicale**  
24 **voire intime avant votre accident ?**

25 P4 : Bonne, et puis maintenant c'est de nouveau très bon aussi. Mais j'ai traversé une  
26 période, avec les opérations où **ce n'était quand même pas facile de se confronter au**  
27 **regard des autres. C'était même quelque chose qui empêchait de vivre si vous voulez. Je**  
28 **restais recroqueviller sur moi-même,** jusqu'à ce que je rencontre, vers l'âge de trente ans,  
29 ce maquilleur de théâtre et de cinéma qui à l'époque m'a fait un maquillage avec les  
30 produits couvrant qui étaient utilisés pour les films. Je l'ai rencontré quand j'allais me  
31 faire faire des soins pour hydrater ma peau chez une esthéticienne qui connaissait ce  
32 monsieur.

33 **A : Cette rencontre s'est faite combien de temps après votre sortie ?**

34 P4 : C'était 2 ou 3 ans après.

---

35 **A : Donc pendant la période qui a précédé cette rencontre, il était compliqué pour**  
36 **vous de sortir ?**

37 P4 : Oui voilà. Et puis vous savez j'ai été opéré pendant environ 10 ans, donc j'étais  
38 opéré deux fois par an. Ce qui avait surtout c'était que ma peau n'était pas blanche, elle  
39 était rose-violacé. Aussi je n'ai pas porté de vêtement compressif, il n'y en avait pas à  
40 l'époque.

41 **A : Avant votre accident, est ce que vous exerciez un emploi ?**

42 P4 : Oui, j'étais assistante cadre de banque, en contact avec le public.

43 **A : D'accord et vous avez repris un emploi par la suite ?**

44 P4 : Non, pas tout de suite. Disons que quand je suis arrivée à l'association en 93,  
45 l'association venait d'avoir un siège social. Donc on m'a demandé si je ne voulais pas  
46 venir, vu que j'étais inscrite depuis pas mal de temps. Donc effectivement je suis venue  
47 au siège et de là, c'était bénévolement, ce n'était pas un travail, ça m'a remis un peu le  
48 pied à l'étrier pour aller et venir, prendre le train, le bus, le métro, contacter des  
49 personnes, faire des dossiers pour le soutien psychologique. Et c'est par la suite que j'ai  
50 eu l'idée de créer cette structure pour le maquillage correcteur en lien avec l'association.  
51 Actuellement, je suis maquilleuse professionnelle, je suis en freelance et cette activité est  
52 subventionnée par la caisse régionale d'assurance maladie donc ça ne coûte pas à  
53 l'association.

54 **A : Donc vous êtes jamais retourné dans le milieu bancaire ?**

55 P4 : Non, jamais, donc j'ai fait cette formation en 2000 donc à peu près 16 ans. Donc  
56 c'est grâce aux responsabilités, à l'association que j'ai eu l'idée.

57 **A : Durant de nombreuses années vous êtes donc resté sans activité ?**

58 P4 : Voilà, je me suis occupée de ma fille, j'avais aussi les opérations. Etant donné que  
59 c'est un accident de la circulation il y a aussi tout un tas d'audience au tribunal,  
60 d'expertises etc. par rapport au niveau juridique.

61 **A : Donc la partie sur la rééducation, on va en parler différemment pour le coup si**  
62 **vous n'avez pas eu de rééducation...**

63 P4 : Non, par contre ce que je faisais ça pourrait se rapporter à de l'ergothérapie ! Je  
64 m'occupais de ma fille, qui était petite à l'époque, donc pour mettre les barrettes enfin  
65 pour faire tous les exercices de la vie quotidienne dans la maison. C'était de la  
66 rééducation sur le tas comme on dit.

67 **A : Oui, c'est quelque chose qui vous a pris beaucoup de temps pour retrouver votre**  
68 **dextérité manuelle...**

69 P4 : Oui, voilà. Maintenant j'ai l'opposition, parce que j'avais des articulations brûlées  
70 donc elles sont encore raides mais j'arrive à me servir très bien de mes mains parce que je  
71 me suis adaptée.

72 **A : Donc vous n'avez jamais rencontré d'ergothérapeute dans votre parcours de**  
73 **soin ?**

---

74 P4 : Non, c'est lorsque je suis venue à l'association que j'avais proposé de faire une  
75 permanence, car à l'époque il y en avait qu'une seule en France dans un centre de  
76 rééducation de la région Rhône Alpes et moi j'ai demandé d'en faire une dans la région  
77 parisienne. Donc c'est là que j'ai été confronté, dans le cadre de l'association, à une  
78 structure de rééducation avec les vêtements compressifs, l'ergothérapie, la kinésithérapie  
79 etc.

80 **A : D'accord, vous n'en avez donc pas bénéficié.**

81 P4 : Mais j'ai fait deux cures par an pendant dix ans et ça m'a fait quand même beaucoup  
82 de bien.

83 **A : Les cures sont en fait le seul traitement que vous avez eu suite à votre accident,**  
84 **outré les chirurgies ?**

85 P4 : Voilà et puis moi qui faisait tous les jours ma petite chorégraphie que j'avais inventé  
86 sur *Equinox* de Jean Michel Jarre et étant donné que c'était lent ça me permettait de faire  
87 des mouvements lents.

88 **A : Je vais donc vous parler du sujet de ma recherche dans le cadre de ma dernière**  
89 **année de formation en ergothérapie. L'ergothérapeute est un professionnel de santé**  
90 **qui travaille autour des activités de la vie quotidienne afin que la personne soit plus**  
91 **indépendante lors de son retour à domicile. J'ai pu constater que le retour à la vie**  
92 **sociale des personnes présentant des brûlures au niveau du visage était assez**  
93 **compliqué. J'ai donc émis l'hypothèse que la réalisation d'une activité qui a du sens**  
94 **pour la personne, telle que le travail, pourrait être un moyen de favoriser le retour à**  
95 **la vie sociale. Je suis donc partie du prérequis que la réalisation d'une activité**  
96 **professionnelle nécessite la réalisation de plusieurs activités. Bien évidemment, le**  
97 **savoir ou savoir-faire pour répondre à la mission du poste mais aussi se préparer**  
98 **chaque matin pour répondre aux exigences de l'emploi, se rendre sur son lieu de**  
99 **travail et souvent partager son lieu de travail avec d'autres personnes. Cela**  
100 **implique être confronté au regard des autres, entrer en communication avec des**  
101 **personnes familière ou non. Donc un travail autour de l'entretien personnel et des**  
102 **interactions avec autrui pourrait être bénéfique pour le retour à la vie sociale.**

103 P4 : Oui, je suis tout à fait en accord avec votre hypothèse dans la mesure où moi j'étais  
104 dans mon cocon familial, enfin voisinage, famille, amis et ensuite j'ai eu quand même  
105 cette possibilité d'occuper un poste à responsabilité au sein de l'association et ça m'a fait  
106 beaucoup de bien, ça a accéléré mon processus de réinsertion sociale. Parce qu'il fallait  
107 que j'assume, je suis sortie, j'ai pris mon train... Au début je me souviens j'avais  
108 l'impression que c'était très loin, qu'il y avait la foule dans les transports en commun et  
109 puis bon les gens qui me regardaient plus ou moins. Et puis après je me suis dit, j'y vais,  
110 je passe, les gens ne se souviendront pas de moi. Et puis petit à petit avec ce maquillage et  
111 puis la peau, vous savez ça fait quand même des années donc maintenant, et ceux depuis  
112 une dizaine d'année, que ça ne se voit pas, je n'ai pas de soucis.

113 **A : Vous dites que ça ne se voit pas parce que vous vous maquillez systématiquement**  
114 **lorsque vous sortez ?**

115 P4 : Non, là malheureusement j'ai eu un problème de santé j'ai donc été transporté à  
116 l'hôpital en réanimation cardiaque et je n'avais pas de maquillage et personne ne m'a...  
117 Je suis plus pâle que la moyenne si vous voulez, je suis très pâle et des différences de

---

118 couleur mais je n'ai plus de cicatrice rose, bon à côté du nez j'ai une petite cicatrice mais  
119 disons que personne ne m'a regardé d'une manière spéciale même sans maquillage. Mais  
120 si je sortais sans maquillage je suis extrêmement blanche, à la limite ça fait un peu  
121 cadavérique !

122 Donc j'ai commencé par un maquillage épais, c'est pour ça c'est une bonne chose comme  
123 je fais ces cours d'auto maquillage aux personnes qui viennent, je vais leur dire  
124 commencé par quelque chose qui est compact parce que c'est un peu plus épais et au fur  
125 et à mesure, vous verrez on mettra du fluide et c'est ce qui se passe ! Moi j'ai un petit  
126 maquillage, avec un petit fond de teint fluide, certes qui est correcteur parce que les  
127 pigments sont beaucoup plus foncées, il y a plus de pigment mais ce n'est pas une  
128 épaisseur. On le met un peu plus épais au départ parce que la rougeur est plus importante  
129 il y a des choses qui se voient un peu plus en relief mais il y a toujours, et ça c'est une très  
130 bonne chose, j'ai des photos avant/après avec l'évolution des personnes qui sont venu il y  
131 4, 5, 6 ans c'est différent ! Avec les opérations, la peau finalement se cicatrise, dans une  
132 logique de renouvellement fait sa cicatrisation avec plus ou moins de raideur. Mais  
133 maintenant avec le conformateur il y a plus d'hypertrophie, donc c'est une très bonne  
134 chose. Bon il est vrai que quand je vais en centre de rééducation et qu'il y a des personnes  
135 qui ont ce conformateur donc en accord avec l'ergo et le médecin je montre, je fais un  
136 petit maquillage pour montrer l'uniformité de la peau que l'on peut faire et la plupart du  
137 temps ça les rassure et ensuite on leur explique qu'il ne faut pas le faire car il faut  
138 privilégier le conformateur que le maquillage.

139 **A : Oui mais c'est quand même motivant de présenter ça en centre de rééducation,**  
140 **c'est un premier pas vers le retour à la vie sociale...**

141 P4 : Voilà, également au niveau des doigts, se dire qu'une dextérité est nécessaire pour  
142 mettre le fond de teint, la poudre donc il faut faire des efforts avec les doigts. Ce que je  
143 fais au début c'est que j'utilise de grosse éponge triangulaire, c'est bien pratique pour les  
144 prendre et mettre le fond de teint.

145 **A : Lorsque vous enseignez l'auto maquillage aux patients c'est fait de façon**  
146 **individuelle ?**

147 P4 : Oui, alors je fais depuis quelques temps des petites réunions avec les personnes qui  
148 sont déjà venus parce qu'en plus ça leur permet aussi d'échanger, de voir, de faire le  
149 point, de discuter avec d'autres personnes donc j'organise ça de temps en temps. On fait  
150 ça le samedi, parce qu'il y a certaines personnes qui retravaillent et qui ne peuvent pas  
151 dans la semaine donc on fait ça tous les 2, 3 mois environ.

152 **A : La formation à l'auto maquillage arrive à quel moment dans le parcours de soin**  
153 **de la personne ?**

154 P4 : Alors en ce qui concerne les statistiques que je fais, ce n'est pas tout de suite après la  
155 brûlure parce qu'il y a d'abord le palier du centre de rééducation où les ergos leur en  
156 parlent, après vous avez le centre de cure thermale où la plupart du temps il y a un centre  
157 pour le maquillage, c'est après. Quand elles repartent un peu dans la vie active, c'est de  
158 savoir s'il y a d'autres produits, comment faire, un petit peu comme quand on va chez  
159 l'esthéticienne, donc en moyenne les gens viennent au-delà de trois ans et puis j'ai même  
160 des gens qui viennent dix ans après.

---

161 **A : Vous intervenez uniquement dans le cadre de l'association et non en centre de**  
162 **rééducation ?**

163 P4 : Non, parce que la plupart du temps il y a déjà des gens qui en parlent. Je n'y vais que  
164 sur demande parce que c'est un peu l'extérieur qui arrive... Ce n'est pas systématique.  
165 Donc quand j'interviens, il faut que la peau soit cicatrisée et se sont des personnes sur le  
166 point de sortir. La dernière fois que je suis intervenue en centre de rééducation c'était  
167 auprès d'une personne très, très dépressive qui ne voulait pas mettre son conformateur et  
168 elle avait toute la joue qui était rouge, donc je lui ai fait un petit maquillage avec un fond  
169 de teint naturel... Elle a voulu absolument faire une photo, elle l'a envoyé à son fils en  
170 disant regardes je suis très bien et puis après elle a mis son conformateur sans problème  
171 elle était très bien et elle est d'ailleurs revenue à l'association pour des conseils de  
172 maquillage. Donc ça lui avait redonné espoir. Ce que je fais aussi c'est que j'explique  
173 aussi le démaquillage qui est très important, quel produit utilisé etc.

174 **A : Vous avez donc un rôle important dans l'entretien personnel et plus précisément**  
175 **les soins de la peau...**

176 P4 : Voilà ! Je donne beaucoup de conseils sur comment prendre soin de sa peau et au  
177 final d'un autre côté toucher sa peau qui a été abîmée... Parce que je fais des DU à côté  
178 Dermatologie Esthétique et là j'insiste sur le fait que, quel que soit sa pathologie, on a  
179 besoin de toucher sa peau, c'est important. Parfois je vois des gens qui frottent leur peau  
180 parce qu'ils ne veulent pas voir, ils s'agressent donc ça nécessite une éducation. Et dans  
181 le maquillage ce qui est important c'est le miroir, il faut se regarder dans le miroir, bien  
182 prendre possession de son image...

183 **A : Les personnes qui vous rendent visites à l'association, vous m'avez dit en**  
184 **moyenne c'est trois ans après leur accident, ont-elles encore du mal à se regarder**  
185 **dans le miroir ?**

186 P4 : Oui, pas tous mais il y en a une bonne partie. C'est surtout, c'est quelque chose de  
187 paradoxal, c'est que le complexe et la difficulté est souvent inversement proportionnelle  
188 avec l'étendue enfin la gravité de la brûlure.

189 **A : Je pense avoir fait le tour des questions concernant le maquillage, vous voyez**  
190 **d'autre chose à rajouter ?**

191 P4 : Non. Je suis aussi au centre de recherche sur la peau et le cuir chevelu et je suis  
192 spécialiste surtout des peaux noirs. Donc j'en fais profiter l'association car j'ai des  
193 produits bien spécifiques pour les peaux noirs. J'ai aussi travaillé avec l'association  
194 française du vitiligo donc là ce sont des ateliers avec une psychologue qui était là pour  
195 recueillir la parole.

196 **A : D'accord et toutes ces activités vous les avez eues après 50 ans ?**

197 P4 : Oui, après 8 ans en tant que membre de l'association. Mais je trouve que c'est un  
198 beau parcours dans la mesure où je me suis créée mon travail !

199 **A : Donc vous avez suivi une formation ?**

200 P4 : Oui, j'ai fait une formation de 6 mois pour le maquillage dans le cadre de la  
201 réinsertion professionnelle financé par l'AGEFIPH.

---

202 **A : Donc vous aviez obtenu une RQTH, reconnaissance de la qualité de travailleur**  
203 **handicapé ?**

204 P4 : Oui, je pense parce que j'avais fait toutes les démarches spécifiques. Et pour vous  
205 dire aussi ce n'est pas facile de faire toutes ces démarches en vous disant voilà je suis  
206 handicapée etc. mais moi contenue que je voulais faire cette formation ça ne m'a pas trop  
207 traumatisé. Alors que quand j'en parle à certains en leur expliquant souvent les personnes  
208 brûlées me disent je ne suis pas handicapée. C'est bizarre, parce que ça atteint la peau,  
209 c'est un organe, c'est le plus grand il est atteint d'un dysfonctionnement, c'est un  
210 handicap physiologique je leur dis mais ce n'est pas évident.

211 **A : On va maintenant passer à la dernière partie pour parler d'après l'accident, lors**  
212 **de votre retour à domicile...**

213 P4 : Oui, je donne des cours au CODES (centre de formation pour les socio-esthéticiens),  
214 et ce que je dis toujours c'est que quand le patient en à l'hôpital il est passif, lors de la  
215 rééducation il est actif et après il faut qu'il soit autonome, vous voyez la progression.  
216 Donc moi je suis autonome et puis il y avait des choses que je ne pouvais pas faire  
217 j'essayais de m'immerger.

218 **A : Est-ce que 40 ans après, vous seriez capable de dire combien de temps ça vous a**  
219 **pris pour refaire des activités ?**

220 P4 : Ah oui, je dirais 10 ans !

221 **A : Pendant 10 ans vous vous considérez en rupture sociale complète ?**

222 P4 : Oui, oui ! Autour de moi j'avais beaucoup d'amis et donc ma fille je ne suis jamais  
223 allé la chercher à l'école, j'avais une amie qui l'amenait et qui l'a ramenait. Il y a  
224 beaucoup de chose que j'évitais de faire.

225 **A : Les courses ?**

226 P4 : Non, ça allait parce que les commerçants sont à côté de chez moi, ils me  
227 connaissaient, par contre je n'allais pas dans les grandes surfaces et je me souviens quand  
228 j'avais des courses à faire dans des grands magasins on y allait le soir à partir de 18h30  
229 19h comme ça je me sentais plus à l'aise vous voyez ! Non mais c'était difficile. Donc ma  
230 fille, elle avait quand même la possibilité d'être accueillie ailleurs, mais bon elle ne s'en  
231 souvient pas trop, ça ne l'a pas traumatisé. Je vais vous donner une anecdote, lorsque je  
232 suis allée à l'association elle a rencontré d'autre personne brûlée et en rentrant elle m'a  
233 dit « oh bah maman je te retrouve ! ». Elle était petite quand j'ai eu mon accident, elle  
234 avait 1 an donc elle n'a pas pu voir avant-après. Elle a associé le visage de sa maman  
235 avec des rougeurs, des opérations et quand elle revoit des personnes qui sont dans le cas  
236 où j'étais elle retrouve sa maman c'est assez hallucinant. Une fois à l'école on lui a  
237 demandé quel était la profession des parents et elle a dit ma mère est brûlée pour elle  
238 s'était mon occupation.

239 **A : Votre fille considérait la brûlure comme une occupation parce qu'elle sentait que**  
240 **c'était votre préoccupation principale, que ça vous prenait beaucoup de temps ?**

241 P4 : Voilà, ça veut dire aussi que pour elle s'était pas assimilée à quelque chose de grave,  
242 c'était l'occupation de maman. On faisait comme si c'était quelque chose de banale donc  
243 il y avait pas de drame autour, quand j'allais me faire opérer elle allait chez son oncle et

---

244 sa tante ou chez ses grands-parents, il n'y avait pas d'inquiétude maman est à l'hôpital,  
245 maman elle va revenir elle aura son nez qui sera refait, ... Voilà !

246 **A : A l'époque il n'existait pas internet, mais pensez-vous que ça aurait pu être un**  
247 **moyen que vous auriez utilisé pour réaliser des activités ?**

248 P4 : Oui tout à fait, je peux voir que ça peut faciliter la vie de beaucoup de personne, pour  
249 les courses notamment. Moi, je fais partie de l'ancienne génération donc je pratique mais  
250 j'ai encore du mal.

251 **A : On a parlé précédemment de vos moyens de transports, notamment pour vous**  
252 **rendre à l'association où vous avez commencé à utiliser les transports en communs,**  
253 **auparavant vous vous déplaçiez comment ?**

254 P4 : En voiture, j'avais toujours quelqu'un pour m'emmener en voiture, je ne sortais pas  
255 si personne ne pouvait m'emmener. J'avais pourtant accès au transport en commun mais  
256 c'est simplement que je ne me sentais pas à l'aise. Quand on est obligé de faire quelque  
257 chose après on passe au-dessus.

258 **A : A l'heure actuelle, avez-vous encore un suivi médical pour votre brûlure ?**

259 P4 : Non, je n'ai rien. Ça n'a rien à voir mais les problèmes de santé que je rencontre en  
260 ce moment sont je pense consécutif à tout ce que j'ai traversé comme anesthésie comme  
261 stress etc. Il doit quand même y avoir une relation de cause à effet.

262 **A : Le suivi de votre brûlure a donc duré 10 ans ...**

263 P4 : Oui, 10/15 ans avec des opérations et des cures thermales.

264 **A : Avez-vous été accompagné sur le plan psychologique ?**

265 P4 : Non, pas du tout. Et par contre, c'est pour ça que j'ai créé, quand je suis arrivée à  
266 l'association et que j'ai eu des appels de personnes très déprimés, je me suis dit moi je  
267 suis bien je vais finir par plus être bien et donc j'ai créé une demande auprès de la caisse  
268 régionale d'assurance maladie pour avoir une subvention pour avoir une psychologue.  
269 Cela a été accepté donc ça voulait dire quand même qu'il y avait une reconnaissance du  
270 préjudice psychologique de la brûlure et donc là depuis 1995, l'association à un service  
271 de soutien psychologique. Et ce service a eu un effet boule de neige parce que dans les  
272 services il y avait peu de psychologue donc maintenant il y en a dans les services, dans les  
273 centres de rééducation et de surcroît il y a un service juridique qui a été créé par la suite et  
274 grâce au avocat le préjudice psychologique est reconnu au niveau du barème Rousseau.  
275 Auparavant ce barème ne reconnaissait pas la brûlure, il reconnaissait des cicatrices mais  
276 il ne reconnaissait pas le préjudice physiologique c'est-à-dire l'atteinte du fonctionnement  
277 de l'organe peau parce qu'on a une peau atypique, plus de glandes sudoripares, de  
278 glandes sébacés et donc il y a eu à la fois le physiologique et le psychologique qui a été  
279 reconnu au niveau juridique. Si bien que les personnes sont indemnisées quand il y a un  
280 tiers responsables. Et ça c'est une chose importante parce qu'on s'est aperçut, ça c'est  
281 autre chose c'est un autre domaine, qu'à partir du moment où la personne était reconnu  
282 comme victime elle se sentait mieux, ceux qui ont beaucoup de problème c'est ceux qui  
283 ont eu des accidents domestiques, il y a pas de tiers responsables et ce sont elles qui se  
284 culpabilisent. Pour ceux qui peuvent être reconnu comme victime il y a un grand  
285 changement en fonction de leur statut, à l'acceptation de leur brûlure.

---

286 **A : Pour vous du coup, avec votre propre expérience et ce que vous avez pu observer**  
287 **au sein de l'association, quels sont les principaux axes à travailler pour faciliter le**  
288 **retour à la vie sociale ?**

289 P4 : Le centre de rééducation avec l'ergothérapie et la kinésithérapie, moi j'ai été livré à  
290 moi-même je faisais des étirements sur le tas dans les conditions un peu stressante parfois  
291 même si j'avais quelqu'un qui s'occupait de la maison quand même mais par rapport à  
292 certains geste j'ai mis beaucoup de temps à appréhender tout ça.

293 **A : Oui, et cela explique la longue période qui vous a fallu, seule, pour vous**  
294 **réduquez en quelques sorte...**

295 P4 : Exactement, maintenant lors du retour à domicile on n'a pratiquement plus à se  
296 soucier des atteintes fonctionnelles qui ont été rééduqué en centre. C'est pour ça que  
297 quand je vais en centre de rééducation je leur dis toujours qu'ils ont une chance inouï  
298 d'avoir les vêtements compressifs, les conformateurs, la kinésithérapie, l'ergothérapie,  
299 vous êtes très bien soigné ça va être long mais au moins quand vous allez sortir vous  
300 serez bien.

301 **A : J'ai fait le tour des questions que je souhaitais vous poser, je vous remercie. Est-**  
302 **ce que vous avez des choses à rajouter ?**

303 P4 : Non.

304 **A : D'accord, merci beaucoup.**

---

## 8.5 Entretien n°5

Sexe : M      Age : 55 ans

Durée : 35 minutes

1    **Anais : Bonjour, je vous explique, donc mon sujet porte sur le retour à la vie sociale**  
2    **des personnes présentant des brûlures au niveau du visage. L'entretien va être divisé**  
3    **en trois grandes parties la première concernant la période de l'accident, la deuxième**  
4    **celle de la rééducation et la dernière votre retour à domicile. Vous êtes libre de ne**  
5    **pas répondre à certaines questions. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré**  
6    **puis détruit à la fin de mon travail.**

7    P5 : D'accord.

8    **A : Quel âge aviez-vous lors de l'accident ?**

9    P5 : J'avais 35 ans.

10   **A : Votre brûlure est-elle localisée uniquement au niveau du visage ?**

11   P5 : Alors, j'ai le visage, les deux mains et le visage.

12   **A : Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile à la suite de**  
13   **votre accident ?**

14   P5 : Je suis restée cinq mois au CHU. Donc on va dire que je l'ai regagné définitivement  
15   au bout de deux ans parce que quand je suis sortie du centre de rééducation il y a  
16   beaucoup d'interventions où j'ai fait des allers-retours entre le domicile, l'hôpital, le  
17   centre de rééducation. Par la suite j'en ai eu d'autre mais beaucoup plus espacé, on va dire  
18   qu'après c'était moi qui décidait en fonction du moral, de la gêne occasionné par la  
19   brûlure je me disais faut y aller !

20   **A : Comment décririez-vous vos relations sociales d'un point de vu familiale,**  
21   **amicale, voire intime avant votre accident ?**

22   P5 : Avant l'accident, très bonne, beaucoup de sortie, beaucoup d'amis, je faisais du sport  
23   enfin j'en fais un petit peu maintenant aussi.

24   **A : Est-ce que vous avez perçu un changement après votre accident ?**

25   P5 : Un petit quand même. Disons que les soins durent tellement longtemps il y a d'abord  
26   les gens qu'osaient pas venir me voir qui avaient un peu peur ce n'était pas de la  
27   méchanceté mais ils ne savaient pas comment s'y prendre donc il y a des relations qui ne  
28   se sont pas complètement rompu mais les rencontres sont beaucoup moins fréquente. Au  
29   niveau familial c'est resté voire même plus qu'avant !

30   **A : Avant votre accident, exerciez-vous un emploi ? Et si oui, dans quel domaine ?**

31   P5 : Alors avant l'accident j'étais agriculteur, j'étais à mon compte.

32   **A : Et à l'heure actuelle vous avez repris un emploi ?**

33   P5 : Oui, suite à l'accident j'ai été obligé de vendre la ferme. L'accident c'était en  
34   décembre 1996 et j'ai retrouvé un emploi en 2007.

35   **A : Suite à une formation ?**

---

36 P5 : Non pas du tout. J'avais commencé à faire de l'entretien de jardin, tonte de pelouse  
37 etc. et j'ai rencontré quelqu'un qui avait une grosse entreprise de véranda et elle m'a  
38 embauché par la suite pour faire les décorations sur les foires expositions qu'ils font, à  
39 plein temps.

40 **A : Durant les années que vous avez passées sans travailler, est ce qu'il y avait une**  
41 **activité qui vous prenait du temps comme du bénévolat par exemple ?**

42 P5 : Oui, suite à l'accident on avait monté une association. Un jour j'ai eu une expertise  
43 par un médecin, je lui disais que je faisais 100km de vélo avant et que maintenant  
44 j'arrivais à peine à en faire 30/40 et je n'étais pas satisfait de moi. Et il m'a répondu il  
45 faut vous contentez de ça, c'est déjà bien l'air de dire désormais la vie pour vous ça sera  
46 comme ça ! Je n'ai pas accepté d'entendre ça, en plus au travaille je ne pouvais plus faire  
47 ce que je faisais avant... Donc je me suis lancé un défi c'est de relier Bordeaux Madrid en  
48 vélo donc quatre amis ont décidé de faire ça avec moi et on a monté une association suite  
49 à ça, en 2001. Disons que ça été ce défi pour me relancer, j'étais une personne comme les  
50 autres et c'est suite à ça que je me suis senti capable de retravailler. Par la suite nous  
51 organisons chaque année, pendant douze ans, une soirée au profit de l'ABF, ça fait  
52 quelques année qu'il y a moins de monde donc on a arrêté.

53 **A : On va passer à la deuxième partie concernant la rééducation. Au cours de votre**  
54 **parcours de soin avez-vous rencontré un ergothérapeute ?**

55 P5 : Oui.

56 **A : Qu'avez-vous fait en ergothérapie ?**

57 P5 : L'ergo c'était beaucoup des prises de balle, je me souviens il m'avait fait fabriqué  
58 une petite caisse en contre-plaqué pour ranger quelques objets, je me souviens de ça  
59 j'avais mis du temps il fallait découper le bois... Ça c'était une bonne expérience ! Je  
60 crois aussi qu'une fois on avait fait de la cuisine (rire). Sinon c'était beaucoup de  
61 manipulation. Il y a avait aussi l'appareillage qui vous mette, les attelles, les vêtements  
62 compressifs et un conformateur facial.

63 **A : Durant votre rééducation, accordiez-vous de l'importance à la reprise d'une**  
64 **activité professionnelle lors de votre sortie ?**

65 P5 : Oui ! Je me posais sans arrêt la question qu'est-ce que je vais pouvoir refaire. Parce  
66 que moi ce qui s'est passé c'est que le temps que j'ai passé en rééducation, les médecins  
67 avaient été clair avec ma femme sur le fait que je n'arriverais jamais à reprendre mon  
68 activité professionnelle, mais elle me l'a jamais dit et elle a bien fait. Moi dans ma tête je  
69 pensais la reprendre et il a fallu pratiquement deux, trois ans, ils m'ont laissé faire et au  
70 bout de trois ans j'ai arrêté parce que je ne pouvais pas remonter sur un tracteur, de tenir  
71 mes animaux, c'était impossible.

72 **A : Durant ces trois années qui est ce qui s'occupait de l'exploitation ?**

73 P5 : Mon père venait de prendre sa retraite donc il a maintenu l'exploitation au ralenti.

74 **A : Est-ce quelque chose que vous avez pu abordez avec l'ergothérapeute ?**

75 P5 : Non !

76 **A : L'ergothérapeute travaille autour des activités de la vie quotidienne afin que la**  
77 **personne soit plus autonome lors de son retour à domicile. La réalisation d'une**

---

78 **activité professionnelle nécessite plusieurs prérequis. Bien évidemment, le savoir ou**  
79 **savoir-faire pour répondre à la mission du poste mais aussi se préparer chaque**  
80 **matin pour répondre aux exigences de l'emploi, se rendre sur son lieu de travail et**  
81 **souvent partager son le lieu de travail avec d'autres personnes. Cela implique être**  
82 **confronté au regard des autres, entrer en communication avec des personnes**  
83 **familière ou non. Donc mon hypothèse est qu'un travail autour de l'entretien**  
84 **personnel et des interactions avec autrui pourrait être bénéfique pour le retour à la**  
85 **vie sociale. Après dans votre cas ce n'est peut-être pas forcément le cas ?**  
86 P5 : Non, c'était une exploitation familiale ou je vivais également.

87 **A : Avez-vous abordez la réalisation de la toilette quotidienne en ergothérapie ?**

88 P5 : Non !

89 **A : Avez-vous réalisé des activités, en ergothérapie, qui vous ont aidé à appréhender**  
90 **vos relations sociales, les interactions avec les autres ?**

91 P5 : Non, il y a pas eu de sortie ni d'activité en groupe.

92 **A : Comment avez-vous vécu cette période en centre de rééducation ?**

93 P5 : Moi quand je suis arrivée là-bas je pensais que ça allait être le retour à domicile dans  
94 les huit jours. Donc là ils m'ont remis les pieds sur terre mais j'ai eu beaucoup de peine à  
95 l'accepter. Mais je m'en suis aperçu lors de ma première permission et ça a été une vraie  
96 galère rien était adapté pour la toilette tout ça, donc finalement j'étais content de retourner  
97 au centre de rééducation pour travailler.

98 **A : Lors de votre retour définitif à domicile, combien de temps passez-vous par**  
99 **semaine à la réalisation d'activité en présence ou en interaction avec autrui ?**

100 P5 : J'ai passé un an sans sortir, j'avais des visites mais sortir ce n'était pas possible avec  
101 le regard des autres et toujours les même questions, c'est pour ça que je préférais rester à  
102 la maison. Quand je commençais à sortir, il m'est arrivé de rentrer précipitamment parce  
103 que j'en avais marre, je n'acceptais pas le regard des autres il faut le reconnaître.

104 **A : Est-ce que vous utilisiez plus internet pour réaliser des activités que vous faisiez**  
105 **auparavant sur l'extérieur ?**

106 P5 : Non pas du tout !

107 **A : C'est un outil que vous n'utilisiez pas avant ?**

108 P5 : Non je n'utilisais pas avant. Mais je pense que ça aurait été plus un outil  
109 occupationnel.

110 **A : Pour vous rendre à vos différentes activités quel moyen de transport utilisez-**  
111 **vous ?**

112 P5 : La voiture.

113 **A : Vous arrive-t-il de prendre les transports en commun ?**

114 P6 : Pas du tout !

---

---

115 **A : Est-ce que vous pensez que suite à votre brûlure du visage vous avez mis en place**  
116 **des stratégies évitements ?**

117 P5 : Oui au début je portais systématiquement une casquette et des lunettes. Et on va dire  
118 que maintenant, sauf quand il fait très beau, c'est le contraire.

119 **A : A l'heure actuelle bénéficiez-vous toujours d'un suivi médical ?**

120 P5 : Non.

121 **A : Le suivi médical a duré combien de temps à la suite de votre brûlure ?**

122 P5 : Comme les cures j'ai dû continuer, jusqu'en 2007 parce que c'est là que j'ai été  
123 embauché.

124 **A : Au cours de votre suivi vous aviez des rencontres systématisées avec le corps**  
125 **médical ?**

126 P5 : Oui, au centre de rééducation chaque mois on avait la visite du médecin et du  
127 chirurgien. Et après pour programmer les opérations aussi et si je passais un moment au  
128 centre de rééducation sinon non parce que le centre est très éloigné de chez moi.

129 **A : Au vue des difficultés que vous avez rencontrées lors de votre sortie ou que**  
130 **vous rencontrez encore aujourd'hui, avez-vous des propositions à me faire**  
131 **concernant la prise en charge en ergothérapie ?**

132 P5 : Ce n'est pas de la faute de l'ergo mais ce qui m'a le plus .... C'est la première fois  
133 qu'ils m'ont montré mon visage dans un miroir au bout de trois mois d'hospitalisation.  
134 Moi je ne savais pas du tout que j'étais défiguré, je ne le savais pas. A l'hôpital il y a  
135 personne qui m'a dit vous êtes plus le même, il y a personne qui m'a préparé. Ils m'ont  
136 levé, ils m'ont mis devant le miroir, ce n'était pas possible ! Et là je crois qu'ils se sont  
137 rendu compte de l'erreur, ils ont essayé de se rattraper après mais moi je ne me  
138 reconnaissais pas ! J'ai été très marqué, parce que je ne sais pas comment ça se passe  
139 maintenant, parce que moi je pensais que j'avais juste le crane un peu brûlé mais je ne me  
140 rendais pas du tout compte que j'étais défiguré, que j'étais plus moi-même. Je ne sais pas  
141 comment ça se passe maintenant, moi je n'ai pas du tout été préparé à ça ! Un jour on m'a  
142 levé on m'a mis devant le miroir et là ça a été la surprise, ce n'est pas moi, c'est plus moi.

143 **A : Vous n'avez pas eu d'accompagnement psychologique ?**

144 P5 : Non, j'aurais pu mais j'y suis allé une fois et j'ai eu l'impression que la psychologue  
145 était plus malade que moi donc à partir de là j'ai décidé d'arrêter.

146 **A : A votre sortie, un accompagnement pour reprendre des activités dans votre**  
147 **environnement vous aurait-il été bénéfique ?**

148 P5 : Oui, vous voulez dire une fois rentrée au domicile ?

149 **A : Oui.**

150 P5 : Oui, ça je pense que c'est quelque chose qui serait bien.

151 **A : Parce qu'à votre sortie vous avez eu uniquement un suivi en kiné libéral ?**

---

152 P5 : Oui, voilà et j'ai eu de la chance parce qu'il m'a beaucoup aide, c'était une personne  
153 dynamique, qui te remonte le moral, qui te parle, qui t'écoute. Quand ça n'allait pas il  
154 prenait le temps de m'écouter. Et c'est vrai qu'avoir une personne pour t'accompagner  
155 comme ça c'est bien.

156 **A : J'ai fait le tour des questions que je souhaitais vous poser, je vous remercie**  
157 **d'avoir pris le temps d'y répondre. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?**

158 P4 : Non.

159 **A : D'accord, merci beaucoup.**

---

## 8.6 Entretien n°6

Sexe : F      Age : 23 ans

Durée : 34 minutes

1    **Anaïs : Bonjour, je vous explique, donc mon sujet porte sur le retour à la vie sociale**  
2    **des personnes présentant des brûlures au niveau du visage. L'entretien va être divisé**  
3    **en trois grandes parties la première concernant la période de l'accident, la deuxième**  
4    **celle de la rééducation et la dernière votre retour à domicile. Vous êtes libre de ne**  
5    **pas répondre à certaines questions. Si vous l'acceptez cet entretien sera enregistré**  
6    **puis détruit à la fin de mon travail.**

7    P6 : D'accord.

8    **A : Quel âge aviez-vous au moment de l'accident ?**

9    P6 : 21 ans.

10   **A : Votre brûlure est-elle localisée uniquement au niveau du visage ?**

11   P6 : Non, donc j'ai l'hémiface droite, le bras et la main droite.

12   **A : Au bout de combien de temps avez-vous regagné votre domicile à la suite de**  
13   **votre accident ?**

14   P6 : Au bout de trois mois, en comptant l'hospitalisation à l'hôpital, après  
15   l'hospitalisation à temps complet au centre de rééducation pendant un mois et après je  
16   suis retournée chez moi.

17   **A : Comment décririez-vous vos relations sociales (familiale, amicale, intime) avant**  
18   **l'accident ?**

19   P6 : Alors, moi j'ai toujours été dans le sociale, j'étais aide-soignante avant mon accident  
20   donc j'aimais beaucoup le contact avec les gens, qui pendant l'accident à beaucoup  
21   diminué je n'avais plus énormément de contact et puis là petit à petit c'est en train de  
22   reprendre je ne vais pas dire comme avant mais de reprendre de plus en plus.

23   **A : Vous avez perçu des changements plus dans la sphère familiale qu'amicale ou**  
24   **autant l'une que l'autre ?**

25   P6 : Je dirais plus le lien avec les personnes extérieurs donc pas vraiment familial, parce  
26   que du coup c'est vrai que j'ai bien été entouré même quand j'ai eu tout ça j'ai eu du  
27   monde autour de moi. Mais les liens sociales de la vie de tous les jours, je vois que ça va  
28   de mieux en mieux parce qu'il avait vraiment diminué, je sortais plus vraiment de chez  
29   moi par rapport au appareillage donc il avait été coupé pendant un petit moment quand  
30   même.

31   **A : Vous m'avez dit qu'avant votre accident vous étiez aide-soignante. A l'heure**  
32   **actuelle vous exercez un emploi ?**

33   P6 : Non je ne travaille pas, je suis en arrêt maladie depuis un an et demi. Et je vais  
34   actuellement au centre de rééducation tous les jours en VSL mais c'est à plus de deux  
35   heures de chez moi donc le travail pour le moment ce n'est pas possible. Et puis on m'a  
36   mis un ballon expandeur donc je me fais opérer la semaine prochaine pour une nouvelle  
37   greffe au niveau du visage. Après on m'annonce deux mois de rééducation à la suite de

---

38 cette greffe donc en gros début de l'été, fin mai, début juin je devrais arrêter et là je  
39 pourrais reprendre une vie normale donc travail et tout ce qui s'en suit.

40 **A : A votre sortie du centre de rééducation vous avez directement enchaîné sur une**  
41 **prise en charge en hôpital de jour ?**

42 P6 : Oui, oui, enfaite au début j'étais en hospitalisation complète et j'ai vraiment fait du  
43 forcing envers mon médecin pour rentrer chez moi parce que bon j'étais en appartement à  
44 l'époque j'avais un copain j'ai une vie ... Une vie quoi ! Donc je suis rentrée chez moi  
45 pour ça mais j'ai continué l'hospitalisation de jour.

46 **A : Si ce n'est pas trop indiscret, vous associez votre rupture avec la survenue de**  
47 **vos accidents ou non ?**

48 P6 : Oui, c'est lié ! Ça n'a pas été immédiatement mais oui bien sûr c'est lié.

49 **A : Vous préparez votre retour professionnel, est-ce que vous envisagez reprendre le**  
50 **même emploi ?**

51 P6 : Oui, reprendre le même travail même si du coup il y avait beaucoup de point  
52 d'interrogation au début. Moi j'étais diplômée depuis peu donc je vais essayer de  
53 reprendre grâce à un mi-temps thérapeutique, j'avais travaillé deux ans en gériatrie avant  
54 mon accident donc je vais essayer de retourner à l'endroit où j'étais et puis voir si ça le  
55 fait ou pas. Parce que c'est vrai que c'est difficile d'imaginer quand on ne travaille pas  
56 donc voir sur le terrain enfaite mais je ne pense pas qu'il y aura de soucis.

57 **A : Avez-vous une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ?**

58 P6 : Oui, j'ai monté un dossier auprès de la MDPH avec l'assistante sociale du centre de  
59 rééducation, il y a longtemps pour que justement je puisse prétendre quand je reprends le  
60 travail en mi-temps thérapeutique.

61 **A : On va passer à la deuxième partie concernant la rééducation. Donc au cours de**  
62 **vos parcours de soins avez-vous rencontré un ergothérapeute ?**

63 P6 : Oui, qui me prend toujours en charge maintenant car lors de mon accident j'ai eu un  
64 traumatisme crânien donc j'ai eu un hématome au cerveau donc l'ergothérapeute me fait  
65 faire beaucoup de test cognitif et puis aussi une prise en charge au niveau de ma main,  
66 parce qu'il me manque une phalange et ma main droite est brûlée donc une rééducation  
67 fonctionnelle et sensitive. L'ergo s'occupait aussi de mon appareillage au niveau de ma  
68 main quand j'en avais besoin.

69 **A : Qui est-ce qui s'occupait du reste de votre appareillage ?**

70 P6 : Plutôt mon kiné et mon médecin. J'ai eu un masque 24h/24 pendant très longtemps  
71 plus d'un an, j'avais un masque surpresseur aussi donc avec des vis pour augmenter la  
72 pression que je devais porter 3 ou 4h par jour et maintenant je porte plus que mon  
73 masque de nuit. Par contre, étant donné que je vais me faire opérer à l'œil et à la lèvre on  
74 va me refaire un masque à porter 24h/24. Dans le centre de rééducation il y a un service  
75 appareillage qui réalise tous mes appareillages donc ce n'est pas l'ergo.

76 **A : Donc du coup malgré la poursuite de votre rééducation vous accordez de**  
77 **l'importance à la reprise d'une activité professionnelle. Est-ce que c'est quelque**  
78 **chose que vous avez pu aborder avec votre ergothérapeute ?**

79 P6 : Oui on en a bien parlé avec mon ergo et mon médecin et mon kiné aussi. Et  
80 justement quand on travaillait la main on a regardé si il y avait des appareillages qui  
81 pourrait m'aider, donc là on a essayé il y a pas longtemps une prothèse de doigt. Parce  
82 qu'au niveau de mon majeur il manque la dernière phalange et c'est une zone très  
83 sensible et douloureuse donc c'est pour ça qu'on fait des essais de prothèse.

84 **A : Je vais vous exposer mon hypothèse de travail. L'ergothérapeute travaille autour**  
85 **des activités de la vie quotidienne afin que la personne soit plus autonome lors de**

---

86 son retour à domicile. La reprise d'une activité professionnelle est importante pour  
87 la majeure partie des personnes présentant des brûlures mais nécessite plusieurs  
88 prérequis. Bien évidemment, le savoir ou savoir-faire pour répondre à la mission du  
89 poste mais aussi se préparer chaque matin pour répondre aux exigences de l'emploi,  
90 se rendre sur son lieu de travail et souvent partager son le lieu de travail avec  
91 d'autres personnes. Cela implique être confronté au regard des autres, entrer en  
92 communication avec des personnes familière ou non. Donc un travail autour de  
93 l'entretien personnel et des interactions avec autrui pourrait être bénéfique pour le  
94 retour à la vie sociale.

95 P6 : Oui, je suis plutôt d'accord avec ça. Parce que moi je trouve ça très bien qu'on me  
96 parle de la vie active, du travail parce que c'est vrai que ce n'est pas évident surtout après  
97 une grande période d'inactivité, ça va faire un an et demi que je ne travaille plus donc oui  
98 je trouve qu'il faut en parler et surtout préparer ça en amont pour le contact et le lien  
99 social.

100 **A : Avez-vous abordez la réalisation de la toilette quotidienne en ergothérapie au**  
101 **sens de l'hygiène et du soin de la peau ?**

102 P6 : Alors non pas vraiment. A part une aide-soignante qui est formé au maquillage  
103 correcteur donc j'avais passé une après-midi avec elle, ça avait été très formateur et je  
104 m'en sers, je me maquille quasiment tous les jours. Mais bon étant donné que je suis une  
105 personne qui aime prendre soin de soi, j'ai fait des recherches par moi-même. **Ça fait du**  
106 **bien de voir ce qui est possible, de pouvoir prendre soin de soi.** Moi j'avais plus de  
107 cheveux, on m'a complètement rasé la tête donc je me suis retrouvé du jour au lendemain  
108 sans cheveux le visage brûlé donc quand on peut prendre soin de soi comme ça, ça fait du  
109 bien !

110 **A : Avez-vous réalisé des activités, en ergothérapie, qui vous ont aidé à appréhender**  
111 **vos relations sociales, les interactions avec les autres ?**

112 P6 : Honnêtement comme ça je ne vois pas trop. **Enfaite ce n'est pas que l'ergo mais**  
113 **plutôt le centre en lui-même ils font tout pour nous pousser vers l'extérieur, on organisait**  
114 **des sorties ensemble, c'est plus facile de sortir avec plusieurs personnes brûlées que tout**  
115 **seule avec le regard des gens, pour affronter le regard des gens.** Au début cette  
116 dynamique de groupe m'a aidé, de savoir que l'on n'est pas seul dans cette situation à  
117 affronter le regard des gens ça aide !

118 **A : Il y avait un professionnel de santé à l'origine de ces sorties ?**

119 P6 : Il n'y a pas forcément de professionnel de santé à l'origine même si du coup pour  
120 nous véhiculé s'était une aide-soignante qui nous avait accompagné au cinéma en ville.  
121 Mais sinon c'était nous qui organisions ça entre nous.

122 **A : Vous en avez vraiment tiré un bénéfice ?**

123 P6 : Oui vraiment, de pouvoir affronter les premiers regards des gens à plusieurs vraiment  
124 ça aide !

125 **A : Vous étiez préparé avant de faire votre première sortie ?**

126 P6 : Préparé, je pense qu'on est jamais assez préparé à ça après oui quand même on nous  
127 encourageait dans ce sens, à ne pas rester dans l'enceinte du centre et aller vers  
128 l'extérieur.

---

129 **A : On va aborder votre retour à domicile. Combien de temps passez-vous par**  
130 **semaine à la réalisation d'activité en présence ou en interaction avec autrui ?**

131 P6 : Je vais dire maintenant deux heures par semaine environ parce que ça va mieux  
132 psychologiquement et physiquement. Sans compter que je vais au centre de rééducation  
133 tous les jours du lundi au vendredi. Parce qu'au début c'était les gens qui venaient à moi  
134 mais moi je n'allais pas trop vers les gens pendant bien un an parce que j'avais aussi le  
135 conformatteur.

136 **A : D'accord, ces deux heures sont consacré à une activité spécifique ?**

137 P6 : Non, enfin habituellement un peu de sport mais depuis que j'ai l'expandeur ce n'est  
138 plus possible mais sinon des loisirs, les amis, faire les magasins, sortir un petit peu.

139 **A : Vous arrivez à sortir seule ?**

140 P6 : Maintenant oui j'y arrive, je dirais que maintenant j'ai récupéré toute mes  
141 appréhensions, on va dire tout ce que je faisais plus je le refais, je ne refais pas tout mais  
142 parce qu'il y a des choses que je n'ai plus envie de faire c'est moi qui ai changé donc  
143 voilà c'est redevenu à peu près normal.

144 **A : Pendant cette période qu'on pourrait qualifier de retrait social, utilisez-vous**  
145 **internet pour réaliser des activités que vous pourriez faire sur l'extérieur ?**

146 P6 : Oui, comme par exemple faire du shopping.

147 **A : Pour vos courses alimentaires ?**

148 P6 : J'étais en appartement, on s'est séparé avec mon conjoint donc je suis retournée vivre  
149 chez ma mère donc ça fait un an que je ne fais plus les courses. Mais à l'époque où j'étais  
150 en appartement oui j'allais faire mes courses même avec mon masque mais j'étais  
151 toujours accompagné mais j'ai bien galéré c'était très compliqué. J'étais contente de moi  
152 après de l'avoir fait mais être confronté au regard des gens j'en ai bavé. Je ne pouvais pas  
153 ne plus rien faire du tout, donc on se force et c'est d'ailleurs comme ça qu'on arrive à  
154 surmonter un petit peu tout ça.

155 **A : Pour la reprise de contact avec votre entourage avez-vous privilégié internet ?**

156 P6 : Oui dans la première année je privilégiais les contacts virtuels mais maintenant plus  
157 des vrais contacts. Et puis pendant mon hospitalisation complète ça m'a permis de garder  
158 un lien avec l'extérieur étant donné que ça a été un accident brutal personne ne s'y  
159 attendait.

160 **A : Vous m'avez dit que pour vous rendre au centre de rééducation vous utilisiez un**  
161 **VSL, mais pour vous rendre à vos différentes activités quel moyen de**  
162 **transport utilisez-vous ?**

163 P6 : Oui, alors j'ai repris la conduite ça fait pas loin de 6 mois donc après mon accident  
164 j'avais des problèmes au niveau de la main droite donc j'ai eu des appareillages, des  
165 attelles et le gant. Donc j'ai dû reprendre une ou deux heures dans une auto-école agréé  
166 accompagné de mon ergo pour voir si j'étais apte à reprendre la conduite. J'ai aussi été  
167 expertisé par un médecin conventionné par la préfecture et de là j'ai été autorisé à  
168 reconduite, la préfecture m'a renvoyé un nouveau permis de conduire. Mais pour l'instant

---

169 je fais que des petits trajets proches de chez moi mais sur les grands axes je ne conduis  
170 pas.

171 **A : Il y a des aménagements qui ont été fait sur votre véhicule ?**

172 P6 : Non, la question s'est posé pendant un petit moment s'il fallait que je passe en boîte  
173 automatique mais finalement j'ai réussi à récupérer assez de capacité au niveau de ma  
174 main pour conserver la boîte manuelle.

175 **A : D'accord, et vous n'utilisez pas du tout les transports en commun ?**

176 P6 : Les transports en commun... Honnêtement je suis assez bien entouré au niveau de  
177 mes amis et de ma famille donc j'arrive à me débrouiller comme ça mais sinon je  
178 prendrais les transports en commun mais pour le moment non.

179 **A : C'est quelques choses que vous appréhendez ?**

180 P6 : Avant oui mais maintenant non, j'ai vraiment passé un cap, j'ai eu un déclic, je sens  
181 la fin qui approche ça fera deux ans que je vais quotidiennement au centre de rééducation  
182 donc là j'ai repris ma vie comme avant même si comme je vous le disais je suis bloquée  
183 au niveau du travail mais sinon j'ai à peu près repris tout et maintenant le regard des gens  
184 ça me passe au-dessus maintenant.

185 **A : Vous savez qu'est ce qui a été responsable de ce déclic ?**

186 P6 : Je suis passée par une période pas simple du tout, j'ai remis beaucoup de chose en  
187 question. Souvent on me dit vous êtes forte, c'est bien vous avez réussi à surmonter tout  
188 ça, mais je leur dit on n'a pas le choix s'est soit on se dit je fais plus rien je reste dans  
189 mon coin, je ne sors plus, je ne vois plus personne parce que voilà physiquement ce n'est  
190 pas facile ou soit on se donne un gros coup de pied aux fesses et on se dit que ce n'est pas  
191 grave c'est que le physique, ça reste le physique, j'ai mes jambes, j'ai mes bras donc voilà  
192 se donner un gros coup de pied aux fesses et de reprendre le dessus.

193 **A : Est-ce que vous avez identifié des stratégies que vous aviez mises en place pour  
194 éviter d'être en présence ou en interaction avec autrui ?**

195 P6 : Simplement de ne plus y prêter attention même si au final c'est impossible. Mais  
196 voilà comme je vous disais tout à l'heure quand j'allais faire les courses avec mon  
197 masque, j'avais ma liste de course, mes objectifs d'achats, je rentrais dans le magasin  
198 j'allais dans les rayons, je ne regardais pas les gens en face, je baissais la tête.

199 **A : A l'heure actuelle vous bénéficiez toujours d'un suivi en hôpital de jour, de quel  
200 type de suivi médical bénéficiez-vous ?**

201 P6 : De l'ergo, de la kiné, la psychologue une fois par semaine, la pédopsychiatre une fois  
202 par mois pour mon traitement, je suis sous antidépresseur depuis un an maintenant. Après  
203 j'ai un suivi médical, ma chirurgienne qui m'a fait toutes mes opérations qui est aussi  
204 chirurgienne esthétique et mon médecin de médecine physique et réadaptation.

205 **A : A quelle fréquence le voyez-vous ?**

206 P6 : Mon médecin je le vois une fois par semaine depuis que j'ai mon ballon pour le  
207 gonflage, mais vu que je suis au centre tous les jours je le vois régulièrement.

---

208 **A : Au vue des difficultés que vous avez rencontrées lors de votre retour à domicile**  
209 **ou que vous rencontrez encore aujourd'hui, est ce que vous avez des axes**  
210 **d'amélioration de votre prise en charge à me proposer ?**

211 P6 : Franchement non je ne vois pas parce que je trouve quand même mon centre de  
212 rééducation est super et qu'il y a une bonne prise en charge après voilà ma plus grande  
213 frustration ça été au début qu'on m'oblige à rester en hospitalisation complète mais bon  
214 après quand j'ai exprimé mon souhait à mon médecin que je ne pouvais plus rester ici,  
215 qu'il fallait que je rentre chez moi, il m'a écouté et il a mis en place les mesures pour être  
216 en adéquation avec mon souhait.

217 **A : C'est la première fois que je rencontre quelqu'un qui est sorti aussi rapidement**  
218 **et où il a pu être mis en place un suivi en hôpital de jour...**

219 P6 : Oui, moi j'en avais besoin parce qu'au final en restant au centre, c'est bien ils sont là  
220 pour nous mais il ne faut pas oublier que c'est un centre de rééducation pédiatrique donc  
221 moi j'étais dans un service où il y avait que des enfants donc par rapport au lien social,  
222 psychologiquement je n'étais pas bien... Les professionnels qui travaillent là-bas sont  
223 habitués à travailler avec des enfants et ils étaient sur mon dos, c'est normal c'est leur  
224 travail mais moi je ne supportais plus, je voulais retrouver ma liberté. Ce que j'ai  
225 beaucoup répété quand j'étais là-bas, c'est je veux retrouver ma vie d'avant ! J'avais  
226 besoin, même si quand je suis rentrée chez moi je ne pouvais pas me débrouiller toute  
227 seule pour tout, mais je faisais le maximum pour retrouver mon autonomie.

228 **A : Pourquoi vous étiez dans un centre de rééducation pédiatrique ?**

229 P6 : J'avais eu le choix. Quand j'étais à l'hôpital, j'étais encore dans le coma, c'était ma  
230 mère qui avait pris la décision. Elle a fait ce choix car la prise en charge et les résultats du  
231 centre de rééducation adulte était beaucoup moins bon, donc ma mère voulait le meilleur  
232 pour moi mais je ne regrette pas.

233 **A : Ma dernière question ne va peut-être pas forcément correspondre à votre**  
234 **situation du fait de votre suivi en hôpital de jour. Mais à votre sortir est ce qu'un**  
235 **accompagnement dans la reprise de vos activités dans votre environnement de vie**  
236 **vous aurait été bénéfique ?**

237 P6 : Oui je comprends que la question ne soit pas tout à fait approprié mais quand je vais  
238 reprendre une vie normale pour moi c'est quand je vais reprendre un emploi et de  
239 reprendre un chez moi. Donc là quand je reprendrais le travail je pense que je continuerais  
240 à être suivi par ma psychologue pour être accompagné tout simplement.

241 **A : D'accord donc pour vous c'est essentiellement un accompagnement**  
242 **psychologique qui serait nécessaire ?**

243 P6 : Oui, même si ça va mieux c'est toujours bien d'avoir une personne extérieure à tout  
244 ça. Moi c'était un accident où ma famille était impliquée donc de pouvoir parler à une  
245 personne neutre c'est vraiment important.

246 **A : Est-ce que votre suivi en hôpital de jour, vous a permis de revenir sur des**  
247 **difficultés que vous avez rencontrées ?**

248 P6 : Oui, parce exemple mon kiné je le vois tous les jours, même si ce n'est pas un  
249 psychologue, je lui parle beaucoup. De m'avoir offert la possibilité de ce suivi en hôpital

---

250 de jour à vraiment évité que je perde tous mes liens sociaux même si il y a les  
251 professionnels mais ce n'est pas la vraie vie où on est obligé de sortir. Donc je suis passé  
252 par des difficultés tôt à la suite de mon accident mais dans un sens ça m'a remis dans le  
253 bain de la vie courante et maintenant ça va.

254 **A : J'ai fait le tour des questions que je souhaitais vous poser, je vous remercie**  
255 **d'avoir pris le temps d'y répondre. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?**

256 P6 : Non.

257 **A : D'accord, merci beaucoup.**

1

## 9. Annexe 9 : Grille d'analyse remplie

### 9.1 Grille d'analyse remplie pour l'entretien n°1 et n°2

	Indicateurs		P1	P2
<b>La personne</b>	Identité	Genre (F ou M)	<b>F</b>	<b>M</b>
		Age	<b>24 ans</b>	<b>42 ans</b>
	L'accident	Age / Durée post brûlure	<b>22 ans – 2ans post brûlure</b>	<b>39 ans – 3 ans post brûlure</b>
		Atteinte esthétique	✓	✓
		Atteinte fonctionnelle	✓ : « enfaite de la tête au pied et beaucoup au niveau des mains. » l.11 « à ma main gauche je n'ai plus de doigts » l.82	✓ : « Le thorax, les membres supérieurs, un peu au niveau de la cuisse en fait 40 % de la surface corporelle totale. » l.11-12
	Situation sociale avant l'accident (familiale, amicale, intime)	Riche (R) Normale (N) Pauvre (P)	<b>P</b> : « mon ex qui m'emprisonnait » l.209, « il fallait que je demande l'autorisation pour sortir » l.211	<b>R</b> : « j'étais quelqu'un de très sociable, j'avais un travail je travaillais en équipe dans une raffinerie, en 3/8, je jouais au football, j'avais mes enfants voilà donc je n'étais pas seul, seul. » l.36-38
	Situation professionnelle avant l'accident	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)	<b>T</b>	<b>T</b>
		Rémunéré (R) bénévole (B)	<b>R</b>	<b>R</b>
		Exposé (E) ou protégé (P) ( <i>domaine</i> )	<b>E</b> : « Je travaillais dans un CHU, j'étais ASH » l.48	<b>P</b> : « je travaillais en équipe dans une raffinerie, en 3/8 » l.38-39

<b>La rééducation</b>	Parcours de soin	Structures fréquentées	<b>Centre aigue de traitement des brûlés</b> : « Pendant 3 mois et demi j'étais dans le coma dans un service de réanimation » 1.14 <b>SSR spécialisé dans l'accueil des brûlés</b>	<b>Centre aigue de traitement des brûlés</b> : « service de réanimation où j'avais passé 3 mois » 1.103 <b>SSR spécialisé dans l'accueil des brûlés</b> : « une année complète de rééducation physique » 1.15 <b>Clinique psychiatrique</b> : « ensuite on m'a orienté vers une clinique pour pas rentrer directement à la maison » 1.16 « c'était une clinique psychologique » 1.21 <b>Hôpital psychiatrique</b> : « on m'a interné en hôpital psychiatrique » 1.26
		Durée d'hospitalisation complète	<b>1 an et 2 mois</b>	<b>2 ans et 6 mois</b>
	Acteurs rencontrés	Médecin (M), Chirurgien (C)	✓	✓
		Kinésithérapeute (K), Ergothérapeute (E),	✓	✓
		Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)	✓	✓
		Autres		<b>Psychomotricien</b>
	Ergothérapie	Objectifs (moyens)	<b>Eviter les conséquences physiologiques d'une atteinte de la peau</b> appareillages, Kinect <b>Optimiser les capacités fonctionnelles et sensorielles au niveau des membres supérieurs</b>	« le rôle de l'ergothérapeute est intéressant c'est de remédier aux difficultés qu'on peut rencontrer dans un milieu normal. En fait, c'est par exemple au lieu d'aller tout droit et de se cogner contre le

		exercices de préhension, plateau canadien, exercices d'écriture, cuisine thérapeutique <b>Être indépendant dans les activités de la vie quotidienne</b> appartement thérapeutique, simulateur de conduite	mur, c'est de trouver une solution pour éviter ce mur mais passer l'obstacle quand même. » 1.111-114 <b>Eviter les conséquences physiologiques d'une atteinte de la peau</b> jeux d'adresse posture appareillage <b>Optimiser les capacités fonctionnelles et sensorielles au niveau des membres supérieurs</b> exercices de préhension, plateau canadien, exercices d'écriture, saisie au clavier, cuisine thérapeutique <b>Être indépendant dans les activités de la vie quotidienne</b> week-end thérapeutique
	Activité professionnelle significatif	✓ : « j'ai toujours pensé à retravailler et ça m'a toujours manqué » 1.106	✗ : « Non, non, c'était trop loin » 1.144
	Activités mise en lien avec l'activité professionnelle	Entretien personnel ✓ : hygiène de la peau, maquillage grâce à des mises en situation face au miroir	✓ : maquillage, pas en ergothérapie mais avec une aide-soignante.
		Relation et interaction avec autrui ✓ : explication : « là où on est, s'est un petit cocon où on est tout bien. Et puis quand on va sortir ça va être le	✓ : élaboration d'itinéraire pour sortir, activité sur l'extérieur (cuisine thérapeutique : courses).

			physique, le regard des gens, affronter le regard des gens » 1.162 salle de rééducation commune : « quand on était dans la salle d'ergo on parlait tous ensemble » 1.192 activité en groupe : « Quand on allait à l'appartement thérapeutique on y allait avec un autre patient » 1.191	Service animation.
			Autres « avec l'ergothérapeute on a beaucoup pu parler c'était un soutien physique et moral » 1.113 « la mise en place des vêtements compressifs pour nous satisfaire un peu plus physiquement et aussi par rapport aux mouvements dans les activités de tous les jours » 1.114-116 « On a aussi travaillé l'utilisation de mon téléphone portable » 1.118 « c'est tout un ensemble. Lors d'un entretien pour un travail parfois c'est basé sur le physique aussi si on arrive bien à se débrouiller avec l'outil de travail ça aide. » 1.126	∅
Le retour à domicile	Suivi médical	Médecin (M), Chirurgien (C)	C : « je suis en relation avec ma chirurgienne et la fréquence dépend de mes opérations » 1.245	C : « j'ai quand même un suivi régulier tant au niveau physique que psychologique. J'ai des rendez-vous régulier avec le chirurgien. » 1.28-29
		Kinésithérapeute (K),	K : 2x/sem	K : 3x/sem

	Ergothérapeute (E), Psychomotricien (P)	E : 1x/sem dans le cadre d'un suivi en HDJ pour appareillage	E : ponctuel, suivi appareillage
	Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)	<b>Psycho</b> : 2x/mois + si besoin	✓
	Autres	<b>Cure thermale</b> : 2 dont 1 au mois d'avril	<b>Cure thermale</b>
	Aucun		
Situation sociale	Enrichie (>), Equivalente (=), Appauvrie (<)	<p>≡ : « je peux sortir quand je peux, mais sortir pour faire quoi ? » 1.200, « Je sors comme avant maintenant même plus parce que je n'ai plus à demander l'autorisation pour sortir. » 1.209 « après l'accident il y a beaucoup de personnes qui ont voulu reprendre contact avec moi et je n'ai pas voulu » 1.23-24 « j'ai envie de changer d'amis, je n'ai pas envie de revenir avec les anciens amis que j'avais avant. Parce que j'ai vécu trop de truc, ça me rappellerai trop le passer enfaite. » 1.24-26 « avec les gens avec qui je viens de faire connaissance je me sens mieux, avec ces nouvelles personnes, parce qu'ils m'ont pas connu comment j'étais physiquement avant et pour moi c'est plus simple. » 1.41-43 « j'ai des copines d'avant parfois qui me regarde avec pitié quelque chose</p>	<p>&lt; : « il est très difficile de reparler au gens que je connaissais d'avant » 1.41 « en ce moment avec ma femme on ne vit plus ensemble mais on n'est pas séparé mais c'est un peu compliqué. » 1.208-209 « je sors tous les jours, je vais faire du footing seul. » 1.215 « Enfaite avec ma femme on vit deux choses même pas à l'opposé, c'est deux univers différent, le leur qui n'a pas changé sauf l'absence physique et nous... » 1.323-324 « en ce moment avec ma femme on ne vit plus ensemble mais on n'est pas séparé mais c'est un peu compliqué. » 1.208-209, « Enfaite avec ma femme on vit deux choses même pas à l'opposé, c'est deux univers différent, le leur qui n'a pas changé sauf l'absence physique et nous... » 1.323-324</p>

		comme ça et je n'aime pas quand on me regarde comme ça » 1.44-45	
	Obstacles	<p><b>Mesure de protection :</b> « Et aujourd'hui, vu que financièrement ce n'est pas trop ça, je n'ai pas envie de sortir » 1.211,</p> <p><b>Le regard des autres et les questions :</b> « Juste à l'idée que quelqu'un me fixe et bloque sur moi, ça me faisait peur et m'attristait. J'avais l'impression d'être une bête de foire... » 1.172-173 « c'est par rapport au physique, aux mêmes questions qu'on va me poser à chaque fois « est-ce que ça va ? » etc » 1.31-32 « moi je ne veux pas qu'on me pose ces questions-là ! C'est bon maintenant je suis handicapée et puis voilà » 1.35-36</p>	<p><b>Le regard des autres :</b> « Avant je faisais du foot mais je suis gêné par rapport à la douche collective j'ai peur des réactions, je ne suis pas prêt encore et je ne sais pas si je le serais un jour. » 1.215-217</p> <p><b>Les questions :</b> « je pense que c'est là où il faut être fort mais surtout beaucoup, beaucoup, beaucoup, prendre sur soi les premières sorties ! » 1.94-96</p>
	Facilitateurs	<p><b>Conjoint :</b> « je suis avec un copain et je vis chez lui. Et je suis contente car il m'accepte comme je suis. » 1.195,</p> <p><b>Famille :</b> « moi j'ai de la chance j'avais ma famille qui m'ont coucouné » 1.65-66</p> <p><b>Nouvelles rencontres :</b> « j'ai rencontré des gens pas forcément intéressant mais ça fait du bien de</p>	<p><b>Nouvelles rencontres :</b> « je suis en contact avec des gens que j'ai rencontré en centre de rééducation. C'est important de garder contact avec des gens qui ont vécu plus ou moins la même chose que vous parce qu'au final on sait les souffrances on n'a pas besoin d'en parler un regard suffit, c'est une relation d'instinct. » 1.50-54</p>

		discuter, on ne me jugeait pas, on rigolait c'était super. » 1.177-178	<b>Efficacité personnelles :</b> « développé une bonne force de caractère pour s'en sortir et qui en développe encore » 1.224-225 « je pense que j'ai développé beaucoup de volonté à cause de la culpabilité que j'ai. » 1.250-251
	Stratégies mis en place	<p><b>Internet :</b> pour le shopping : « j'ai plus envie de me compliqué la vie. Prendre le bus, sortir, d'aller dans la foule, les filles... Oh non ! » 1.216-217</p> <p><b>Les réseaux sociaux :</b> « Je n'ai pas envie de sortir. Donc je vais à mes rendez-vous sinon j'ai Facebook » 1.203-204</p> <p><b>Rencontre téléphonique :</b> « c'est vrai que j'avais un truc de rencontre téléphonique, j'ai arrêté, c'était pour reprendre confiance en moi enfin de compte de pouvoir parler à quelqu'un d'autre, m'apaisait, j'avais travaillé sur moi avec le truc téléphonique là. » 1.221-224</p> <p><b>Mensonge :</b> « j'invente parfois des excuses bidons, genre non j'ai un truc à faire même » 1.27</p> <p><b>Sortir le visage couvert :</b> « j'ai commencé à sortir avec un foulard</p>	<p><b>Les réseaux sociaux</b> pour reprendre contact avec son environnement social : « pour nous, brûlés, il y a un truc qui est bien c'est Facebook... Parce qu'il ne faut pas croire nous on est atteint mais notre entourage aussi. » 1.235-236, « aujourd'hui je fais une heure à deux heures de Facebook par jour. » 1.38-39</p> <p><b>Envoie d'une photo avant chaque rencontre :</b> « quand il y a quelqu'un qui veut venir me voir et que c'est la première fois qui vient, toujours je demande s'ils veulent une photo avant toujours ! Parce que si c'est pour qu'il pousse la porte, qu'il soit tout tremblant et qu'il se mette à pleurer je ne préfère pas qu'il vienne. » 1.267-270</p>

		<p>qui ne laissait apparaître que mes yeux » 1.175 « au début j'étais avec le foulard, après je l'enlevais que quand j'étais avec lui, et après je l'enlevais juste la nuit quand je sortais seule et après j'ai enlevé le foulard je marchais normalement » 1.179-181</p> <p><b>Ignorance :</b> « je suis obligée de prendre les transports communs et j'essaie de plus faire attention aux gens, j'ai mes écouteurs je dis juste bonjour au chauffeur et hop je rentre je baisse ma tête je regarde personne, juste mon téléphone ou par la fenêtre. Mais des fois ça me stress parce que je sais qu'il y a des gens qui me regarde, surtout quand c'est des jeunes. » 1.230-234</p> <p><b>Fréquentation lieu familial :</b> « maintenant je vais que dans des endroits où je sais qu'il y a des gens que je connais, des commerçants etc. des lieux familiers » 1.238-239</p>	
Situation professionnelle	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)	<b>SE</b>	<b>T : 4h/sem</b>
	Rémunéré (R) bénévole (B)	<b>Ø</b>	<b>B</b>
	Exposé (E) ou protégé (P) ( <i>domaines</i> )	<b>Ø</b>	<b>E (<i>médiathèque</i>)</b>

Durée avant reprise d'un travail	>2 ans	3 ans
Obstacles	<p><b>Arrêt maladie</b> : « Je suis encore en arrêt maladie donc ce n'est pas possible de trouver une formation » 1.57</p> <p><b>Poursuite des soins</b> : « Ça me manque j'en ai marre de ne pas travailler, mais je n'ai pas le choix, il faut que j'attende avec les opérations, le kiné, les cures thermales, la rééducation après chaque opération donc forcément ce n'est pas évident. » 1.50-52</p> <p><b>Apparence</b> : « Je veux travailler derrière un bureau, je ne veux pas travailler qu'on me voit dehors dans la rue ou dans un magasin ou que je sois en contact avec des clients ou des patients, non, moi je ne veux pas qu'on me voit physiquement » 1.61-63</p>	<p><b>Notification d'invalidité</b> : « je ne sais pas je pourrais retravailler mais je ne sais pas pour l'instant ce n'est pas le moment. » 1.56-57</p> <p><b>Poursuite des soins</b> : « j'ai encore 18 mois de chirurgie » 1.58, « j'ai trois, quatre opérations par an donc c'est dure de se projeter tant que ce n'est pas fini. » 1.149-150</p>
Facilitateurs	<p><b>Démarche de formation</b> : « Sinon il faut faire des formations par correspondance, moi par exemple je me suis renseigné pour prendre des cours d'espagnol pour pouvoir travailler dans la télécommunication. » 1.59-61</p>	<p><b>La motivation à aller de l'avant</b> : « Par contre j'essaie de pas m'isoler et je me suis inscrit pour faire du bénévolat dans une médiathèque » 1.58-59</p>

	Retour sur le parcours de soin	Axes d'amélioration	<p><b>Aide à réinvestir la sphère sociale :</b>  « il faudrait un peu plus de remise en confiance en soi » 1.265, « ça serait une bonne idée qu'un ergo vienne à domicile. » 1.267</p>	<p><b>Investissement de la famille dans les soins :</b> « c'est dans le domaine médical en général mais je vais le dire... C'est que bien sûr on prend en compte les patients mais la famille est beaucoup mise à l'écart. Je le vois parce qu'avec le recul, je l'ai réalisé peut-être un an après, je n'ai pas fait attention à ma femme, je n'ai pas fait attention à mon entourage, je n'ai pas fait attention à mes enfants. » 1.306-309</p>
--	--------------------------------	---------------------	--	---

## 9.2 Grille d'analyse remplie pour l'entretien n°3 et n°4

	Indicateurs		P3	P4
<u>La personne</u>	Identité	Genre (F ou M)	<b>F</b>	<b>F</b>
		Age	<b>52 ans</b>	<b>67 ans</b>
	L'accident	Age / Durée post brûlure	<b>49 ans – 3 ans post brûlure</b>	<b>26 ans – 41 ans post brûlure</b>
		Atteinte esthétique	✓	✓
		Atteinte fonctionnelle	✓ : un bras, le torse et les cuisses « beaucoup au visage mais j'en ai aussi sur un bras, le torse, les cuisses et le cou » l.13	✓ : « c'était à plus de 70 % sur le visage et le corps, les mains aussi. » l.13
	Situation sociale avant l'accident	Riche (R) Normale (N) Pauvre (P)	<b>N</b>	<b>N</b>
	Situation professionnelle avant l'accident	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)	<b>T</b>	<b>T</b>
		Rémunéré (R) bénévole (B)	<b>R</b>	<b>R</b>
Exposé (E) ou protégé (P) ( <i>domaine</i> )		<b>E</b> : Assistante maternelle	<b>E</b> : assistante cadre de banque, « j'étais assistante cadre de banque, en contact avec le public. » l.40	
<u>La rééducation</u>	Parcours de soin	Structures fréquentées	<b>Centre aigue de traitement des brûlées :</b> <b>Hôpitaux :</b> pour des infections et une phlébite <b>SSR spécialisé dans l'accueil des brûlés</b>	<b>Centre aigue de traitement des brûlées</b> <b>Cure thermique :</b> « j'ai fait deux cures par an pendant dix ans et ça m'a fait quand même beaucoup de bien. » l.76-77 « ça n'existait pas, il n'y avait pas de rééducation pour les brûlés » l.20

	Durée d'hospitalisation complète	<b>7 mois</b>		<b>7 mois</b>
Acteurs rencontrés	Médecin (M), Chirurgien (C)	✓		✓
	Kinésithérapeute (K), Ergothérapeute (E),	✓		<b>K</b>
	Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)	✓		<b>∅</b>
	Autres			
Ergothérapie	Objectifs (moyens)		<b>Eviter les conséquences physiologiques d'une atteinte de la peau</b> (appareillage)	<b>∅</b>
	Activité professionnelle significatif		✓	<b>x</b>
	Activités mise en lien avec l'activité professionnelle	Entretien personnel	✓ : maquillage, pas en ergothérapie mais avec une aide-soignante.	<b>∅</b> : « j'insiste sur le fait que, quel que soit sa pathologie, on a besoin de toucher sa peau, c'est important. Parfois je vois des gens qui frottent leur peau parce qu'ils ne veulent pas voir, ils s'agressent donc ça nécessite une éducation. Et dans le maquillage ce qui est important c'est le miroir, il faut se regarder dans le miroir, bien prendre possession de son image... » 1.71-75

			Relation et interaction avec autrui	✗ : « Non ! Mais j'aurais aimé qu'on me le propose, on me l'a pas proposé. Par contre, d'autres patients ont eu des activités de groupe en ergothérapie comme la cuisine thérapeutique. » 1.78-80	∅
			Autres	∅	∅
<b>Le retour à domicile</b>	Suivi médical	Médecin (M), Chirurgien (C)	C : pour planifier les opérations	C	
		Kinésithérapeute (K), Ergothérapeute (E), Psychomotricien (P)	E : ponctuel, suivi appareillage	✗	
		Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)	✗	✗	
		Autres		<b>Cure thermale</b> : 2 cures par an pendant 10 ans	
		Aucun			
	Situation sociale	Enrichie (>), Equivalente (=), Appauvrie (<)	< : « J'ai beaucoup d'amis qui m'ont laissé tomber. » 1.26, « comme c'était une immolation, c'était une tentative de suicide, ils m'en ont beaucoup voulu ! » 1.28-29 « Familial non au contraire, il y a des membres de ma famille avec qui je ne parlais plus et avec qui je parle maintenant. Ça nous a ressoudés ! » 1.31-32 « Par semaine, je fais une heure de sport	< : Rupture sociale complète pendant 10 ans, « ma fille je ne suis jamais allé la chercher à l'école, j'avais une amie qui l'amenait et qui l'a ramenait. Il y a beaucoup de chose que j'évitais de faire. » 1.213-215	

		et j'essaye de sortir quotidiennement. » 1.86	
	Obstacles	<p><b>Le regard des autres :</b> « Entre votre sortie et pouvoir affronter le regard des autres ... On va dire 3 mois. » 1.90, « quand on se retrouve à la maison et qu'on doit sortir ce n'est pas facile ! Déjà tout le monde nous regarde, en tant que brûlé on est beaucoup regardé et puis il y a des gens qui sont curieux, qui ont le regard persistant et on est très mal à l'aise. » 1.98-101, « il faut passer un cap, c'est à nous de nous dire « prend ton courage à deux mains et maintenant si les gens te regardent ce n'est pas grave ! » » 1.105-106</p> <p><b>Les questions :</b> « il y a des gens qui osent nous demander ce qu'on a fait et là je trouve que c'est culotté quand même, d'aller vers une personne et lui demander ce qu'il a fait pour être comme ça. » 1.110-112</p>	<p><b>Le regard des autres :</b> « ce n'était quand même pas facile de se confronter au regard des autres. C'était même quelque chose qui empêchait de vivre si vous voulez. Je restais recroqueviller sur moi-même » 1.26-28 « Ce qui avait surtout c'était que ma peau n'était pas blanche, elle était rose-violacé. Aussi je n'ai pas porté de vêtement compressif, il n'y en avait pas à l'époque. » 1.37-38</p>
	Facilitateurs	<p><b>Sa fille :</b> « ma fille m'a beaucoup aidé, en m'accompagnant. Mais je me rappelle du premier jour où elle a voulu m'emmener en course avec</p>	<p><b>1/3 personne :</b> rencontre maquilleur de théâtre et de cinéma</p>

		<p>elle, je n'ai pas pu, je suis resté dans l'auto. » 1.92-93</p> <p><b>Une amie</b> : « moi il m'est vraiment restée qu'une très bonne amie c'est tout et elle m'a accompagné tout au long de ma brûlure qui est venu me voir à l'hôpital et voilà avec qui je suis très, très proche. Mais les autres amis, j'en ai plus ou ceux que j'ai c'est après ma brûlure. » 1.125-127</p>	
	Stratégies mis en place	<p><b>Internet</b> : pour les rencontres</p> <p><b>Sortir accompagner de sa fille</b></p>	<p><b>Fréquentation lieu familial</b> : « les commerçants sont à côté de chez moi, ils me connaissent, par contre je n'allais pas dans les grandes surfaces » 1.217-218</p> <p><b>Sortir le soir</b> : « quand j'avais des courses à faire dans des grands magasins on y allait le soir à partir de 18h30 19h comme ça je me sentais plus à l'aise vous voyez ! Non mais c'était difficile. » 1.218-220</p> <p><b>Sortir accompagner</b> : « j'avais toujours quelqu'un pour m'emmener en voiture, je ne sortais pas si personne ne pouvait m'emmener. » 1.244-245</p>
Situation	Travail (T) Etudiant (E) Sans	<b>SE</b>	<b>T</b>   <b>T</b>

professionnelle	emploi (SE)			
	Rémunéré (R) bénévolat (B)	∅	<b>B</b>	<b>R</b>
	Exposé (E) ou protégé (P) (domaines)	∅	<b>E</b> (siège sociale d'une association)	<b>E</b> (maquilleuse professionnelle)
	Durée avant reprise d'un travail	>3ans	<b>18 ans</b>	<b>25 ans</b>
	Obstacles	<p><b>Notification d'invalidité</b> : « il y a encore des opérations à subir donc voilà la sécurité sociale à préférer me mettre en invalidité pour l'instant. » 1.53-54</p> <p><b>Apparence</b> : « c'est compliqué parce que l'apparence physique n'est plus du tout la même » 1.52-53</p>	<p><b>Parcours de soin</b> : « j'ai été opéré pendant environ 10 ans, donc j'étais opéré deux fois par an. » 1.36-37,</p> <p><b>Parcours juridique</b> : « il y a aussi tout un tas d'audience au tribunal, d'expertises etc. par rapport au niveau juridique. » 1.56-57</p>	
Facilitateurs		<p><b>Démarche de formation</b> : « j'ai fait une formation de 6 mois pour le maquillage dans le cadre de la réinsertion professionnelle financé par l'AGEFIPH. » 1.191-192</p> <p><b>1/3 personne</b> « quand je suis arrivée à l'association en 93, l'association venait d'avoir un siège social. Donc on m'a demandé si je ne voulais pas venir, vu que j'étais inscrite depuis pas mal de temps. » 1.42-44</p>		
Retour sur le parcours de soin	Axes d'amélioration	<b>Activité pour aider à appréhender les relations et</b>		

---

			<b>interactions avec autrui</b> Accompagnement dans la reprise des activités au domicile : « Oui je pense que quand on sort de centre de rééducation comme les brûlés on est vraiment coucouné là-bas et quand on sort à l'extérieur ce n'est pas facile du tout. Ce n'est pas facile de reprendre une vie chez soi, d'affronter le regard des autres et pouvoir revivre normalement. » 1.146-149	
--	--	--	---	--

### 9.3 Grille d'analyse remplie pour l'entretien n°5 et n°6

	Indicateurs		P5	P6
<b>La personne</b>	Identité	Genre (F ou M)	<b>M</b>	<b>F</b>
		Age	<b>55 ans</b>	<b>23 ans</b>
	L'accident	Age / Durée post brûlure	<b>35 ans – 20 ans post brûlure</b>	<b>21 ans – 1 an<sup>1/2</sup> post brûlure</b>
		Atteinte esthétique	✓	✓ : hémiface droite
		Atteinte fonctionnelle	✓ : « les deux mains et le visage » 1.11	✓ : le bras et la main droite « l'hémiface droite, le bras et la main droite » 1.11
	Situation sociale avant l'accident	Riche (R) Normale (N) Pauvre (P)	<b>R</b> : « beaucoup de sortie, beaucoup d'amis, je faisais du sport » 1.22	<b>R</b>
	Situation professionnelle avant l'accident	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)	<b>T</b>	<b>T</b>
Rémunéré (R) bénévolat (B)		<b>R</b>	<b>R</b>	
Exposé (E) ou protégé (P) ( <i>domaine</i> )		<b>P</b> : agriculteur, « c'était une exploitation familiale ou je vivais également. » 1.85	<b>E</b> : aide-soignante	
<b>La rééducation</b>	Parcours de soin	Structures fréquentées	<b>Centre aigue de traitement des brûlées :</b> 5 mois <b>SSR spécialisé dans l'accueil des brûlés</b>	<b>Centre aigue de traitement des brûlées : 2 mois</b> <b>SSR spécialisé dans l'accueil des brûlés : 1 mois</b>
		Durée d'hospitalisation complète	<b>2 ans</b>	<b>3 mois</b>
	Acteurs rencontrés	Médecin (M), Chirurgien (C)	✓	✓
		Kinésithérapeute (K),	✓	✓

	Ergothérapeute (E), Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)		✗ « j'y suis allé une fois et j'ai eu l'impression que la psychologue était plus malade que moi donc à partir de là j'ai décidé d'arrêter. » 1.141-142	✓ (pédopsychiatre)
	Autres			Appareilleurs : conformateur faciale
Ergothérapie	Objectifs (moyens)		<b>Eviter les conséquences physiologiques d'une atteinte de la peau</b> (appareillage : attelle, vêtement compressif, conformateur facial) <b>Optimiser les capacités fonctionnelles et sensorielles au niveau des membres supérieurs</b> (exercices de préhension, menuiserie, cuisine thérapeutique)	<b>Être indépendant dans les activités de la vie quotidienne</b> conduite automobile
	Activité professionnelle significatif		✓ : « Moi dans ma tête je pensais la reprendre et il a fallu pratiquement deux, trois ans, ils m'ont laissé faire et au bout de trois ans j'ai arrêté parce que je ne pouvais pas remonter sur un tracteur, de tenir mes animaux, c'était impossible. » 1.67-70	✓
	Activités mise en lien avec l'activité professionnelle	Entretien personnel	✗	✓ : seule et avec une AS, « Ça fait du bien de voir ce qui est possible, de pouvoir prendre soin de soi. » 1.101-102

			Relation et interaction avec autrui	✕	✓ : « Enfaite ce n'est pas que l'ergo mais plutôt le centre en lui-même ils font tout pour nous pousser vers l'extérieur, on organisait des sorties ensemble, c'est plus facile de sortir avec plusieurs personnes brûlées que tout seule avec le regard des gens, pour affronter le regard des gens. » l.107-110
			Autres	✕	
<u>Le retour à domicile</u>	Suivi médical	Médecin (M), Chirurgien (C)	C	✓	
		Kinésithérapeute (K), Ergothérapeute (E), Psychomotricien (P)	<b>K</b> : « qu'il m'a beaucoup aide, c'était une personne dynamique, qui te remonte le moral, qui te parle, qui t'écoute. Quand ça n'allait pas il prenait le temps de m'écouter. Et c'est vrai qu'avoir une personne pour t'accompagner comme ça c'est bien » l.149-152	<b>K, E</b>	
		Psychiatre (Psy), Psychologue (Psycho)	✕	✓ (pédopsychiatre)	
		Autres	<b>Cure thermale</b> : pendant 11 ans séjour régulier	<b>HDJ</b> : « je vais actuellement au centre de rééducation tous les jours en VSL » l.31-32	
		Aucun			

Situation sociale	Enrichie (>), Equivalente (=), Appauvrie (<)	< « les gens qu’osaient pas venir me voir qui avaient un peu peur ce n’était pas de la méchanceté mais ils ne savaient pas comment s’y prendre donc il y a des relations qui ne se sont pas complètement rompu mais les rencontres sont beaucoup moins fréquente. » 1.25-28	< : amicale « je n’avais plus énormément de contact » 1.20, intime : rupture. « deux heures par semaine environ parce que ça va mieux psychologiquement et physiquement. » 1.125-126 ,
	Obstacles	<b>Parcours de soins</b> : « les soins durent tellement longtemps » 1.25 <b>Le regard des autres et Les questions</b> : « J’ai passé un an sans sortir, j’avais des visites mais sortir ce n’était pas possible avec le regard des autres et toujours les même questions » 1.99-100, « Quand je commençais à sortir, il m’est arrivé de rentrer précipitamment parce que j’en avais marre, je n’acceptais pas le regard des autres il faut le reconnaître. » 1.101-102	<b>Appareillage</b> : « qu’au début c’était les gens qui venaient à moi mais moi je n’allais pas trop vers les gens pendant bien un an parce que j’avais aussi le conformateur. » 1.127-128 <b>Le regard des gens</b>
	Facilitateurs	<b>Efficacité personnelle</b> : « Un jour j’ai eu une expertise par un médecin, je lui disais que je faisais 100km de vélo avant et que maintenant j’arrivais à peine à en faire 30/40 et je n’étais pas satisfait de moi. Et il m’a répondu il faut vous contentez de ça, c’est déjà bien l’air de dire désormais	<b>Dynamique de groupe</b> : au centre de rééducation qui encourage les patients à faire des sorties ensembles <b>Efficacité personnelle</b> : « on n’a pas le choix s’est soit on se dit je fais plus rien je reste dans mon coin, je ne sors plus, je ne vois

			<p>la vie pour vous ça sera comme ça ! Je n'ai pas accepté d'entendre ça, en plus au travail je ne pouvais plus faire ce que je faisais avant... Donc je me suis lancé un défi c'est de relier Bordeaux Madrid en vélo donc quatre amis ont décidé de faire ça avec moi et on a monté une association suite à ça, en 2001. Disons que ça été ce défi pour me relancer, j'étais une personne comme les autres et c'est suite à ça que je me suis senti capable de retravailler. » 1.41-49</p>	<p>plus personne parce que voilà physiquement ce n'est pas facile ou soit on se donne un gros coup de pied aux fesses et on se dit que ce n'est pas grave c'est que le physique, ça reste le physique, j'ai mes jambes, j'ai mes bras donc voilà se donner un gros coup de pied aux fesses et de reprendre le dessus. » 1.179-183</p> <p>« Mais à l'époque où j'étais en appartement oui j'allais faire mes courses même avec mon masque mais j'étais toujours accompagné mais j'ai bien galéré c'était très compliqué. J'étais contente de moi après de l'avoir fait mais être confronté au regard des gens j'en ai bavé. Je ne pouvais pas ne plus rien faire du tout, donc on se force et c'est d'ailleurs comme ça qu'on arrive à surmonter un petit peu tout ça. » 1.42-47</p> <p><b>Adaptation du parcours de soin :</b> « De m'avoir offert la possibilité de ce suivi en hôpital de jour à vraiment évité que je perde tous mes liens sociaux » 1.240-241</p>
		Stratégies mis en place	<b>Sortir le visage couvert :</b> « je portais	<b>Internet :</b> pour le shopping,

			<p>systématiquement une casquette et des lunettes » 1.114</p>	<p>reprise de contact avec l'entourage « la première année je privilégiais les contacts virtuels » 1.149</p> <p><b>Sortir accompagner :</b></p> <p><b>Se déplacer qu'en voiture :</b> « Les transports en commun... Honnêtement je suis assez bien entouré au niveau de mes amis et de ma famille donc j'arrive à me débrouiller comme ça mais sinon je prendrais les transports en commun mais pour le moment non. » 1.167-169</p> <p><b>Ignorance :</b> « je ne regardais pas les gens en face, je baissais la tête. » 1.189</p>
Situation professionnelle	Travail (T) Etudiant (E) Sans emploi (SE)	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>SE</b>
	Rémunéré (R) bénévole (B)	<b>B</b>	<b>R</b>	
	Exposé (E) ou protégé (P) ( <i>domaines</i> )	<b>E</b> fondateur d'une association	<b>E</b> décorateur sur les foires expositions	
	Durée avant reprise d'un travail	<b>5 ans</b>	<b>11 ans</b>	<b>&gt;2ans</b>
	Obstacles			<p><b>Arrêt maladie</b></p> <p><b>Parcours de soin :</b> Suivi en HDJ, opérations, « je vais actuellement au centre de rééducation tous les jours en VSL mais c'est à plus de deux heures de chez moi donc le</p>

			travail pour le moment ce n'est pas possible » 1.31-33
	Facilitateurs	<b>1/3 personne</b> : « j'ai rencontré quelqu'un qui avait une grosse entreprise de véranda et elle m'a embauché par la suite pour faire les décorations sur les foires expositions qu'ils font, à plein temps. » 1.37-38	<b>Mi-temps thérapeutique</b> <b>Accompagnement</b> : « j'étais diplômée depuis peu donc je vais essayer de reprendre grâce à un mi-temps thérapeutique » 1.50-51 <b>psychologique</b> : « même si ça va mieux c'est toujours bien d'avoir une personne extérieure à tout ça. Moi c'était un accident où ma famille était impliquée donc de pouvoir parler à une personne neutre c'est vraiment important. » 1.234-236
Retour sur le parcours de soin	Axes d'amélioration	<b>Préparer lors de la découverte de la nouvelle apparence</b> : « J'ai été très marqué, parce que je ne sais pas comment ça se passe maintenant, parce que moi je pensais que j'avais juste le crane un peu brûlé mais je ne me rendais pas du tout compte que j'étais défiguré, que j'étais plus moi-même. Je ne sais pas comment ça se passe maintenant, moi je n'ai pas du tout été préparé à ça ! Un jour on m'a levé on m'a mis devant le miroir et là ça a été la surprise, ce n'est pas moi, c'est plus moi. » 1.134-139	

---

			<b>Accompagnement dans le réinvestissement de la sphère sociale</b>	
--	--	--	---	--

Une brûlure, de surcroît visible, entraîne des modifications physiques et psychiques marquant une rupture avec la vie antérieure. Au terme de leur hospitalisation, les personnes présentant des brûlures au niveau du visage devront retrouver leur rôle au sein de la société.

Cette étude s'intéresse à l'accompagnement ergothérapeutique visant à faciliter l'insertion sociale autour d'une occupation telle que le travail. L'analyse de cette occupation a permis de faire émerger deux activités structurant cette dernière que sont le soin personnel et les relations et interactions avec autrui. Pour en mesurer l'impact d'un tel accompagnement, six entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cette population. Sur l'ensemble des personnes interrogées, cinq considèrent le travail comme une activité significative même au stade précoce. Seulement deux ont pu l'aborder en ergothérapie. Cela met en avant la primauté accordée à la déficience.

Pour conclure, l'accompagnement en ergothérapie pourrait être plus centré sur la personne et peut être plus efficace grâce à l'utilisation de l'analyse d'activité et de modèles conceptuels.

Mots clés : brûlure – visage – ergothérapie – Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) - activité significative – insertion sociale

A burn, which is visible, leads to physical and psychological changes marking a break with the previous life. At the end of their hospitalization, people who had been burned on the face will have to find their role within society.

This study focuses on the occupational accompaniment to facilitate social inclusion around an occupation such as work. The analysis of this occupation allowed to bring forward two activities: personal care but also the relations and the interactions with others. To measure the impact of such an accompaniment, six semi-directive interviews were realized with this population. Of all the people interviewed, five consider work as a meaningful activity in the early stage. Only two were able to approach it in occupational therapy. This highlights the superiority granted to deficiency.

To conclude, accompaniment in occupational therapy could be more focused on the person and could be more efficient thanks to the use of activity analysis and conceptual models.

Key words: burns – face – occupational therapy – International classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - meaningful activity – social inclusion