



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

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

(A.D.E.R.E)

52 Rue Vitruve, 75020 Paris

L'utilisation du jeu en ergothérapie :
Un moyen pour permettre l'investissement de l'enfant paralysé
cérébral

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

SESSION JUIN 2018

Félix RAULT

SOUS LA DIRECTION DE MADAME A-M. CAIRE

Note aux lecteurs : « Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier,

Ma maitre de mémoire, Madame Anne Marie CAIRE ainsi que l'équipe pédagogique de l'Institut de formation, pour leurs conseils et leurs paroles d'encouragement qui m'ont permis d'avancer,

Les ergothérapeutes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail,

Enfin, je remercie mes amis, mes parents, ainsi que mes frères et ma sœur pour leur soutien et leur aide.

Introduction	3
Modèle théorique	6
I- L'enfant paralysé cérébral	6
1.1. Étiologie	6
1.2. Épidémiologie	7
1.3. Les différentes formes de paralysie cérébrale	7
1.4. Les troubles associés	9
1.5. Conséquences de la pathologie dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)	10
II. Le suivi en structures	11
2.1. Des structures...	11
2.2. Pour un suivi précoce et pluridisciplinaire	12
2.3. L'apport spécifique de l'ergothérapeute	12
2.3.1. Son rôle.....	12
2.3.2. L'ergothérapie et l'activité	14
III. Le jeu, outil ludique et thérapeutique	15
3.1. Qu'est-ce que le jeu ?	15
3.1.1. Définition.....	15
3.1.2. Caractéristiques du jeu.....	16
3.2. L'apport du jeu pour l'enfant	16
3.3. Le modèle ludique de Francine Ferland	18
3.3.1. Le cadre conceptuel du modèle ludique	18
3.3.2. Le modèle de pratique	19
Méthodologie d'enquête	23
I. Méthodologie de recherche	23
1.1. La population cible.....	23
1.2 Le choix de la population interrogée.....	23
1.3. Choix de l'outil d'enquête.....	24

1.4. Limites et critiques de l’outil d’enquête.....	25
II. Analyse des résultats	25
2.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés	25
2.2. Domaine d’intervention en ergothérapie.....	26
2.3. La place du jeu en ergothérapie.....	26
2.4. Le choix du jeu.....	27
2.5. L’enfant paralysé cérébral et sa relation au jeu.....	28
2.6. Le rôle de l’ergothérapeute dans la séance.....	30
2.7. L’attitude ludique, une priorité pour l’ergothérapeute ?	32
2.8. Les retombés du jeu sur la séance	33
2.9. Le modèle ludique de Francine Ferland.....	34
Partie discussion	36
I. Conclusion de l’analyse.....	36
II. Réponse à la question de recherche.....	38
III. Critiques et limites de l’étude	39
IV. Nouvelles pistes de réflexion.....	40
4.1. Les activités ludiques en groupe	41
4.2. L’ergothérapeute l’ «expert du jeu » aux yeux des familles ?	41
Conclusion.....	43
Bibliographie	45
Annexes	I

Introduction

Sur prescription médicale, l'ergothérapeute éduque, rééduque, et réadapte. Son but est de permettre à des personnes d'améliorer ou de suppléer à leurs déficiences et de développer leur potentiel d'indépendance et/ou d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle (Babot & Cornet, 2010). Sa spécificité tient dans l'approche thérapeutique particulière tournée vers l'individu dans sa globalité plus que vers une partie précise de son corps.

Après des enfants paralysés cérébraux, l'intervention de l'ergothérapeute s'oriente principalement vers deux domaines : celui de la rééducation et celui de la réadaptation. L'ergothérapeute a souvent recours à l'aspect ludique de l'activité lors de son accompagnement. Le besoin de jouer pour un enfant est naturel et reconnu universellement. J'ai le souhait, suite à ma formation, d'accompagner des enfants en situation de handicap dans leur vie quotidienne. C'est pourquoi j'ai choisi dans ce mémoire d'initiation à la recherche de m'intéresser au jeu en tant que moyen pour optimiser la rééducation des enfants souffrant d'une paralysie cérébrale.

Ma réflexion a démarré après mon premier stage de première année, effectué en 2016, au SESSAD d'Orsay (91400). Lors d'une séance, ma tutrice et moi, sommes intervenus dans une école primaire auprès d'un enfant de 7 ans souffrant de lésions au niveau du lobe frontal, entraînant des troubles du comportement, des perturbations neurologiques et neuropsychologiques ainsi que des troubles associés. Un des objectifs du suivi en ergothérapie était de rééduquer les fonctions déficitaires chez ce jeune patient. Les exercices de la séance avaient été choisis par les professionnelles en accord avec l'enfant. Nous utilisons donc différents supports avec plusieurs participants (l'ergothérapeute, l'enfant et moi-même).

Le jeune patient était régulièrement agité. Ses troubles du comportement perturbaient la séance et les objectifs initiaux de la prise en soins. En pratique, il est nécessaire que le professionnel trouve le moyen de les gérer et qu'il adapte sa séance en fonction.

En tant que stagiaire, je n'ai pu suivre l'enfant que sur une courte séance. Il connaissait déjà mes tuteurs de stage et les raisons de leur venue. L'enfant, malgré ses troubles

comportementaux et cognitifs, adhérait à l'accompagnement puisqu'il était actif lors de la séance. J'en ai donc déduit que les professionnelles ont su instaurer un climat de confiance, trouver des activités motivantes pour l'enfant et réussi à obtenir son investissement dans sa prise en soins. L'investissement d'un patient et notamment d'un jeune patient est primordial. C'est pour moi un facteur central dans notre pratique.

Je me suis alors intéressé aux facteurs qui favoriseraient l'investissement d'un jeune patient et très vite je me suis polarisé sur le jeu.

Mes entretiens exploratoires ont confirmé la pertinence d'utiliser le jeu, dans le cadre d'un accompagnement d'enfant. Selon les professionnels interrogés, le jeu est indispensable dans la prise en soins d'enfants. Il est, selon eux, un moyen privilégié pour permettre à l'enfant de gagner progressivement en autonomie. L'autonomie pour un enfant est d'avoir du plaisir à faire par soi-même et pouvoir décider de ce que l'on veut faire, donc savoir ce que l'on veut faire. (Falk & Rasse, 2005).

Pour approfondir ma recherche, je me devais alors de me documenter sur le jeu. Qu'est-ce que le jeu ? Ferland cite P. Chance « Le jeu, c'est comme l'amour ; tout le monde sait ce que c'est, mais personne ne peut le définir » (2003, p. 33).

Pourquoi le jeu est-il omniprésent dans la prise en soins d'enfant ? Quel peut être son rôle dans une prise en soins ? Quelles sont les composantes du jeu ? Comment l'ergothérapeute aborde-t-il les séances en s'appuyant sur l'activité ludique ?

Mon choix était alors de comprendre la spécificité du jeu en ergothérapie dans un objectif thérapeutique et de connaître l'approche de l'ergothérapeute lors de cette prise en soins.

Le thème fixé, j'ai fait le choix de la population cible. J'ai commencé par rechercher auprès de quelle population j'étais susceptible de rencontrer les mêmes troubles que cet enfant rencontré en Stage.

Mes recherches, et les entretiens auprès de professionnels ou d'enseignants m'ont progressivement orienté vers les enfants paralysés cérébraux. La paralysie cérébrale fait partie des premières raisons du handicap moteur chez l'enfant. Lors d'une séance, un enfant paralysé cérébral peut se retrouver en difficulté dans la réalisation d'une activité. L'ergothérapeute essaie d'obtenir la participation de l'enfant. Le jeu a alors toute sa place

pour obtenir l'investissement du jeune patient. L'ergothérapeute d'un IEM m'a orienté vers les enfants atteints d'une paralysie cérébrale, d'âge préscolaire âgés de 3 à 6 ans.

Je suis arrivée à la problématique suivante : « **Comment l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute permet l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans, lors des séances ?** »

Ce mémoire se compose de plusieurs parties.

Dans une première partie, je définis la paralysie cérébrale, en présentant le suivi de ces enfants dans des structures spécialisées. Est également défini le « jeu » ainsi que son utilisation dans une prise en soins.

La deuxième partie est consacrée, à la présentation et à l'analyse des données collectées auprès de professionnels. Est exposé au préalable la méthodologie utilisée et le choix de l'outil d'enquête.

La troisième partie, s'attache à répondre à ma question de recherche, j'y apporte une critique sur mon travail et des axes de réflexion avant de conclure.

Modèle théorique

I- L'enfant paralysé cérébral

La paralysie cérébrale ou « cerebral palsy », « résulte de lésions irréversibles survenues sur le cerveau du fœtus ou du nourrisson, dû à la destruction de cellules du cerveau en développement. Ces lésions provoquent un ensemble de troubles du mouvement ou de la posture, souvent accompagnés de difficultés cognitives ou sensorielles, qui durent toute la vie. » (Fondation Motrice, 2017).

Elle regroupe les termes d'IMC (Infirmité Motrice Cérébrale), d'IMOC (Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale) et de Polyhandicap. En 1952, le neurologue Guy Tardieu, utilise le terme de « infirmité motrice cérébrale » (Cité par Truscelli et al., 2006) visant à différencier les sujets ayant préservés leurs capacités intellectuelles ou non.

1.1. Étiologie

D'après la Fondation Paralysie Cérébrale, on constate qu'en 2017, dans 60 % des cas, nous pouvons connaître l'origine d'une paralysie cérébrale.

La paralysie cérébrale, peut être due à différentes anomalies dans la période pré, post ou néonatale.

Ainsi, pendant la grossesse, de nombreux facteurs peuvent être à l'origine de cette pathologie.

Les facteurs endocriniens (insuffisance hormonale), la malnutrition (carences en vitamines), une maladie chez la mère, une infection du fœtus (rubéole), une pathologie placentaire (hypoxie chronique, méningite), un accouchement prématuré sont ainsi les principaux risques lors de la période prénatale.

Lors de l'accouchement, des facteurs peuvent également être à l'origine d'une paralysie cérébrale. En effet, les souffrances liées aux troubles mécaniques de l'accouchement, aux

troubles circulatoires, ou l'ictère nucléaire (affectant les noyaux gris centraux), sont les principaux facteurs lors de la période néonatale.

Lors de la période postnatale, les traumatismes, un AVC, des convulsions, les maladies métaboliques, des infections (encéphalite) ou une hypoxie sont les facteurs de risques principaux d'une paralysie cérébrale.

1.2. Épidémiologie

D'après la dernière journée mondiale de la paralysie cérébrale d'octobre 2017, elle touche un nouveau-né toutes les six heures, soit 125 000 personnes atteintes en France et 17 millions de personnes dans le monde.

1.3. Les différentes formes de paralysie cérébrale

Dans son livre, Amiel Tison, sépare les atteintes topographiques et les atteintes symptomatiques. Les atteintes topographiques sont établies en fonction de la localisation du déficit moteur. L'enfant peut souffrir d'une diplégie (ou syndrome de Little), d'une quadriplégie (tétraplégie), d'une hémiplégie, d'une hémiplégie double, d'une monoplégie et d'une triplégie.

Types	Définitions
Diplégie	Les 4 membres sont atteints légèrement, mais prédominance très franche sur les MI. Le tronc est souvent hypotonique.
Quadriplégie	Les 4 membres sont atteints de façon assez comparable. Atteinte sévère de la motricité buccofaciale. Souvent accompagnée de DI et d'épilepsie *Forme la plus sévère
Hémiplégie	MS et MI atteints du même côté, mais prédominance aux MS.
Hémiplégie double	Les 4 membres sont atteints, mais prédominance aux MS.
Monoplégie	1 MS est atteint; souvent hémiplégie avec MI subnormal.
Triplégie	MS atteints, en fait souvent quadriplégie avec MI subnormal d'un côté.

*Tableau 20.1 (p. 225) tiré du livre Amiel-Tison, C., & Gosselin, J. (2010). Variétés cliniques de la paralysie cérébrale et comorbidités *Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences* (pp. 225-230). Paris: Elsevier Masson SAS.

Tab.I. Les différentes atteintes topographiques

À l'atteinte motrice est associée une atteinte neurologique. Il existe 4 formes: la forme spastique, la forme ataxique, la forme dyskinétique et la forme mixte.

La forme spastique se caractérise par une hypertonie de repos (exagération du tonus d'un muscle au repos) ; des Réflexes Ostéo Tendineux (ROT) vifs, des co-contractions (suite à l'absence d'inhibition réciproque) et par une limitation de l'étirement rapide.

La forme ataxique est une forme rare, ayant pour origine un facteur génétique, touchant le cervelet. On note sur le plan moteur, des troubles de l'équilibre, des tremblements, un tonus hypotonique, une incoordination des mouvements. L'enfant a donc des difficultés à contrôler ses mouvements (chutes), a un polygone de sustentation large, une démarche titubante et parfois des perturbations oculaires (nystagmus).

La forme dyskinétique entraîne des mouvements involontaires rapides (chorée) ou lents (athétose) de flexion et d'extension des membres ou des postures anormales (dystonies). Cela peut s'accompagner d'une hypotonie axiale majeure (tonus musculaire faible) ou d'hyperextension de la posture. L'enfant n'est pas capable d'organiser et d'exécuter correctement un mouvement volontaire, d'ordonner des mouvements automatiques et de maintenir une posture.

Enfin, chez les enfants souffrant de paralysie cérébrale, les formes où seules la spasticité, la dyskinésie ou l'ataxie s'exprime, sont peu fréquentes. En effet, on peut retrouver chez un enfant diplégique spastique des mouvements involontaires caractéristiques de la dyskinésie et inversement. C'est ce qu'on appelle la forme mixte.

Ces formes peuvent dépendre de différents facteurs tels que le facteur B, le facteur E et l'hyperexcitabilité (analyse factorielle de Tardieu, 1976):

Un enfant en décubitus ventral, dans une pièce au calme est capable de rester immobile et décontracté. L'enfant athétosique, par exemple, en supposant qu'il ait compris la consigne ne peut y parvenir. C'est le facteur B, l'état basal.

Chez certains enfants, on observe une réponse exagérée dans l'espace (schème anormaux) et le temps lorsqu'ils sont soumis à des distracteurs extérieurs (bruits, ect..). C'est le facteur E, l'état émotionnel.

On peut également observer des contractions excessives des membres lors de la réalisation d'une activité demandant de la réflexion. On parle d'hyperexcitabilité.

L'identification du facteur en cause permet une meilleure connaissance du handicap moteur et des causes exactes des difficultés motrices de l'enfant.

1.4. Les troubles associés

La paralysie cérébrale est caractérisée par une atteinte motrice, néanmoins, des troubles associés sont parfois présents. L'enfant PC souffre fréquemment de troubles visuels (acuité insuffisante, strabisme, HLH, troubles de réfraction et de coordination, mauvaise fixation, nystagmus) et de troubles auditifs (difficulté pour percevoir des sons aigus, ou surdité partielle ou complète) (Tardieu, 1976).

Les fonctions supérieures peuvent être altérées. L'enfant peut souffrir de troubles attentionnels et de trouble des fonctions exécutives. Ils entraînent des difficultés pour organiser l'espace de façon pertinente et peuvent causer des troubles mnésiques (particulièrement la mémoire de travail) et praxiques (constructive visuo-spatiale, habillage, gestuelle et bucco-faciale) (Mazeau, 2005).

Le langage peut également être atteint (dysarthrie et la dysphasie). Néanmoins Tardieu affirme que langage intérieur reste intact (utile pour les apprentissages) (1976). À cela peuvent s'ajouter des troubles gnosiques (auditifs, visuels, tactiles).

Par ailleurs, les difficultés motrices et une mauvaise installation peuvent être à l'origine de fuites urinaires, de constipation, d'incontinence ou de troubles de miction (Truscelli et al, 2006). Lors de la scolarisation, des troubles de l'apprentissage peuvent être décelés. L'enfant paralysé cérébral peut alors souffrir de dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie (Truscelli, 2008).

Une forte distractivité ou irritabilité peut être notable chez l'enfant. On remarque également parfois des troubles psychiatriques sévères (Truscelli, 2008). Cela peut s'expliquer par des causes organiques engendrant des difficultés relationnelles ou par une double pathologie neurologique et psychique. L'enfant PC peut également souffrir d'épilepsie. Des crises à répétitions peuvent entraîner des lésions irréversibles au cerveau.

Enfin, en 2015, 30 % des enfants PC étaient déficients mentaux, le reste des enfants présentaient un QI similaire aux autres enfants de leur âge, voire supérieur (Cofemer, 2015).

1.5. Conséquences de la pathologie dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)

Les limites fonctionnelles, le manque de force, les troubles de la coordination, de commandes motrices ou de l'équilibre rendent compliquées les activités de la vie quotidienne telles que l'alimentation (atteinte de la sphère bucco-faciale), la communication et les soins personnels (habillage, toilette, faire ses besoins...) (Truscelli, 2006).

Les douleurs, les troubles du sommeil, les troubles digestifs impactent le bien-être de l'enfant et par la même, celui de son entourage. En effet, la présence d'un déficit moteur favorise l'apparition de difficultés d'adaptation sociale et psychologique chez les parents, altérant la vie familiale dominée par la maladie. Les parents doivent avant tout accepter le handicap de leur enfant. Leur vie va être rythmée par les soins. Les déficits de l'enfant amènent l'entourage à être plus attentif et nécessitent d'être sans cesse vigilant au regard des accidents ou de la fatigue (Frih, 2010).

Et pourtant, l'enfant paralysé cérébral reste avant tout, un enfant ; un enfant qui comme tous les autres à besoin de se divertir, de jouer. En effet, la période de 3 à 6 ans est présentée comme l'âge d'or du jeu. L'enfant commence à manipuler des instruments à l'aide de ses habiletés motrices fines et du contrôle de son corps. Le jeu symbolique est fortement présent (création de petits scénarios), et le graphisme s'améliore. Le plaisir du partage du jeu avec les autres s'accroît et l'environnement de l'enfant englobe maintenant celui de l'adulte pour aller vers un intérêt de résultat et de réussite (Ferland, 2003).

Un jeune paralysé cérébral peut-il aussi s'adonner au jeu ?

Simard et ses collaborateurs, affirment que l'on retrouve un développement séquentiel de leur jeu comparable à celui des enfants sains mais avec des caractéristiques particulière(s) (intérêt pour les histoires, apparition tardive de l'imitation). Les jeunes enfants atteints d'une déficience motrice sont moins persévérants dans l'accomplissement des tâches difficiles et réalisent des activités moins complexes au niveau cognitif. De plus, ils seraient plus dépendant de partenaires adultes pour commencer le jeu et ce, pendant plus longtemps (Rubin, 1983).

Le jeu, si l'on ne retient que le geste du jeu, est susceptible de susciter principalement de la frustration chez ces enfants. En conséquence, l'accès aux expériences par le jeu est entravé. L'enfant paralysé cérébral doit faire face aux obstacles physiques mais aussi aux obstacles parentaux (inquiétude des parents), environnementaux (obstacles architecturaux) et sociaux. Missuana et Pollock parlent d'handicaps secondaires s'ajoutant à la limitation initiale (1991, cités par Ferland, 2003).

Pour conclure sur ce point, nous pouvons dire qu'un enfant souffrant d'une paralysie cérébrale doit être pris en soins rapidement. En 2010, parmi les enfants présentant une paralysie cérébrale, 100 000 étaient suivis dans une structure médicosociale et 23 000 étaient suivis par des services à domicile (Heran et al, 2010). À travers ces chiffres, je remarque que les enfants paralysés cérébraux sont majoritairement suivis dans des structures spécialisées.

II. Le suivi en structures

2.1. Des structures...

La collaboration et l'intervention synchronisée de nombreux professionnels de santé, tous spécialistes dans leurs domaines, sont favorisées en structure. Selon l'Association des Paralysés de France (APF), les troubles moteurs et sensoriels, d'un enfant paralysé cérébral peuvent être pris en soins dans de nombreuses structures.

Comme, je m'intéresse à une population de 3 à 6 ans. Je me suis polarisé sur les IEM et CAMSP (Samson, 2010). Ces structures sont conçues pour accueillir des enfants en situation de handicap : locaux adaptés, garantissant l'accessibilité, accueillants. Les murs sont colorés et embellis de décorations, de dessins, de fresques. Tout est fait pour que l'enfant s'y sente bien.

Les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) accueillent des enfants de 0 à 6 ans, atteints ou susceptibles d'être atteints de retards psychomoteurs, de troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficulté relationnelle. L'équipe pluridisciplinaire accompagne l'enfant (dépistage, diagnostic, rééducation, réadaptation), l'entourage et est en lien avec des structures préscolaires ou scolaires. Les soins personnalisés visent le bien-être, la relation et la réduction des symptômes ou du handicap.

Les IEM (Institut d'Éducation Motrice) accueillent des enfants 3 à 20 ans présentant une déficience motrice ou physique importante. Ils assurent le suivi médical, la scolarisation, la formation générale et professionnelle des enfants et adolescents et favorisent ainsi leur intégration sociale et professionnelle.

2.2. Pour un suivi précoce et pluridisciplinaire

Lorsque le diagnostic d'une lésion cérébrale est posé, l'intérêt pour la famille, mais surtout pour l'enfant est de dépister au plus vite les troubles, puis de les évaluer (qualitativement et quantitativement), afin d'élaborer un projet de soins adapté (Institut de motricité cérébrale, 2017). L'accompagnement des enfants, alors en plein développement neuronal, est primordial. On utilise la plasticité cérébrale du cerveau de l'enfant, encore en pleine maturation, afin de faire émerger des compensations. En effet, cette plasticité permet au cerveau de se régénérer ou bien de trouver d'autres moyens de faire afin qu'il puisse tout de même se développer. Moins les structures cérébrales sont matures, plus la plasticité cérébrale est possible (Yanez et al, 2010).

La composition des équipes, dans ces structures, peut varier. Néanmoins, nous retrouvons les professionnels suivants : le pédiatre, le kinésithérapeute, le psychomotricien, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le psychologue clinicien, l'appareilleur ou technicien orthopédiste, l'assistante sociale et les éducateurs spécialisés. « Le travail en équipe pluridisciplinaire favorise la cohérence dans l'accompagnement de l'enfant, la réflexion autour de choix thérapeutiques et éducatifs pour un projet global, mais toujours personnalisé en fonction de chaque enfant.. » (Yanez et al, 2010, p. 406)

2.3. L'apport spécifique de l'ergothérapeute

2.3.1. Son rôle

L'ergothérapeute est dans une optique de fonctionnalité. Il accompagne l'enfant, mais également à sa famille, pour faire face aux nombreuses difficultés que peut causer une incapacité physique dans la vie de tous les jours. Son rôle premier est de préserver et de

développer l'indépendance et l'autonomie des patients dans les AVQ avec des moyens spécifiques rééducatifs, mais aussi réadaptatifs (Friefeld et al, 1991).

L'ergothérapeute par son champ d'action vaste, son approche holistique de l'enfant, est amené à collaborer avec d'autres professionnels dans sa prise en soins. En effet, l'enfant paralysé cérébral peut avoir besoin d'aides techniques (cannes, cadres de marche, flèches, déambulateur, FRM/FRE), d'une installation particulière (chaises moulées, verticalisateur, corsets, coques de posture) et/ou d'un appareillage. Par exemple, un enfant quadriplégie dystonique avec une découverte de hanche préoccupante, doit être maintenu dans une coquille assise en abduction de hanche conçue par un appareilleur. Cette coquille doit être pensée pour maintenir une posture adaptée, prévenir les troubles orthopédiques (une priorité pour l'ergothérapeute et le kinésithérapeute), mais également permettre un épanouissement socio-affectif, une des priorités de l'ergothérapeute.

Comme énoncé précédemment, une prise en soins précoce peut permettre d'optimiser le potentiel moteur de l'enfant et d'aboutir à une motricité fonctionnelle, ce qui est important pour son développement et son quotidien. L'ergothérapeute utilise alors sa « casquette de rééducateur ». On parle d'éducation thérapeutique (Yanez et al, 2010).

L'ergothérapeute va rééduquer la motricité globale de l'enfant avec l'aide de différentes techniques (Tardieu/Le métayer, Bobath, Perfetti...). Ces approches différentes ont pour but d'inhiber les mouvements anormaux, d'aider l'enfant à progresser dans son développement sensori-moteur et dans ses adaptations de posture et de mouvement. Parmi les acquisitions recherchées, on retrouve le soutien et le maintien postural, les habiletés gestuelles, l'équilibre et les Niveaux d'Evolution motrices (N.E.M) (Avril et al., 2010).

Concernant les habiletés gestuelles, il s'agira d'entretenir les secteurs de mobilité et de motilité des membres supérieurs, de développer leur maintien postural et la coordination des membres supérieurs, de développer la dextérité manuelle (préhensions et le pointage) ainsi que la coordination oculomanuelle (Yanez et al., 2010).

L'ergothérapeute favorise alors l'installation d'une nouvelle organisation motrice, le développement de la commande volontaire globale et sélective, et l'intégration des membres supérieurs dans les activités (chez l'enfant hémiplégique notamment).

Lors des séances, l'ergothérapeute favorise l'automatisation des gestes et l'accès à une plus grande indépendance en transférant ces acquis dans les activités de la vie quotidienne.

2.3.2. L'ergothérapie et l'activité

Pour l'enfant souffrant d'une paralysie cérébrale, la rééducation peut être vécue comme une contrainte par l'enfant. Après tout, on lui demande, lors de la séance, une motricité qui n'est pas spontanée chez lui. De plus, cette prise en soins impacte son quotidien. Ce dernier se retrouve avec un emploi du temps surchargé qui entraîne de la fatigue, la restriction des moments de liberté et de jeu (Barbot, 2012).

De quel atout dispose alors l'ergothérapeute pour que l'enfant mette « beaucoup de lui-même dans une action, un travail » (Dictionnaire Larousse, 2017), autrement dit pour qu'il soit investi dans sa prise en soins malgré les difficultés de cette dernière ? L'ergothérapeute peut-il amener l'enfant à des moments de liberté, de jeu, tout en gardant en tête, ses objectifs thérapeutiques ?

Etymologiquement, « ergo » est la racine grecque de « ergon » qui signifie « activité, travail, ouvrage ». D'après les référentiels de l'arrêté du 5 juillet 2010, « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». Il vise donc à développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie des personnes en situation de handicap à travers l'activité. L'utilisation de l'activité est donc ce qui caractérise l'ergothérapeute dans sa prise en soins.

Morel Bracq explique qu'une activité n'est pas thérapeutique par nature, mais elle peut le devenir si elle est encadrée par un professionnel qui l'ajuste aux objectifs thérapeutiques du patient : c'est l'analyse d'activité (2006). L'analyse permet de connaître les fonctions nécessaires à la réalisation de l'activité et de savoir comment l'adapter à l'enfant. Cet outil lui permet de trouver un équilibre entre un objectif thérapeutique à atteindre et une activité.

Pour cela, les objectifs thérapeutiques doivent être atteignables, et doivent correspondre aux intérêts du patient pour qu'il puisse être en accord avec ces objectifs, mais également les moyens utilisés (Alexandre et al. 2010). Les ergothérapeutes utilisent alors, ce que Morel Bracq appelle les «activités signifiantes et significatives ». Les notions d'« activité signifiante et significative» ont été mises en évidence par un psychologue Russe, Alexis Leontiev. Il affirme que « la signification » exprime le rapport social à l'activité et que le « sens » s'attache au rapport individuel (Cité par Marchand, 2011). Autrement dit, les activités signifiantes ont du sens pour la personne, tandis que les activités significatives sont porteuses de sens pour son environnement social.

L'ergothérapeute par son approche de la « thérapie » par « l'activité » peut aborder cette dernière sous un aspect ludique. Cependant, si l'ergothérapeute utilise le jeu, « il ne faut pas oublier de l'utiliser en tant que jouet car, si l'on ne tient pas compte des besoins de jeu de l'enfant handicapé, on n'arrive le plus souvent qu'à des apparences d'apprentissage. » (Aufauvre, 1992, p.122). Il est donc important dans l'accompagnement de l'enfant de respecter un contexte de jeu.

Mais qu'est-ce que le jeu ? Dans la prochaine partie, je vais donc m'intéresser à l'aspect conceptuel du jeu.

III. Le jeu, outil ludique et thérapeutique

3.1. Qu'est-ce que le jeu ?

3.1.1. Définition

De nombreux auteurs s'accordent à dire que le jeu est l'activité signifiante et propre de l'enfant. En effet, Ferland affirme que « Le jeu est une activité propre à l'enfant ; il peut être perçu comme le domaine d'activités susceptible d'avoir le plus de significations pour lui.» (2003, p.91). Anna FREUD parle d'une « activité naturelle » chez lui (Cité par Dziri et al, 2013). Une affirmation que l'on retrouve également chez Winnicott « cette chose naturelle et universelle, le jeu » (1974, p. 90).

Le jeu est défini, selon Roger Caillois (1964) comme une activité :

- Libre : Le jeu est un acte libre et choisi par le participant, sans quoi il perdrait sa nature de divertissement attirant et joyeux,
- Séparée : Le jeu possède des limites distinctes d'espace et de temps,
- Incertaine : Il est impossible de déterminer quel en sera l'aboutissement,
- Improductive : Le jeu ne crée rien, ne produit rien,
- Régulée : Il y a des règles propres au jeu,
- Fictive : Le jeu n'a aucun impact sur la réalité.

3.1.2. Caractéristiques du jeu

Le jeu possède de nombreuses caractéristiques décrites par les auteurs qui peuvent se rejoindre ou se compléter (Ferland, 2003): Epstein-Zau (1996) ou Bettelheim (1988) parlent de plaisir, à l'origine de toute action ludique débouchant sur une joie de vivre. Cette notion de plaisir se retrouve chez Lieberman (1977) avec la notion « playfulness » reprise par Bundy (1997). Elle ramène à une expérience agréable et en dehors d'un contexte de travail ou de tâches utilitaires.

Pour Henriot, « Il n'y a pas de matériel qui soit en lui-même et par lui-même ludique...ce qui fait le jouet, c'est le jeu du joueur » (1989, p.100). Parham et Fazio (2008) parle d'un « mode d'expérience qui implique une motivation intrinsèque ». Ce qui rejoint la perception de Ferland (2003) qui définit le jeu par « le faire », mais également par « l'être ». Le jeu ne se résume donc pas uniquement à quelque chose de matériel, il nécessite également une attitude du joueur.

Une étude exploratoire de Dufour et ses collaborateurs laisse à penser que cette « attitude » fait appel à d'autres facteurs que la motricité. L'enfant paralysé cérébral est donc capable de montrer tant une attitude ludique, qu'un intérêt pour un objet, même s'il n'est pas dans la capacité de l'utiliser (1998).

3.2. L'apport du jeu pour l'enfant

Il est important dans mon sujet de comprendre ce que le jeu apporte à l'expérience de vie de l'enfant, et de connaître ce qu'un enfant est susceptible d'apprendre en jouant.

À travers ses expériences de jeu, l'enfant découvre le plaisir. Le plaisir est l'unique élément commun aux différentes définitions du jeu. En effet, le plaisir est un élément important du jeu, « sans le plaisir, le jeu n'existe pas. » (Ferland, 1994). Le plaisir peut inciter l'enfant à défier l'incertitude et à relever des défis ainsi qu'à poursuivre son activité et même à y mettre davantage d'effort.

Le jeu est aussi un moyen de découverte. L'enfant va expérimenter, découvrir le fonctionnement d'objets. Par la suite, l'enfant va être amené à se déplacer sur de plus grandes distances. L'exploration de l'enfant peut alors être comparée à une démarche d'investigation.

De plus, l'enfant va acquérir de l'expérience en créant des liens de causes à effets, qui lui serviront à élaborer des stratégies lui permettant de s'adapter à son environnement (Brun, 2006).

Winnicott affirme : « C'est en jouant, et peut être seulement quand il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif » (1975, p.108). Dans son jeu, l'enfant décide de ce qu'est la réalité, il la transforme et la modèle comme il le désire, il crée son jeu et montre ainsi ses habiletés créatives. En jouant, l'enfant recherche à obtenir ce qu'il désire et essaie ainsi de solutionner des problèmes.

De plus, avec le jeu, l'enfant apprend à maîtriser la réalité « Le jeu de l'enfant est la forme infantile de la capacité humaine d'expérimenter en créant des situations-modèles et de maîtriser la réalité en expérimentant et en prévoyant » (Erikson, 1982, p.149). En jouant, l'enfant assimile le fait qu'il peut agir sur son environnement. Ainsi, lorsqu'il utilise des objets, il fait intervenir sa volonté. Ces moments de jeu, lui font comprendre qu'il agit en tant que sujet sur des objets et qu'il exerce un pouvoir sur eux. Il est maître de son jeu (Brun, 2006). L'enfant peut alors émettre un choix et adopter une conduite face aux objets, favorisant les prises d'initiatives et ainsi l'implication active de l'enfant.

Enfin, selon Ferland, le jeu est le langage primaire de l'enfant. Pendant, l'activité ludique, l'enfant peut être amené à communiquer. Cela peut se traduire par une communication verbale. L'enfant paralysé cérébral peut dire ce qu'il ressent, faire preuve d'humour. Le « oui/non » peut également être un moyen de communication. La communication peut aussi être gestuelle. L'enfant paralysé cérébral s'exprimera alors avec un sourire, en riant, en effectuant des mouvements.

En parallèle, en jouant, l'enfant se développe au niveau moteur (manipulation, déplacements, préhensions, planification des gestes, coordination main/oeil, postures, équilibre) sensoriel (vue, goût, toucher, odorat, ouïe), cognitif (fonctions exécutives, imagination et expression verbal), affectif (expression des émotions, des désirs) et social (jeu coopératif)

En donnant accès à des expériences telles que le plaisir, la découverte, la maîtrise de la réalité, la créativité le jeu peut être un levier pour la rééducation d'un enfant paralysé cérébral. Ainsi, le jeu peut être utilisé en rééducation comme un moyen thérapeutique,

motivant l'enfant, l'aidant à récupérer le maximum de fonctions et à conserver et développer ses capacités (Hinojosa & Kramer, 2008).

3.3. Le modèle ludique de Francine Ferland

3.3.1. Le cadre conceptuel du modèle ludique

Le modèle ludique de Ferland, ergothérapeute canadienne, est un modèle de pratique ergothérapique qui sous-tend l'approche de l'enfant dans sa globalité. Le thérapeute s'intéresse au savoir-être, tout autant qu'au savoir-faire. Il repose sur la philosophie de base de l'ergothérapie : besoin d'agir, activités signifiantes, pratique centrée sur la personne devenant actrice et approche positive de l'enfant.

Ce modèle a été conçu suite à une étude (de 1990 à 1991) sur l'implication du jeu dans la vie d'un enfant déficient physique. Il utilise à la fois les forces de l'enfant et ses faiblesses.

Dans ce modèle, « le jeu est défini par l'attitude qui le sous-tend, par les diverses composantes instrumentales menant à l'action et par l'intérêt que manifeste l'enfant ». (Ferland, 2003, p.94).

L'attitude ludique est une attitude caractérisée par (Ferland, 2003, p.94) :

- le plaisir
- la curiosité
- le sens de l'humour
- la spontanéité
- le goût de prendre des initiatives
- Le goût de relever les défis

L'action du jeu correspond aux « composantes instrumentales (sensorielles, motrices, perceptives et cognitives) rendant possible l'activité du jeu. » (Ferland, 2003, p.94).

L'intérêt pour le jeu se manifeste par « l'attirance envers le jeu ». L'intérêt pour le jeu est nécessaire pour faire naître le désir d'agir et maintenir le plaisir d'agir. (Ferland, 2003 ; p.94)

De l'interaction de ces 3 éléments découle une sensation agréable, favorisant la répétition et l'extension de l'action (plaisir de l'action) ainsi qu'une capacité d'agir. Ceci influera sur l'autonomie de l'enfant et sur son bien-être.

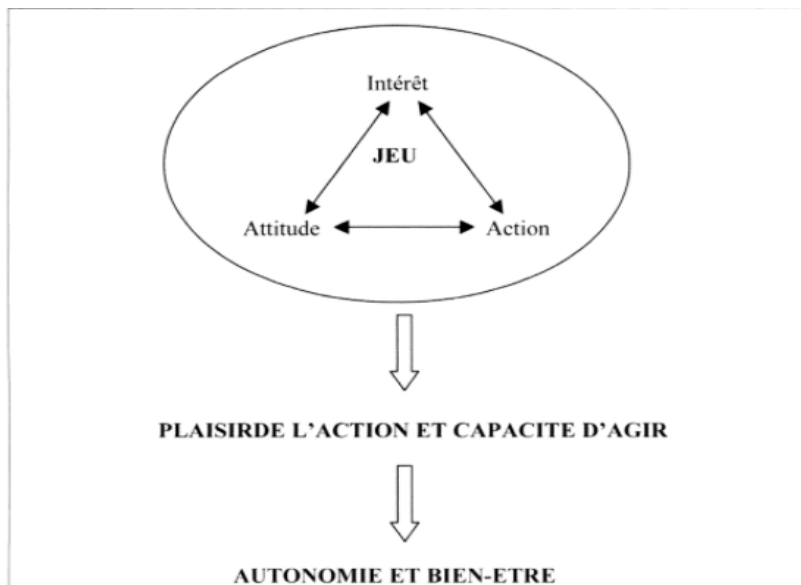


Fig. 1 : Le modèle ludique et l'enfant: cadre conceptuel (Ferland, 2003, p. 95)

Enfin, si l'on veut respecter l'esprit du modèle ludique, certains principes directeurs doivent être appliqués : l'enfant doit être maître de sa thérapie. Le thérapeute doit s'adapter aux choix du patient et avoir une attitude ludique.

3.3.2. Le modèle de pratique

- L'objectif

L'approche a pour objectif initial de stimuler, de développer et de maintenir une attitude ludique, de l'intérêt et des habiletés dans les différentes sphères du développement de l'enfant. En utilisant le potentiel thérapeutique du jeu, l'ergothérapeute permet l'émergence et le maintien du plaisir de l'action de l'enfant à long terme, en dépit de ses limitations.

- Les évaluations

Afin de fixer des objectifs ciblés, des informations sont à collecter. En effet, pour que la prise en charge soit pertinente, l'ergothérapeute doit avoir une vue d'ensemble du jeu de l'enfant. Il doit, à travers le jeu, apprendre à connaître l'enfant et ses caractéristiques. Ces évaluations sont donc axées sur l'« être » et le « faire » de l'enfant. On observe son attitude, son intérêt ainsi que ses habiletés et difficultés ludiques. Pour cela, Ferland utilise deux évaluations, conçues pour ce modèle: l'Évaluation du Comportement Ludique (ECL) et l'Entretien Initial avec les Parents (EIP).

L'ECL se déroule dans une salle d'ergothérapie équipée de matériel ludique. Elle va évaluer les caractéristiques de l'attitude ludique de l'enfant dans son jeu (aspect qualitatif et individualisé du comportement ludique). Les observations seront ciblées sur l'intérêt de l'enfant pour le jeu et pour son environnement (sensoriel, humain), son attitude et ses capacités ludiques (manipulations objets, utilisation de l'espace) ainsi que sa communication (sentiments, besoins).

L'EIP est un questionnaire réalisé en parallèle de l'ECL. Il a pour objectif de connaître la perception des parents sur la situation. Ces derniers sont des partenaires précieux puisqu'ils côtoient l'enfant au quotidien. Ils peuvent ainsi nous informer sur des caractéristiques propres à l'enfant, sur son comportement ludique au domicile. Ils nous informent sur ce qui l'attire, ce qui le fait réagir, ses manières d'exprimer ses besoins ou émotions. Les objectifs thérapeutiques propres à l'enfant, découlent de l'analyse de ces évaluations.

- Rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute doit inciter l'enfant à choisir ce qui l'intéresse. L'ergothérapeute accorde donc une part de liberté et de décision à l'enfant. Il doit lui faire comprendre qu'il croit en ses capacités et qu'il est présent pour l'aider au besoin. Par ailleurs, pour jouer, il faut se sentir en confiance, en sécurité. Winnicott parle d'un espace potentiel où le jeu commence. Un espace que le thérapeute peut exploiter pour permettre de « donner une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles de se manifester ; elles sont la trame du jeu » (Winnicott, 1975, p. 126).

Lors de situations d'échec ou de difficultés, le thérapeute intervient pour trouver avec l'enfant des moyens d'agir malgré ses limites physiques. L'ergothérapeute utilise alors sa créativité ainsi que ses facultés d'adaptation pour permettre subtilement à l'enfant, d'entamer et/ou de poursuivre la réalisation de l'activité. Pour un enfant athétosique, par exemple, on pourra stabiliser sa ceinture scapulaire, en appliquant une pression sur ses épaules, en lui faisant croire, que nous voulons seulement voir ce qu'il fait.

Cette démarche d'adaptation, à laquelle participe l'ergothérapeute, est proposée à l'enfant comme un jeu. Par exemple, l'ergothérapeute peut préconiser un « tapis magique » (antidérapant) qui permettrait au support de jeu, de ne pas glisser lorsque l'enfant paralysé cérébral le manipule. L'ergothérapeute pourrait aussi, inventer autour de ce tapis, un conte pour stimuler la curiosité de l'enfant.

Par ailleurs, comme exposé précédemment, l'enfant déficient physique, par manque d'expérience du jeu, peut se trouver en difficulté pour adopter une attitude ludique. Il est également souvent dépendant des adultes pendant plus longtemps. L'ergothérapeute doit donc se « permettre d'avoir lui-même une attitude ludique. » (1994, p.81) en d'autres termes, il doit jouer en faisant preuve de curiosité, de spontanéité, d'humour et en prenant du plaisir. Il devient alors un modèle pour l'enfant et le rassure. Qu'est-ce qui empêcherait l'ergothérapeute de rire de situations loufoques, de lever les bras au ciel pour exprimer le plaisir que l'activité lui procure ? L'ergothérapeute peut aussi mettre des mots sur des gestes ou questionner l'enfant sur l'objet (« Quel est cet objet ? » ; « Peut-il être démonté ? ») pour accompagner l'enfant dans sa démarche. L'intervention repose donc en grande partie sur l'attitude du thérapeute qui suscitera la collaboration active de l'enfant.

Enfin l'ergothérapeute doit maintenir ce comportement ludique en ajoutant de la nouveauté, de l'incertitude et du défi au fur et à mesure de la séance. Encore une fois, la créativité de l'ergothérapeute rentre en « jeu ».

Dans le modèle ludique, le jeu est conçu à la fois comme une modalité privilégiée et comme le but de l'intervention. Dans sa démarche, F. Ferland voit le jeu, avant tout, comme un but pour l'intervention. Néanmoins, le jeu peut être utilisé pour solliciter des fonctions précises (motrices, cognitives, sensorielles...).

Ces enfants en raison de déficiences et incapacités, majoritairement motrices, se trouvent en difficulté lors de réalisation d'activités. Les ergothérapeutes peuvent s'approprier certaines notions du modèle, dont le plaisir de l'action, afin de permettre l'investissement de l'enfant dans les séances.

Un élément important du jeu est l'attitude ludique. « Sans attitude ludique toute activité, même le jeu, devient travail » (Bundy, 1993, cité par Ferland, 2003, p.33). Certes, le jeu découle de l'interaction de trois éléments que sont l'intérêt, l'action et l'attitude ludique, éléments tous nécessaires à la réalisation du jeu. Cependant, dans le modèle ludique, l'attitude ludique, qui inclut le **plaisir, la curiosité, le sens de l'humour, la prise d'initiatives, le gout de relever des défis, la spontanéité**, y est vue comme l'essence du jeu, le moteur qui entrainera l'enfant vers le plaisir de l'action, en dépit de ses limitations (Ferland, 2003).

Ceci m'amène à formuler l'hypothèse suivante : « **Lors des séances, favoriser l'accès aux composantes de l'« attitude ludique » est un préalable pour l'ergothérapeute, afin de permettre l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans.»**

Grâce à cette première partie, je dispose désormais de connaissances indispensables pour mener à bien ce mémoire d'initiation à la recherche. La deuxième et la troisième partie, seront consacrées à la validation ou à l'infirmité de mon hypothèse et à la réponse à ma problématique

Méthodologie d'enquête

Pour apporter des éléments de réponse à ma question de recherche :

« Comment l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute permet l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans, lors des séances ? »,

et confirmer ou infirmer mon hypothèse :

« Lors des séances, favoriser l'accès aux composantes de l'« attitude ludique » est un préalable pour l'ergothérapeute, afin de permettre l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans.»,

j'ai mis en place une méthodologie de recherche présentée dans cette partie.

I. Méthodologie de recherche

1.1. La population cible

La population sélectionnée concerne les enfants paralysés cérébraux âgés de 3 à 6 ans. Le choix de cette tranche est réfléchi. Les enfants âgés de 3 à 6 ans sont dans l' « âge d'or » du jeu et ne sont pas encore inscrits dans les apprentissages scolaires de l'école primaire.

Le sexe de l'enfant, les différentes atteintes neurologiques ne sont pas des facteurs de limitation. Ma réflexion porte donc sur l'enfant touché de façon importante dans son corps. L'enfant doit également être pris en soins dans une structure.

1.2 Le choix de la population interrogée

Ma question de recherche s'appuie sur la pratique des ergothérapeutes. Je me suis donc adressé uniquement aux ergothérapeutes qui collaborent avec des enfants de 3 à 6 ans, atteints d'une paralysie cérébrale.

Pour des raisons de faisabilité, j'ai contacté des structures basées en Ile de France afin de pouvoir réaliser mes entretiens pendant mon stage de dernière année (mois de mars et avril).

Mon mémoire abordant la prise en soins, des déficiences et incapacités de ces enfants, en structure, j'ai contacté des ergothérapeutes travaillant en IEM (Instituts d'Éducation Motrice) et des CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

J'ai obtenu les coordonnées des différents professionnels dans les fichiers des lieux de stage de mon institut de formation (ADERE). Des enseignants et mon maître de mémoire m'ont également donné des contacts.

Mes demandes d'entretiens se sont réalisées par mail avec une lettre explicative (voir annexe 1). J'ai contacté 11 ergothérapeutes et j'ai eu 7 réponses positives. Deux entretiens n'ont pu être réalisés en raison d'un manque de disponibilité.

Ainsi, j'ai réalisé 5 entretiens avec des ergothérapeutes. Trois d'entre eux travaillent dans un IEM et les deux autres dans un CAMSP.

1.3. Choix de l'outil d'enquête

Afin de répondre à ma question de recherche, et de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse, j'ai eu recours à un outil d'enquête : l'entretien.

Dans un premier temps, le questionnaire me semblait être l'outil le plus adapté à ma question de recherche. Je souhaitais récolter le maximum d'informations sur les différentes pratiques des ergothérapeutes utilisant le jeu avec ces enfants.

Cependant, je craignais que les réponses que j'allais obtenir ne soient pas assez développées du fait de la complexité du sujet. Ainsi, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs afin d'obtenir des informations qualitatives sur la pratique des ergothérapeutes, établir des liens entre les différents sujets et approfondir des points précis qui ne peuvent pas être abordés dans un questionnaire. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. » (Tetreault, 2014, p.215).

J'ai alors élaboré un guide d'entretien comportant quatre parties: une partie présentation générale de la personne interrogée, une deuxième partie sur les enfants paralysés cérébraux, une troisième partie sur l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute et enfin, une dernière partie concernant les retombées du jeu sur la séance (voir annexe 2)

1.4. Limites et critiques de l'outil d'enquête

L'entretien semi-directif est un outil dont les réponses et la réaction des personnes interrogées sont imprévisibles. Lors de mes premières retranscriptions, je me suis aperçu que je n'avais pas rebondi sur certains termes ou explications qui auraient pu être approfondis.

Les entretiens semi-directifs sont difficiles à mener. Ils nécessitent bien sûr, une bonne connaissance du sujet, mais aussi une bonne attention pour pouvoir assimiler et rebondir sur les éléments énoncés par l'interviewé, tout en gardant à l'esprit, la trame de l'outil d'enquête.

De plus, je suis conscient que 5 entretiens ne peuvent être représentatifs de l'ensemble des professionnels travaillant auprès d'enfants paralysés cérébraux âgés de 3 à 6 ans. J'aurais souhaité interviewer trois ergothérapeutes travaillant en CAMSP et trois en IEM, mais un entretien n'a pu se faire par manque de disponibilités.

Enfin, certaines questions fermées ont débouché sur des réponses ouvertes des ergothérapeutes. J'ai pris en compte ces « développements » pertinents, pour répondre à ma question de recherche.

II. Analyse des résultats

Je nommerai les cinq ergothérapeutes interrogés : Ergothérapeute 1, 2, 3, 4 et 5. J'ai analysé les données recueillies en les classant par thèmes. Ces thèmes correspondent aux grands axes abordés lors des entretiens.

2.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés

Trois ergothérapeutes collaborent avec des enfants paralysés cérébraux dans un Institut d'Education Motrice : Ergothérapeute 1, Ergothérapeute 2 et Ergothérapeute 3. Les deux autres (Ergothérapeute 4 et 5) travaillent dans un Centre d'Action Médico-Social Précoce.

Je dispose donc d'un aperçu varié de l'utilisation du jeu en ergothérapie avec les enfants âgés de 3 à 6 ans, atteints de paralysie cérébrale. De plus, ils ont tous de 2 à 16 ans

d'expérience en pédiatrie. Quatre professionnels ont plus de 10 ans d'expérience et l'Ergothérapeute 1 à 2 ans d'expérience.

2.2. *Domaine d'intervention en ergothérapie*

D'après les résultats, les domaines d'intervention de l'ergothérapeute sont variables selon l'atteinte de l'enfant, et la prescription. L'ergothérapeute est aussi considéré comme un « *expert* » (Ergothérapeute 4) par la famille pour les conseils qu'il donne.

Cependant, l'ergothérapeute intervient principalement sur la rééducation motrice.

« En séance, on va aborder le côté un peu plus moteur. Tout ce qui va être coordination bimanuelle, oculomanuelle, la motricité fine... » (Ergothérapeute 4).

L'Ergothérapeute 5 emploie le terme d' « *accompagnement moteur* » puisque ces enfants sont encore en plein développement.

Néanmoins, l'objectif thérapeutique des ergothérapeutes n'est pas uniquement un objectif moteur, sensitif ou cognitif, l'objectif thérapeutique visé s'étend au-delà « *On essaie de lui donner un maximum d'autonomie dans toutes les activités de la vie quotidienne (...), nous souhaitons qu'il éprouve des choses par lui-même, qu'il découvre, qu'il fasse ses propres expériences* » (Ergothérapeute 2). Les difficultés et incapacités motrices handicapent l'enfant au quotidien. Ces situations de handicap sont abordées en séance

« Si c'est l'équilibre assis qui parasite et empêche le graphisme, nous allons travailler et renfoncer la position assise » (Ergothérapeute 5).

2.3. *La place du jeu en ergothérapie*

Tous les ergothérapeutes confirment la place privilégiée du jeu en rééducation. Les ergothérapeutes utilisent le jeu comme un moyen dans leur prise en soins en expliquant que c'est un outil complet « *Autour du jeu, nous pouvons faire plein de choses, et un jeu a un réel potentiel thérapeutique* » (Ergothérapeute 2).

Pour quatre des cinq ergothérapeutes interrogés, toute activité peut être conduite comme un jeu.

« Toute activité peut-être un jeu, il suffit de mettre les bons ingrédients. Il faut avant tout prendre du plaisir ».

Tous les ergothérapeutes espèrent, à travers l'activité ludique, que l'enfant soit acteur. *« Il faut que ça développe l'envie, il faut que ça déclenche l'envie et que ça fasse sourire l'enfant. Le jeu doit vraiment être une attraction. »* (Ergothérapeute 1). Quatre ergothérapeutes souhaitent également valoriser l'enfant et qu'il prenne conscience de ses capacités.

À la question « Pourquoi le jeu plutôt qu'un autre moyen ? », trois ergothérapeutes ajoutent que le jeu est un moyen d'aborder l'enfant pour ce qu'il est : un enfant.

« Le jeu sert à mes objectifs thérapeutiques, mais ce sont des enfants, avant tout, il ne faut pas brûler les étapes de l'enfance. » (Ergothérapeute 3).

Les trois ergothérapeutes laissent donc un moment de plaisir et de liberté à l'enfant pour qu'il puisse sortir des contraintes de son quotidien et de la pression qu'elles peuvent entraîner *« Il doit répondre aux demandes de l'adulte en permanence (...) L'enfant sent les attentes des parents. Il est toujours dans des phases de réparation et de normalisation. »* (Ergothérapeute 5).

Enfin l'Ergothérapeute 2 décrit l'activité ludique comme primordiale pour l'enfant dans son quotidien *« Pour moi, c'est une activité dont l'enfant a besoin. »*

2.4. Le choix du jeu

À la question « Comment choisissez-vous la ou les activités à réaliser pendant la séance ? » les ergothérapeutes ont tous répondu qu'ils sollicitaient l'enfant.

« Il faut que nous guidions l'enfant, mais il faut également que l'enfant nous guide » (Ergothérapeute 3).

Les ergothérapeutes, en sollicitant l'enfant, souhaitent qu'il ait de la liberté pour qu'il puisse être acteur de sa prise en soins, volontaire

« Si l'enfant choisit cette activité, il sera beaucoup plus volontaire que si c'était moi qui lui avais imposé une activité » (Ergothérapeute 2).

L'Ergothérapeute 1, s'appuie sur ses objectifs thérapeutiques pour choisir les activités et ne laisse le choix à l'enfant que lorsqu'il rencontre un manque d'intérêt de celui-ci.

Cependant, le choix de l'activité de jeu est orienté par le professionnel qui en présélectionne plusieurs jugées pertinentes pour aborder ses objectifs thérapeutiques.

2.5. L'enfant paralysé cérébral et sa relation au jeu.

Tous les ergothérapeutes interrogés remarquent des difficultés à jouer chez ces enfants. Tous l'expliquent à cause du déficit moteur. *« Les enfants qui ont des difficultés à jouer, c'est qu'ils ne peuvent pas d'un point de vue moteur »* (Ergothérapeute 2). Les Ergothérapeutes 1 et 2 ajoutent que les troubles associés sont aussi un obstacle au jeu. *« Ils ne comprennent pas forcément la consigne, ou ils ne la retiennent pas. »* (Ergothérapeute 1).

Ensuite, les cinq ergothérapeutes pensent que le manque d'expérience de l'entourage explique également la difficulté de l'enfant à jouer. Les parents sont désabusés et ne savent pas comment aborder leur enfant malgré leur volonté.

« Les parents ne savent pas bien comment faire avec cet enfant qui est en situation de handicap » (Ergothérapeute 1).

En effet, les difficultés que peut engendrer la pathologie poussent l'entourage à être vigilant et bienveillant avec l'enfant, en restant à l'entière disposition de l'enfant. Des habitudes se mettent donc en place *« C'est un jeune qui a eu l'habitude qu'on fasse pour lui »* (Ergothérapeute 2).

L'Ergothérapeute 4 amène l'idée que l'enfant peut « jouer » avec cela : *« Le petit enfant que je suivais ce matin a un comportement différent selon les intervenants. À la crèche, on lui donne à manger alors qu'il est capable de se nourrir seul par exemple. »*

De plus, les ergothérapeutes expliquent ces difficultés à jouer par l'installation de l'enfant *« En restant sur un transat de zéro à trois ans, et bien, on ne joue pas. »* (Ergothérapeute 2), et le manque de jeu adapté.

Enfin, les ergothérapeutes abordent le manque de liberté laissée à l'enfant, cadré depuis sa naissance par les adultes et les structures limitant les manipulations et les expérimentations.

«Le cadre directif, les séances associées aux limitations motrices font qu'ils n'ont pas pu réaliser certaines expériences » (Ergothérapeute 5).

Les enfants ont donc des difficultés à s'approprier des émotions. *«Ils ont du mal aussi à trouver leur propre plaisir dans un jeu, à faire par eux-mêmes » (Ergothérapeute 2).*

Dans un deuxième temps, les professionnels ont décrit le jeu de ces enfants. Ces difficultés à jouer ne se limitent pas à leurs atteintes motrices

« Malgré l'accessibilité motrice, des enfants sont toujours en difficulté pour jouer » (Ergothérapeute 5).

Deux ergothérapeutes précisent que ces enfants ont un imaginaire pauvre et qu'ils n'ont pas accès aux jeux symboliques.

« Il y a également des enfants qui ont très peu d'imagination. Donc même si on leur donne une poupée ou une dinette, ils ne savent pas quoi en faire. » (Ergothérapeute 4).

La grande majorité des ergothérapeutes remarque que chez ces enfants l'activité ludique peut-être désagréable et peut engendrer de la contrariété puisqu'ils ne peuvent pas la réaliser comme ils le souhaiteraient. Les ergothérapeutes 2 et 4 ajoutent ce que cette frustration débouche sur de la tristesse *«C'est la frustration qui l'emporte et il se met à pleurer » (Ergothérapeute 2)* et parfois sur des excès de violence. *«Pour certains, il peut y avoir même des actions, presque violentes. » (Ergothérapeute 4).*

L'enfant peut alors exprimer le souhait de ne pas réaliser l'activité. Les ergothérapeutes remarquent également leur manque de spontanéité *« Ils n'ont pas cet apprentissage spontané » (Ergothérapeute 1).*

Au déplaisir et au manque de spontanéité s'ajoute une autre observation chez ces enfants : ils se trouvent démunis lorsqu'ils doivent faire un choix et font donc preuve de peu d'initiatives *«Ensuite il y a également des enfants ou les prises d'initiative peuvent être difficiles. » (Ergothérapeute 5).* L'ergothérapeute 3 pointe également un manque d'humour chez certains enfants et souhaite y remédier *« Je souhaite que l'enfant (...) développe son humour ».*

Cela se traduit par un manque d'autonomie dans le jeu et l'impossibilité de jouer sans la présence d'un adulte.

« L'enfant peut avoir du mal à jouer seul. Il faut que je sois là pour lui proposer des choses ou faire avec lui. » (Ergothérapeute 4).

Enfin, trois ergothérapeutes décrivent un comportement de jeu pauvre et peu varié chez ces enfants. *« Certains enfants ne vont même pas penser à attraper l'objet qui est devant eux ni savoir que faire avec (...) Il y a également des enfants qui jouent toujours à la même chose »* (Ergothérapeute 1).

Néanmoins, ces difficultés ne sont pas pour les ergothérapeutes interrogés définitives.

2.6. Le rôle de l'ergothérapeute dans la séance

Tous les ergothérapeutes ont, dans un premier temps, abordé l'adaptation de l'activité aux capacités et incapacités de l'enfant. Leur connaissance de la pathologie et l'analyse qu'ils font de l'activité leur permet de savoir ce que l'enfant peut et ne peut pas faire.

Leurs rôles est alors de rendre accessible l'activité à l'enfant. Ils adaptent le support de l'activité *« Quand il y a des pièces qui glissent, je peux faire en sorte qu'elles soient fixées (...) Je grossis les dés, les pions »* (Ergothérapeute 1), ou optimisent subtilement, les capacités de l'enfant à l'aide d'une installation.

« Nous avons des enfants avec des hypotonies axiales, il suffit donc de mettre un coussin devant eux pour leur permettre d'avoir un appui thoracique » (Ergothérapeute 3).

Les ergothérapeutes sont également amenés à modifier les règles *« là c'est moi qui fais en sorte d'adapter le jeu et les consignes. »* (Ergothérapeute 1), et pour deux d'entre eux la manière habituelle d'utiliser le matériel *« Ce matin, j'ai proposé à l'enfant de jeter des dés par terre (...) Cet enfant a ses mains orientées vers le bas du corps. Il est donc difficile pour lui de lancer un dé sur une table »* (Ergothérapeute 2).

L'Ergothérapeute 1 et 3 accompagnent l'enfant dans ses gestes lorsque ce dernier est en difficulté *« Il m'arrive d'être ses petites mains et que lui me dise ce qu'il faut que je fasse. »* (Ergothérapeute 3).

Comme énoncé dans le quatrième thème de cette analyse, la difficulté de ces enfants à jouer ne s'arrête pas à l'aspect moteur. Les ergothérapeutes sont alors présents pour accompagner l'enfant lors de la réalisation de son activité ludique.

Quatre professionnels interrogés jouent avec l'enfant. Il adopte une attitude ludique en prenant du plaisir « *On rigole, on s'amuse beaucoup* » (Ergothérapeute 1), en faisant preuve de curiosité, de spontanéité « *Le fait de lui donner plus de souplesse, de spontanéité est important* » (Ergothérapeute 5) et en prenant des initiatives. Ils sont source d'inspiration pour l'enfant en manque d'expérience « L'enfant peut avoir besoin d'une guidance verbale, pour lui donner des indications «*ah bah tiens, on va déplacer le château ! (...) regarde on peut faire ça !*» (Ergothérapeute 4). L'enfant va alors s'approprier cette attitude et cela va lui donner des idées pour la réalisation de prochaines activités.

«Petit à petit, l'enfant va avoir un catalogue, des solutions à mettre en place. Donc petit à petit il va pouvoir refaire ce que l'on a fait la fois d'avant, ou avoir de nouvelles idées » (Ergothérapeute 5).

L'Ergothérapeute 2 affirme que cette attitude ludique passe également par la manière de se tenir «*Je pense que si on est en train de jouer, assise ou toute droite (elle se redresse sur sa chaise), quelque chose peut se dégager.* ».

L'attitude ludique nécessite d'être maintenue afin que l'activité puisse durer dans le temps. Tous les ergothérapeutes alimentent alors l'activité ludique en apportant de la nouveauté «*Il a voulu jouer au Playmobil. Au bout de quelques minutes, j'ai ramené les chaussures du Playmobil. Ensuite, nous avons construit une maison en Playmobil* » (Ergothérapeute 2).

Deux ergothérapeutes ajoutent que le rôle de l'ergothérapeute pendant la séance est de pouvoir proposer d'autres situations ludiques à l'enfant. Des activités en groupe peuvent donc être instaurées dans le but d'enrichir l'activité ludique. « *L'enfant se rend compte qu'il n'est pas seul à avoir des difficultés.* » (Ergothérapeute 5)

Enfin l'Ergothérapeute 2 amène l'idée que malgré leurs jeunes âges, ces enfants sont aptes à entendre et comprendre ce que nous cherchons à travers l'activité. « *On va jouer certes, mais cela est pour travailler tel truc, parce que tu as des difficultés à faire cela.* »

2.7. L'attitude ludique, une priorité pour l'ergothérapeute ?

Tous les ergothérapeutes pensent que l'accès au jeu et plus particulièrement à l'attitude ludique est sûrement favorable à l'enfant, mais n'est pas une priorité

« Je cherche toujours à atteindre un objectif. Il faut passer par des moyens, mais faire en sorte que l'enfant arrive à cet objectif. » (Ergothérapeute 1).

Les ergothérapeutes argumentent en affirmant qu'il existe d'autres priorités *«Je trouve que nous avons beaucoup de choses à faire. Il faut donc se restreindre. Mais c'est toujours mieux quand l'enfant la possède »* (Ergothérapeute 3). La dernière phrase nous laisse penser que l'accès aux composantes de l'attitude ludique sert à atteindre l'objectif thérapeutique. L'Ergothérapeute 4 confirme cela en disant que si l'enfant est en capacité de la réaliser seul, sans être sollicité, *« il y a une partie qui est déjà gagnée »*.

L'Ergothérapeute 2 amène alors la notion de « nécessité » pour permettre d'arriver à leurs objectifs prioritaires.

« Pour moi c'est quand même nécessaire avec les enfants et surtout avec ces enfants. ». (Ergothérapeute 2)

L'Ergothérapeute 3 se permet de réserver un temps au cours de la séance pour laisser l'enfant jouer, seul ou avec elle, si l'enfant lui demande : *« Je n'hésite pas, en fin de séance, à leur donner 10 minutes, afin qu'il puisse jouer comme il le souhaite, se raconter leur histoire. »*.

Trois ergothérapeutes estiment, néanmoins, que permettre à l'enfant d'accéder au jeu et à l'attitude ludique favorise le développement de l'enfant au long terme. En effet les compétences acquises lors des activités ludiques contribuent à une meilleure indépendance et autonomie de l'enfant dans sa vie quotidienne. Mais cet ergothérapeute nuance en affirmant qu'elle perçoit le jeu comme un moyen et non un objectif.

«Ce que je vise c'est l'autonomie. Je me rends compte que je ne parle pas du jeu dans mes comptes rendus puisque c'est plus un moyen selon moi qu'un objectif.» (Ergothérapeute 5).

Cette nuance se retrouve dans l'évaluation réalisée par les ergothérapeutes concernant le jeu de l'enfant. En effet, la majorité des ergothérapeutes connaissent, mais n'utilisent pas complètement les évaluations du niveau de jeu de l'enfant de F. Ferland.

Cependant, la totalité des ergothérapeutes interrogés procède par observation. Les observations leur permettent de mieux se renseigner sur l'enfant lors d'une activité ludique et d'orienter leurs prises en soins.

L'échange avec les parents est également une source d'information indispensable. Les parents côtoyant l'enfant au quotidien savent ce qu'il réalise au domicile, connaissent ses intérêts et peuvent apporter des solutions aux professionnels. *«Les parents les connaissent mieux que nous au quotidien. Ils peuvent donc débloquer une situation (Ergothérapeute 2).*

L'Ergothérapeute 6 insiste sur la particularité du CAMSP qui est une structure qui assure, en ambulatoire, l'accueil et l'accompagnement des enfants. Les parents sont donc présents lorsque l'ergothérapeute intervient ce qui facilite les échanges *« Nous avons donc des échanges très fréquents avec les parents (...), nous allons pouvoir parler des activités ludiques à la maison ».*

2.8. Les retombés du jeu sur la séance

Les répercussions du jeu au cours d'une séance sont notables. Les ergothérapeutes les observent dans ce que dégage l'enfant.

*« Il prend du plaisir (...). Il rigole, il sourit, il a les yeux qui pétillent »
(Ergothérapeute 1).*

Ils font preuve de spontanéité, prennent des initiatives. *« Ils sont plus spontanés et ils prennent petit à petit des initiatives. »* (Ergothérapeute 5), font preuve de curiosité *« L'enfant va être curieux, il va vouloir faire »* (Ergothérapeute 3). L'enfant exprime alors son enthousiasme *« J'ai un enfant qui ne parlait pas et qui me dit maintenant : Encore ! Encore ! Encore !! ».* (Ergothérapeute 1), et sont demandeurs.

*« Maintenant l'enfant revient, il demande à jouer aux Playmobil »
(Ergothérapeute 2).*

Les enfants vont alors faire preuve de créativité, de persévérance malgré les difficultés qu'ils rencontrent.

« L'enfant va donc essayer à tout prix de soulever le pion, ou de prendre absolument un objet (...) Il contourne la difficulté, puisque l'activité est importante. » (Ergothérapeute 3).

Cette persévérance peut amener l'enfant à réaliser des activités qu'il n'aurait pas osées réaliser auparavant *«Il commence à faire du patin à roulettes alors qu'ils ont déjà des difficultés à rester debout seul. » (Ergothérapeute 5).*

Avec l'utilisation du jeu, des activités que des enfants ne souhaitaient pas faire sont désormais possibles. Le nombre d'activités lors des séances augmente alors.

« Il y a un enfant qui ne souhaitait pas réaliser d'activité. Et maintenant je suis capable d'en réaliser plusieurs dans la séance » (Ergothérapeute 4).

Quand une activité est réalisée, la totalité des ergothérapeutes n'oublie pas leurs objectifs thérapeutiques et n'hésite pas à complexifier leurs activités. *«Quand il commence à acquérir des gestes, je complexifie l'activité en ajoutant des pièces, en modifiant le matériel pour essayer de voir un peu plus haut » (Ergothérapeute 1).*

L'aspect temporel est également abordé par un ergothérapeute qui observe une augmentation significative du temps que passe l'enfant à réaliser une activité *«Quand je lui demandais de manipuler, lors d'une activité quelconque, il pouvait tenir cinq ou dix minutes. Alors qu'avec les Playmobil, il peut tenir toute l'heure. » (Ergothérapeute 2).*

Au final, en participant à des activités ludiques l'enfant utilise ses habiletés motrices. *« La séance a donc été profitable pour lui, car à travers son choix, il a beaucoup manipulé et il était présent. Au final, j'observe plus de manipulation. » (Ergothérapeute 3).*

2.9. Le modèle ludique de Francine Ferland

Quatre ergothérapeutes s'inspirent de ce modèle. La connaissance de ce modèle a modifié leur façon d'accompagner les enfants de par : l'apport de moments de jeu dans une séance *« En jouant, nous pouvons faire plein de choses. Le jeu n'a donc pas de limite pour moi » (Ergothérapeute 3)* et d'une remise en question de leur pratique *« j'ai également fait*

l'expérience de ne pas l'utiliser et j'ai remarqué que l'enfant était moins volontaire.»
(Ergothérapeute 2).

Néanmoins, aucun ergothérapeute n'a pu appliquer le modèle dans sa totalité malgré le fait qu'il le pense pertinent « *Je pense que ce serait intéressant, d'utiliser les outils au maximum comme évaluer le comportement ludique de l'enfant. »* (Ergothérapeute 5).

Partie discussion

I. Conclusion de l'analyse

L'enquête montre que ces enfants se trouvent en difficulté pour réaliser une activité de jeu. Les ergothérapeutes remarquent, comme Simard et ses collaborateurs, un jeu symbolique pauvre et plus particulièrement un manque d'imitation et d'imagination. Ils sont également décrits comme fréquemment dépendants d'un adulte pour réaliser une activité ludique, comme l'affirme Rubin. Les ergothérapeutes observent également du déplaisir (frustration), un manque d'initiative, de spontanéité, de curiosité et parfois d'humour. Ces enfants éprouvent donc des difficultés à adopter une attitude ludique ; une attitude qui est vue par F. Ferland, comme l'essence du jeu, le moteur qui entrainera l'enfant vers le plaisir de l'action, en dépit de ses limitations.

Pour les professionnels, les limitations motrices, mais également le manque de savoir-faire de l'entourage comme le montre la théorie de Frih, et le mode de vie de l'enfant en structure expliquent qu'ils aient peu d'expérience du jeu. Missuana et Pollock parlent de handicaps secondaires s'ajoutant à la limitation initiale.

Lors des séances, les ergothérapeutes donnent de la liberté à l'enfant en lui laissant, par exemple, la possibilité de choisir son activité, en adéquation avec la définition du jeu de Caillois. Ils restreignent les contraintes auxquelles il est exposé (attentes des parents, des professionnels...) et lui montrent qu'il est capable de faire. L'enfant peut alors s'exprimer librement. Ce qui constitue selon Winnicott la « trame du jeu »

De plus, comme suggéré dans le modèle ludique de F. Ferland, pendant la séance, les ergothérapeutes utilisent leurs compétences en matière d'adaptation et leurs connaissances sur la pathologie de l'enfant et proposent subtilement des aménagements, des installations pour faciliter et optimiser l'action.

Enfin, les ergothérapeutes accompagnent l'enfant dans l'activité en adoptant une attitude ludique. Autrement dit : ils jouent. Pendant la séance, les professionnels participent pleinement au jeu, ils s'amuse avec l'enfant, prennent des décisions, se questionnent et l'interpellent, font preuve de spontanéité. Ils sont ainsi des modèles pour l'enfant manquant d'expérience dans le jeu. Ils permettent également le maintien de cette attitude durant

l'activité en ajoutant de la nouveauté, et occasionnellement en enrichissant les expériences de jeu avec des activités en groupe. Les enfants jouent entre eux, Gesell parle de jeu « associatif » (1974, cité Ferland, 2003)

En agissant ainsi, les ergothérapeutes souhaitent que l'enfant accède à des expériences (plaisir, maîtrise réalité, découverte...) pour qu'il prenne, en priorité, du plaisir, mais également qu'il soit spontané, curieux et prenne des initiatives. Un ergothérapeute a également parlé de l'humour. Qu'en est-il réellement ?

Les ergothérapeutes constatent que les enfants éprouvent du plaisir (sourire, rire), font des choix, et prennent des initiatives. Les enfants osent spontanément des activités jusqu'alors inenvisageables. Ils veulent découvrir, faire et sont donc de plus en plus curieux. Les enfants font donc preuve d'une attitude ludique malgré leurs limitations motrices comme l'affirme l'étude de Dufour et ses collaborateurs.

Les ergothérapeutes observent alors des enfants persévérants dans la réalisation de l'activité malgré leurs limitations. Les ergothérapeutes peuvent alors multiplier les activités, les rendre plus complexes et augmenter leur durée dans le temps. Nous sommes dans le « plaisir de l'action », défini par F. Ferland. Ce plaisir de l'action est à l'origine de l'investissement de l'enfant dans sa prise en soins.

Le jeu étant utilisé comme moyen par tous les ergothérapeutes, l'accès aux composantes de l'attitude ludique n'est pas le but à atteindre. Les professionnels jugent toutefois que cet accès est indispensable pour atteindre leurs nombreux objectifs thérapeutiques. Ces objectifs sont principalement rééducatifs. Ils visent à optimiser le potentiel moteur de l'enfant afin d'aboutir à une motricité fonctionnelle indispensable pour son développement et son autonomie dans des activités de la vie quotidienne (apprentissages scolaires, soins personnels...). I. Yanez, ergothérapeute, parle d' « éducation thérapeutique ».

Le jeu n'étant pas utilisé comme un but à atteindre par les ergothérapeutes interrogés, cela explique qu'ils n'utilisent pas en totalité les évaluations spécifiques du niveau de jeu de l'enfant comme le préconise F. Ferland (ECL). Néanmoins, tous observent l'enfant et prennent ainsi connaissance de ses capacités et incapacités dans le jeu. Ils collaborent également avec les parents puisque ce sont les plus aptes à pouvoir apporter des informations sur l'enfant et son jeu au domicile.

II. Réponse à la question de recherche

Rappelons ma question de recherche : «Comment l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute permet l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans, lors des séances? », et l'hypothèse que j'ai alors formulée : «Lors des séances, favoriser l'accès aux composantes de l' « attitude ludique » est un préalable pour l'ergothérapeute, afin de permettre l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans».

Il est nécessaire de rappeler, dans un premier temps, les composantes de l'attitude ludique. Ces composantes sont : **le plaisir, la curiosité, le sens de l'humour, la prise d'initiatives, le goût de relever des défis, la spontanéité.**

L'enfant souffrant d'une paralysie cérébrale se trouve en difficulté pour réaliser une activité de jeu. Il possède un jeu pauvre et est dépendant de l'adulte. L'enfant éprouve des difficultés à adopter une attitude ludique. L'ergothérapeute observe chez lui, du déplaisir, un manque d'initiatives, de spontanéité, de curiosité et parfois d'humour.

Pourtant, afin d'arriver à leurs objectifs thérapeutiques, les ergothérapeutes jugent indispensable que l'enfant paralysé cérébral, pour qui l'action du jeu est difficile, accède aux composantes de l'attitude ludique. Cet accès est considéré alors comme un préalable pour l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute doit alors favoriser chez l'enfant paralysé cérébral, l'accès à ces composantes.

Pour cela, l'ergothérapeute restreint les contraintes (parentales, institutionnelles), auxquelles l'enfant est exposé en lui donnant le **maximum de la liberté** (choix des activités). Il aborde alors l'enfant paralysé cérébral pour ce qu'il est : un enfant qui a besoin de se divertir comme tous les enfants.

De plus, l'ergothérapeute est dans une philosophie de jeu. Il **doit se permettre lui-même d'adopter une attitude ludique**, afin d'être un modèle pour ces enfants en manque d'expérience de jeu.

Enfin, lorsque l'enfant se trouve limité par son handicap, **l'ergothérapeute adapte subtilement l'environnement**. Il est alors force d'adaptation et de propositions.

L'enfant prend alors du **plaisir**. Il est enthousiaste, rit. Il **prend des initiatives** en se lançant **spontanément** dans des activités. L'enfant va faire preuve de **curiosité** en voulant essayer de nouvelles choses. Il met alors beaucoup de lui-même dans une action, une activité malgré ses limitations. L'ergothérapeute peut alors augmenter le nombre d'activités, leur complexité, leur durée. L'enfant paralysé cérébral va alors répéter et prolonger son action. Il est dans le « plaisir de l'action » permettant son investissement durant la séance.

Toutefois, mon hypothèse : «Lors des séances, favoriser l'accès aux composantes de l'« attitude ludique » est un préalable pour l'ergothérapeute, afin de permettre l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans» est partiellement confirmée.

En effet, les notions de « **défis** » et d'« **humour** » sont uniquement abordées par un ergothérapeute. Nous nous retrouvons avec quatre composantes sur les six de l'attitude ludique. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que la grande majorité des ergothérapeutes disent s'inspirer du modèle ludique de F. Ferland, mais qu'aucun ne connaît exactement les composantes de l'attitude ludique.

En posant dans mon hypothèse que l'accès aux composantes est un préalable pour l'ergothérapeute, afin de permettre l'investissement de l'enfant, je n'occulte pas que le plaisir de l'action qui favorise la répétition et l'extension de l'action résulte de l'interaction de trois éléments : l'attitude ludique, l'action et l'intérêt, tous faisant partie d'une dynamique, les uns enrichissant les autres. À travers son intervention, l'ergothérapeute est un médiateur qui aide l'enfant à jouer, agissant sur ces trois éléments.

III. Critiques et limites de l'étude

L'hypothèse que j'ai posée peut être considérée comme restrictive. Mes recherches m'ont conduit à affirmer que favoriser l'accès à l'attitude ludique est un préalable à l'investissement de l'enfant paralysé cérébral. Je suis toujours convaincu que cette attitude est une composante primordiale, l'essence même du jeu, le moteur qui entrainera l'enfant vers le plaisir de l'action, en dépit de ses limitations. Toutefois ma question de recherche portant sur le jeu, il ne faut pas oublier les deux autres éléments composants le jeu, que sont l'action et l'intérêt.

Par ailleurs, je réponds partiellement à mon hypothèse. J'aurais pu élaborer un guide d'entretien plus ciblé sur l'attitude ludique. Cela aurait facilité le dépouillement et l'analyse des entretiens. En effet, je me suis volontairement retrouvé avec beaucoup d'informations. Cependant je ne souhaitais pas, lors de mes entretiens, définir la notion d'attitude ludique afin d'obtenir une représentation générale de l'utilisation du jeu dans la pratique des ergothérapeutes, des réponses spontanées, non orientées par mes questions ou interventions.

De plus, avant la réalisation de mon enquête, je n'avais pas conscience que la scolarisation d'enfants âgés de 3 à 6 ans pouvait orienter les objectifs thérapeutiques en ergothérapie. Or, deux ergothérapeutes ont affirmé que, dès trois ans, des enfants et certains parents souhaitent que la prise en soins soit axée en priorité sur des apprentissages scolaires précis, comme le graphisme. « Très souvent l'enfant entre à l'école et les attentes des parents sont très centrées sur le scolaire même s'il faut qu'ils l'habillent jusqu'à ses six ans, huit ans, dix ans » (Ergothérapeute 6). Malgré l'utilisation d'activités ludiques par les ergothérapeutes, la scolarité peut alors modifier l'accompagnement de l'enfant

De même, ce mémoire est essentiellement basé sur le modèle ludique de F. Ferland. Ce choix, délibéré, d'utiliser un modèle unique a orienté mes recherches, la réalisation de mon cadre conceptuel ainsi que la construction de mon outil d'enquête. Je ne pense pas que mon travail aurait été identique si j'avais utilisé un autre modèle que celui-ci.

Enfin, dans la réalisation de mon mémoire, j'ai eu une approche «Bottom-up». Cette dernière prône une intervention ciblant les habiletés de l'enfant souffrant d'une paralysie cérébrale, dans l'espoir d'améliorer ses performances dans les occupations. Cette approche me semblait pertinente avec ces enfants suivis en structure et encore en développement avec majoritairement des troubles moteurs. Néanmoins, j'aurais pu adopter une approche « Top Down » puisque « jouer » peut être un objectif thérapeutique visant à donner de l'autonomie à l'enfant souffrant d'une paralysie cérébrale, dans cette activité de vie quotidienne qu'est le jeu.

IV. Nouvelles pistes de réflexion

Les recherches effectuées pour réaliser ce mémoire ainsi que l'analyse des enquêtes m'ont permis de réfléchir à de nouvelles pistes de réflexion.

4.1. Les activités ludiques en groupe

Au cours de mes recherches, et lors de mes entretiens, la notion d'activités ludiques en groupe est apparue. D'après Gesell, le jeu en groupe est considéré comme une étape du développement du jeu social de l'enfant. En effet, à l'âge de 3 ans, l'enfant est capable de jouer avec les autres enfants, ce qui alimente l'activité de jeu. Dans un premier temps, il joue avec les autres (jeu associatif) et, progressivement, il collabore avec eux pour un projet de jeu commun (jeu coopératif) (1974, cités par Ferland, 2003).

Ensuite le cadre théorique et l'enquête attestent que l'observation est un outil fréquemment utilisé pour récolter des informations. L'interaction de deux ou trois enfants lors d'une activité ludique peut alors amener d'autres informations. Cette idée est abordée par l'Ergothérapeute 3 qui affirme : *« Quand un enfant joue avec un autre, l'adulte est un peu plus en retrait (...) Ça donne une nouvelle dynamique, on a une autre observation de l'enfant, c'est donc enrichissant. »*. Des activités ludiques de motricité dirigées en groupe peuvent permettre à l'enfant d'acquérir des compétences motrices nouvelles, de se les approprier, voire de les automatiser (Yanez, 2010).

Ferland affirme même que ces groupes apportent un énorme avantage en raison de la stimulation mutuelle, des solutions que chacun propose et de l'intérêt partagé (2003). Le choix par l'ergothérapeute d'une séance individuelle ou en groupe peut se poser.

Ainsi, il aurait pu être intéressant de faire des recherches plus approfondies à ce sujet afin d'enrichir ma réflexion sur l'utilisation du jeu en ergothérapie auprès d'enfants paralysés cérébraux âgés de 3 à 6 ans.

4.2. L'ergothérapeute l' « expert du jeu » aux yeux des familles ?

Mes recherches et les entretiens réalisés attestent de la difficulté des parents à accompagner leurs enfants au quotidien. En effet, les parents se trouvent en difficulté face à leur enfant. Ils sont souvent en manque de réponse, ils ne savent pas toujours comment faire avec leur enfant. Par conséquent, les enfants souffrant de paralysie cérébrale sont moins stimulés au domicile et des difficultés dans les activités ludiques apparaissent.

L'ergothérapeute a une vision holistique de l'enfant. Il prend donc en compte les facteurs internes (composante sensorielle, motrice, cognitive, psycho-affectif et sociale) et les

facteurs externes (environnement). Les principaux environnements de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans sont le domicile et l'institution. L'ergothérapeute intègre alors la famille. Lors de mes entretiens, les professionnels attestent qu'ils communiquent avec la famille afin de se renseigner sur le jeu de l'enfant et sur ses intérêts au domicile comme le suggère « l'entrevue initiale avec les parents » de Francine Ferland.

Néanmoins, ce partenariat nécessite une certaine liberté d'action, dont l'ergothérapeute ne dispose pas toujours. La liberté d'action semble liée au cadre d'intervention et certaines structures sont moins disposées à instaurer une relation égalitaire avec les parents, notamment les hôpitaux ou les structures qui fonctionnent selon une approche biomédicale (Santinelli, 2010).

Pourtant, les ergothérapeutes, par la connaissance de la pathologie et de l'activité ludique, peuvent apporter des réponses à l'entourage. Nous sommes d'ailleurs formés à cela puisque, selon le référentiel de compétences, l'ergothérapeute doit savoir « identifier des besoins en matière de conseil en ergothérapie et d'éducation à la santé pour une personne, ses aidants ou un groupe de personnes ». Francine Ferland a écrit de nombreux livres s'adressant à l'entourage de l'enfant comme *Au-delà de la déficience physique ou intellectuelle: un enfant à découvrir* où elle répond à des interrogations comme « Comment ne pas laisser la déficience prendre toute la place ? Comment découvrir le plaisir avec lui ? » et suggère des choses simples, concrètes et applicables dans la vie de tous les jours.

Il aurait été intéressant de faire des recherches et connaître l'avis des ergothérapeutes sur cette pratique pour savoir si les ergothérapeutes exerçant notamment en institution se fixent l'objectif d'apporter des conseils aux aidants sur la manière de jouer avec l'enfant ou le matériel adapter pour réaliser cette activité.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche découle d'une réflexion autour de l'utilisation du jeu en ergothérapie dans l'accompagnement d'enfants de 3 à 6 ans, atteints de paralysie cérébrale. Le jeu est une activité essentielle et signifiante pour l'enfant. A travers de jeu, l'enfant accède à de nouvelles expériences et notamment au plaisir. La période de 3 à 6 ans, est présentée comme l'âge du jeu par excellence. Tous les enfants, mêmes ceux en situation de handicap, ont besoin de se divertir, de jouer.

Pourtant, les enfants atteints de paralysie cérébrale, présentent des difficultés à jouer en raison d'obstacles physiques, environnementaux. Avec un enfant souffrant de paralysie cérébrale, l'ergothérapeute doit, en outre, optimiser le potentiel moteur de l'enfant afin qu'il puisse être le plus autonome possible dans les activités de la vie quotidienne. L'utilisation du jeu en séances, se révèle alors un moyen privilégié qui permet au professionnel d'atteindre ses objectifs thérapeutiques en favorisant l'investissement de l'enfant

Ce mémoire a été pour moi, l'occasion de discerner le rôle de l'ergothérapeute lors d'une prise en soins, pour permettre cet investissement. Il laisse à l'enfant de la liberté dans sa prise en soins, lui donne accès aux supports, et adopte aussi, ce que Francine FERLAND appelle une attitude ludique. L'intervention de l'ergothérapeute permet alors le déclenchement d'une sensation agréable naissant de l'intérêt pour telle ou telle activité, s'expérimentant dans l'action et susceptible de favoriser la répétition et l'extension de l'action.

Par ailleurs, ce travail de recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la paralysie cérébrale et plus particulièrement sur le jeu et ces multiples utilisations possibles par l'ergothérapeute avec des enfants souffrant de cette pathologie. Les recherches documentaires que j'ai pu effectuer ont nourri ma compréhension de mon sujet d'étude. Ces éclairages théoriques et les entretiens que j'ai pu mener, m'ont aidé à valider partiellement mon hypothèse de travail et à répondre à ma question de recherche. J'ai ainsi expérimenté une démarche scientifique pour réaliser ce mémoire et développé mes capacités d'écriture et de synthèse. Ceci me sera utile dans ma poursuite d'étude (diplôme universitaire) ainsi que dans ma vie professionnelle.

De plus, l'élaboration de ce mémoire m'a également permis d'ajuster ma posture professionnelle notamment, lors de mon dernier stage, dans la liberté laissée à l'enfant ainsi que dans l'utilisation du jeu pour arriver à mes objectifs thérapeutiques. Je connais, maintenant, les éléments nécessaires à la création d'une situation ludique. Je dispose de moyens pour favoriser l'investissement du patient durant la séance et dans sa prise en soins. Je mesure mieux les domaines d'intervention de l'ergothérapeute avec ces enfants, en rééducation, mais également en réadaptation. De même, je mesure l'intérêt de s'appuyer sur des modèles théoriques, de s'en inspirer afin d'avoir le plus d'armes possibles. Ce mémoire a confirmé mon désir de travailler plus tard en pédiatrie. Je souhaiterais, à mon tour, mettre en application mes acquisitions avec mes futurs patients.

Enfin, ce travail m'a permis de découvrir et de réfléchir à de nouvelles perspectives. Dans un premier temps, je souhaiterais poursuivre ma recherche afin de déterminer si les activités en groupe peuvent être une alternative aux séances individuelles. De plus, j'ai pris conscience que le manque d'expérience de l'entourage est une des raisons à l'origine du manque d'expérience de jeu chez ces enfants. Je m'interroge donc sur les pratiques des ergothérapeutes accompagnant les enfants paralysés cérébraux en structures, quant aux conseils et aux préconisations qui peuvent être faites par rapport au jeu, au domicile.

Bibliographie

Ouvrage :

Amiel-Tison, C., Gosselin, J. (2010). *Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences*. Paris: Elsevier Masson SAS.

Caillois, R. (2015). *Les jeux et les hommes. Le masque et le vertige*. Paris : Gallimard.

Erikson, E. H. (1982). *Enfance et société* (7e ed., p. 149). Suisse : Delachaux & Niestlé Neuchâtel.

Ferland, F. (1994). *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. Presses de l'Université de Montréal.

Ferland, F. (2003). *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. Presses de l'Université de Montréal.

Henriot, J. (1989). *Sous couleur de jouer, la métaphore ludique* (p.100). Paris : José Corti.

Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages : Du symptôme à la rééducation*. Paris: Masson.

Tardieu, G. (1976). *Le dossier clinique de l'IMC*. Paris : CDI.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

Chapitre :

Alexandre, A., Lefevère, G. (2010). Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux ?, dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 253-266). Marseille : Solal.

Aufauvre, M.-R. (1992). Entretien intitulé "Jouer malgré tout". In Brougère G. (ed.), *Le jouet : valeurs et paradoxes d'un petit objet secret* (p. 122). Paris : Autrement.

Avril, A., Bouche, S., Jaouen, G., Mathonet, S., Pruvost, S., Roussel, V. (2010). Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux ?, dans A. Alexandre,

G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 253-266).
Marseille : Solal.

Babot, E., Cornet, N. (2010). L'ergothérapie à la croisée des chemins. Dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 13-26).
Marseille: Solal.

Hinojosa, J., Kramer, P. (2008). Integrating children with disabilities into family play, dans L. Parham, D., & Fazio, S. Linda (dir.), *Play in occupational therapy for children* (p. 321-334). Mosby.

Rubin, K.H., Fein, G.G., Vandenberg, B. (1983). Play, dans P.H. Mussen, E.M. Hetherington (dir.), *Handbook of Child Psychology* (p. 693-774). New York : John Wiley & Sons.

Samson, S. (2010). Structures et modalités d'exercice de l'ergothérapeute en pédiatrie. Dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 385-398). Marseille: Solal.

Santinelli, L. (2010). Le partenariat avec les familles. Dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 83-96). Marseille : Solal.

Yanez, I., Joseph, V. (2010). Spécificités de l'action précoce, dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 399-414).
Marseille : Solal.

Articles :

Barbot, F. (2012). Les contraintes en rééducation: réflexions d'une psychologue. Motricité Cérébrale: Réadaptation. *Neurologie du Développement*, 33(2), 68-72.

Brun, J.M. (2006). Jouer pour grandir ? Jouer c'est grandir ! *Métiers de la petite enfance*, 116, 30-33.

Dufour, M., Ferland, F., Gosselin, J. (1998). Relation entre le comportement ludique et la capacité fonctionnelle chez l'enfant avec déficience motrice cérébrale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 210-218.

Dziri, C., Miri, I., Nefzi, A., Bacha, H. B., Othmani, I., Souilah, R. B., Salah, F. B. (2013). Espaces de jeu thérapeutiques pour des enfants à besoins spécifiques au service de

médecine physique réadaptation fonctionnelle de l'institut Mohamed T Kassab. *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 33(1), 7-12.

Falk, J., Rasse, M.. (2005). « Qu'entend-on par autonomie chez un jeune enfant ? ». *Le journal des professionnels de l'Enfance*, 24.

Friefeld, S., Phillips, L., & Snider, L. (1991). Une prise de position sur le rôle de l'ergothérapie en pédiatrie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58(1), 7-12.

Frih, Z. B. S., Boudoukhane, S., Jellad, A., Salah, S., & Rejeh, N. (2010). Qualité de vie des parents d'enfant atteint de paralysie cérébrale. *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(1), 18-24.

Heran, F., Gastal, A. (2010). Présentation du handicap, déficit et incapacité: exemple de la paralysie cérébrale (PC). *Journal de Radiologie*, 91(12), 1352-1359.

Marchand, C. (2011). Massification d'un enseignement instrumental: faire entendre la voix de la recherche. *Perspectives actuelles de la recherche en éducation musicale*, 101-107.

Simard, L., Ferland, F., & Gilbert, M. O. N. (1994). Analyse descriptive du comportement ludique d'enfants ayant une déficience physique et fréquentant la garderie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 78-87.

Truscelli, D. (2008). Pathologies cérébrales : troubles associés aux infirmités. *Motricité cérébrale*, 29, 15-22.

Truscelli, D., Le Metayer, M., Leroy-Malhebe, V., (2006). Infirmité motrice cérébrale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 8-0781.

Mémoire :

Morel-Bracq, M. C. (2006). *Analyse d'activité et problématisation en ergothérapie. Quelle place peut prendre la problématisation et en particulier la construction du problème dans la formation à l'analyse d'activité en ergothérapie, en relation avec l'analyse de pratique ?* Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade Master CPFÉ.

Site internet :

APF, Association des Paralysés de France. / En ligne
<https://www.apf.asso.fr/etablissements-services-apf-1672> (consulté le 27 octobre 2017).

Cofemer., Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation, (Avril 2015). Médecine physique et de réadaptation chez l'enfant / En ligne
http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/Quentin_Paralysie_ce%CC%81re%CC%81bra_le_2015.pdf (consulté le 20 octobre 2017).

Institut Motricité Cérébrale, (Décembre 2017). Éducation, soins et rééducation / En ligne
<https://www.institutmc.org/index.php/2018-depistage-et-traitement-precoce-des-troubles-des-jeunes-enfants-paralyses-cerebraux-pc-1ere-partie> (consulté le 26 octobre 2017).

La fondation de la paralysie cérébrale, (6 Octobre 2017). Dossier de presse de la journée mondiale de la paralysie cérébrale. / En ligne
<http://fondationparalysiecerebrale.org/sites/default/files/inlinefiles/Dossier%20de%20opresse%20La%20Fondation%20Paralysie%20Ce%CC%81re%CC%81brale%20VF.pdf> (Consulté le 9 Octobre 2017).

La Fondation Motrice, Fondation paralysie cérébrale. (2017) / En ligne
<http://www.fondationparalysiecerebral.org/la-paralysie-cerebrale.html> (consulté le 24 Juillet 2017).

Larousse, E., (2017). Définitions : investissement. / En ligne
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/investissement/44113> (consulté le 12 Février 2018).

Annexes

Annexe 1 : Lettre explicative pour demandes d'entretien

Annexe 2 : Grille d'entretien

Annexe 3 : Entretien avec l'Ergothérapeute 5

Annexe 1 : Lettre explicative pour demandes d'entretien

Objet : Demande d'un entretien en vue de réaliser le mémoire de fin de 3^e année en ergothérapie.

Madame, monsieur

Je me présente, Félix RAULT, élève en 3^e année d'ergothérapie à l'institut de formation de l'ADERE (75020). Actuellement, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute chez des enfants de 3 à 6 ans atteints de paralysie cérébrale (Polyhandicap non inclus).

Dans ce mémoire, j'ai axé mes recherches sur la prise en charge des déficiences et incapacités motrices de l'enfant atteint d'une paralysie cérébrale. Je souhaite savoir, comment les ergothérapeutes utilisent le jeu, lors d'une séance, pour favoriser les habiletés motrices d'un enfant paralysé cérébral.

Dans le but de répondre à ma question de recherche et d'affirmer ou d'infirmier mon hypothèse de travail, j'ai besoin de recueillir des informations, de m'appuyer sur les connaissances, les compétences et l'expérience de professionnels dans ce domaine.

Mme Anne-Marie CAIRE, ma maître de mémoire, m'a conseillé de vous contacter

(Ou) Une collègue de promotion (NOM) qui a effectué un stage dans votre établissement, m'a conseillé de vous contacter

(Ou) Aussi je sollicite votre collaboration.

Je souhaiterais m'entretenir avec vous et vous questionner sur vos pratiques. L'essentiel de mes questions sont des questions ouvertes, qui nécessitent discussion. Un entretien d'une heure me semble suffisant. J'aimerais pouvoir vous rencontrer entre le 12 mars 2018 et le 13 avril 2018.

Merci de me dire rapidement si vous acceptez de me recevoir, nous pourrons alors convenir d'un rendez-vous.

Conscient de la charge de travail qui vous incombe, je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande.

Je me tiens à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Dans l'attente de votre réponse, recevez, madame, monsieur, mes sincères salutations.

Félix RAULT.

Annexe 2 : Grille d'entretien

Protocole du guide d'entretien :

Je suis étudiant en 3^e année d'ergothérapie à l'Institut de formation de l'ADERE. Dans le cadre de ma recherche, je souhaite vous interviewer sur vos pratiques. Je souhaiterais que cet entretien soit enregistré. L'objectif principal est de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible vos propos. Au cours de l'entretien, je vais prendre quelques notes. La retranscription respectera aussi scrupuleusement l'anonymat des individus et des lieux que nous serons amenés à évoquer ensemble.

Cet entretien durera approximativement une heure.

Questions :

Thème 1 : L'ergothérapeute, structure et population

1. Pouvez-vous vous présenter ainsi que la structure dans laquelle vous travaillez ?
 - Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ? Et en pédiatrie ?
2. Travaillez-vous avec des enfants souffrant de paralysie cérébrale ? Auprès de quelles tranches d'âge travaillez-vous ?

Ces questions permettent de connaître l'expérience des ergothérapeutes dans le domaine de la pédiatrie et d'évaluer le recul qu'ils ont sur leurs pratiques. De plus, il est probable que nous notions une différence de pratiques en fonction de leur expérience. Ces questions permettent également de comprendre l'environnement de travail de la personne interrogée.

3. Quels sont vos objectifs prioritaires, auprès d'enfants souffrant de paralysie cérébrale, âgés de 3 à 6 ans, en tant qu'ergothérapeute ?
 - Moteur, cognitif, quotidien ...

Cette question permet de savoir les domaines d'interventions des ergothérapeutes et d'amener les prochaines questions, qui parlent des moyens utilisés lors de ces interventions.

Thème 2 : Le jeu

4. Selon vous, en quelques mots, qu'est-ce que le jeu ?

Par cette question, je souhaite savoir quels sont les mots que l'ergothérapeute associe au jeu (travail, plaisir, moyen ...)

5. Dans quels objectifs utilisez-vous le jeu ?
 - Pourquoi utilisez-vous le jeu plutôt qu'un autre moyen ?

Cette question est primordiale pour répondre à ma question de recherche. Je peux alors comprendre la place que prend le jeu dans la pratique des ergothérapeutes. Je souhaite savoir ce que peut apporter le jeu à la rééducation.

6. Comment choisissez-vous la ou les activités à réaliser pendant la séance ?
 - Pourquoi choisissez-vous à l'avance ?

- Vous adaptez-vous aux choix de l'enfant pendant la séance ? Pourquoi le faites-vous ?

Cette question me permet de savoir si l'ergothérapeute laisse de la liberté à l'enfant. Cette liberté peut permettre à l'enfant de s'exprimer librement, faisant apparaître le «vrai jeu».

7. Avez-vous déjà rencontré, dans votre pratique, des enfants manifestant des difficultés pour jouer ? EXEMPLE CONCRET
 - Pouvez-vous me décrire leurs manières de jouer ? (L'enfant dépend-t-il plus de l'adulte ? Difficulté pour créer, imaginer...)
 - Quelles sont les causes de leurs difficultés ? (Jeu associé à déplaisir, mauvaise expérience, limitations, fatigue, institutions, pression des parents...)
 - Comment les avez-vous remarquées ? (évaluations, observations...).

Cette question permet de confirmer l'un de mes premiers questionnements (les enfants atteints de paralysie cérébrale présentent des difficultés à jouer du fait d'un manque d'expérimentation et de manipulation).

De plus, elle me permet de savoir si l'ergothérapeute prend en compte le niveau de jeu de l'enfant dans sa prise en soins.

Thème 3: L'attitude ludique

8. Quel est votre rôle, pendant la séance, pour permettre à l'enfant de jouer ?
 - Attitude ; environnement (domicile/institution), matériel ; déroulement, objectifs, feed-back, récompenses [EXEMPLE CONCRET].
 - Est-ce pour vous une priorité de permettre à l'enfant de jouer en tant qu'ergothérapeute ?

Cette question interroge sur les actions mises en place par les ergothérapeutes pour permettre à l'enfant de jouer. Je cherche à savoir si, permettre à l'enfant de jouer, est une priorité (préalable) pour les ergothérapeutes.

Thème 4 : L'investissement de l'enfant

9. Que recherchez-vous chez l'enfant en lui permettant de jouer ? (Humour, attention, désir d'explorer, prendre initiatives, relever des défis, plaisir ...).
10. Comment l'investissement de l'enfant peut-il favoriser vos objectifs thérapeutiques ?
 - Existe-t-il un lien entre l'attitude de l'enfant et son investissement ?
 - Si oui développer ? (Répétition, plaisir de l'action).

Par cette question, je souhaite savoir si les actions de l'ergothérapeute ont un impact sur l'enfant, si elles favorisent l'attitude ludique, et son investissement.

11. Appréciez-vous un modèle particulier ?

Ainsi, je peux faire une parallèle entre la manière d'utiliser le jeu et la connaissance et l'application de ce modèle.

Conclusion : Indiquer à l'interviewé la fin de l'entretien et lui demander «Avez-vous des suggestions à faire concernant les différents éléments que nous venons d'aborder ? »

Annexe 3 : Entretien avec l'Ergothérapeute 5

Moi : Pouvez-vous vous présenter ainsi que la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Ergo 5 : Je m'appelle V, je suis ergothérapeute en CAMSP depuis 10 ans. J'ai travaillé six ans au CAMSP de R et quatre ans dans celui-ci.

Le CAMSP accueille des enfants de zéro à six ans pour tout type de pathologie ou de trouble. Ce sont souvent des enfants qui arrivent avec un décalage dans le développement. Ensuite on participe au diagnostic s'il n'y en a pas eu de posé avant. On fait des séances d'accompagnement du développement. Ensuite on oriente vers des structures adaptées en fonction des difficultés qui s'installent et qui persistent. On accompagne autour de la socialisation et de la scolarisation des enfants au quotidien en fonction de leurs difficultés. Il peut y avoir des difficultés de développement moteur, de comportement, de type trouble autistique, du langage, de maladies génétiques, maladies dégénératives... C'est extrêmement varié.

Moi : D'accord. Après l'obtention de votre diplôme, avez-vous travaillé directement en pédiatrie ?

Ergo 5 : Depuis que je suis diplômé, j'ai travaillé six mois en psychiatrie adulte. Ensuite j'ai fait une mi-temps. Un Mi-temps au CAMSP et un mi-temps en maison de retraite. Cela fait maintenant 11 ans que je suis diplômé, donc j'ai essentiellement travaillé dans des CAMSP.

Moi : Travaillez-vous avec des enfants paralysés cérébraux ?

Ergo 5 : Oui. Mais ce n'est pas la majorité des enfants.

Moi : Auprès de quelles tranches d'âge travaillez-vous ?

Ergo 5 : Alors j'ai le plus souvent des enfants âgés de trois à six ans. Souvent ils me sont adressés quand ils entrent à l'école. Donc très en lien avec les apprentissages scolaires. Après je peux voir des enfants plus jeunes lorsqu'ils ont des difficultés d'installation. Souvent ce sont les kinés qui travaillent sur les installations. Dès qu'il faut du matériel un peu plus adapté, que ce soit pour le bain ou pour les déplacements, je peux les voir plus tôt. Sur des suivis individuels, un peu plus réguliers souvent, je les ai à partir de l'école.

Moi : Quels sont vos objectifs prioritaires, en tant qu'ergothérapeute, pour ces enfants ?

Ergo 5 : Franchement, cela dépend des enfants et de leurs attentes. Car un enfant qui a une hémiplégie, et un enfant qui a une diplégie, nous n'allons pas être sur le même type de difficulté et conséquences dans la vie quotidienne. Donc en fonction des enfants, et des familles. Je me base beaucoup sur l'impact dans la vie quotidienne et les attentes surtout des parents puisque les enfants ont plus de difficultés à exprimer une envie. Ensuite c'est très variable. Il y a des parents qui sont plus en difficulté sur les activités du quotidien, autour de l'habillage, et des repas par exemple. Cependant, très souvent ils entrent l'école et les attentes sont très centrées sur le scolaire même s'il faut qu'ils l'habillent jusqu'à ses six ans, huit ans, 10 ans.

Après je n'aime pas trop parler de rééducation, parce que souvent ce sont des enfants qui sont en plein développement. Mais nous sommes dans l'accompagnement moteur. En fait, je vais beaucoup plus utiliser les activités ludiques et motivantes pour les enfants afin d'aborder les difficultés motrices de l'enfant. Si mon objectif, est par exemple, d'améliorer le graphisme, je vais utiliser des moyens qui vont entraîner des fonctions motrices, si c'est ses fonctions motrices qui le gênent. Si c'est l'aspect visio-spatial qui le gêne, je vais proposer des activités qui vont travailler cela. Donc je vais travailler sur la motricité. Si c'est l'équilibre assis qui fait que ça parasite et empêche le graphisme, nous allons soit trouver une installation, soit renforcer.

Moi : Vous avez abordé le fait d'utiliser des activités ludiques. Je suppose donc que vous utilisez le jeu en séance ?

Ergo 5 : Beaucoup. On ne les voit pas là, ils sont cachés dans les placards (rires).

Moi : D'accord. Selon vous en quelques mots comment définiriez-vous le jeu ?

Ergo 5 : (Réflexion) je pense que c'est une activité qui présente du plaisir à être réalisée. Cela peut être des activités de manipulation, des jeux de société, des jeux plus symboliques. Après c'est très varié, l'objectif est que cela présente un intérêt ludique et de l'amusement.

Moi : D'accord. Pourquoi utilisez-vous le jeu plutôt qu'un autre moyen ?

Ergo 5 : Pour la motivation. Quand j'ai commencé à travailler en CAMSP, j'étais beaucoup plus sur des activités analytiques. En fait, pour moi c'est compliqué si l'enfant n'a pas envie de faire ce que je demande. Mon objectif c'est de leur donner de la motivation. Il y a beaucoup d'enfants qui ne sont pas très conscients et c'est difficile pour eux. Et ils font des activités analytiques déjà toute la journée, donc cela les énerve. Donc plus le temps passe, plus je cherche des moyens qui leur donnent envie de venir en séance, qu'ils soient contents de venir, de réaliser les activités. Il ne faut pas qu'ils soient dans de la contrainte d'autant plus avec des enfants qui ont des difficultés importantes, et notamment les enfants paralysés cérébraux.

Ils sont sous contraintes de manière beaucoup plus importante que les autres enfants dans leur vie quotidienne. Ils ont plein de séances à l'extérieur. Des séances avec l'orthophoniste et le kiné qui sont plus analytiques. Ils doivent répondre aux demandes de l'adulte en permanence. Il faut qu'ils fassent plus d'efforts pour s'habiller, se concentrer. Ce sont des enfants qui se fatiguent plus vite et pourtant, ont leur demande plus qu'à d'autres. Du coup, personnellement, j'ai vraiment besoin que ce soit du plaisir, que ce soit ludique pour eux. Cela doit leur permettre d'avancer sans qu'ils s'en rendent compte. J'ai des enfants, quand je leur demande de choisir un jeu, ils ne savent pas quoi choisir, car ils font tout le temps ce qu'on leur demande.

Ils sont tellement habitués à répondre à une demande adulte, que du coup ils ne savent pas faire. Je pense qu'ils sont dans des cadres extrêmement directifs depuis tout petit. Surtout les enfants paralysés cérébraux. À huit mois, ils peuvent commencer les séances de rééducation. Donc, ils grandissent comme ça. Au départ, ils sont très limités dans leur motricité, ils n'ont d'autres choix que de se laisser faire et de faire ce qu'on leur propose. Et

du coup, suivant les cadres familiaux et environnementaux, ils ont plus ou moins l'opportunité d'aller choisir et de prendre des initiatives.

Moi : Pourquoi permettez-vous à l'enfant de choisir son activité ?

Ergo 5 : C'est beaucoup plus simple pour ensuite être actif durant la séance. Cependant c'est beaucoup plus contraignant pour moi. Il faut que j'arrive à détourner l'activité pour atteindre mes objectifs. Cela demande beaucoup de souplesse, d'adaptation spontanée. Avoir une analyse de l'activité, rendre accessible activité. Je me suis rendu compte qu'il y a des enfants qui ne savent pas choisir lorsqu'on leur laisse de la liberté. Ils sont un peu démunis

Moi : D'accord. Dans votre pratique, avez-vous rencontré des enfants paralysés cérébraux présentant des difficultés pour jouer ?

Ergo 5 : Oui. Je pense qu'il y a d'une part une difficulté à prendre des initiatives comme je le disais tout à l'heure. Ces enfants sont dans des cadres tellement directifs, qu'ils ne sont pas spontanés. Ils ont moins expérimenté le jeu que les autres enfants. Ils ont moins expérimenté le jeu spontané, libre.

Le cadre plus directif, les séances, les limitations motrices font qu'ils n'ont pas pu réaliser certaines expériences. Il y a également des enfants qui ont très peu d'imagination. Ils n'ont pas d'idée. Donc même si on leur donne une poupée ou une dinette, ils ne savent pas quoi en faire.

Idem avec les jeux de manipulation. Avec les Legos, ils vont faire des tours, mais ils ne construisent rien derrière avec les personnages et les déplacements de ces derniers. Sur l'imagination il y a des enfants qui sont plus en difficulté. Il y a également des enfants qui ont du mal à gérer la frustration lorsqu'ils n'arrivent pas à réaliser l'activité. Les enfants très gênés d'un point de vue moteur ne supportent pas les activités de manipulation, car de toute façon ils ne peuvent pas. Ils savent qu'ils ne vont pas y arriver.

J'ai des enfants qui sont très peu autonomes, et qui ne savent pas jouer seuls. J'ai également suivi des enfants hémiplegiques qui négligent beaucoup leurs membres hémiplegiques. Quand tu leur proposes une activité bimanuelle, c'est ingérable pour eux. L'enfant refuse de faire l'activité.

Moi : Comment avez-vous remarqué ces difficultés à jouer chez ces enfants ?

Ergo 5 : C'est basé sur mes observations. La particularité du CAMSP c'est que c'est de l'ambulatoire. 95 % des enfants viennent en séance accompagnés d'un de leurs parents. Avant trois ans les parents vont être en séance avec nous. Après trois ans, les enfants sont seuls en séance, et nous faisons un retour aux parents après. Je peux leur poser des questions sur les activités qu'ils réalisent au domicile. A-t-il déjà joué à ce type d'activité ?... Nous avons donc des échanges très fréquents avec les parents. Quand je démarre le suivi, je vais avoir un entretien avec les parents et nous allons pouvoir parler des activités ludiques à la maison. Mais après c'est réactivé et abordé de manière très régulière après chaque séance.

Moi : D'accord. Quel est votre rôle dans la séance pour permettre à l'enfant de jouer ?

Ergo 5 : (Réflexion) tout dépend des objectifs. Je n'ai pas non plus des règles définies. Je vais beaucoup guider l'activité, pour qu'ils prennent plus de plaisir, qu'ils soient plus spontanés et qu'ils prennent petit à petit des initiatives.

Les enfants qui sont globalement très peu autonomes, je vais essayer qu'ils le deviennent rapidement.

Ensuite, je vais lui laisser de plus en plus de place dans le jeu, être moins directive, m'effacer. En fin de prise en charge, je suis plus dans l'observation. Je suis moins actrice.

Moi : Lorsque vous dites « guider », qu'entendez-vous par là ?

Ergo 5 : Tout dépend des activités. Si on prend une activité de construction par exemple, je peux faire un modèle. Ou alors je peux dire à l'enfant « alors nous allons faire chacun notre tour. On construit une maison tu es d'accord ? »

Je vais donc faire des propositions à l'enfant pour lui donner des idées. Petit à petit, l'enfant va avoir un catalogue, des solutions à mettre en place. Donc petit à petit il va pouvoir refaire ce que l'on a fait la fois d'avant, ou avoir de nouvelles idées.

Moi : Si je résume votre pensée, vous jouez alors avec les enfants ?

Ergo 5 : Oui. Mon objectif est donc de lui proposer vraiment plein d'expériences variées qu'ils puissent s'en saisir et se les approprier. Ensuite je joue un rôle sur l'accès moteur également. En fonction des activités nous allons trouver une installation, ou une technique en jouant au sol par exemple. J'essaie de trouver une manière pour rendre accessible l'activité. Après ce sont des choses qui prennent du temps, et on n'a pas toujours le temps. J'ai des jeux où nous avons adapté les plateaux. Nous les avons faits plus grands avec des pions plus grands...

Cependant malgré l'accessibilité motrice, des enfants sont toujours en difficulté pour jouer. Vers les six ans, il y a aussi le jeu avec l'autre. Il va avoir des difficultés motrices, mais il faut également penser à la personne qui joue avec l'enfant. Après si l'enfant détourne le jeu, mais que mon objectif est quand même abordé, limite je m'en fiche. Donc en fonction des attentes, des objectifs que l'on met sur l'activité cela peut-être variable.

Moi : D'accord. Est-ce pour vous une priorité de permettre à l'enfant de jouer en tant qu'ergothérapeute ?

Ergo 5 : Pour moi l'autonomie est hyper importante, qu'ils aient des capacités à prendre des initiatives et à s'adapter ça me paraît important pour leur vie future. Au moment des consultations médicales, vont être définis les objectifs qui vont être travaillés ainsi que tous les intervenants qui vont être sollicités.

Ce sont des objectifs assez généraux par exemple « l'autonomie dans les activités ». Après une fois que j'ai vu les enfants en théorie, je fais un compte rendu de bilan. Dans ce bilan, je note les objectifs que je vais aborder en ergothérapie. Je ne mets pas forcément le jeu en objectif. Ce que je vise c'est l'autonomie. Je me rends compte que je ne parle pas du jeu dans

mes comptes rendus puisque c'est plus un moyen selon moi qu'un objectif. Pour moi le jeu est un moyen et non un objectif en soi.

Moi : Que recherchez-vous en lui permettant l'accès au jeu ?

Ergo 5 : J'essaie de valoriser l'enfant. Je souhaite que l'enfant se sente bien dans sa peau, dans ses baskets, qu'il soit heureux et qu'il progresse. Je souhaite avant tout qu'il prenne du plaisir dans l'activité pour qu'il se rende compte de ce qu'il est capable de faire et qu'il prenne conscience autant de ses limites que de ses capacités. L'enfant, par la suite, va pouvoir faire des activités plus complexes, plus compliquées.

Moi : Comment l'investissement de l'enfant peut-il favoriser vos objectifs thérapeutiques ?

Ergo 5 : Lorsqu'on présente les activités ludiques, les enfants sont tous « à fond ». C'est une aventure pour eux. C'est à ce moment-là que nous voyons tout l'intérêt de mettre du ludique. Ils se lancent et réalisent des activités. Ils commencent à faire du patin à roulettes alors qu'ils ont déjà des difficultés à rester debout seuls. Lors d'activités de manipulation, ils s'investissent et essaient beaucoup plus facilement. Les enfants prennent plus d'initiatives.

Moi : D'accord. Appréciez-vous un modèle en particulier ?

Ergo 5 : Je ne suis formé sur aucun modèle. J'ai été formé sur des modèles généraux, mais pas spécifiquement ergothérapeute. Je rentre plutôt dans le modèle ludique, sans suivre les directives précises du modèle. Je pense que ce serait intéressant, d'utiliser les outils au maximum comme évaluer le comportement de l'enfant.

Moi : Avez-vous des suggestions à apporter concernant les différents éléments que nous venons d'aborder durant cet entretien ?

Ergo 5 : Ce qui est difficile, c'est qu'il faut essayer de s'ajuster à chaque enfant. Le fait de leur donner plus de souplesse, de spontanéité est important. Les enfants sentent les attentes des parents. Ils sont toujours dans des phases de réparation et de normalisation.

Moi : Très bien, l'entretien est terminé je vous remercie pour vos collaborations.

Ergo 5 : De rien, j'espère vous avoir apporté des informations.

Résumé

Le jeu est une activité essentielle de l'enfant. C'est pour lui une activité signifiante. En ergothérapie, le jeu est le moyen privilégié lors de l'accompagnement d'un enfant atteint d'une paralysie cérébrale pour optimiser et développer son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Cependant, les limitations motrices, et l'environnement de l'enfant (manque d'expérience de l'entourage, le mode de vie en structure) contribuent à son manque d'expérience du jeu.

Cette étude cherche à déterminer « Comment l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute permet l'investissement de l'enfant paralysé cérébral âgé de 3 à 6 ans, lors des séances. »

Ces recherches et les entretiens semi-directifs menés auprès de cinq professionnels, travaillant en structure, montrent que l'ergothérapeute, pendant une séance, est un médiateur qui aide l'enfant à jouer, qui facilite l'accès aux trois éléments définissant le jeu, selon F. Ferland : l'intérêt, l'action et l'attitude ludique. Cette attitude est définie comme « l'essence même du jeu », un élément primordial, et un préalable pour les ergothérapeutes. L'ergothérapeute amène alors l'enfant à une sensation agréable qui permet son investissement dans la séance.

Mots clés : Jeu, Ergothérapie, Paralysie cérébrale, Investissement, modèle ludique

Abstract

In occupational therapy, playing - an essential activity for children- is the main way to help a child with cerebral palsy to optimize and develop his/her autonomy in daily life activities. However, motor limitations and the child's environment (lack of experience of the family and living in a specialized structure) contribute to his lack of playing experience.

This study seeks to determine how the use of playing activities by the occupational therapist contributes to the development of a child aged 3 to 6 with cerebral palsy.

This research and the semi-directive interviews with five professionals working in specialized structures show that during the session, the occupational therapist is a mediator who helps the child to play, who facilitates access to the three elements defining play, according to F. Ferland: interest, action and playful attitude. This attitude is defined as "the essence of the game", an essential element, and a prerequisite for occupational therapists. The occupational therapist then brings the child to a pleasant sensation that allows his/her investment in the session.

KeyWords: Play, Occupational Therapy, Cerebral Palsy, Involvement, Ludic Model