



Institut de Formation en Ergothérapie Université Paris-Est Créteil (XII)

LA PARTICIPATION SOCIALE DE L'ENFANT PARALYSÉ CÉRÉBRAL: UN EN'JEU DE RÉCRÉATION

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du Diplôme
d'Etat d'ergothérapeute

Soutenu par : VALERIN Luana

Dirigé par : *RABUT Christelle*

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, **VALERIN Luana** étudiante en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 30 mai 2022

Signature :



« 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

Ce mémoire marque l'aboutissement de mes trois années d'étude à l'institut de formation en ergothérapie de Créteil. Je souhaiterais donc remercier les personnes qui ont contribué à le rédiger.

Tout d'abord, je remercie ma maîtresse de mémoire **Christelle RABUT**, qui s'est montrée très présente et de bons conseils tout au long de cette année.

Je remercie l'ensemble **des personnes qui ont participé à mon enquête** ainsi que **les tutrices et tuteurs de stage** m'ayant accompagnée chaleureusement et apportée de nombreuses connaissances.


Je remercie **ma merveilleuse famille** pour toute la confiance et la bienveillance qu'elle m'a apporté au cours de ma vie et plus particulièrement pendant ces trois années.

Je remercie **l'équipe référente de l'IFE**, qui m'a apporté des pistes de réflexions pertinentes me permettant de garder un esprit ouvert sur différents aspects de mon travail.

Je remercie **mes amis de l'IFE** qui ont été à mes côtés pendant ces trois ans, qui m'ont soutenue et avec qui j'ai passé de très bons moments.

Je remercie **mes amis en dehors de l'IFE** qui m'ont également montré leur soutien et m'ont aidée à avoir un équilibre occupationnel satisfaisant tout au long de cette scolarité.

J'ai enfin une pensée plus particulière pour **mon grand-père**, que je remercie d'avoir toujours trouvé les bons mots pour m'encourager, et à qui j'aurai aimé faire lire ce mémoire.



“On ne joue pas en assistant à un jeu.”

Proverbe Baoulé.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| I- Partie conceptuelle | 3 |
| 1. La paralysie cérébrale, qu'est-ce que c'est ? | 3 |
| 1.1. Généralités | 3 |
| 1.1.1. Définition de la paralysie cérébrale..... | 3 |
| 1.1.2. Etiologie | 3 |
| 1.1.3. Facteurs de risques..... | 4 |
| 1.1.4. Epidémiologie | 4 |
| 1.2. Les classifications..... | 4 |
| 1.2.1. En fonction du type d'atteintes motrices..... | 4 |
| 1.2.2. En fonction de la localisation des atteintes..... | 5 |
| 1.2.3. En fonction des répercussions fonctionnelles..... | 5 |
| 1.3. Les répercussions dans les activités de la vie quotidienne | 6 |
| 1.3.1. Impact des séquelles motrices et cognitives..... | 6 |
| 1.3.2. Impact de l'environnement | 7 |
| 1.3.3. Impact sur la qualité de vie et la participation sociale..... | 8 |
| 1.4. L'inclusion en milieu scolaire ordinaire | 9 |
| 1.4.1. Les dispositifs..... | 9 |
| 1.4.2. Les difficultés rencontrées en milieu ordinaire..... | 10 |
| 1.5. La prise en soin en ergothérapie | 10 |
| 1.5.1. Intervention précoce | 10 |
| 1.5.2. Intervention sur la performance occupationnelle de l'enfant | 11 |
| 1.5.3. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)..... | 12 |
| 2. La scolarisation dans le premier degré : lieu d'apprentissage et de développement pour l'enfant | 14 |
| 2.1. Le Développement de l'enfant entre 4 et 10 ans..... | 14 |
| 2.1.1. Compétences motrices..... | 14 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.1.2. | Compétences sociales | 14 |
| 2.2. | La cour de récréation : expérimentation de la vie en société..... | 15 |
| 2.2.1. | Occupations en cour de récréation | 15 |
| 2.2.2. | Participation sociale | 16 |
| 2.2.3. | Disparités de participations sociales | 17 |
| 3. | Le jeu en ergothérapie | 18 |
| 3.1. | Généralités | 18 |
| 3.1.1. | Définition | 18 |
| 3.1.2. | L'utilisation du jeu auprès des enfants..... | 19 |
| 3.1.3. | Principes fondamentaux du jeu en ergothérapie..... | 20 |
| 3.2. | L'intérêt du jeu chez l'enfant ayant une déficience physique..... | 20 |
| 3.2.1. | Habiletés acquises chez l'enfant et performance occupationnelle | 20 |
| 3.2.2. | Un pas vers le jeu libre en cour de récréation ?..... | 21 |
| II- | Partie Expérimentale..... | 24 |
| 1. | Enquête envisagée | 24 |
| 1.1. | Objectifs d'enquête | 24 |
| 1.2. | Populations cibles..... | 25 |
| 1.3. | Choix et construction des outils d'investigation | 26 |
| 1.4. | Passation des entretiens et des observations..... | 27 |
| 2. | Résultats bruts :..... | 29 |
| 2.1. | Présentation des ergothérapeutes et des enfants paralysés cérébraux..... | 29 |
| 2.2. | Problématiques occupationnels des enfants paralysés cérébraux scolarisés en milieu ordinaire..... | 30 |
| 2.3. | Objectifs travaillés en ergothérapie | 32 |
| 2.4. | Moyens utilisés en ergothérapie auprès des enfants paralysés cérébraux | 34 |
| 2.5. | Les répercussions des moyens mis en place sur la participation sociale de l'enfant paralysé cérébrale en cour de récréation..... | 36 |
| 3. | Analyse des résultats d'enquête | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1. Identifier l'impact des difficultés motrices sur le jeu libre des enfants atteints de paralysie cérébrale en cour de récréation..... | 39 |
| 3.2. Identifier les moyens utilisés par l'ergothérapeute auprès des enfants paralysés cérébraux scolarisés en milieu ordinaire qui permettraient de favoriser leur participation sociale en cour de récréation | 40 |
| 3.3. Evaluer l'impact des moyens mis en place par l'ergothérapeute sur le jeu libre collectif de l'enfant paralysé cérébral en cour de récréation..... | 41 |
| 4. Discussion..... | 42 |
| 4.1. Répercussions de la paralysie cérébrale sur la participation sociale en cour de récréation | 42 |
| 4.2. Les moyens mis en place par l'ergothérapeute | 43 |
| 4.3. Répercussions des moyens utilisés par l'ergothérapeute sur la participation sociale de l'enfant | 44 |
| 5. Limites et intérêt de la recherche | 46 |
| 5.1. Limites | 46 |
| 5.2. Intérêts | 47 |
| Conclusion | 48 |
| Bibliographie..... | 50 |
| Annexes..... | 57 |

LISTES DES ACRONYMES

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

GMFCS : Gross Motor Classification System

MACS : Manual Ability Classification System

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel

MI : Membres inférieurs

MS : Membres Supérieurs

PC : Paralyse Cérébrale

SCPE : Surveillance of Cerebral Palsy in Europe

S.E.S.A.D : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

S.S.R : Soins de Suite et de Réadaptation

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Introduction

Le jeu est une occupation importante de l'enfant. En effet, il lui permet de développer ses capacités motrices et cognitives, d'acquérir des connaissances sur le monde, mais aussi de développer ses compétences sociales.

En cour de récréation, notamment à partir de la moyenne section de maternelle (vers l'âge de 4 ans), l'enfant est amené à jouer de plus en plus avec ses pairs. Ainsi, il développe des habiletés de participation sociale. Cependant, lorsque l'enfant présente des difficultés à jouer avec les autres, notamment parce qu'il présente des difficultés motrices ou autres difficultés qui l'empêchent de jouer comme il le voudrait, sa participation sociale est souvent diminuée.

Celle-ci est pourtant essentielle, notamment en cour de récréation puisque c'est ce qui va lui permettre d'intégrer la vie en société petit à petit, de manière ludique (Delalande, 2003a). Ainsi, il est important que l'ergothérapeute puisse accompagner l'enfant lorsqu'il rencontre des difficultés à jouer avec ses pairs.

La situation d'appel qui m'a amenée à me questionner sur cette problématique a eu lieu lors d'un stage en deuxième année d'ergothérapie.

Dans le cadre d'un groupe « activités de la vie quotidienne », l'ergothérapeute réalisait des mises en situation pendant lesquelles des enfants devaient monter sur des jeux de plein air (balançoires adaptées et non adaptées). Un des enfants, atteint de paralysie cérébrale, se montrait frustré de ne pouvoir jouer comme les autres et avec les autres, à cause de ses difficultés motrices.

C'est de cette situation pratique que mon questionnement sur la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale, dans les aires de jeux, est parti.

Cependant, n'étant pas certaine que beaucoup d'enfants paralysés cérébraux fréquentent ce type de structure, j'ai décidé d'axer mes réflexions sur leur participation sociale en cour de récréation, en milieu ordinaire, puisque dans ce cadre, ils sont notamment amenés à jouer avec d'autres enfants ne présentant pas forcément de handicap.

Sachant que depuis la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances » les enfants en situation de handicap ont le droit d'être scolarisés dans l'établissement scolaire le plus proche de leur domicile (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005), et que cela a fait considérablement augmenter leur nombre au sein des établissements scolaires, il me semblait intéressant de cibler mes recherches dans cet environnement précis que représente la cour de récréation.

Après diverses recherches menées sur la participation sociale de l'enfant paralysé cérébral, la problématique émergente est donc la suivante : De quelle manière l'ergothérapeute favorise-t-il la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale âgés de 4 à 10 ans, en cour de récréation, en milieu ordinaire ?

Dans un premier temps, nous verrons de manière détaillée les caractéristiques des enfants paralysés cérébraux et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Puis nous nous intéresserons à leur scolarité dans le 1^{er} degré (maternelle et primaire), et plus particulièrement au moment de récréation. Enfin, nous verrons pourquoi il est important que l'ergothérapeute utilise le jeu auprès de cette population pour favoriser leur participation sociale.

Dans un second temps, nous verrons la méthodologie d'enquête menée, qui nous amènera à la présentation des résultats bruts, à leur analyse, puis à la discussion et enfin à la conclusion.

I- Partie conceptuelle

1. La paralysie cérébrale, qu'est-ce que c'est ?

1.1. Généralités

1.1.1. Définition de la paralysie cérébrale

L'utilisation du terme Paralysie Cérébrale (PC ou Cerebral Palsy en anglais) est récente et regroupe deux entités décrites en France par Tardieu dans les années 1960 :

- L'infirmité motrice cérébrale (IMC) : Elle est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale. C'est-à-dire avant la naissance ou entre le 6^{ème} mois de gestation et le 7^{ème} jour après la naissance. Elle entraîne un trouble moteur non-évolutif (Leroy-Malherbe, 2002).
- L'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) : Elle se différencie de l'IMC par une atteinte intellectuelle sévère en plus des troubles moteurs (Leroy-Malherbe, 2002). Ceci entraîne souvent une situation de polyhandicap (Dr Dulcey, 2017).

Aujourd'hui, les nombreuses tentatives de définir le terme de paralysie cérébrale ont en commun trois critères : « (1) un trouble du mouvement ou de la posture, (2) qui résulte d'une anomalie non-évolutive du cerveau (3) et qui est acquis précocement dans la vie de la personne » (Blair & Watson, 2006).

1.1.2. Etiologie

Il existe plusieurs causes à l'origine de la PC. Les plus courantes sont les suivantes :

- La prématurité : on dit d'un enfant qu'il est prématuré s'il naît avant 37 semaines d'aménorrhée, soit 8 mois et demi de grossesse (Inserm, 2015).
- L'anoxo-ischémie néonatale chez des nouveau-nés nés à terme : elle est causée par une asphyxie périnatale, autrement dit un déficit d'apport en oxygène qui entraîne des lésions au niveau du cerveau, qui laisse des séquelles importantes au niveau moteur, sensorielle et cognitif (Aboussad, 2012).
- Les accidents vasculaires cérébraux anté- et périnataux : ils surviennent lorsque la circulation sanguine vers ou dans le cerveau est interrompue car elle est bouchée ou rompue (HAS, 2010). Le terme anté et périnatal désigne la période à laquelle l'AVC a été diagnostiqué.

1.1.3. Facteurs de risques

Les facteurs de risques sont nombreux et peuvent être d'origine intrinsèque c'est-à-dire causés par une pathologie maternelle ou fœtale (Cans, 2005). On retrouve parmi ces risques intrinsèques la prématurité comme citée

ci-dessus, le retard de croissance intra-utérin (à l'intérieur de l'utérus), l'hypertension gestationnelle, une infection durant la grossesse ou au cours de l'accouchement, les grossesses multiples ou encore l'asphyxie périnatale (Cans, 2005).

Il y a également les risques de nature extrinsèque liés aux modes de prise en soin avant ou après la naissance (Cans, 2005). Cependant, les études portant sur l'influence du mode d'accouchement sur les séquelles neurodéveloppementales du prématuré restent controversées (Cans, 2005).

1.1.4. Epidémiologie

La paralysie cérébrale est la cause de difficultés motrices qui touche le plus les enfants. Il y a deux approches qui permettent d'estimer la fréquence de personnes atteintes de paralysie cérébrale (Blair & Watson, 2006). Tout d'abord, la prévalence qui permet de donner le nombre de cas à un moment donné et qui comprend aussi bien les nouveaux que les anciens cas (Blair & Watson, 2006). Ainsi que l'incidence, qui prend en compte uniquement les nouveaux cas surgissant dans la population (Blair & Watson, 2006).

Actuellement, les progrès médicaux ont permis d'améliorer la survie des grands prématurés et ainsi de stabiliser la prévalence de la paralysie cérébrale (Savelli & Pinard, 2014). D'après les études menées par la SCPE (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe), cette prévalence est de 2,1 pour 1000 naissances vivants en Europe (Savelli & Pinard, 2014).

L'incidence de la paralysie cérébrale en France est de 1500 nouveaux cas sur les 700 000 enfants qui naissent par an (Cans, 2005).

Pour la suite de ce mémoire, nous ciblerons la population des enfants qui étaient regroupés sous l'ancienne appellation « Infirmité motrice cérébrale », qui rappelons le, entraîne une atteinte motrice non-évolutive, sans ou avec peu de déficience intellectuelle/ cognitive.

1.2. Les classifications

1.2.1. En fonction du type d'atteintes motrices

La paralysie cérébrale regroupe une diversité importante de troubles qu'il est important de classer afin de mieux comprendre les problématiques occupationnelles liées à chacune. Nous pouvons retrouver

des personnes très autonomes comme des personnes en situations de polyhandicap (Savelli & Pinard, 2014).

En 2000, la SCPE (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe), propose de catégoriser les atteintes de la Paralyse cérébrale en 3 groupes distincts :

- Spastique : il s'agit d'une exagération du réflexe d'étirement du muscle, autrement dit c'est une augmentation de la contraction musculaire qui va créer une résistance lors de l'étirement du muscle (Marret et al., 2017) . La forme spastique est la plus courante d'après l'étude menée par la SPCE(Marret et al., 2017).
- Ataxique : il s'agit d'un défaut de coordination motrice volontaire. Elle affecte également les sens et l'équilibre dans l'espace (Marret et al., 2017).
- Dyskinétique : cette forme est caractérisée par des mouvements involontaires (Marret et al., 2017).
- Mixte : c'est une combinaison des atteintes spastiques et dyskinétiques (Marret et al., 2017).

1.2.2. En fonction de la localisation des atteintes

Pour ce qui est de la localisation des déficits, l'atteinte peut être : diplégique/ diparétique s'il y a un déficit au niveau des membres inférieurs, hémiparétique/ hémiparétique si l'atteinte concerne l'hémicorps (un seul côté du corps), ou encore quadriplégique si elle concerne les membres supérieurs et inférieurs (Marret et al., 2017).

Le terme « plégie » désigne le fait que le membre est paralysé, contrairement au terme « parésie » qui désigne le fait que la paralysie est partielle ou légère et se manifeste par une diminution de la force musculaire.

1.2.3. En fonction des répercussions fonctionnelles

Il existe deux échelles très souvent utilisées pour identifier le niveau de répercussions fonctionnelles des enfants atteints de paralysie cérébrale.

Tout d'abord, le Système de Classification de la Fonction Motrice Globale (GMFCS) se base sur la station assise, les transferts et la mobilité (Palisano et al., 1997). Elle distingue 5 niveaux d'atteinte, distincts l'un de l'autre par l'utilisation d'aide technique à la marche ou non (Palisano et al., 1997).

| | |
|-------------------|--|
| Niveau I | Marche sans restriction de mouvement |
| Niveau II | L'enfant marche avec restriction de mouvement |
| Niveau III | Marche avec aide technique à la marche (par exemple déambulateur, canne anglaise ou béquilles) |
| Niveau IV | Mobilité autonome avec restriction des mouvements ; peut utiliser une aide motorisée (l'enfant actionne lui-même le joystick ou le bouton de démarrage, il est indépendant dans ses déplacements). |
| Niveau V | Déplacement en fauteuil roulant manuel, poussé par un adulte. |

Tableau 1 : Niveau d'atteinte motrice globale de la paralysie cérébrale d'après le GMFCS ((Palisano et al., 1997)

Un deuxième outil couramment utilisé est le *Système de Classification de la Capacité Manuelle* pour enfants atteints de paralysie cérébrale âgés de 4 à 18 ans (MACS) . Il classe également en 5 niveaux, la manière dont les enfants utilisent leurs mains pour manipuler des objets de la vie quotidienne(Eliasson et al., 2006).

| | |
|-------------------|---|
| Niveau I | Manipule les objets facilement et avec succès |
| Niveau II | Manipule la plupart des objets mais avec une certaine diminution de la qualité et/ou vitesse de complétion. |
| Niveau III | Manipule les objets avec difficulté ; a besoin d'aide pour préparer et/ou modifier les activités. |
| Niveau IV | Manipule une sélection limitée d'objets faciles à utiliser dans des situations adaptées |
| Niveau V | Ne manipule pas les objets et a une habileté sévèrement limitée pour performer même des actions simples. |

Tableau 2 : Niveau de capacité manuelle des enfants paralysés cérébraux d'après le MACS (Eliasson et al., 2006)

Que ce soit pour le GMFCS ou le MACS, des précisions sont apportées, par rapport à l'âge ou encore sur les éléments qui permettent de distinguer un niveau de l'autre.

1.3. Les répercussions dans les activités de la vie quotidienne

1.3.1. Impact des séquelles motrices et cognitives

De nombreux troubles associés peuvent avoir un impact sur l'engagement occupationnel des enfants qui en sont atteints. Parmi ces troubles on peut noter les troubles du langage oral ou écrit qui peuvent

donc entraîner des difficultés de communication (Savelli & Pinard, 2014). Il peut également y avoir des troubles de la succion, ou de la déglutition qui peuvent entraîner des difficultés au niveau de l'alimentation (Savelli & Pinard, 2014).

D'après Savelli et Pinard, l'atteinte cognitive concerne 31 à 65 % des personnes atteintes de paralysie cérébrale. Ils ajoutent qu'en « l'absence de retard intellectuel, on peut retrouver par exemple une dyspraxie visuo-spatiale, un trouble dysexécutif ou des difficultés attentionnelles » (Savelli & Pinard, 2014, p.236).

Une étude portant sur des enfants âgés de 3 à 5 ans, présentant une déficience physique sans déficience intellectuelle, a également montré que la capacité à prendre des initiatives et notamment à jouer de manière spontanée ou en interaction avec d'autres enfants, pouvait être diminuée (Simard et al., 1994). Leur curiosité pour le jeu est la même que pour les enfants ne présentant pas de déficience, cependant, ils se montrent moins persévérants lorsque la tâche est difficile et leurs activités ludiques sont « moins complexes, moins avancées au niveau cognitif et moins longues » (Simard et al., 1994, p. 79). La PC ou plutôt les séquelles motrices de la PC semblent donc entraîner des répercussions sur la participation sociale des personnes qui en sont atteintes et ce dès le plus jeune âge.

1.3.2. Impact de l'environnement

L'environnement sociale de l'enfant a un impact majeur dans son engagement occupationnel. En effet, les parents des enfants atteints de paralysie cérébrale peuvent avoir une attitude surprotectrice envers eux (Berrewaerts, J, 2015). Cette surprotection a un impact négatif sur leur engagement occupationnel puisqu'ils évitent certaines activités et ont moins de responsabilités (Berrewaerts, J, 2015). Cela peut alors entraîner des effets négatifs sur leur estime de soi et leurs aptitudes sociales (Berrewaerts, J, 2015).

De plus, contrairement à la population générale, le temps consacré à accompagner les enfants atteints de paralysie cérébrale ne diminue pas avec l'âge (Guyard et al., 2010). Cependant cet accompagnement pourrait être réduit par des interventions permettant d'augmenter l'autonomie de ces enfants, que ce soit au niveau des équipements, des traitements ou encore du soutien social et familial (Guyard et al., 2010).

L'environnement physique peut également être un frein à l'engagement occupationnel des enfants présentant une paralysie cérébrale. En effet, le manque d'accessibilité de certains lieux publics contribue au fait que ceux-ci aient des problématiques de participation sociale. C'est par exemple le cas de nombreuses aires de jeux, ce qui contribue à la marginalisation et l'exclusion des enfants présentant un handicap physique (Yantzi et al., 2010).

Ces impacts physiques, cognitifs et environnementaux ont des répercussions sur la qualité de vie et la participation sociale de ces enfants.

1.3.3. Impact sur la qualité de vie et la participation sociale

De nombreuses études ont été menées auprès d'enfants âgés de 8 à 12 ans atteints de paralysie cérébrale ou non, vivant en Europe. Il s'agit du projet SPARCLE (*Study or PARTicipation of Children with Cerebral Palsy Living in Europe*), qui a évalué leur qualité de vie et leur participation dans des activités de la vie quotidienne en prenant en compte l'influence de l'environnement (Michelsen et al., 2009). Les résultats ont montré une différence entre les enfants porteurs de paralysie cérébrale et ceux n'en présentant pas (Michelsen et al., 2009). Ainsi, la participation sociale était plus basse chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, sans pour autant impacter leur qualité de vie (Michelsen et al., 2009). Plusieurs facteurs dont ceux que nous avons cités peuvent en être la cause : faible estime de soi, limitation physique, environnement sociale et physique. (Berrewaerts, J, 2015). Les professionnels encadrant l'enfant et notamment les ergothérapeutes ont donc un rôle à jouer sur ces facteurs afin d'améliorer leur qualité de vie future.

En effet, contrairement à ce que nous avons pu voir, concernant les enfants âgés de 8 à 12 ans, la qualité de vie des adolescents atteints de paralysie cérébrale est, elle, très impactée. L'étude SPARCLE 2 a été mise en place cinq ans plus tard, afin d'évaluer l'évolution des enfants et des familles de l'étude SPARCLE 1.

Le rapport de l'étude, et notamment son questionnaire de qualité de vie rempli par les jeunes ayant entre 13 et 17 ans a montré que 9,3 % d'entre eux, soit presque 1 enfant sur 10, avait rapporté un score à 0 (soit le score le plus bas du questionnaire) pour ce qui était de la catégorie « soutien social et amis » (Arnaud C et al., 2010). Il montre également que 8,2% d'entre eux avait un score à 0 pour la catégorie « vie à l'école ». Cette étude a pu montrer qu'en règle générale, plus la sévérité des troubles moteurs de l'adolescent est importante, plus sa qualité de vie est basse (Arnaud C et al., 2010). Cependant ce n'est pas le cas pour la catégorie « vie à l'école » qui montre que ce sont les adolescents présentant une déficience motrice modérée qui présentent le plus de difficultés occupationnelles (Arnaud C et al., 2010).

Enfin, elle a prouvé que les adolescents présentant une paralysie cérébrale participaient moins aux activités avec leurs amis, contrairement aux adolescents qui n'avaient pas de situation de handicap (Michelsen et al., 2014). Ces adolescents ont très souvent des difficultés à construire des relations en dehors des membres de leur famille et de ce fait, expriment un certain isolement social (Michelsen et al., 2014).

La paralysie cérébrale semble donc avoir un réel impact sur la participation sociale des personnes qui en sont atteintes quel que soit l'âge. Bien que n'ayant que très peu de répercussions sur la qualité de vie des enfants, il a été montré qu'elle fait partie des besoins ressentis par les adolescents. D'après des études menées par Ferland et ses collaborateurs, il existe une réelle discordance pour les adolescents atteints de déficiences motrices, entre le fait qu'ils souhaitent avoir des interactions avec leurs pairs et qu'ils soient très peu entourés d'amis dans leur quotidien (Ferland, dans Simard et al., 1994).

Tout ceci, nous amène à nous intéresser à l'inclusion des enfants atteints de paralysie cérébrale en école ordinaire, étant donné que c'est un lieu fréquenté quotidiennement, et où la participation sociale est omniprésente.

1.4. L'inclusion en milieu scolaire ordinaire

1.4.1. Les dispositifs

En France, on note une grande évolution pour l'inclusion des enfants en situation de handicap à l'école, notamment grâce à la loi du 11 février 2005 qui donne le droit à ces enfants d'être inscrits dans l'école la plus proche de leur domicile. En effet, aujourd'hui, des temps de rencontre entre les enfants avec et sans déficiences sont organisés, ce qui n'était pas le cas avant. Ces temps de rencontre sont permis grâce à la mise en œuvre de plusieurs dispositifs présents à l'école. Il est à noter que pour de nombreux jeunes en situation de handicap, l'accès à l'école en milieu ordinaire a pour but de favoriser leur socialisation avec leurs pairs (Bastide, 2011).

Il existe deux possibilités pour l'enfant en situation de handicap d'être scolarisé en milieu ordinaire :

- La scolarisation individuelle : elle varie en fonction de la nature et de la gravité du handicap. Si cela est nécessaire, des aménagements à la fois humains et matériels sont prévus pour ces enfants (Ministère de l'éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021).
- Les classes ULIS (Unité localisée d'inclusion scolaires) : bien que regroupant des élèves en situation de handicap dans la même classe, des temps dans des classes dites "ordinaires" sont prévus pour ces enfants. Ils peuvent également participer à la vie festive, sociale et collective de l'école (Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2021). Lorsque l'enfant est scolarisé en ULIS, il peut également être accompagné par un SESSAD, dont l'équipe pluridisciplinaire et notamment des ergothérapeutes, peut intervenir dans l'école auprès des enfants en situation de handicap.

L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap aurait de nombreux bienfaits, tels que : donner un environnement plus stimulant permettant d'interagir plus facilement avec leurs pairs pour les enfants atteints de handicap, permettre aux enfants qui n'ont pas de handicap de développer leurs

compétences d'entraide et de tolérance envers leurs camarades, ou encore développer les compétences sociales et d'apprentissage pour les enfants ayant ou n'ayant pas de handicap (Méens, 2017).

Cependant, pour que l'inclusion scolaire soit porteuse de ces effets positifs, on notera la nécessité d'allier des pratiques adaptées de la part de l'enseignant, à un environnement matériel, humain et social favorisant cette inclusion (Méens, 2017).

Malgré toute l'attention apportée afin de mettre en œuvre l'inclusion scolaire, l'enfant peut tout de même rencontrer des difficultés d'inclusion lorsqu'il est scolarisé en milieu ordinaire.

1.4.2. Les difficultés rencontrées en milieu ordinaire

Bien que ces expériences de contact entre enfants porteurs ou non de handicap soient présentes, elles se passent uniquement dans le milieu scolaire qui est très structuré. Il a été remarqué qu'en dehors des temps de loisirs organisés, dans le contexte de la classe, ces contacts ne se poursuivent pas (Marcellini, 2021). C'est-à-dire que dans les temps dits « libres » comme en cour de récréation, les enfants atteints de déficiences motrices, ont tendance à se trouver isolés socialement (Marcellini, 2021).

Très souvent, les enfants paralysés cérébraux rencontrent des difficultés dans leur inclusion à l'école que ce soit au niveau scolaire ou social. Ils sont alors redirigés vers une structure spécialisée qui allie à la fois scolarité, rééducation et éducation (Bernardeau, 2017). Cependant, certains parents peuvent être en désaccord avec cette proposition d'orientation vers ces structures spécialisées car perçues comme trop stigmatisantes (Bernardeau, 2017).

Le fait de rassembler ces enfants dans un même lieu à l'écart du milieu ordinaire nous semble être quelque chose qui accentuerait cet isolement social. Ainsi cela contribuerait au fait que la participation sociale des enfants paralysés cérébraux est plus faible que celle des enfants ne présentant pas de situation de handicap. Favoriser la participation de ces enfants notamment dans le milieu scolaire est donc un enjeu important si l'on veut que leur inclusion soit possible.

1.5. La prise en soin en ergothérapie

1.5.1. Intervention précoce

Bien que n'ayant pas de qualité de vie inférieure à celle des enfants ne présentant pas de déficience, il semble nécessaire de commencer à intervenir auprès des enfants PC de manière précoce, c'est-à-dire avant leur entrée au collège. Pour certains, l'intervention précoce se situe de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, pour d'autres, elle s'étend jusqu'à l'âge de 6 ans.

D'après Beucher : « L'intervention précoce vise à repérer une déficience, à en diminuer l'impact, à améliorer les habiletés et les performances de l'enfant et à soutenir la famille et les différentes personnes qui l'entourent. »(Beucher, 2004,p.614).

Pour notre recherche, nous pourrions considérer que l'intervention précoce s'étend au-delà de l'âge de 6 ans, jusqu'à l'entrée dans l'adolescence. Tout d'abord, car c'est vers l'âge de 4 ans que la participation sociale commence réellement à se mettre en place, en effet, d'après Delalande, c'est en voulant imiter leurs aînés que dès la moyenne section les enfants commencent à s'unir pour jouer (Delalande, 2005). Cependant, étant donné que les difficultés de participation sociale se font ressentir au moment de l'adolescence (vers l'âge de 11 ans), il semble nécessaire de continuer de suivre l'enfant sur cet aspect lorsqu'il est âgé de 4 à 10 ans, car il sera amené de plus en plus à réaliser des activités collectives, qui pourraient le mettre en difficulté.

Intervenir de manière précoce va permettre à l'ergothérapeute d'agir sur les difficultés occupationnelles rencontrées par ces enfants, c'est-à-dire sur leur participation sociale, afin de diminuer l'impact négatif qu'elle peut avoir sur leur qualité de vie lorsqu'ils entrent dans l'adolescence. Ceci, permettrait également de rassurer l'entourage (famille, enseignants, professionnels de santé) sur les capacités sociales de l'enfant.

1.5.2. Intervention sur la performance occupationnelle de l'enfant

Un des rôles de l'ergothérapeute est de favoriser l'acquisition de compétences nécessaires pour la performance occupationnelle dans les activités quotidiennes tels que les soins personnels, comme l'habillage, les activités impliquant de la motricité fine comme l'écriture ou le dessin mais également le jeu (Steultjens et al., 2004). La performance occupationnelle est « le choix, l'organisation, et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement »(Meyer, 2013a).

Dans ce contexte d'intervention précoce, il est important que l'ergothérapeute prenne en compte de manière prioritaire les trois composantes suivantes : l'enfant, l'activité à réaliser, l'environnement dans lequel il réalise l'activité (physique (où ?) et social (avec qui ?)) (Collins & Crabb, 2010). Ces trois dimensions permettent de répondre au mieux aux besoins de l'enfant et de favoriser son engagement occupationnel et sa performance occupationnelle(Collins & Crabb, 2010).

L'intervention précoce de l'ergothérapeute à l'école permet aux jeunes enfants de s'engager avec succès dans leurs activités de la vie quotidienne et dans le jeu qui est une de leurs activités de loisirs prédominante (Collins & Crabb, 2010). Il est tout de même important de noter que l'ergothérapeute ne travaille pas seul, en effet la collaboration avec les parents, l'enseignant et les autres professionnels qui entourent l'enfant est essentielle pour permettre une évolution de l'enfant (Collins & Crabb, 2010).

Chaque membre de cette équipe pluridisciplinaire apporte une perspective et une approche unique qui permettent de faire un plan d'intervention réellement centré sur les besoins de l'enfant (Collins & Crabb, 2010).

Ainsi, le modèle conceptuel qui semble le plus adapté à ce cadre d'intervention est le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel.

1.5.3. Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Nous pouvons retrouver les notions d'engagement et de performance occupationnel dans le modèle conceptuel MCREO : le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel. Ce modèle semble être le plus adapté pour cette population et l'environnement occupationnel auquel nous nous intéressons.

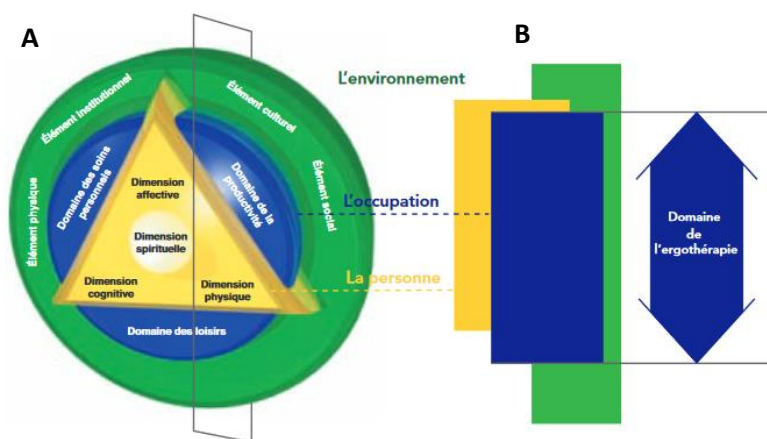


Figure 1 : Schéma du modèle MCREO (Zhang et al., 2008)

A. Cité sous le nom de MCRO dans Promouvoir l'occupation (1997a, 2002) et de MCRO-P dans Enabling Occupation II.

B. Vue en coupe transversale Polotajko, H, J. Townsend, E. A. Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), dans Enabling Occupation II, page 23.

Il est d'abord important de mentionner que le MCREO prend en compte la personne dans son environnement physique, institutionnel, culturel et social. Sa pratique est centrée sur les occupations du client (terme utilisé pour désigner la personne), il prend en compte ses désirs, et ses besoins propres (Association Canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009).

Afin de pouvoir prendre en compte les désirs de la personne, il existe des outils d'évaluations : la MCRO (mesure canadienne du rendement occupationnel) et l'OT'HOPE. Ce sont tous deux des outils d'auto-évaluation, permettant au client de cerner ses difficultés et ses facilités dans ses occupations de la vie quotidienne (Giraud & Perrault, 2022; Petty et al., 2005). Ceci afin de donner ses axes de travail prioritaires en ergothérapie. Ces outils permettent au client de l'impliquer dans sa prise en soin (Petty et al., 2005). L'OT'HOPE est une version adaptée de la MCRO pour les enfants (Giraud & Perrault, 2022).

Ce modèle distingue les différents champs de la personne (dimensions affective, cognitive, physique et spirituelle), de l'environnement et de l'occupation (productivité, soins personnels, loisirs) (Association Canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009).

Ainsi, nous pouvons définir les termes importants de ce modèle :

- **Le rendement** se réfère à « la capacité d'une personne de choisir, et d'effectuer des occupations significatives qui lui procurent satisfaction » (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997). Il est présenté comme « le résultat de l'interaction » des concepts de la personne, de l'occupation et de l'environnement (Zhang et al., 2008).
- **L'engagement occupationnel** se réfère au « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité » (Meyer, 2013b). Cependant il ne fait pas référence uniquement à la participation physique mais également à la participation psychologique (Association Canadienne des Ergothérapeute, dans Morel-Bracq, 2009).

Il y a plusieurs intérêts à utiliser ce modèle. Tout d'abord, il est en accord avec le fait que nous cherchons à atteindre l'engagement et le rendement de l'enfant dans les occupations dans lesquelles il rencontre des difficultés (Association Canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009).

Le MCREO met également l'accent sur l'inclusion sociale du client qui est un des objectifs recherchés pour atteindre la participation sociale de l'enfant (Association Canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009).

Nous pouvons également ajouter que ce modèle recherche une réelle collaboration entre le client et l'ergothérapeute pour faciliter l'occupation et favoriser son engagement dans l'activité (Association Canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009). Ce qui, comme nous pourrions le mentionner plus tard est essentiel pour que l'enfant puisse en dehors des séances d'ergothérapie réussir à utiliser tout ce qu'il a pu développer au cours de celles-ci (Association Canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009). Cette collaboration peut être mise en place par l'utilisation des outils cités plus haut.

Pour résumer, cette partie sur la PC nous a permis de cerner sa définition, les difficultés occupationnelles et de participation sociale ainsi que les impacts que cela avait sur la qualité de vie des adolescents, notamment dans la scolarité en milieu ordinaire. Tout cela montre bien l'intérêt d'une prise en soin précoce en ergothérapie, c'est-à-dire avant l'apparition de ces impacts négatifs. Pour la suite de ce mémoire, nous ciblerons donc les enfants atteints de PC âgés de

4 à 10 ans, scolarisés en milieu ordinaire.

2. La scolarisation dans le premier degré : lieu d'apprentissage et de développement pour l'enfant

2.1. Le Développement de l'enfant entre 4 et 10 ans

2.1.1. Compétences motrices

D'après le ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports (2012), « L'acquisition de la marche est une étape essentielle pour l'autonomie ». Cette citation met en lumière l'importance de la marche pour permettre à l'enfant de pouvoir réaliser pleinement ses activités. Bien qu'elle se développe avant l'entrée à l'école maternelle, c'est pendant cette période, vers l'âge de 3 ans, que la marche s'affine et permet donc à l'enfant de s'engager dans des occupations (Ministère de l'éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2012).

Le développement des enfants n'est pas le même pour tous, mais en règle générale c'est entre 3 et 5 ans que les jeux, notamment ceux en extérieur, commencent à être plus élaborés car les enfants se voient la possibilité de courir, sauter, lancer/attraper une balle ou même commencer à faire du tricycle (Ferland, 2014).

D'après Tourette, l'équilibre corporel augmente encore un peu plus avec l'âge, surtout avant 10 ans. C'est également entre 5-6 ans et 12 ans, que l'adresse se développe et est sensiblement la même que celle d'un adulte (Tourette, 2010).

Comme nous avons pu le voir, les enfants atteints de PC, peuvent rencontrer des difficultés de motricité globale. Malgré l'utilisation d'une aide technique, le fait de ne pas pouvoir avoir accès à cette motricité globale comme les autres enfants semble être tout de même un frein à leur participation sociale et donc à l'acquisition des compétences sociales.

2.1.2. Compétences sociales

Une des grandes étapes de la construction sociale de l'enfant, est celle du développement de la Théorie de l'esprit. Il s'agit de la « représentation des états mentaux (désirs, pensées, croyances d'autrui) et du fait que ces états peuvent être différents de leurs propres états », autrement dit, c'est le fait de comprendre que l'autre est différent de nous et qu'il ne pense pas la même chose, c'est aussi ce qui va nous permettre de nous mettre à la place de l'autre (Ministère de l'éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports, 2012,p.5).

C'est entre 3 et 7 ans que l'enfant commence à comprendre le point de vue d'autrui, ses désirs, ses pensées et ses croyances. Cependant, c'est au travers des interactions sociales que l'enfant va pouvoir développer sa théorie de l'esprit (Duval et al., 2011). Ainsi il va développer ses compétences sociales

comme attribuer des intentions et des états mentaux à autrui, ou encore s'adapter socialement (Duval et al., 2011).

De plus, cette théorie de l'esprit aurait une relation directe avec le développement du langage chez l'enfant, qui est aussi un des grands vecteurs d'interaction sociale (Duval et al., 2011).

Nous pouvons suggérer que le fait d'avoir peu d'interactions sociales retarde le développement de la théorie de l'esprit. Ceci entraînerait des limitations de participation sociale, car l'enfant sera amené à rencontrer des difficultés pour réaliser des activités dans lequel il devra interagir avec son environnement social et physique.

C'est à l'école primaire, soit entre 6 et 10 ans que l'enfant va interagir de plus en plus avec les autres enfants car « l'école prend en quelque sorte le relais de la famille comme agent de socialisation ». Les enfants passent d'activité *de groupe* à activité *en groupe*, qui permet à chaque membre du groupe de participer de manière égale (Tourrette, 2010).

D'après Tourette : « établir des liens d'amitié est possible lorsqu'on a développé des compétences sociales basées à la fois sur le partage des affects et sur le partage des actions (activités communes) [...] Par exemple, les enfants qui peuvent le mieux prendre en considération la perspective d'autrui sont souvent ceux qui présentent le plus de conduites affiliatives (comportements prosociaux d'offrande et de partage) et sont perçus comme les plus populaires » (Tourrette, 2010).

Le fait que les enfants atteints de PC présentent des difficultés motrices influence le développement de leurs capacités sociales. Ceci est dû au fait qu'ils aient moins d'interactions sociales avec leurs pairs car l'accès aux activités en groupe est plus restreint, et donc leur participation sociale est diminuée, notamment en cour de récréation : lieu de jeux et d'expérimentations.

2.2. La cour de récréation : expérimentation de la vie en société

2.2.1. Occupations en cour de récréation

D'après la définition du Robert : « la récréation est un moment de détente qui vient après un moment plus sérieux ». Contrairement au temps scolaire, le temps de récréation est un moment de liberté, qui reste tout de même surveillé mais au cours duquel les enfants s'impliquent dans des jeux. C'est un moment fondamental car c'est pendant ce temps-là qu'ils peuvent prendre l'initiative de leurs activités (Delalande, 2003a).

Il a été remarqué qu'à chaque âge correspond un jeu. Par exemple, les jeux de billes ne se manifestent qu'à partir de l'entrée au CP (vers l'âge de 6 ans) (Delalande, 2003b). Au fur et à mesure, les jeux collectifs vont prendre forme et se mettre en place, notamment à partir de la moyenne section de maternelle (Delalande, 2005). En maternelle, pendant ce temps de récréation, sans les différencier en

fonction de leur sexe, les enfants ont tendance à jouer à la bagarre, à se poursuivre, à jouer au ballon ou courir. Mais ils peuvent également jouer à des jeux plus calmes, plus symboliques comme jouer au « papa et à la maman »(Inspection académique Charente-Maritime, 2008). Ces jeux font souvent appel à des capacités motrices importantes, ce qui peut représenter une difficulté pour les enfants atteints de PC.

Ces jeux traditionnels semblent anodins cependant, d'après Delalande, ils permettent à chaque participant de prendre en charge le déroulement seul, c'est-à-dire à « s'accorder sur les règles, à définir un rôle pour chaque participant et à alimenter le jeu pour le faire vivre »(Delalande, 2005, p.29). Ils sont donc vecteurs de participation sociale.

La participation sociale étant au cœur de ce sujet de recherche, il semble important de la définir, d'autant plus qu'elle est omniprésente notamment au moment de la récréation.

2.2.2. Participation sociale

De nombreuses définitions ont été données pour le terme de « participation sociale », cependant nous retiendrons celle de Ninacs pour qui elle représente « l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements ». L'intérêt de la participation sociale est qu'elle contribue à l'autonomisation de l'individu (Ninacs, dans Poriel, 2016).

Ainsi, le fait de participer à des jeux en cour de récréation avec d'autres enfants est une forme de participation sociale.

Dans le MCREO, « la participation de la personne dans un contexte social est un critère maintenant très important »(Association Canadienne des Ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009).

D'après Delalande, en cour de récréation les enfants apprennent la vie en société sans pour autant avoir une approche pédagogique comme le feraient des enseignants qui donnent un cours, mais en cherchant à trouver leur place au sein du groupe (Delalande, 2003a). C'est donc en participant avec leurs pairs qu'ils arriveraient à trouver leur place.

De plus, il a été montré que c'est dans les contextes de jeux faisant appel à la motricité globale, que les interactions entre enfants sont favorisées, davantage que dans un contexte de jeux de motricité fine, comme les jeux effectués en classe(Vandenberg, dans Ferland, 2018a).

Avoir des amis aurait de nombreux bénéfices pour les enfants et contribuerait à leur qualité de vie, à se développer au niveau émotionnel et intellectuel ou encore à avoir un soutien social qui servirait « d'amorti » aux éléments stressants de la vie (Solish et al., 2009).

Il a été montré que l'imitation est un des moyens utilisé par l'enfant, notamment en maternelle pour rentrer en contact avec l'autre et ainsi commencer une relation, comme le fait de copier ses déplacements dans la cour (Delalande, 2003a). Cela peut expliquer les difficultés pour les enfants atteints de PC à s'engager dans le jeu en récréation; étant donné qu'ils peuvent présenter des difficultés motrices entravant leurs mouvements.

De plus, des études ont montré que l'apparition de l'imitation chez les enfants entre 3 et 5 ans présentant une déficience physique était plus tardive, ce qui explique encore une fois pourquoi la participation sociale de ces enfants est plus faible (Ferland, 2018a).

2.2.3. Disparités de participations sociales

Il existe de réelles différences entre les enfants présentant des déficiences et ceux n'en présentant pas, notamment lorsqu'ils jouent. En effet, les enfants en situation de handicap jouent plus souvent avec les adultes qu'avec leurs pairs.

D'après une étude menée auprès d'enfants en situation de handicap, 73 % de leurs activités sociales et 69 % de leurs activités sportives s'effectueraient dans le cadre familial et non avec leurs pairs (Solish et al., 2009).

Nous avons également pu voir précédemment que les enfants atteints de déficiences motrices, comme la paralysie cérébrale, avaient tendance à se retrouver isoler socialement. Cependant, des théories ont prouvé qu'il était important d'interagir avec ses pairs, non seulement pour permettre sa socialisation mais également pour développer ses compétences cognitives (Thouroude, 2010). En effet, le fait d'échanger avec ses pairs permettrait de remettre en causes ses propres visions et représentations du monde et ainsi les modifier pour acquérir de nouvelles connaissances (Thouroude, 2010).

Lors du moment de récréation, le rôle de l'adulte n'est pas de jouer avec les enfants mais de les surveiller et d'assurer leur sécurité (Décret n° 90-788 du 6 septembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires, 1990). Ainsi, il semble essentiel que l'enfant en situation de handicap puissent jouer avec ses pairs et non avec l'adulte.

Le fait de se sentir isolé en cour de récréation, lieu où les amitiés se créent et se renforcent, peut rapidement être très mal vécu. Les enfants le comprennent dès la maternelle c'est pourquoi ils veulent montrer leurs compétences dans les jeux pour se faire accepter auprès de leurs pairs (Delalande, 2003b). En ce sens, on comprend qu'il existe un réel écart entre les enfants présentant des situations de handicap et ceux n'en présentant pas.

Pourtant, c'est en se confrontant aux autres et en proposant de nouvelles idées ludiques que les enfants qui étaient jusque-là à l'écart du groupe peuvent s'y intégrer (Delalande, 2003a) . Il serait alors

intéressant de proposer à ces enfants qui se retrouvent à l'écart à cause de leur handicap, des jeux, notamment en ergothérapie, qu'ils pourraient alors réinvestir en cour de récréation afin de pouvoir s'engager dans l'occupation, être inclus au sein du groupe et ainsi participer socialement. Le moyen thérapeutique utilisé par l'ergothérapeute serait alors l'occupation pour laquelle l'enfant rencontre des difficultés, à savoir le jeu collectif, qui peut être réalisé en cour de récréation

3. Le jeu en ergothérapie

3.1. Généralités

3.1.1. Définition

Le jeu est au cœur des occupations de l'enfant en cour de récréation.

Il existe de nombreuses définitions sur le jeu :

- D'après Caillois, « le jeu est une activité sérieuse, éducative, pédagogique, qui contribue au développement affectif, sensori-moteur, cognitif, moral, intellectuel et social de l'enfant d'une part, au développement des plus hautes manifestations de la culture d'autre part » (Caillois, dans Gaussoit, 2016, p.142). Cette définition met en avant le type d'activité attribué au jeu mais également les effets qu'il a sur l'enfant. Au travers du jeu, l'enfant va non seulement développer des compétences mais aussi intégrer sa propre culture.
- D'après les auteurs qui traitent de la psychologie du développement, le jeu est une activité qui prend en compte les dimensions sociales interactives. (Vygotsky, dans Gaussoit, 2016).
- Pour Piaget, le jeu est un processus d'assimilation du monde externe, par la capacité de l'enfant à transformer et à symboliser. Il met en avant l'importance du développement du symbolisme, c'est-à-dire de la capacité de l'enfant à remplacer un objet par un autre. Par exemple, un cube de bois qui devient une voiture miniature. C'est en simulant des événements imaginaires qui se rapprochent petit à petit de la réalité que l'enfant va pouvoir s'intégrer au monde. (Piaget, dans Aucouturier, 2017).
- Pour Winnicott, le jeu de l'enfant est « spontané et universel », il est un tout qui a des vertus thérapeutiques. Le jeu permet à l'enfant d'entrer dans une aire intermédiaire, dans laquelle la réalité est réinventée en fonction des besoins de l'enfant. Pour lui, « l'enfant peut distinguer la réalité de ses désirs propres, mais le jeu est un moyen d'exister en tant que « soi », malgré les contraintes de la réalité auxquelles il doit s'adapter », ceci lui permettrait d'acquérir sa personnalité. (Winnicott, dans Bailly, 2001, p.43).

Toutes ces définitions sur le jeu abordent des notions importantes, mais elles ont toutes pour point commun le fait que l'enfant acquière des compétences en jouant. C'est donc un processus essentiel pour permettre à l'enfant de découvrir et de s'intégrer au monde. De plus, il est mis en évidence l'aspect social du jeu, en effet, d'une part l'enfant développe ses compétences sociales en jouant, mais aussi c'est en jouant avec ses pairs qu'il pourra à son tour développer des compétences. Ceci met alors en avant l'importance de l'utilisation du jeu auprès des enfants.

3.1.2. L'utilisation du jeu auprès des enfants

D'après Ferland (2018b), l'engagement de la personne dans des activités leur permet de se découvrir elle-même, mais aussi ce qui les entoure. L'activité devient un facteur de santé à partir du moment où elle permet à l'Homme d'acquérir et de développer des habiletés mais aussi d'interagir avec son environnement (Ferland, 2018b).

Cependant, il ajoute que pour que l'activité ait de tels bienfaits sur la personne, il faut qu'elle ait du sens pour elle, c'est-à-dire qu'elle puisse répondre à ses besoins, ses intérêts et ses objectifs personnels (Ferland, 2018b). Le fait d'avoir une activité signifiante pour la personne, lui permet d'optimiser son rendement occupationnel (Ferland, 2018b).

Ceci peut alors nous indiquer pourquoi le jeu est un outil thérapeutique utilisé auprès des enfants en situation de handicap. En effet, toujours d'après Ferland, le jeu est une activité significative pour l'enfant. Elle est essentielle pour lui et c'est aussi une manière de rentrer en contact avec l'enfant plus facilement, de susciter son intérêt et de lui faire ressentir du plaisir (Ferland, 2018b).

Comme nous avons pu le voir précédemment, le MCREO met en avant la collaboration entre le client et le thérapeute. C'est en utilisant le jeu auprès des enfants que cette collaboration pourra se faire puisque c'est une occupation importante pour ces derniers, ce qui permettra finalement d'améliorer leur rendement et leur engagement occupationnel.

Il est tout de même important de noter qu'il faut adopter une attitude ludique, une des caractéristiques du jeu d'après le modèle ludique de Ferland, pour permettre d'utiliser le plein potentiel du jeu et ainsi que l'enfant puisse acquérir des habiletés et ses capacités d'adaptation (Guitard et al., 2006).

Il faut cependant justifier la place du jeu en ergothérapie, c'est pourquoi de nombreux courants de pensée ont vu le jour.

3.1.3. Principes fondamentaux du jeu en ergothérapie

De nombreux courants de pensée ont justifié l'utilisation du jeu en ergothérapie auprès des enfants. Chacun étant très différents l'un de l'autre, ils nous amènent à réfléchir sur quel positionnement l'ergothérapeute se base pour réaliser son intervention.

- Tout d'abord, un des premiers courants pense le jeu comme outil pour développer les capacités de l'enfant et sa productivité future. C'est-à-dire que le jeu permettrait à l'enfant de le préparer à sa future vie d'étudiant et d'adulte (Ferland, 2018b).
- Un deuxième courant de pensée place le jeu non seulement comme moyen thérapeutique mais aussi comme but à atteindre. En effet, le jeu y est décrit comme ayant un sens pour l'enfant, c'est donc une activité significative pour lui, mais aussi qui est lié à sa qualité de vie. De nombreux auteurs ont souligné l'importance d'utiliser des activités significatives comme moyen et comme fin à l'intervention. (Ferland, 2018b)
- D'autres encore ont effectué des recherches sur les possibilités que l'enfant joue librement. Ils préconisent alors que l'ergothérapeute encourage ce type de jeu chez l'enfant ayant une déficience physique. Ce courant prend en compte l'adaptation du matériel de jeu pour l'enfant dans les publications sur l'ergothérapie. (Ferland, 2018b)
- Un dernier courant place le jeu comme outil de prévention et de promotion de la santé auprès des parents d'enfants ne présentant pas de situation de handicap. Le jeu serait un moyen d'assurer le développement harmonieux de l'enfant, d'améliorer le rapport parents-enfants et d'aider toute la famille à améliorer sa qualité de vie. (Ferland, 2018b)

Le jeu que nous souhaiterions mettre en place auprès des enfants présentant des difficultés de participation sociale serait un mélange de ces différents courants. En effet, c'est une activité significative pour l'enfant qui est à la fois un objectif et un moyen. Le but étant également de permettre à l'enfant de jouer librement, dans le moment présent, lorsqu'il est en cour de récréation, mais aussi qu'il puisse participer socialement, pour que plus tard, notamment au moment de l'adolescence, sa qualité de vie ne soit pas diminuée. Cela aurait également un impact sur les familles de ces enfants qui les voyant capables de jouer comme n'importe quel enfant, pourraient alors réduire leur surprotection.

L'utilisation du jeu en ergothérapie a un réel intérêt.

3.2. L'intérêt du jeu chez l'enfant ayant une déficience physique

3.2.1. Habiletés acquises chez l'enfant et performance occupationnelle

Le jeu permet à l'enfant ayant des difficultés motrices d'acquérir de nombreuses capacités.

Tout d'abord il est important de noter que chez l'enfant présentant une déficience physique, le jeu représente d'abord une frustration, notamment parce que son accès y est plus restreint (Ferland, 2018a). L'enfant qui présente ce type de déficience joue moins avec les autres car il partage son temps avec les thérapies dont il bénéficie, ce qui entraîne le fait qu'il ait moins d'amis et de partenaires de jeu. Il est également plus dépendant des adultes, ce qui explique pourquoi il joue plus souvent avec eux, et ce pendant une plus longue durée (Ferland, 2018a).

D'après des études, lorsque l'ergothérapeute sollicite l'attitude ludique de l'enfant, qui est présente lorsqu'il joue, il favoriserait son initiative, sa spontanéité, ses habiletés sociales, sa motivation, sa prise de décision et d'autres habiletés qui sont à la fois importantes pour le présent, mais aussi pour le futur (Guitard et al., 2006).

De plus, le jeu est une manière de solliciter chez l'enfant ses capacités d'adaptation. Comme nous avons pu le voir précédemment, le jeu est utilisé en ergothérapie pour pouvoir développer ce que l'enfant sans déficience développe de manière naturelle, à savoir les habiletés physiques, cognitives, émotionnelles et sociales (Ferland, 1992).

Toutes ces habiletés acquises par l'enfant entraînent donc des répercussions sur leur performance et leur engagement occupationnel dans l'occupation « jeu ». En effet, jouer en ergothérapie aurait des impacts directs sur l'occupation « jeu » de l'enfant de manière générale.

Cela peut paraître anodin, voire non essentiel, notamment pour les parents de ces enfants, pour qui il semble peut-être plus important que des actions éducatives précoces soient mises en œuvre pour que la performance de l'enfant soit maximale (Ferland, 2018a).

Cependant, le jeu étant une occupation essentielle des enfants, le fait qu'ils ne jouent pas devrait plutôt amener à se questionner (Ferland, 2018a). Après tout, le jeu permet à l'enfant de découvrir, d'avoir du plaisir, de s'exprimer, de laisser place à sa créativité mais aussi de maîtriser son environnement (Ferland, 1992).

Pourtant, le jeu n'est véritablement jeu que lorsqu'il est spontané, librement choisi et organisé par l'enfant (Ray-Kaesler, 2017). Le jeu utilisé comme moyen thérapeutique en ergothérapie permettrait à l'enfant de jouer librement grâce aux capacités qu'il a pu développer pendant les séances.

3.2.2. Un pas vers le jeu libre en cour de récréation ?

Il n'existe pas de définition claire du « jeu libre », pourtant cette expression semble désigner « les formes de jeu où les enfants suivent leurs propres idées sans avoir un objectif ou un résultat en vue » il s'agit donc « des jeux dirigés par l'enfant qui se déroulent de préférence en plein air, mais aussi à l'intérieur » (Association canadienne de santé publique, 2018). Nous pouvons donc d'après cette

définition, dire que le jeu libre est le type de jeu qui est mis en place en cour de récréation, puisqu'aucun adulte n'est censé l'initier auprès des enfants.

Ceci est contradictoire avec le type de jeu qui est mis en place par l'ergothérapeute. En effet, en ergothérapie, le jeu est initié par celui-ci et non par l'enfant et le seul but de jouer n'y a pas sa place. Le fait de vouloir développer des habiletés chez l'enfant à travers le jeu serait une entrave à l'expression de son jeu libre et spontané (Ray-Kaeser, 2017).

Cependant, toutes les habiletés acquises grâce au jeu en ergothérapie permettrait à l'enfant d'être autonome et indépendant dans son jeu libre comme au moment de la récréation

Rappelons la définition de l'ergothérapeute. D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'ergothérapeute est un « spécialiste du rapport entre l'activité et la santé (ANFE, 2022).

Il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères à la santé, et d'autres part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace » (ANFE, 2022).

Nous nous arrêtons sur le mot « autonome », qui est « la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci » (Sylvie Meyer, 2013).

Pour notre recherche, l'objectif de l'ergothérapeute est d'atteindre l'autonomie de l'enfant dans ses jeux libres avec ses pairs en cour de récréation pour qu'il puisse participer socialement. Pour cela, il est important que l'enfant, lui-même, comprenne les objectifs qu'il a atteint en jouant en ergothérapie pour pouvoir ensuite les transférer en dehors des séances.

C'est pourquoi, « il faut donc permettre au joueur d'effectuer un transfert entre la situation de jeu et la situation d'apprentissage, l'aider à imaginer comment il va pouvoir remettre en œuvre les compétences dont il a fait preuve durant la partie » (Barthélémy- Ruiz, 2006).

Lorsque l'enfant joue en groupe avec ses pairs, il réalise des jeux collectifs, il apprend en réalité la vie en société. Les jeux qu'il réalise font donc réellement appel à sa participation sociale.

Le jeu que nous avons décrit précédemment permet à l'enfant de développer sa spontanéité, sa prise d'initiative. Ainsi, nous suggérons que le jeu collectif utilisé comme moyen thérapeutique en ergothérapie, permet aux enfants de développer leur prise d'initiative et leur spontanéité avec leurs pairs, de leurs apprendre la vie en société (avec la mise en place de règles à respecter, de rôle à avoir). Cela leur permettrait aussi de gagner en confiance en eux et à montrer à leur entourage qu'ils sont capables de jouer comme les autres enfants, ainsi ils pourraient davantage vouloir réaliser ce genre de jeu.

Tout cela favoriserait donc leur participation sociale en cour de récréation.

Cela semble d'autant plus intéressant étant donné que le modèle MCREO est un modèle occupation centrée, son approche est donc Top-down. Cela signifie que lorsque l'ergothérapeute intervient, il se centre sur l'activité à réaliser et non sur les habiletés motrices et/ ou cognitives à améliorer. Ainsi, l'enfant pratique directement l'activité en recevant des retours de l'ergothérapeute ou de lui-même pour pouvoir ensuite réussir à réaliser l'activité en dehors des séances. Ici, l'occupation qui représente une difficulté pour l'enfant est le jeu collectif en cour de récréation, alors l'ergothérapeute centre ses séances sur le jeu collectif.

Pour que les objectifs de participation sociale soient atteints, il semble important que l'ergothérapeute initie le jeu, en choisissant au préalable les jeux collectifs qui permettront aux enfants de développer leurs capacités sociales et motrices.

Cependant, il doit faire cela tout en laissant une certaine liberté aux enfants (Barthélémy- Ruiz, 2006). D'après Barthélémy-Ruiz, pour les enfants qui sont plus réticents à jouer avec les autres, il semble intéressant d'utiliser une autre méthode qui vise à leur donner le rôle d'observateur et à utiliser leurs commentaires comme debriefing de fin de séance. Cette méthode permettrait à ces enfants de changer leur statut d'observateur pour devenir joueur lors du prochain jeu (en voyant que le jeu n'est pas si dangereux) (Barthélémy- Ruiz, 2006).

Afin que tous les enfants de ce groupe de jeu collectif soient engagés dans la séance, il semble important que l'ergothérapeute travaille la dynamique de groupe, et mette en place une atmosphère qui invite chaque enfant à jouer ensemble. C'est pourquoi il est nécessaire que le thérapeute adopte une attitude ludique, comme nous avons pu le mentionner précédemment. Ceci afin qu'aucun enfant ne soit mis de côté et que les interactions sociales soient l'essence même du groupe.

Il apparait donc intéressant de mettre en place ce type de jeu en ergothérapie pour favoriser la participation sociale de ces enfants en cour de récréation. D'autant plus que nous utilisons le modèle MCREO qui s'applique aussi bien avec des clients individuels qu'avec des groupes de clients (Association canadienne des ergothérapeutes, dans Morel-Bracq, 2009).

Ainsi, toute cette partie conceptuelle nous a menés à la problématique de ce mémoire qui est la suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute favorise-t-il la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale âgés de 4 à 10 ans, en cour de récréation en milieu ordinaire ?

L'hypothèse sur laquelle nous nous positionnerons est la suivante :

Les jeux collectifs, initiés par l'ergothérapeute, amènent l'enfant à jouer librement avec ses pairs.

II- Partie Expérimentale

1. Enquête envisagée

1.1. Objectifs d'enquête

- 1) D'ici le 10/04/2022, **Identifier l'impact des difficultés motrices sur le jeu libre des enfants atteints de paralysie cérébrale en cour de récréation.**

Critères d'évaluation :

Ils sont qualitatifs et reposent sur les échanges avec les ergothérapeutes ainsi que sur les observations faites auprès des enfants paralysés cérébraux.

- Repérer à travers le champs lexical des ergothérapeutes les difficultés rencontrées par ces enfants
- Analyser le rapport entre les occupations effectuées par l'enfant et les répercussions de la paralysie cérébrale : est-il entravé au niveau moteur ce qui implique qu'il participe moins socialement en cour de récréation ?

- 2) D'ici le 10/04/2022, **identifier les moyens utilisés par l'ergothérapeute auprès des enfants paralysés cérébraux scolarisés en milieu ordinaire qui permettraient de favoriser leur participation sociale en cour de récréation.**

Critères d'évaluation :

Ils sont qualitatifs et reposent sur les échanges avec les ergothérapeutes. A travers le champs lexical utilisé :

- Repérer si l'approche mise en place est centrée sur le jeu libre de l'enfant en cour de récréation.
- Repérer si l'approche mise en place est centrée sur la participation sociale de l'enfant en cour de récréation.
- Repérer les moyens mis en place par l'ergothérapeute auprès de cette population.

- 3) D'ici le 29/04/2022, **évaluer l'impact des moyens mis en place par l'ergothérapeute sur le jeu libre collectif de l'enfant paralysé cérébrale en cour de récréation.**

Critères d'évaluation :

Ils sont qualitatifs et reposent sur les observations faites auprès des enfants et les échanges avec les ergothérapeutes.

- Mesurer le temps passé des enfants atteints de paralysie cérébrale avec les autres enfants/avec les adultes/ seul pendant la cour de récréations
- Analyser le champ lexical utilisé par les ergothérapeutes concernant le jeu libre de l'enfant en cour de récréation : Remarquent-ils des changements où ont-ils des retours sur le comportement dans le jeu libre de l'enfant ? effets positifs ? négatifs ? aucune amélioration ?
- Identifier à l'aide de l'échelle de participation sociale de Parten¹, dans quel niveau se situe l'enfant

1.2. Populations cibles

Pour cette enquête, j'envisage d'interroger des ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants paralysés cérébraux, scolarisés dans le 1^{er} degré. Ils devront donc travailler en cabinet libéral ou dans des services intervenants sur le lieu de scolarisation ordinaire des enfants tels que les S.E.S.S.A.D (Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) par exemple.

Par ailleurs, j'effectue mon stage du semestre 6 dans un S.E.S.S.A.D qui prend en charge en grande majorité des enfants atteints de paralysie cérébrale, ce qui me permettra donc de pouvoir rentrer en contact direct avec ces enfants. Ces enfants devront être inclus en école ordinaire et être présents au moment de la récréation pour que je puisse observer leur participation sociale.

En regard du temps imparti, les échantillons des populations choisies seront non-représentatif mais auront des critères bien spécifiques afin de répondre au mieux aux objectifs de cette enquête. Les critères que devront respecter ces échantillons sont inscrits dans le tableau ci-dessous.

| Populations | Ergothérapeutes | Enfants |
|-----------------------------|---|---|
| Critères d'inclusion | Ergothérapeutes travaillant sur le lieu de scolarisation en milieu ordinaire des enfants atteints de paralysie cérébrale âgés entre 4 et 10 ans. | Enfants paralysés cérébraux âgés entre 4 et 10 ans présentant principalement des troubles moteurs légers à modérés, scolarisés en milieu ordinaire, avec accord parental. |
| Critères d'exclusion | Ergothérapeutes ne travaillant pas ou n'ayant jamais travaillé auprès d'enfants paralysés cérébraux âgés entre 4 et 10 ans. Ergothérapeutes n'ayant jamais intervenu sur le lieu de scolarisation en milieu ordinaire des enfants. | Enfants n'ayant pas d'accord parental. Enfants ayant des troubles cognitifs/intellectuels importants. |

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion des populations cibles de l'enquête

¹ Voir Annexe III: Critères d'observation

1.3. Choix et construction des outils d'investigation

Au regard des objectifs à atteindre mais aussi des populations choisies, il semble judicieux de réaliser des entretiens semi-directifs auprès des ergothérapeutes. En effet, ces entretiens nous permettront d'obtenir des données qualitatives détaillées sur des questions précises ce qui permettra de répondre au mieux à l'hypothèse. Il a été montré que le travail de recherche qualitatif était adapté dans plusieurs domaines, notamment celui de la santé (Imbert, 2010).

En effet, d'après Blanchet et Gotman « l'information récoltée relève de la « réponse discours » contextualisée qui est particulièrement profonde, riche et porteuse de sens » (Gélinas Proulx & Dionne, 2010, p.129). Cet entretien « s'avère utile lorsque l'enquêteur veut analyser la perception des participants vis-à-vis de leurs pratiques, leurs expériences ou lorsqu'il veut déterminer les valeurs et les normes qu'ils valorisent ». (Gélinas Proulx & Dionne, 2010, p.129).

Afin de préparer au mieux cet entretien, il est important de réfléchir, s'interroger en amont. La collecte des informations provenant du récit de l'interviewé s'appuiera sur un « guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire » (Imbert, 2010, p.25). Le guide d'entretien mis en place porte donc sur des thèmes préalablement définis et testés en amont auprès de personnes extérieures au domaine de la santé, auprès de collègues de promotion et enfin validés auprès de ma maitre de mémoire. Les thèmes qui ont permis de construire cette grille d'entretien, sont en liens avec la partie conceptuelle, et nous permettent de répondre aux objectifs d'enquête.

Enfin, d'après Imbert, « réaliser un entretien suppose que le chercheur adopte réellement une posture d'écoute attentive et soutenue de l'autre et lui pose des questions sans inférer, c'est-à-dire en évitant d'apporter des éléments de réponse » (Imbert, 2010, p. 26). Il ne s'agit donc pas d'un simple questionnaire qui ne permettrait pas à la personne interviewée de s'exprimer. Les questions posées doivent être ouvertes, tout en centrant la personne sur le sujet afin d'obtenir le plus d'informations qualitatives possibles (Imbert, 2010). Les entretiens seront enregistrés (avec l'accord des interviewés), pour faciliter leur retranscription et l'identité des personnes interrogées ne sera pas divulguée. Les questions posées ont pu être amenées à évoluer en fonction de ce que l'interviewé pouvait répondre.

En parallèle, il serait intéressant de partir sur de l'observation auprès des enfants paralysés cérébraux âgés entre 4 et 10 ans au moment de la récréation. Cet outil semble intéressant à mettre en place auprès de cette population étant donné qu'il s'agit d'un public jeune auprès de qui la technique de l'entretien semble moins adaptée. Cet outil permet de mettre en avant « ce qui se cache, retracer l'enchaînement des actions et des interactions, ou encore saisir ce qui ne se dit pas ou « ce qui va sans dire » » (Chauvin & Jounin, 2012). L'observation directe permet « de recueillir des données sur ce que font les individus en milieu naturel » (Guikas et al., 2016, p.164). Cette observation nous permettrait

donc de recueillir des informations sur la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale en cour de récréation et ainsi de pouvoir dire s'il y a un impact ou non sur celle-ci lorsque l'ergothérapeute intervient auprès de ces enfants. Elle est également particulièrement conseillée lorsque le sujet d'étude se base sur les interactions sociales de la personne, ce qui rentre tout à fait dans cette notion de participation sociale (Guikas et al., 2016).

Il est important de réaliser une grille d'observation afin de pouvoir rester focalisé sur les éléments qu'ils seraient importants de prendre en compte au cours de cette observation. Les critères de la grille d'observation permettront également de répondre à la problématique posée en répondant également à des thèmes en rapport avec ceux abordés lors des entretiens. Dans cette grille d'observation sont également ajoutés des éléments non observables lors de la récréation, par exemple, les répercussions motrices et cognitives de la paralysie cérébrale sur l'enfant. L'utilisation d'un journal de terrain peut aussi être intéressante afin de prendre des notes en plus qu'il serait aussi important de prendre en compte mais qui ne rentrera dans aucune catégorie de la grille (Guikas et al., 2016). Cette grille d'observation sera d'abord validée auprès de ma maître de mémoire mais également par le tuteur de stage avant l'expérimentation. Cette observation se réalisera après accord parental de l'enfant observé.

Dans le cas où l'observation en cour de récréation ne serait pas possible, il pourrait être intéressant de poser des questions lors des entretiens avec les ergothérapeutes en rapport avec l'impact qu'ils ont sur la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale en cour de récréation.

1.4. Passation des entretiens et des observations

Pour pouvoir passer des entretiens, il est important d'avoir des personnes qui correspondent à nos critères d'inclusion et d'exclusion, afin de répondre au mieux à la problématique posée.

La recherche des ergothérapeutes a été réalisée à la fin du mois de mars. Les contacts ont pu être obtenus rapidement par l'intermédiaire d'un ergothérapeute. J'ai pu obtenir quatre contacts d'ergothérapeute, trois ont donné une réponse positive pour réaliser un entretien. Par le biais d'un autre contact professionnel, des recherches d'ergothérapeutes ont également pu être menées, cependant ne répondant pas à mes critères d'inclusion, je n'ai pu réaliser d'entretiens avec eux.

Ces entretiens se sont faits par appel téléphonique. L'accord d'enregistrement en respectant l'anonymat de chacun a été obtenu en début d'appel. Tous les ergothérapeutes travaillent ou ont travaillé dans un S.E.S.A.D, et sont donc amenés à intervenir sur le lieu de scolarisation des enfants.

Avant chaque entretien, un rappel du thème du mémoire a été fait, sans pour autant donner trop d'informations pour ne pas influencer le discours des ergothérapeutes. Les trois entretiens ont duré entre 15 et 45 minutes.

Pour ce qui est des observations, comme dit précédemment, j'ai pu les réaliser dans le cadre de mon dernier stage. Chaque enfant était suivi par ma tutrice de stage et l'accord parental a pu être recueilli par son intermédiaire.

Avant de réaliser ces observations, il a été important de se demander si la loi Jardé « relative aux recherches impliquant la personne humaine » concernait ce type d'outils d'investigation ainsi que cette population. Cependant, « la recherche non interventionnelle n'est pas concernée par la loi » (Fournier, 2012, p. 47). Les recherches interventionnelles sont « toutes les recherches dans lesquelles « tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance » (Fournier, 2012, p. 48) . Dans le cadre de cette observation en cour de récréation, il s'agit bien d'une recherche non interventionnelle car l'ergothérapeute devait réaliser ces observations. De plus, je ne suis pas intervenue avant, pendant et après ce moment.

Les observations se sont passées dans les écoles respectives de chaque enfant. L'emploi du temps de ma tutrice a dû être adapté pour pouvoir venir dans l'école des enfants au moment de la récréation. Les observations ont été réalisées entre le 11 et le 22 avril et ont chacune duré 10 minutes.

Il existe plusieurs types d'observation directe (participative, non-participative), j'ai pu adopter deux positions différentes afin de voir comment je pourrais obtenir le plus d'informations possible. Dans un premier temps, j'ai tenté d'observer les enfants en étant parmi eux. Cependant, ceci n'a rien donné étant donné qu'ils souhaitaient rester avec moi, cela a donc perturbé leurs habitudes et il n'était donc pas intéressant d'observer leur comportement. Je me suis donc tenue à l'écart d'eux, afin qu'ils ne me voient pas et que je puisse observer leurs comportements habituels en cour de récréation.

2. Résultats bruts :

Rappeler dans la partie avant que dans la grille d'observation il y a aussi des données non observables

Les résultats bruts de l'enquête seront présentés en suivant les thèmes abordés dans cette enquête.

2.1. Présentation des ergothérapeutes et des enfants paralysés cérébraux

| | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 | Enfant 5 | Enfant 6 | Enfant 7 |
|--|---|---------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| Sexe | Garçon | Garçon | Garçon | Fille | Garçon | Garçon | Fille |
| Age des participants | 8,7 ans | 4,5 ans | 6,8 ans | 6,10 ans | 9, 5 ans | 5,3 ans | 10 ans |
| Répercussions motrices de la paralysie cérébrale | 4 membres : retard psychomoteur, trouble de l'équilibre | Légère Hémiparésie Droite | MS ² : retard psychomoteur, retard de croissance, | MI ³ : diplégie spastique | MS: dyspraxie | Hémiparésie | 4 membres : retard psychomoteur |
| Troubles associés | Troubles du comportement , trouble des apprentissages | - | Epilepsie, trouble de l'attention | Troubles des apprentissages | Trouble du langage : dysphasie | Retard cognitif | Légère déficience intellectuelle |

Tableau 4 : Profil des enfants paralysés cérébraux observés en cour de récréation

Les enfants observés ne sont pas tous dans la même école. Certains sont scolarisés en milieu ordinaire via le dispositif ULIS, c'est le cas des enfants 4, 5,7, qui sont dans la même école. Les autres enfants sont scolarisés individuellement. L'enfant 6 présente un emploi du temps adapté étant donné qu'il ne vient à l'école que la matinée. Les enfants 2, 3 et 6 sont en école maternelle : l'enfant 2 est en moyenne section de maternelle, les enfants 3 et 6 sont en grande section de maternelle. L'enfant 3 réalise sa deuxième grande section de maternelle. L'enfant 1 est en CE1, l'enfant 4 est en CP, l'enfant 5 est en CE2, l'enfant 7 est en CM2.

² MS : Membres supérieurs

³ MI : Membres inférieurs

| | Ergothérapeute 1 (E1) | Ergothérapeute 2 (E2) | Ergothérapeute 3 (E3) |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Date d'entretien | 11/05/2022 | 17/05/2022 | 18/05/2022 |
| Présentation de l'interviewé | SESSAD depuis 4 ans ½ | Anciennement : SSR neurologie pendant 1 an Actuellement : SESSAD depuis 5 ans | Anciennement : 1 an dans un SSR neurologique, SESSAD « mobile » Actuellement : SESSAD au sein d'un EREA depuis 1 an |
| Présentation de la structure | Intervention à l'école, et au domicile. Enfants atteints de paralysie cérébrale. Rééducation, réadaptation. | Intervention à l'école, et au domicile. Enfants atteints de paralysie cérébrale. Rééducation, réadaptation. | Anciennement : même missions que les deux autres ergothérapeutes. Actuellement : Intervention à l'école de l'enfant (de la primaire au BTS). Enfant avec handicap neuromoteur. |

Tableau 5 : Présentation des ergothérapeutes interrogés.

E1 et E2 travaillent actuellement dans un SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile). Ils ont pour mission d'intervenir sur le lieu de vie de l'enfant, c'est-à-dire au domicile ou à l'école, en milieu ordinaire. E3 travaille dans un SESSAD qui est inclus dans un EREA (Etablissement Régional d'Education Adaptée). Elle n'intervient plus à domicile mais dans l'école des enfants qui est adaptée au handicap des enfants, on ne peut considérer cela comme un milieu ordinaire. Cet ergothérapeute a cependant travaillé deux ans auparavant dans un SESSAD comme E1 et E2, et a donc pu effectuer les mêmes missions. E1 et E2 prennent en soin la même tranche d'âge d'enfant c'est-à-dire de 0 à 20 ans, tandis que E3 prend actuellement en charge des enfants âgés entre 6 et 20 ans. Ces trois ergothérapeutes réalisent de la rééducation motrice, notamment de la motricité fine, ou encore des apprentissages. Des adaptations pour les activités de la vie quotidienne sont également mises en place en fonction des séquelles et des difficultés des enfants.

2.2. Problématiques occupationnels des enfants paralysés cérébraux scolarisés en milieu ordinaire.

| | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 | Enfant 5 | Enfant 6 | Enfant 7 |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---|----------------------|--|---|---|
| Occupations | Jouer avec le matériel seul | Marcher dans la cour avec ses pairs | Suit ses pairs qui courent sans entrer en interaction avec eux, | Rester avec l'adulte | Essaye d'attraper la balle mais n'est pas inclus dans le jeu de foot | Suivre les autres enfants sans entrer en interaction avec eux | Donner des consignes de jeux aux enfants plus petit |

Tableau 6 : Occupations des enfants observés en cour de récréation

Les enfants observés présentent des profils occupationnels différents pendant le moment de récréation, certains présentent des difficultés à jouer avec leurs pairs, mais d'autres non. Les enfants 3 et 6 suivent les autres enfants de la cour de récréation sans pour autant rentrer en interaction avec eux. Pour l'enfant 3, il est difficile pour lui de s'intégrer aux autres lorsque sa séance d'ergothérapie est juste avant la récréation. Pourtant quand il est en classe juste avant la récréation et qu'il est donc déjà inclus parmi les autres enfants, il ne présente pas cette difficulté. L'enfant 6 quant à lui suit les autres enfants, mais présente des difficultés pour être au même rythme que les autres, il se retrouve donc derrière le groupe d'enfant. L'enfant 1 joue seule avec le matériel de la cour de récréation, il présente des difficultés à être inclus avec les autres notamment à cause des troubles comportementaux qu'il peut avoir. L'enfant 2 chahute avec ses pairs, parle et marche avec eux de manière appropriée. L'enfant 4 reste avec l'adulte pendant le temps de récréation car elle rapporte avoir peur de se faire bousculer par les autres. L'enfant 5 joue au football parmi les autres enfants. L'enfant 7 change de rôle et se place en tant « qu'enseignante » auprès des enfants plus petits, elle ne peut effectuer les mêmes gestes qu'eux mais trouve une stratégie pour pouvoir tout de même jouer avec eux. Cependant, sa participation sociale avec les enfants de son âge est plus difficile.

D'après le discours des ergothérapeutes d'autres problématiques occupationnelles ont pu être relevées.

Chaque ergothérapeute relève les difficultés d'apprentissage, les difficultés à se déplacer. Les difficultés de participation sociale, notamment au moment de la récréation, sont évoquées par E1 et E2.

Cependant tous n'ont pas le même avis sur l'importance des difficultés motrices et la diminution de participation sociale, d'après ce que nous pouvons relever dans leurs propos.

| Réponses | |
|-----------|--|
| E1 | « Pour certains qui ont beaucoup de difficultés motrices qui ont peur de beaucoup tomber, ils vont se retrouver beaucoup plus avec les adultes et vont pas forcément aller jouer et aller explorer avec leurs camarades sur d'autres types de jeu. » |
| E2 | « Des fois ceux qui ont un handicap moteur léger et qui ont un gros trouble des fonctions exécutives et qui sont incapables de suivre une consigne ou un jeu. Bah il se retrouve aussi à être à jouer un peu tout seul, quoi. Parce qu'ils sont pas au même rythme que les autres » |
| E3 | « ...un enfant où c'est différent parce qu'il avait des troubles du comportement. Donc, ils adorent les moments de récré, mais [...] C'est beaucoup de stimulations. Pour lui, c'était pas supportable, donc quand il y avait trop, il était excité, il courait partout, mais au bout d'un moment de cette excitation, ça devenait de l'énerverment et ça pouvait se transformer en agressivité et il tapait ses camarades » |

Tableau 7: Influence des troubles moteurs, cognitifs et comportementaux sur la participation sociale

E3 évoque également que l'acceptation de l'enfant par les personnes qui l'entoure (que ce soient les enfants ou les professeurs) est aussi quelque chose qui va grandement impacter sa participation sociale. L'acceptation des autres enfants est plus difficile au collège. Cet ergothérapeute évoque le fait qu'à partir de cette période, les enfants atteints de paralysie cérébrale ont une participation sociale en cour de récréation beaucoup plus faible que celle des autres enfants. Ces difficultés de participation sociale ne se font néanmoins pas du tout ressentir dans l'école adaptée dans laquelle E3 travaille.

2.3. Objectifs travaillés en ergothérapie

| Objectifs travaillés en ergothérapie | |
|--------------------------------------|--|
| Enfant 1 | Compensation du graphisme : ordinateur |
| Enfant 2 | Outils scolaires, AVQ ⁴ : couverts, habillage |
| Enfant 3 | Outils scolaires, activité de la vie quotidienne : habillage, couverts |
| Enfant 4 | Engagement occupationnel, coordination visuomotrice, outils scolaires |
| Enfant 5 | Motricité fine, autonomie AVQ compensation du graphisme |
| Enfant 6 | Autonomie vie quotidienne, utilisation des outils scolaires |
| Enfant 7 | Autonomie AVQ |

Tableau 8 : Objectifs ergothérapeutiques des enfants observés en cour de récréation

Les objectifs des enfants observés se basent surtout sur les activités scolaires en classe avec la compensation des troubles graphiques, ainsi que sur les gestes de la vie quotidienne. Les jeux en cour de récréation ne sont pas travaillés spécifiquement. Ces objectifs sont établis après discussions en équipe, en fonction des constatations des différents bilans ainsi que des demandes de la famille et des enfants pour l'année qui suit. Pour l'enfant 4, un des objectifs de l'ergothérapeute est de permettre son engagement occupationnel dans et en dehors des séances. Ceci est dû au fait qu'elle refuse de nombreuses activités, notamment lorsqu'elle sent qu'elle va être en échec.

On retrouve dans les témoignages des ergothérapeutes interrogés les mêmes objectifs.

Pour les établir ils prennent en compte la demande de la famille et des enfants.

⁴ Activité de la vie quotidienne

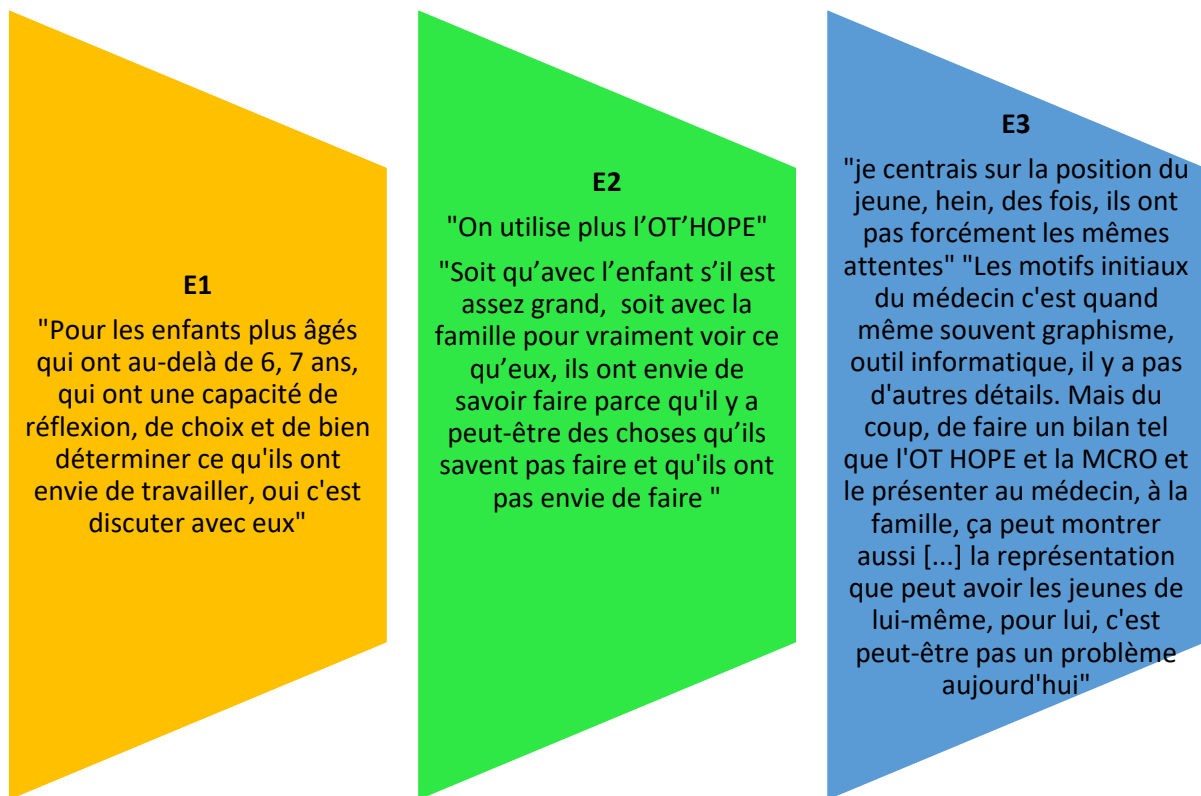


Figure 2 : Etablissement des objectifs thérapeutiques.

Pour E3 « la demande de loisirs, je trouve que c'est pas ce qui émerge en premier. Alors que c'est, c'est quelque chose de très important pour la mise en confiance de l'enfant ». Pour E1, les jeux en cour de récréation sont travaillés avec le kinésithérapeute ou le psychomotricien quand il s'agit de jeux qui font appel à la motricité globale. Sinon, lorsqu'il s'agit de travailler spécifiquement la relation avec les pairs, ils sont travaillés avec les éducateurs. E1, E2 et E3 évoquent pourtant le fait qu'il soit important de travailler les jeux en cour de récréation, ce que nous pouvons voir au travers des citations suivantes :

| | Réponses |
|-----------|---|
| E1 | « Pour amener l'enfant à plus s'ouvrir à ses camarades, à échanger, et pas être tout seul tout le temps » |
| E2 | « C'est important, à partir du moment où c'est la demande de l'enfant en fait, de toute façon, on le voit dans tout, peu importe ce qu'on ce qu'on travaille, si, si, l'enfant, il n'y voit pas d'intérêt, il y aura pas d'intérêt... Enfin, il y aura pas d'impact derrière » |
| E3 | « Je trouve ça très important de tenir compte de comment ça se passe à la récréation, parce qu'il y a beaucoup de liens qui se créent » |

Tableau 9 : L'importance de travailler le moment de récréation d'après les ergothérapeutes

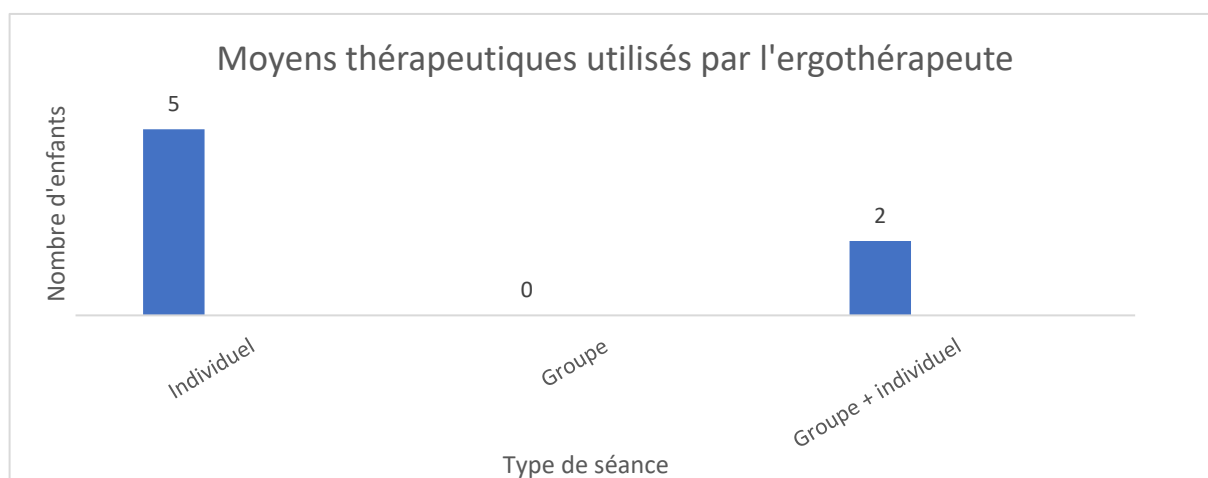
Le moment de récréation n'est pas forcément travaillé pour E1, en fonction du type de jeux qui est demandé, s'il s'agit de jeux de ballon, il est possible qu'il y ait une intervention là-dessus. Pour E2, une intervention sur le moment de récréation est seulement prévue s'il y a une demande spécifique par exemple pour faire de la corde à sauter. Enfin pour E3, le moment de récréation est travaillé par la

mise en place d'adaptations pour les déplacements : mise en place de fauteuil roulant électrique, de motilo, ... Cependant si l'enfant est satisfait de sa participation sociale actuelle, cela n'est pas un objectif de travail. Ces ergothérapeutes travaillent tout de même indirectement la participation sociale étant donné qu'ils mettent en place des moyens qui permettront à l'enfant de réaliser leurs jeux avec leurs pairs.

2.4. Moyens utilisés en ergothérapie auprès des enfants paralysés cérébraux

| Moyens utilisés en ergothérapie | |
|---------------------------------|---|
| Enfant 1 | Apprentissage de l'ordinateur |
| Enfant 2 | Parcours ludique sur l'utilisation des outils scolaires |
| Enfant 3 | Exercices papiers autour des outils scolaires, de l'habillage sous forme ludique ou de mises en situation |
| Enfant 4 | Lecture de livre sur la découverte du monde, jeu en rapport avec ces livres |
| Enfant 5 | Apprentissage de l'ordinateur : jeux sur l'ordinateur |
| Enfant 6 | Jeux et exercices sur l'utilisation des outils scolaires |
| Enfant 7 | Utilisation de la méthode CO-OP pour trouver des stratégies d'adaptation dans les AVQ difficiles. |

Tableau 10 : Moyens utilisés auprès des enfants paralysés cérébraux observés



Histogramme 1 : Type de séance mises en place auprès des enfants paralysés cérébraux observés

Pour tous ces enfants, des activités ludiques, de jeux ou de mise en situations sont mises en place. Pour deux de ces enfants, des séances en groupe sont mises en place. Il est important de noter que c'est le cas de l'enfant 4 qui présente des grosses difficultés de participation sociale notamment au moment de la récréation. Cette séance de groupe, réalisée en collaboration avec la psychomotricienne, rassemble d'autres enfants du S.E.S.S.A.D qui peuvent présenter des difficultés à interagir avec leurs pairs pendant des activités sociales, et, d'autres enfants qui présentent moins de difficultés à le faire.

L'enfant 5, lui, est placé en groupe avec des enfants qui travaillent les mêmes objectifs que lui sur l'ordinateur. Pour les autres enfants, des séances individuelles sont majoritairement mises en place mais ils peuvent être mis sur des groupes de sorties pendant les vacances scolaires.

Voici les moyens thérapeutiques utilisés par les ergothérapeutes interrogés :

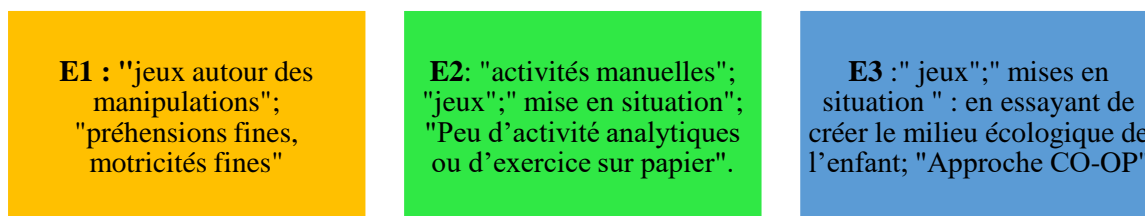


Figure 3 : Moyens utilisés par les ergothérapeutes interrogés auprès des enfants paralysés cérébraux

| Réponses | |
|-----------|--|
| E1 | « le jeu est très important dans les séances et c'est autour du jeu qu'on va les faire travailler ce dont ils ont besoin » |
| E2 | « Les jeux, ça permet de travailler plein de choses au niveau moteur et au niveau exécutif, des apprentissages, de l'attention donc, forcément ça va leur permettre d'avoir leur intérêt et de nous travailler ce qu'on veut derrière. » |
| E3 | « le jeu, c'est le monde de l'enfant donc forcément tu, tu l'utilises partout et à foison tout le temps même sur l'outil informatique, il y a beaucoup de jeux pour ça. » |

Tableau 11 : Le jeu comme moyens thérapeutique essentiel

Pour ce qui est du jeu en cour de récréation, E1 ne s'occupe que très rarement de cet objectif. Ce sont plutôt les éducateurs, les kinésithérapeutes et les psychomotriciens qui s'en occupent. E2 peut être amené à s'occuper de demandes précises et effectue alors des mises en situations ou réalise un travail sur les déplacements. E3 met surtout en place des adaptations pour les déplacements qui vont permettre de rendre accessible les jeux en cour de récréation pour l'enfant.

Ces ergothérapeutes mettent principalement en place des séances en individuel. E1 peut proposer des séances de groupes pour les enfants qui présentent des difficultés de participation sociale, ces séances sont réfléchies en pluridisciplinarité. Lors de ces séances de groupe, les enfants travaillent en collectif c'est-à-dire tous ensemble autour d'une activité. E2 réalise également des séances de groupes : équithérapie, escalade, jeux d'opposition, piscine. Ces groupes sont proposés à des enfants qui présentent des troubles de participation sociales et dont un des objectifs est la place dans le groupe. Mais pour d'autres enfants c'est pour travailler des objectifs qu'ils travaillent déjà en séance individuelle, à travers une activité plutôt sportive. Quant à E3, actuellement, les séances de groupe sont difficiles à mettre en place à cause des plannings des jeunes suivis. Cependant, dans son ancien lieu de travail, un jeu dans lequel les enfants devaient collaborer avait pu être mis en place. Cela avait

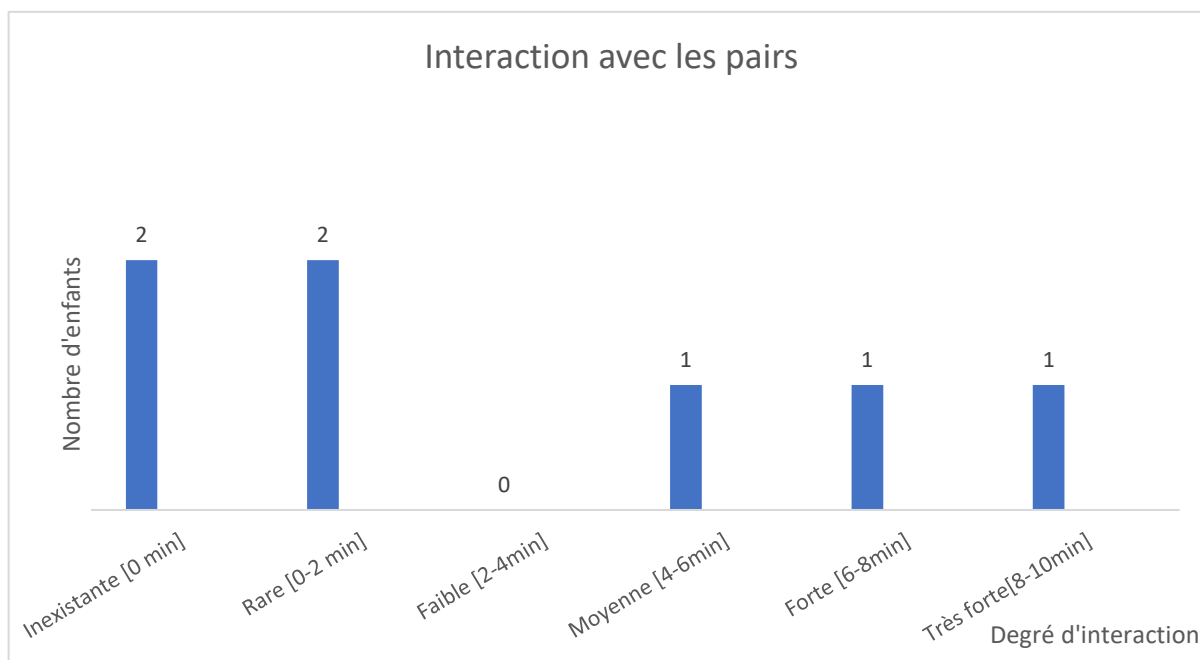
permis aux enfants qui ne présentaient pas tous le même handicap de s'entraider : « ça avait créé une bonne émulation, une bonne entraide et je trouvais ça plus enrichissant du coup parce que finalement, en tant qu'adulte, on intervient moins et le jeune allait plus vers son camarade, demander de l'aide ».

Pour ce qui est de la liberté laissée aux enfants lors des séances, chacun guide un peu l'enfant, en trouvant des activités adaptées à ses objectifs, tout en lui laissant faire quelques choix pour favoriser son autonomie.

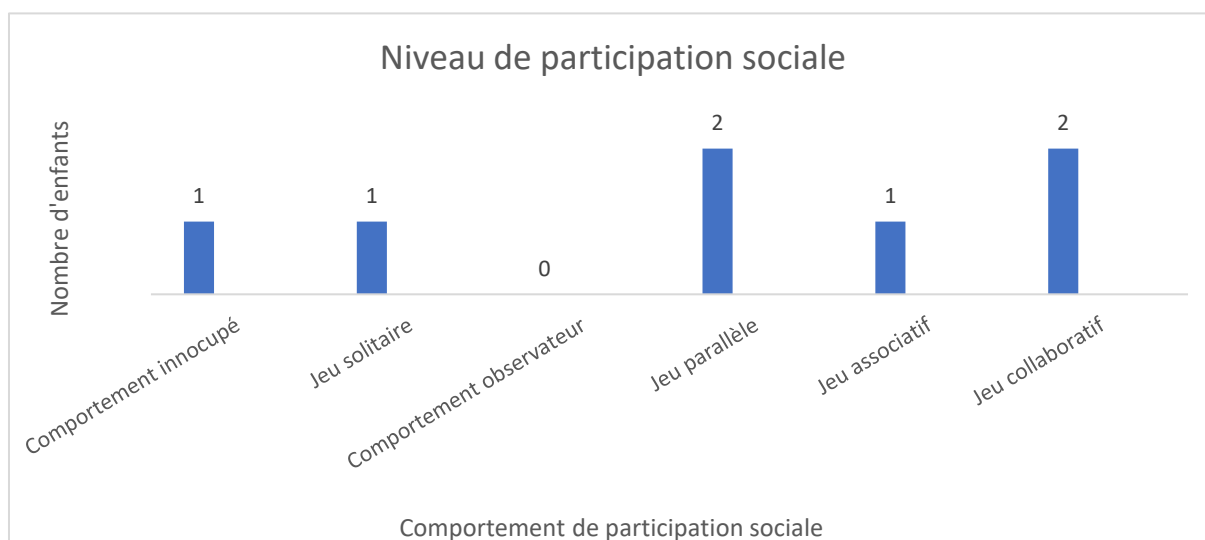
2.5. Les répercussions des moyens mis en place sur la participation sociale de l'enfant paralysé cérébrale en cour de récréation

| | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 | Enfant 5 | Enfant 6 | Enfant 7 |
|---------------------|----------|---|----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Joue avec ses pairs | - | 9,30 min | 1 min en fin de récréation | - | 2 min | 3 min | 10 min |
| Joue seul | 10 min | 30 sec, le temps de chercher ses pairs dans la cour | 9 min | - | 8 min | 7 min | - |

Tableau 12 : Temps des enfants paralysés cérébraux observés à jouer seul ou avec leurs pairs



Histogramme 2 : Degré d'interaction des enfants observés avec leurs pairs



Histogramme 3 : Niveau de participation sociale des enfants observés d'après l'échelle de Parten⁵

Beaucoup de ces enfants présentent des difficultés à interagir avec leurs pairs, c'est notamment le cas pour l'enfant 1, 3, 4, 5, 6. L'enfant 1, même s'il est seul, réalise tout de même des occupations. L'interaction avec ses pairs est difficile pour lui, ce qui fait que sa participation sociale est donc inexistante. Les enfants 3 et 6 tentent de rentrer en relation avec les autres enfants en les suivant sans pour autant réussir à le faire. Pour l'enfant 3, il faut un temps d'adaptation avant de pouvoir réellement rentrer en contact avec ses camarades. L'enfant 6 n'arrive pas suivre le même rythme que les autres à cause de ses difficultés motrices lorsqu'il court. L'enfant 4 ne joue pas du tout : elle n'interagit pas avec ses pairs mais ne joue pas seule non plus. L'enfant 2 et 7 ne présentent pas de difficultés à rentrer en contact avec les autres enfants. Cependant l'enfant 7 change de stratégies en prenant le rôle de leader du groupe des enfants plus jeunes et en dictant des règles ce qui lui évitent de faire des déplacements moteurs importants. L'enfant 5, lui, joue au milieu de ses pairs sans réelle interaction avec eux, il rentre surtout en contact avec les enfants qui présentent des situations de handicap ou avec les enfants plus petits. Au final, nous n'observons pas de réel impact des séances d'ergothérapie sur la participation sociale des enfants observés. Seulement deux des 7 enfants possèdent un haut niveau de participation sociale : les enfants 2 et 7.

Pour la question : « Selon vous, quels sont le ou les moyens les plus efficaces qui permettraient à l'enfant d'accéder au jeu libre en cour de récréation ? ». Voici ce que les ergothérapeutes ont répondu :

⁵ Voir Annexe III : Critères d'observation

E1:

"le fait que l'enfant ai confiance en lui, en ses capacités "

E2 : « ça revient l'histoire du fauteuil et du fait de pas pouvoir être avec les autres, de pas courir avec les autres de pas donc c'est vrai que trouver au moins cette adaptation-là qui lui permet d'être en relation avec les autres, ça c'est le plus important, je dirais "

E3: " les cours de récréation, plate ou accessible"; "par la présence d'une personne pour faciliter l'accès aux toilettes assez rapidement afin que l'enfant puisse retourner en récréation le plus vite"

Figure 4 : Moyens permettant d'améliorer la participation sociale de l'enfant paralysé cérébral en cour de récréation.

E2 évoque également la confiance en soi et la modification de l'image que l'enfant a de lui-même grâce aux séances de groupe avec d'autres enfants qui présente des situations de handicap.

Pour E3, la mise en place d'adaptations a pu avoir des impacts positifs sur le jeu libre collectif de nombreux enfants. Ces adaptations leur permettent de créer du lien avec les autres enfants. La remise en confiance de l'enfant lui permettrait aussi de pouvoir oser essayer plus de jeux. L'utilisation de plusieurs jeux en séance permettrait aussi de diversifier les jeux de l'enfant en dehors des séances. Enfin est évoqué le fait que les séances de groupe peuvent également avoir des impacts positifs sur l'interaction que peut avoir l'enfant avec ses pairs pendant des occupations de groupe.

E2 et E3 pensent que la participation sociale de l'enfant en cour de récréation est satisfaisante à partir du moment où ce dernier en est satisfait. En effet, d'après E3, « l'impression qu'on a en tant qu'adulte et l'impression qu'a l'enfant, c'est forcément différent donc je repasse l'OT HOPE ». E1 évoque qu'un enfant qui a une bonne participation sociale est « un enfant qui a des amis, qui est capable de se détacher de l'adulte en récréation, qui est capable de faire des choses, de discuter d'échanger avec ses camarades en classe et en cour de récréation, et de participer aux activités qui se passent avec les camarades ».

3. Analyse des résultats d'enquête

Il est maintenant important de réaliser une analyse des résultats bruts que nous avons obtenus en confrontant le discours des ergothérapeutes interrogés, ainsi que les observations qui ont pu être faites auprès des enfants en cour de récréation. L'analyse suivra les objectifs d'enquête. Pour rappel, les objectifs de notre enquête étaient les suivants

3.1. Identifier l'impact des difficultés motrices sur le jeu libre des enfants atteints de paralysie cérébrale en cour de récréation.

De ce que nous avons pu observer, les enfants atteints de paralysie cérébrale présentent des difficultés de participation sociale en cour de récréation : ils ne jouent pas tous avec les autres enfants. On note tout de même que pour l'un d'entre eux (l'enfant 4), il n'y a pas du tout d'occupation. Pour certain, ceci est dû à l'accessibilité des jeux, et c'est aussi ce qu'ont pu relever E1, E2 et E3. En effet, revient souvent dans les discours que courir, sauter, faire comme les autres est difficile. Ce qui a pour effet que l'enfant ne peut faire comme les autres, avec les autres. Pour un des ergothérapeutes, plus les déficiences motrices sont importantes et plus son jeu en cour de récréation est impacté. Ce que nous observons chez les enfants, c'est que l'enfant 4 qui présente une diplégie, ne peut courir avec les autres enfants et passe donc sa récréation avec les adultes. Pour l'enfant 6 qui présente une hémiplégie importante qui est en capacité de courir mais pas à la même allure que les autres, il est difficile de suivre le même rythme que ses camarades. Cependant, E3 relève tout de même que lorsque les enfants sont âgés entre 4 et 10 ans, les enfants qui ne présentent pas de handicap sont assez bienveillant et peuvent donc être amenés à aller plus vers l'enfant qui présente des situations de handicap. Ce qui n'a pas pu être observé. On remarque tout de même pour l'enfant 2, qui a une très légère hémiplégie, que son jeu avec ses pairs en cour de récréation n'est pas impacté, ce qui confirme en partie ce que E1 pouvait dire : lorsque le handicap est léger, l'enfant présente peu de difficulté à jouer avec les autres

D'autres facteurs influençant la participation sociale entrent en jeu : ce sont les troubles cognitifs qui peuvent impacter les relations que peuvent avoir ces enfants avec les autres. En effet, pour deux des trois ergothérapeutes, l'importance de la difficultés motrices n'est pas quelque chose qui va forcément impacter la participation sociale de l'enfant. C'est plutôt sa compréhension et la façon dont il interagit avec les autres qui peut être quelque chose qui va influencer sa participation sociale en cour de récréation. Ceci peut donc expliquer pourquoi les enfants 1, 3, 5 et 7 n'interagissent pas ou très peu avec leurs pairs. En effet, chez chacun d'eux, on note des troubles cognitifs qui peuvent donc influencer le rapport qu'ils ont avec les autres enfants. Ces troubles cognitifs ne sont pas prédominants cependant, cela a tout de même un impact sur le rapport qu'ils ont avec le monde. Pour l'enfant 7, en

plus de ses troubles moteurs qui ne lui donnent pas accès à certains jeux, un retard mental est observé ce qui peut expliquer pourquoi elle ne joue qu'avec des enfants plus petits.

3.2. Identifier les moyens utilisés par l'ergothérapeute auprès des enfants paralysés cérébraux scolarisés en milieu ordinaire qui permettraient de favoriser leur participation sociale en cour de récréation

En comparant le discours de ces ergothérapeutes, tous affirment que le jeu est le moyen à privilégier auprès de cette population. Le jeu permettrait à l'enfant de s'intéresser aux séances d'ergothérapie tout en travaillant ce qui est difficile de réaliser pour lui, en lui faisant prendre confiance en ses capacités. C'est ce qui permet de mettre en place la collaboration entre l'enfant et le thérapeute. Il a aussi été rapporté que jouer à de nombreux jeux permettrait aux enfants de leur faire prendre confiance en eux et de diversifier leurs propres jeux en dehors des séances. C'est aussi le moyen qui est mis en place avec les enfants qui ont été observés. Le jeu est tout de même guidé par chacun des ergothérapeutes : pour deux des ergothérapeutes (E1 et E2) et pour E3 si l'enfant n'est pas capable de choisir des jeux qui sont en rapport avec ce qu'il doit travailler. Le fait de guider l'enfant semble avoir un impact sur ses occupations puisque l'analyse d'activité permet à l'ergothérapeute de sélectionner le jeu le plus adapté pour permettre à l'enfant de développer ses capacités.

Les trois ergothérapeutes interrogés ainsi que l'ergothérapeute qui intervient auprès des enfants observés mettent en place principalement des séances en individuel. Tous affirment pourtant, que des séances de groupe permettraient aux enfants qui ont des difficultés de participation de s'intégrer plus facilement à un groupe d'enfant. Pour deux des ergothérapeutes, il est plus intéressant de mettre en place des séances de groupe dans lesquels les enfants interagissent entre eux, ceci aurait plus d'impact sur leur participation sociale. Comme nous avons pu le voir, des séances de groupes sont proposées à l'enfant 4 qui ne réalise aucune occupation et qui n'interagit pas du tout avec les autres enfants.

Pour deux des ergothérapeutes, lorsque les difficultés de l'enfant sont surtout motrices, l'adaptation de la cour ou des aides techniques de l'enfant peuvent lui permettre d'avoir une participation sociale plus satisfaisante pendant la cour de récréation. Cependant, ceci n'a pu être vérifié avec l'enfant 4 à qui une aide technique a été proposée, lui permettant de ne pas tomber pendant le moment de récréation. E1 et E3 évoque la notion de confiance en soi qu'il est important de développer chez l'enfant, notamment pour des enfants qui ont été mis de nombreuses fois face à des échecs. Ceci pourrait donc expliquer pourquoi l'enfant 4 ne souhaite toujours pas réaliser des jeux avec ses pairs en cour de récréation. Elle semble avoir une faible confiance en elle qui l'empêche de jouer avec ses pairs.

Lorsque c'est surtout le rapport aux autres qui est impacté, plus que l'accessibilité au jeu en elle-même, au vu de ce que disent les ergothérapeutes, il semble plus intéressant de proposer des séances de

groupe. Le groupe permet de créer un lien avec les autres, de s'entraider. De ce que nous avons pu voir pour les enfants qui ont été observés, la plupart n'ont que des séances individuelles, ce qui peut expliquer pourquoi leur participation sociale est aussi basse. En plus des difficultés motrices que certains peuvent avoir, leur relation aux autres est aussi impactée et ils ne réalisent pas ou peu d'activités en groupe, qui pourraient les aider à améliorer cela.

3.3. Evaluer l'impact des moyens mis en place par l'ergothérapeute sur le jeu libre collectif de l'enfant paralysé cérébral en cour de récréation

Au vu de ce qui a pu être observé, les moyens mis en place par l'ergothérapeute n'ont pas d'impact sur le jeu libre collectif en cour de récréation. Cependant, ceci peut s'expliquer par ce que rapportent les ergothérapeutes, à savoir que si l'enfant est satisfait de sa participation sociale actuelle, ils ne vont pas intervenir dessus. En effet, la demande de l'enfant est essentielle, et c'est en intervenant sur des occupations qui sont prioritaires pour lui qu'il va pouvoir s'investir pendant les séances. Des outils ont d'ailleurs été mentionnés par deux des ergothérapeutes, permettant à l'enfant et à ses parents de prioriser ce qu'il souhaite travailler : l'OT'HOPE et la MCRO. La demande du médecin peut également impacter ce vers quoi l'ergothérapeute dirige son intervention, et souvent la demande de loisir n'est pas prise en compte. Ceci peut expliquer pourquoi la plupart des enfants observés ont pour objectif ce qui se rapporte à la scolarité ou aux activités de soins personnels, comme l'habillage ou les repas. Comme le mentionne un des ergothérapeute (E3), la demande pour les loisirs n'est pas ce qui émerge le plus, ainsi, cela appuie encore le fait que ce ne soit pas quelque chose qui soit travaillé en priorité auprès des enfants qui ont pu être observés.

Pour deux des ergothérapeutes (E2 et E3), la mise en place d'adaptations pour faciliter les déplacements a pu permettre aux enfants de rentrer en contact avec les autres. E2 évoque également les mises en situation sur l'activité qui cause des difficultés à l'enfant et qui une fois qu'il y arrive lui permet de le faire avec les autres. E3 évoque également les séances de groupe, notamment lorsque les enfants doivent interagir entre eux, afin d'améliorer le rapport aux autres et faire en sorte que l'enfant puisse ainsi être moins renfermé sur lui-même. Si nous prenons en compte ce qui peut être difficile pour les enfants atteints de paralysie cérébrale, notamment lorsqu'ils peuvent avoir de légers troubles cognitifs, ou que leur confiance en eux est faible, cela pourrait leur permettre de jouer plus avec les autres et donc cela aurait un impact sur leur participation sociale.

Pour deux des ergothérapeutes (E1 et E2) la relation aux autres, le jeu avec les autres en cour de récréation est travaillé avec d'autres professionnels qui prennent en soin l'enfant, notamment les éducateurs spécialisés. Ce qui peut également expliquer pourquoi ils n'observent pas d'impact sur le

jeu libre collectif de l'enfant en cour de récréation, étant donné que ce ne sont pas eux qui travaillent cela.

4. Discussion

Afin de clôturer ce mémoire en répondant à la problématique de départ, il est important de pouvoir faire des liens entre les résultats de l'enquête et notre partie théorique. Ceci nous permettra de valider l'hypothèse ou non.

4.1. Répercussions de la paralysie cérébrale sur la participation sociale en cour de récréation

Chacun des ergothérapeutes interrogés ainsi que les observations faites ont montré la diversité des séquelles que pouvaient avoir les enfants atteints de paralysie cérébrale. Ainsi, les répercussions sur les occupations de l'enfant sont diverses. Ceci, prend également en compte les répercussions de la paralysie cérébrale sur la participation sociale de l'enfant en cour de récréation. Que ce soit par rapport à ses difficultés motrices, ou cognitives, nous remarquons qu'ils ont tous une participation sociale plus ou moins faible. Cette participation sociale est nettement inférieure à celle des enfants qui ne présentent pas de paralysie cérébrale. Un des ergothérapeutes indique le fait qu'elle est d'autant plus faible lorsque les enfants entrent au collège et lorsque ce n'est pas pris en charge de manière précoce. Ceci rejoint les résultats de l'étude menée par le SCPE qui montre que la participation sociale des enfants paralysés cérébraux est plus faible et qu'à partir de l'adolescence, cela a un impact négatif sur leur qualité de vie (Arnaud C et al., 2010 ; Michelsen et al., 2009). Le fait aussi que ces enfants partagent leur temps scolaire avec les séances de rééducation peut aussi contribuer à leur faible participation sociale. C'est ce que l'on a pu remarquer chez l'un des enfants observé, qui avait du mal à être inclus avec les autres dans la cour de récréation lorsqu'il revenait tout juste de séance d'ergothérapie, cela rejoint les propos de Ferland (2018a).

Deux des ergothérapeutes reviennent sur la notion d'imitation qui représente une frustration pour les enfants, notamment ceux qui présentent des difficultés motrices importantes, et qui ne peuvent courir avec les autres. En faisant le lien avec ce que Delalande (2003a) nous dit, à savoir que l'imitation est le moyen qui permet à l'enfant de rentrer en contact avec les autres, cela explique pourquoi ils se montrent frustrés. Le fait de ne pouvoir faire comme les autres, ou du moins d'être limité ne leur permet pas de jouer avec les autres, de pouvoir échanger autour d'un même jeu. En mettant en place une adaptation à ces enfants qui présentent des difficultés motrices, cela leur permettrait d'imiter en quelque sorte les autres et ainsi qu'ils puissent être en lien avec les autres enfants.

D'après le discours de E3, qui travaille actuellement dans une école adaptée et qui n'accueille que des enfants en situation de handicap, ces enfants ne présentent pas de difficultés à être en interaction avec leurs pairs. Ceci, montre que c'est spécifiquement dans le milieu ordinaire, que ces enfants ont des difficultés de participation sociale. C'est aussi quelque chose qu'on a pu tirer des propos de Bernardeau: à savoir qu'en milieu scolaire ordinaire les enfants paralysés cérébraux retrouvent des difficultés d'inclusion que ce soit au niveau scolaire ou sociale. Ce qui fait qu'ils sont redirigés vers des structures adaptées qui allient éducation, scolarité et rééducation (Bernardeau, 2017).

Au vu de ce que nous avons pu voir dans l'enquête, les demandes liées de participation sociale de l'enfant notamment dans les loisirs est rarement prise en compte, notamment par rapport à l'entourage de l'enfant, qui peut se montrer surprotecteur. C'est aussi un frein à l'engagement occupationnel de l'enfant, en effet cela peut leur faire éviter certaines activités (comme les jeux en extérieurs), leur faire perdre leur estime de soi et leurs aptitudes sociales (Berrewaerts, J, 2015). Ceci peut alors expliquer pourquoi les objectifs travaillés auprès de ces enfants en ergothérapie portent surtout sur les difficultés scolaires (écriture, outils scolaires, installations en classe). De plus, pour la tranche d'âge que nous ciblons, il est parfois difficile de prendre du recul sur les difficultés qu'ils rencontrent, de faire des choix sur les objectifs à travailler. Le fait d'être seul en cour de récréation peut être devenu pour eux comme une « normalité » et ainsi cela peut expliquer pourquoi, ils peuvent ne pas ressentir l'utilité de le travailler. En prenant en compte cela, on peut alors faire le lien avec le fait que les séances d'ergothérapie ont peu d'impact sur la participation sociale de ces enfants en cour de récréation.

4.2. Les moyens mis en place par l'ergothérapeute

La notion de collaboration avec l'enfant revient dans le discours de tous les ergothérapeutes interrogés. Ils insistent sur le fait qu'en mettant en place des moyens permettant à l'enfant de s'engager dans la séance, cela aura plus d'impact qu'en utilisant des moyens pour lesquels l'enfant n'aurait aucun intérêt. Ainsi, cela nous rappelle l'importance d'utiliser une activité signifiante. En effet, c'est grâce à cela que l'enfant va pouvoir acquérir et développer des habiletés mais aussi interagir avec son environnement (Ferland, 2018b). Afin de pouvoir proposer des activités signifiantes à l'enfant, son avis est demandé lorsque son âge et sa maturité, lui permettent de pouvoir faire ses propres choix. Sinon, ce sont ses parents qui formulent les demandes d'objectifs, pour cela, chez chacun des ergothérapeutes, l'outil OT HOPE ou la MCRO sont utilisés. Rappelons-le, ces outils issus sur modèle MCREO permettent à l'enfant et à la famille d'établir des objectifs de travail en prenant en compte toutes occupations de l'enfant (Petty et al., 2005). Cela nous montre en quoi le modèle MCREO est idéal pour cette population : pour lui permettre d'augmenter son rendement et son engagement occupationnel dans les jeux en cour de récréation.

L'utilisation des jeux en ergothérapie auprès de cette population est essentielle pour tous les ergothérapeutes interrogés. C'est ce qui va justement permettre à l'enfant d'être engagé dans la séance et de lui faire prendre confiance en lui, mais aussi d'augmenter son rendement occupationnel dans les occupations qui représentent des difficultés pour lui et notamment le jeu. Cela rejoint ce que Ferland (2018a) nous dit, jouer en ergothérapie aurait des impacts directs sur l'occupation « jeu » de l'enfant de manière générale. Il faut cependant faire attention à l'utilisation que l'ont fait du jeu, en effet, un des ergothérapeutes insiste sur le fait que jouer sans avoir d'objectif en tête ne permet pas à l'enfant de développer ses compétences et c'est aussi ce qu'on retrouve chez Ray-Kaeser (2017). : le seul but de jouer en ergothérapie n'y a pas sa place ! Il faut donc au préalable choisir des jeux qui correspondent aux objectifs de l'enfant pour pouvoir en tirer le plus de bénéfices possibles pour permettre le jeu libre de l'enfant, comme peut le souligner Barthélémy-Ruiz . Le jeu mis en place en ergothérapie semble pouvoir aider l'enfant à modifier les facteurs impactant négativement la participation sociale à savoir : la faible estime de soi, les limitations physiques, l'environnement sociale (Berrewaerts, J, 2015).

Chez chacun des ergothérapeutes, les séances de groupe sont proposées aux enfants qui présentent des difficultés de participation sociale. Cela leur permettrait de s'ouvrir aux autres enfants, de s'entraider, de partager, tout en développant des compétences. D'après ce qui a été relevé, le fait de faire des groupes d'enfants alliant déficiences motrices et déficiences cognitives serait d'autant plus enrichissant et permettraient aux enfants de mettre en place une réelle collaboration. Cela rejoint la citation suivante : « Accepter de coopérer, travailler en équipe peut constituer pour beaucoup un outil de formation personnelle et sociale: rompre une certaine solitude, trouver un lieu de parole, ... »(Lopez, 2013, p.54). Ces groupes seraient alors de véritables vecteurs de participation sociale. Comme a pu le souligner E3, il est tout de même important de mettre une ambiance propice à la collaboration entre les enfants, c'est aussi ce que recommande Barthélémy-Ruiz (2006).

4.3. Répercussions des moyens utilisés par l'ergothérapeute sur la participation sociale de l'enfant

Aucun des ergothérapeutes interrogés, ainsi que celui suivant les enfants qui ont été observés, n'utilisent des séances de jeux collectifs, pour permettre de favoriser la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale en cour de récréation. Chacun affirment que la mise en place d'adaptation seulement permettrait à l'enfant de pouvoir participer socialement en cour de récréation. Pourtant, ils montrent bien que les séances de groupe peuvent favoriser la participation sociale des enfants pour qui cela présentent une difficulté. L'utilisation du jeu de manière générale est reconnue comme étant le moyen thérapeutique privilégié pour cette population. Les mises en

situation sont aussi quelque chose que les ergothérapeutes interrogés utilisent lorsque l'enfant présente des difficultés dans un sport d'extérieur précis, comme la corde à sauter. Ceci les aide alors à le reproduire lorsqu'ils sont en cour de récréation et donc de réaliser ce jeu avec leurs pairs, cela favorise donc leur participation sociale. Rappelons que la mise en situation est « une technique permettant de placer une personne ou un groupe de personnes dans un contexte visant à simuler une situation précise. La mise en situation a généralement un objectif pédagogique ou d'évaluation » (Blouin et Bergeron, 1997, p. 49). Ainsi, si l'on utilise des jeux collectifs en ergothérapie, étant donné qu'il s'agit de l'activité qui représente une difficulté pour l'enfant, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une mise en situation.

Si nous faisons le lien entre toutes ses informations, lorsque l'enfant présente des difficultés de participation sociale, le jeu collectif représente une difficulté pour lui. En mettant en place des mises en situation, c'est-à-dire en initiant des jeux collectifs, l'ergothérapeute pourrait permettre à l'enfant de réaliser ce type de jeux librement avec ses pairs et ainsi cela lui permettrait de favoriser sa participation sociale en cour de récréation. Pour certains enfants, notamment ceux présentant des difficultés à se déplacer, l'utilisation d'adaptation est nécessaire, pour permettre à l'enfant de réaliser ce qu'il souhaite faire. Il pourrait alors être intéressant de mettre en place des séances de jeux collectifs avec des adaptations qui permettraient d'optimiser le rendement de l'enfant dans ces jeux.

Ces informations obtenues, nous permettent de **valider partiellement notre hypothèse**. N'ayant pas assez de preuves concrètes que l'utilisation du jeu collectif permette de favoriser la participation sociale de l'enfant en cour de récréation, l'hypothèse ne peut être validée totalement. D'autant plus que la majorité des ergothérapeutes interrogés préconisent uniquement la mise en place d'aides techniques comme permettant de favoriser la participation sociale de l'enfant en cour de récréation.

Certains points mériteraient d'être approfondis en lien avec cette étude. Tout d'abord, le fait que ces enfants peuvent encore présenter des difficultés de participation sociale lorsqu'ils entrent au collège. Pour certains la prise en soin en ergothérapie est récente, et le moment de récréation n'est pas souvent pris en compte pour cette tranche d'âge, d'après les propos de E3. Ainsi, il pourrait être intéressant d'interroger le rôle de l'ergothérapeute au moment de la récréation au collège. La sensibilisation au handicap auprès des enfants et des enseignants, notamment au collège, semble être un point important à souligner. C'est aussi souvent par manque de sensibilisation que l'enfant se retrouve isolé socialement en cour de récréation.

Plusieurs fois est revenu le fait que l'ergothérapeute ne travaille pas seul afin de favoriser la participation sociale de l'enfant. Parfois, il est même amené à ne pas intervenir du tout, laissant plutôt sa place aux éducateurs spécialisés, aux kinésithérapeutes, aux psychomotriciens ou encore aux

enseignants APA (Activité Physique Adaptée). Ainsi, se pose la question de l'importance du travail interdisciplinaire, dans lequel l'ergothérapeute a tout à fait sa place à jouer. Nous pouvons nous demander si cela ne permettrait pas d'autant plus de favoriser la participation sociale de l'enfant paralysé cérébrale en cour de récréation.

5. Limites et intérêts de la recherche

5.1. Limites

En réalisant l'analyse, puis la discussion des données brutes, j'ai pu me rendre compte que certaines informations auraient pu m'être utiles si une sélection plus précise de mes populations cibles avait été faite.

En effet, bien qu'ayant récolté des informations très importantes, il aurait pu être intéressant de trouver des ergothérapeutes travaillant spécifiquement le moment de récréation, ou du moins ayant déjà eu plusieurs fois l'occasion de le faire. De plus, il aurait pu également être intéressant d'observer des enfants paralysés cérébraux pour qui le jeu en cour de récréation est un des objectifs à atteindre. Cela, nous aurait permis d'évaluer réellement l'impact des séances d'ergothérapie sur la participation sociale de ces enfants. Si les contraintes de temps me le permettaient, mon choix se porterait donc sur ces deux populations. L'échantillon étant non représentatif et les ergothérapeutes travaillant dans le même secteur géographique, il aurait été intéressant d'en chercher dans d'autres secteurs afin d'observer si les approches étaient différentes.

De plus, j'ai pu analyser une autre limite à mon sujet de recherche grâce aux entretiens. Elle a pu expliquer certains des résultats que je ne pouvais comprendre lorsque j'ai observé les enfants en cour de récréation. Il s'agit du fait que les troubles cognitifs des enfants peuvent diminuer davantage la participation sociale que les troubles moteurs, même si ces derniers sont très importants. Bien qu'ayant connaissance que les enfants atteints de paralysie cérébrale et anciennement regroupés sous le terme IMC pouvaient présenter des troubles cognitifs, je pensais que les troubles moteurs était le facteur limitant le plus la participation sociale de ces enfants. Or, parfois, ce n'est pas le cas. Les discours des ergothérapeutes ont donc pu m'aider à analyser ma grille d'observation et expliquer pourquoi certains enfants, qui présentent peu de troubles moteurs, ont une participation sociale aussi faible. Ainsi, d'autres critères d'observation incluant les troubles cognitifs de l'enfant pourraient être ajoutés, comme la manière dont ils rentrent en interaction avec les autres (si elle est appropriée ou non, ...).

Enfin, il existe peu d'écrits sur la place de l'ergothérapeute en cour de récréation, ce qui a pu me freiner dans mes recherches bibliographiques.

Malgré ces limites, il y a tout de même de nombreux intérêts à cette enquête.

5.2. Intérêts

Cette enquête m'a permis d'avoir une meilleure méthodologie de recherche. En effet, j'ai pu au cours de cette année, me remettre en question, trouver des moyens d'adaptation et essayer de nouvelles choses pour pouvoir répondre au mieux à ma problématique. En réalisant une enquête de terrain, j'ai pu faire le rapprochement plus facilement entre ce qu'il y avait dans la littérature et la réalité du terrain, bien que n'ayant qu'un petit échantillon de recherche. Tout cela, ne sera que bénéfique pour ma future pratique professionnelle.

Les limites concernant le fait de ne pas avoir assez pris en compte les troubles cognitifs de l'enfant dans la grille d'observation, m'ont permis de préciser mes connaissances concernant cette population. Le fait de comprendre que cela puisse parfois représenter des situations de handicap plus importantes que les troubles moteurs, va me permettre de le prendre en compte davantage.

Enfin, cette enquête aura permis de questionner le rôle de l'ergothérapeute dans la cour de récréation et plus généralement dans les loisirs de l'enfant paralysé cérébral. En effet, la plupart des écrits trouvés, ainsi que le discours des ergothérapeutes mettent en avant le rôle d'autres professionnels de santé. Pourtant, au vu de tout ce que nous avons pu rassembler, l'ergothérapeute a tout à fait son rôle à jouer au sein de cette problématique.

Conclusion

Les enfants atteints de paralysie cérébrale, présentent des difficultés occupationnelles que l'ergothérapeute peut être amené à prendre en soin. Le thème de ce mémoire a émergé d'une situation au cours de laquelle il a été montré que les enfants atteints de paralysie cérébrale pouvaient présenter des difficultés à jouer comme les autres et avec les autres. Ceci, en grande partie dû à leurs troubles moteurs. Ainsi, s'est posée la question de leur participation sociale lorsqu'ils sont amenés à jouer avec des enfants qui n'ont pas forcément de handicap, quand ils sont en cours de récréation en milieu ordinaire. Les nombreuses recherches effectuées ont montré que ces enfants présentaient des difficultés de participation sociale, et que cela se faisait ressentir notamment à partir du collège. Il a été montré qu'il pourrait alors être intéressant que l'ergothérapeute intervienne sur cela en amont, c'est-à-dire entre 4 et 10 ans : quand l'enfant commence réellement à entrer dans le jeu avec ses pairs en récréation et avant qu'il ne rentre au collège. Pour rappel, l'ergothérapeute est le professionnel de santé spécialiste du rapport entre l'occupation et la santé. Ainsi, il a tout à fait son rôle à jouer dans le moment de récréation, notamment lorsqu'il intervient sur le lieu de scolarisation de l'enfant, puisque c'est une des occupations de l'enfant.

La problématique que je me suis posée est la suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute favorise-t-il la participation sociale des enfants atteints de paralysie cérébrale âgés de 4 à 10 ans, en cours de récréation en milieu ordinaire ?

L'hypothèse suivie tout au long de cette recherche a été :

Les jeux collectifs initiés par l'ergothérapeute, amènent l'enfant à jouer librement avec ses pairs .

Afin de valider ou non l'hypothèse, trois entretiens auprès d'ergothérapeutes intervenant en école ordinaire, ainsi que sept observations d'enfant paralysés cérébraux en cours de récréation ont pu être menés. Tous ces ergothérapeutes utilisent le jeu comme moyen thérapeutique, mais les séances de jeux collectifs, autrement dit, séances de groupe sont rares. Cependant chacun évoque le fait que cela puisse permettre à certains enfants ayant tendance à rester à l'écart des autres, de participer socialement.

Pour deux des ergothérapeutes, le fait d'adapter l'environnement à l'enfant lui permettrait de participer socialement. Néanmoins, lorsque certaines activités précises sont mentionnées par l'enfant comme étant difficiles, des mises en situations sont réalisées pour permettre à l'enfant de réussir cette activité et de transférer ses acquis en cours de récréation. Si l'on fait le rapprochement entre cette information et l'hypothèse choisie : l'utilisation des jeux collectifs en ergothérapie est l'équivalent d'une mise en situation étant donné que les jeux collectifs représentent une difficulté pour l'enfant. Ceci, nous permet alors de valider partiellement l'hypothèse.

Il pourrait être intéressant de s'interroger sur le travail interdisciplinaire pour prendre en soin ce problème occupationnel, car c'est une notion qui est intervenue à chaque fois au cours des entretiens. Il pourrait aussi être intéressant de s'interroger sur le moment de récréation au collège, qui est très peu pris en compte et qui peut parfois présenter encore plus de difficultés à l'enfant, notamment par manque de sensibilisation au handicap auprès des élèves, équipes enseignantes et éducatives.

Bibliographie

- Aboussad, A. (2012). *Encéphalopathie anoxo-ischémique du nouveau-né*. DoctineWS | magazine professionnel d'informations <https://www.doctineWS.com/index.php/archives/37-flash-sante/2080-encephalopathie-anoxo-ischemique-du-nouveau-ne>. Consulté le 29.05.2022.
- ANFE. (2022). La profession. ANFE. <https://anfe.fr/la-profession/>. Consulté le 29.05.2022.
- Arnaud C, Sentenac, M., Fauconnier, J., & Guyard, J. (2010). *Déterminants de la qualité de vie et de la participation d'adolescents atteints de paralysie cérébrale : Une étude longitudinale en France* (N° 009; p. 16-23). IReSP. Repéré sur https://www.cnsa.fr/documentation/009-arnaud-rapport_final.pdf. Consulté le 29.05.2022.
- Association canadienne de santé publique. (2018). *Le jeu libre*. Canadian public health association. Repéré sur <https://www.cpha.ca/fr/le-jeu-libre>. Consulté le 29.05.2022.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation : Un perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : association canadienne des ergothérapeutes. Consulté le 29.05.2022.
- Aucouturier, B. (2017). Le jeu de l'enfant. *Carrefour des psychothérapies*, 13-21. Consulté le 29.05.2022.
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances Psy*, 15(3), 41-45. Consulté le 29.05.2022.
- Barthélémy- Ruiz, C. (2006). Le mariage de l'eau et du feu ? Jeu et éducation à travers l'histoire. *Les Cahiers pédagogiques*, 448. Repéré sur <https://www.cahiers-pedagogiques.com/le-mariage-de-l-eau-et-du-feu-jeu-et-education-a-travers-l-histoire/>. Consulté le 29.05.2022.
- Bastide, F. (2011). La scolarisation des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire. *VST - Vie sociale et traitements*, 111(3), 34-41. Consulté le 29.05.2022.
- Bernardeau, C. (2017). La scolarité des enfants paralysés cérébraux : Évaluation et traitement. In *Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés*. (Elsevier Masson SAS Editeur, p. 362-369). Consulté le 29.05.2022.
- Berrewaerts, J, S. (2015). Vie sociale, amoureuse et sexuelle des personnes ayant une infirmité motrice cérébrale / paralysie cérébrale. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 21, 21-36. Consulté le 29.05.2022.

- Beucher, A. (2004). Quelle intervention précoce dans les anomalies neurodéveloppementales ? *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 614-616. Repéré sur <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.047>. Consulté le 29.05.2022.
- Blair, E., & Watson, L. (2006). Epidemiology of cerebral palsy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 117-125. Consulté le 29.05.2022.
- BLOUIN, M; BERGERON, C.(1997). Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 164 p. Consulté le 29.05.2022
- Cans, C. (2005). Épidémiologie de la Paralyse Cérébrale (« Cerebral Palsy » ou CP). *Motricité Cérébrale*, 26(2), 51-58. Consulté le 29.05.2022.
- Chauvin, S., & Jounin, N. (2012). 7 – L'observation directe. In *L'enquête sociologique* (p. 143-165). Presses Universitaires de France. Repéré sur <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-143.htm>. Consulté le 29.05.2022.
- Collins, A., & Crabb, C. (2010). Early Childhood Intervention and School-Based Occupational Therapy : Building Blocks to Success. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 3(2), 168-178. Repéré sur <https://doi.org/10.1080/19411243.2010.491017>. Consulté le 29.05.2022.
- Delalande, J. (2003a). La récréation. *Enfances Psy*, 24(4), 71-80. Consulté le 29.05.2022.
- Delalande, J. (2003b). Culture enfantine et règles de vie. *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, 40, 99-114. Repéré à <https://doi.org/10.4000/terrain.1555>. Consulté le 29.05.2022.
- Delalande, J. (2005). La cour d'école : Un lieu commun remarquable. *Recherches familiales*, 2(1), 25-36. Consulté le 29.05.2022.
- Dr Dulcey, M. (2017, janvier). *La paralysie cérébrale (ou Infirmité motrice cérébrale)*. APF France handicap. Repéré à <https://www.apf-francehandicap.org/IMC-infirmité-motrice-cerebrale-1549>. Consulté le 29.05.2022.
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). Theory of mind : Concepts, assessment and age effects. *Revue de neuropsychologie*, 3(1), 41-51. Consulté le 29.05.2022.
- Eliasson, A.-C., Krumlinde-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, A.-M., & Rosenbaum, P. (2006). *The Manual Ability Classification System (MACS) for children with*

cerebral palsy : Scale development and evidence of validity and reliability (Numéro 48, p. 559-554). Repéré à <https://doi.org/10.1037/t68655-000>. Consulté le 29.05.2022.

Ferland, F. (1992). Le jeu en ergothérapie : Réflexion préalable à l'élaboration d'un nouveau modèle de pratique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 95-101. Repéré à <https://doi.org/10.1177/000841749205900205>. Consulté le 29.05.2022.

Ferland, F. (2014). *Le développement de l'enfant au quotidien : De 0 à 6 ans* (CHU Sainte-Justine, Vol. 2). Repéré à https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/253_Tableau_synthese_Dev_06ans.pdf. Consulté le 29.05.2022.

Ferland, F. (2018a). 2. Le jeu et l'enfant ayant une déficience physique. In *Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie* (p. 39-54). Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://books.openedition.org/pum/13820>. Consulté le 29.05.2022.

Ferland, F. (2018b). 3. Le jeu et l'ergothérapie. In *Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie* (p. 55-76). Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://books.openedition.org/pum/13821>. Consulté le 29.05.2022.

Fournier, L. S. (2012). La loi Jardé : Une nouvelle loi régissant la recherche médicale. *Hegel*, 3(3), 47-50.

Gaussot, L. (2016). Le jeu de l'enfant et la construction sociale de la réalité. *Spirale*, 80(4), 139-151.

Gélinas Proulx, A., & Dionne, É. (2010). Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127-131. Repéré à <https://doi.org/10.7202/1024898ar>. Consulté le 29.05.2022.

Giraud, C., & Perrault, A. (2022). *OT'HOPE, outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie*. Repéré à <http://www.ot-hope.com/Info%20OtHope.html>. Consulté le 29.05.2022.

Guikas, I., Morin, D., & Bigras, M. (2016). Développement d'une grille d'observation : Considérations théoriques et méthodologiques. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 27, 163-178. Repéré à <https://doi.org/10.7202/1043131ar>. Consulté le 29.05.2022.

Guitard, P., Ferland, F., & Dutil, E. (2006). L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 281-294. Consulté le 29.05.2022.

- Guyard, A., Fauconnier, J., Mermet, M.-A., & Cans, C. (2010). Impact sur les parents de la paralysie cérébrale chez l'enfant : Revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 18, 204-214. Consulté le 29.05.2022.
- HAS. (2010). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. Haute Autorité de Santé. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501300/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc. Consulté le 29.05.2022.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. Consulté le 29.05.2022.
- Inserm. (2015). *Prématurité* · Inserm, *La science pour la santé*. Inserm. Repéré sur <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>. Consulté le 29.05.2022.
- Inspection académique Charente-Maritime. (2008). *La récréation. Pôle maternelle 17*. Circonscription 19A Buttes-Chaumont. Repéré sur https://www.ac-paris.fr/serail/upload/docs/application/pdf/2012-01/breve_recreation.pdf. Consulté le 29.05.2022.
- Décret n° 90-788 du 6 septembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires, (1990). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000352635#:~:text=Dans%20les%20r%C3%A9sum%C3%A9s-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%2090%2D788%20du%206%20septembre%201990%20relatif,des%20%C3%A9coles%20maternelles%20et%20%C3%A9l%C3%A9mentaires&text=%2D%20L'%C3%A9cole%20favorise%20l',%C3%A9ducation%20globale%20de%20l'enfant>. Consulté le 29.05.2022.
- Leroy-Malherbe, V. (2002). *L'infirmité motrice cérébrale*. Déficiences motrices et situations de handicap. Consulté le 29.05.2022.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, (2005). Consulté le 29.05.2022.
- Lopez, J.-M. (2013). En groupe ou en équipe ? *Les Cahiers pédagogiques*, 505, 53-54. Consulté le 29.05.2022.
- Marcellini, A. (2021). Les enjeux des pratiques inclusives dans le domaine des loisirs. Du projet inclusif à la question des inscriptions sociales. *Loisirs et Société*, 44(2), 155-170. Consulté le 29.05.2022.

- Marret, S., Rondeau, S., & Vanhulle, C. (2017). Pathologies cérébrales et séquelles. In *Comprendre la Paralyse Cérébrale et les Troubles Associés* (p. 5-36). Elsevier. Repéré à <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74530-0.00001-3>. Consulté le 29.05.2022.
- Méens, C. (2017). Inclusion et qualité de vie scolaire des enfants en situation de handicap. *VST - Vie sociale et traitements*, 135(3), 39-41. Consulté le 29.05.2022.
- Meyer, S. (2013a). Chapitre 5 : L'action du « faire » : La performance de l'occupation, de l'activité, de la tâches In *De l'activité à la participation* (p. 82). De Boeck Supérieur. Consulté le 29.05.2022.
- Meyer, S. (2013b). Chapitre 9 : L'énergie du « faire » : La motivation, la volition, l'engagement. In *De l'activité à la participation* (p. 155). De Boeck Supérieur. Consulté le 29.05.2022.
- Michelsen, S. I., Flachs, E. M., Damsgaard, M. T., Parkes, J., Parkinson, K., Rapp, M., Arnaud, C., Nystrand, M., Colver, A., Fauconnier, J., Dickinson, H. O., Marcelli, M., & Uldall, P. (2014). European study of frequency of participation of adolescents with and without cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(3), 282-294. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2013.12.003>. Consulté le 29.05.2022.
- Michelsen, S. I., Flachs, E. M., Uldall, P., Eriksen, E. L., McManus, V., Parkes, J., Parkinson, K. N., Thyen, U., Arnaud, C., Beckung, E., Dickinson, H. O., Fauconnier, J., Marcelli, M., & Colver, A. (2009). Frequency of participation of 8–12-year-old children with cerebral palsy : A multi-centre cross-sectional European study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 13(2), 165-177. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2008.03.005>. Consulté le 29.05.2022.
- Ministère de l'éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. (2012). *Ecole maternelle : Le développement de l'enfant*. Eduscol. Repéré à https://www4.ac-nancy-metz.fr/ia54-circos/ienbriey/sites/ienbriey/IMG/pdf/cole_maternelle_-_Le_developpement_de_l_enfant_-_Eduscol.pdf. Consulté le 29.05.2022.
- Ministère de l'éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. (2021). *La scolarisation des élèves en situation de handicap*. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. Repéré à <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-1022>. Consulté le 29.05.2022.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concept fondamentaux* (De Boeck Supérieur). Solal. Consulté le 29.05.2022.

- Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., & Livingston, M. (1997). Le Système de Classification de la Fonction Motrice Globale Étendu, Revu et Corrigé. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 214-223. Consulté le 29.05.2022.
- Parten, M. (1932). Social Participation among Preschool Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 27, 309-314. Consulté le 29.05.2022
- Petty, L. S., McArthur, L., & Treviranus, J. (2005). Clinical Report : Use of the Canadian Occupational Performance Measure in Vision Technology. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 309-312. Repéré à <https://doi.org/10.1177/000841740507200508>. Consulté le 29.05.2022.
- Poriel, G. (2016). Ergothérapie et participation sociale : Quels liens pour quelle pratique ? *ErgOThérapies*, 61, 5. Consulté le 29.05.2022.
- Ray-Kaeser, S. (2017). Enrichir nos points de vue sur le jeu : De l'activité ludique au jeu pour le plaisir de jouer. *ErgOthérapies*. Consulté le 29.05.2022.
- Savelli, M., & Pinard, J. M. (2014). Actualités dans la paralysie cérébrale. *La Lettre du Neurologue*, 18(7), 234-238. Consulté le 29.05.2022.
- Simard, L., Ferland, F., & Gilbert, M. O. (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. Repéré à <https://doi.org/10.1177/000841749406100203> Consulté le 29.05.2022.
- Solish, A., Perry, A., & Minnes, P. (2009). Participation of Children with and without Disabilities in Social, Recreational and Leisure Activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 226-236. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00525.x>. Consulté le 29.05.2022.
- Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., van de Nes, J. C., Lambregts, B. L., & van den Ende, C. H. (2004). Occupational therapy for children with cerebral palsy : A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 18(1), 1-14. Repéré à <https://doi.org/10.1191/0269215504cr697oa>. Consulté le 29.05.2022.
- Sylvie Meyer. (2013). Chapitre 7 : Les frontières du « faire » : L'indépendance, la dépendance, l'interdépendance et l'autonomie. In *De l'activité à la participation* (p. 119). De Boeck Supérieur. Consulté le 29.05.2022.
- Thouroude, L. (2010). L'école maternelle : Une école de l'entre-deux. *Carrefours de l'éducation*, 30(2), 43-55. Consulté le 29.05.2022.

Tourrette, C. (2010). Le développement de l'enfant. In *Psychologie pour l'enseignant* (Alain Lieury, p. 1-30). Dunod. Repéré à <https://www.cairn.info/psychologie-pour-l-enseignant-2010--9782100533725-page-1.htm?ref=doi>. Consulté le 29.05.2022.

Yantzi, N. M., Young, N. L., & Mckeever, P. (2010). The suitability of school playgrounds for physically disabled children. *Children's Geographies*, 8(1), 65-78. Repéré à <https://doi.org/10.1080/14733281003650984>. Consulté le 29.05.2022.

Zhang, C., McCarthy, C., & Craik, J. (2008). Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation. *Actualités ergothérapeutiques*, 10(3), 3-5. Consulté le 29.05.2022.

Annexes

| | |
|--|-------------|
| Annexe I : Grille d’entretien..... | I |
| Annexe II: Grille d’observation en cour de récréation | III |
| Annexe III : Critères d’observation | VI |
| Annexe IV : Retranscription de l’entretien avec l’ergothérapeute n° 3 (E3)..... | VIII |

Annexe I : Grille d'entretien

| Thème | Questions | Détails | Questions de relance | |
|---|---|--|---|---|
| Présentation de l'interviewé | Pouvez-vous vous présenter ? | | | |
| Présentation de la structure | Pouvez-vous présenter votre lieu de travail et les missions que vous devez effectuer ? Depuis combien de temps travaillez-vous ? | Structure, population, la manière dont vous intervenez, dans quel milieu ? | | |
| | Quels sont les difficultés que rencontrent majoritairement les enfants atteints de paralysie cérébrale âgés entre 4 et 10 ans et scolarisés en milieu ordinaire ? | Dans les activités quotidiennes, au domicile, à l'école ? | Pour vous qu'est-ce que la participation sociale ? Pensez-vous que ce handicap puisse impacter leur participation sociale ? Si oui pourquoi ? | D'après vous, que représente le moment de récréation pour ces enfants ? |
| | Pour les enfants âgés entre 4 et 10 ans, avez-vous observé leur jeu libre ? | Seuls ou avec leurs pairs | Qu'en pensez-vous ? | |
| Objectifs travaillés en ergothérapie | Quels objectifs travaillez-vous principalement auprès de ces enfants ? | | Pensez-vous que le jeu en cour de récréation soit quelque chose d'important à travailler ? si oui pourquoi ? | |
| Moyens utilisés en ergothérapie auprès de cette population | Quels moyens utilisez-vous en séance pour pallier les difficultés qu'ils peuvent avoir en jouant avec leurs pairs ? | | Faites-vous des séances plutôt individuelles ou de groupal ? | Si utilisation de jeux : quel type de jeux mis en place ? individuel ou collectif et pourquoi ? |
| | Utilisez-vous des jeux auprès de cette population ? | | Si oui, quel type de jeu ? individuel ou collectif et pourquoi ? | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Les répercussions des moyens utilisés sur le jeu libre en cour de récréation | Observez-vous des répercussions de l'utilisation des moyens que vous mettez en place sur le jeu libre collectif de l'enfant notamment lors du moment de récréation ? Ou en avez-vous eu des retours ? | | Positif /négatif/ aucune différence ? | A partir de quel moment considérez-vous que l'enfant à une bonne participation sociale ? |
| | Selon vous, quel est le ou les moyens les plus efficaces qui permettent à l'enfant d'accéder au jeu libre en cour de récréation ? | | Quelles libertés donnez-vous à l'enfant pour qu'il puisse devenir de plus en plus autonome et indépendant dans ses jeux ? | |
| | Avez-vous autre chose à rajouter ? | | | |

Annexe II: Grille d'observation en cour de récréation

| Indicateur de participation sociale dans la cour de récréation | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 | Enfant 5 | Enfant 6 | Enfant 7 |
|---|--|---|--|--|---|---|--|
| Sexe | Garçon | Garçon | Garçon | Fille | Garçon | Garçon | Fille |
| Age des participants | 8,7 ans | 4,5 mois | 6,8 ans | 6,10 ans | 9, 5 ans | 5,3 ans | 10 ans |
| Répercussions de la paralysie cérébrale | Atteinte des 4 membres : retard psychomoteur, trouble de l'équilibre, trouble des apprentissages | Hémiplégie droite | Membre supérieur : retard de motricité fine, épilepsie, retard de croissance, trouble de l'attention | Membre inférieur : diplopie spastique, trouble des apprentissages, | Membres supérieurs : troubles praxiques, motricité fine | Hémiplégie droite | Retard psychomoteur globale (membres inférieurs et supérieurs) |
| Suivi en ergothérapie depuis : | 3 ans | 3 mois | 1 an | 3 ans | 5 ans | 3 ans | 5 ans |
| Objectifs en ergothérapie | Compensation du graphisme ordinateur, | Outils scolaire, AVQ : couverts, habillage | Outils scolaire, activité de la vie quotidienne : habillage, couverts | Engagement occupationnel, coordination visuomotrice, outils scolaires | Motricité fine, autonomie AVQ, compensation du graphisme | Autonomie vie quotidienne, utilisation des outils scolaires | Autonomie AVQ |
| Moyens utilisés | Apprentissage de l'ordinateur en individuel | Parcour ludique sur l'utilisation des outils scolaire en individuel | Séance en individuel, exercices autour des outils | Lecture de livre sur la découverte du monde, jeu en rapport avec ces livres, séance en | Apprentissage de l'ordinateur : jeux sur l'ordinateur, séance | Séance en individuel, jeux et exercice sur l'utilisation des outils scolaires | Utilisation de la méthode CO-OP pour trouver des stratégies d'adaptation |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|--|--|--|---|
| | | | scolaires, de l'habillement | individuel et en groupe (groupe « contes et émotions » conte collaboration avec la psychomotricienne) | individuelle ou en groupe avec d'autres enfants sur l'ordinateur | | dans les AVQ difficiles, séance en individuel |
| Observations | | | | | | | |
| Interaction avec les pairs | Inexistante | Très forte | Rare | Inexistante | Moyenne | Rare | Forte |
| Occupations | Jouer avec le matériel, courir dans la cour | Parler avec ses pairs, marcher dans la cour avec ses pairs | Suit ses pairs qui courent sans entrer en interaction avec eux, difficulté à s'intégrer au groupe quand il revient de séance d'ergothérapie mais pas quand il était déjà dans la classe avant la récréation | Rester avec l'adulte en charge de surveiller la cour et discuter avec lui | Suit les enfants qui jouent au foot, essaye d'attraper la balle mais n'est pas inclus dans le jeu, ne cherche pas à jouer au foot avec eux mais veut prendre la balle, tendance à jouer avec les enfants plus petits | Suivre les autres enfants qui jouent à se pourchasser, courir seul dans la cour de récréation, veut prendre le vélo rouge de ses pairs, cherche à imiter les autres enfants sans vraiment entrer en interaction avec eux | Aller voir différents groupes d'enfants, observer des enfants plus petits qui jouent à sauter par-dessus un muret, diriger ces enfants pour qu'ils sautent d'une autre manière, elle ne saute pas avec les enfants (difficultés motrices) |
| Joue avec ses pairs | - | 9,30 min | 1 min en fin de récréation, difficulté à être | - | 2 min | 3 min | 10 min |

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|--|---|---------------|---|
| | | | tout de suite dans le groupe | | | | |
| Joue seul | 10 min | 30 sec, le temps de chercher ses pairs dans la cour | 9 min | - | 8 min | 7 min | - |
| Joue avec des enfants non porteurs de handicap | - | 9,30 min | 1 min | Non : interagis seulement avec les adultes | Non : interaction avec les enfants porteurs de handicap | 3 min | 10 min |
| Temps avec les adultes | Oui , au moment du retour en classe, ne reste qu'avec son enseignante | Non | Non | Oui, tout au long de la récréation | Non | Non | Non |
| Niveau de participation sociale | Jeu solitaire, avec possibilité de rentrer en contact avec les autres de manière inappropriée : coups, grimace, ... | Jeu coopératif | Jeu parallèle | Comportement inoccupé | Jeu associatif | Jeu parallèle | Jeu coopératif, elle va beaucoup vers les autres enfants de son âge mais ne peut se faire accepter, elle reste surtout avec les enfants plus petits |

Annexe III : Critères d'observation

Critère 1 : Interaction avec les pairs

Sur 10 minutes d'observation en nombre de minute

- Inexistante : 0
- Rare(très faible) :0-2
- Faible : 2-4
- Moyenne : 4-6
- Forte : 6-8
- Très forte : 8-10

Critère 2 : Occupations

Type d'occupation

Critères 3 : Joue avec ses pairs

- Durée en minute sur le temps d'observation

Critères 4 : Joue seul

- Durée en minute sur le temps d'observation

Critères 5 : Joue avec des enfants non porteurs de handicap

- Durée en minute sur le temps d'observation

Critère 6 : Temps avec les adultes

- Oui / non/ Quand ?

Critère 7 : Niveau de participation sociale

D'après Parten(1932), sociologue américaine, qui a permis ensuite de développer de nombreux écrits :

- **Le comportement inoccupé**: l'enfant ne semble pas jouer, mais regarde ce qui peut avoir un intérêt (Parten,1932).
- **Le jeu solitaire**: l'enfant joue seul et isolé, sans chercher à entrer en contact avec les autres. Il est centré sur son jeu (Parten, 1932).
- **Le comportement observateur**: l'enfant regarde les autres jouer. Il observe le groupe sans entrer dans le jeu (Parten, 1932).
- **Le jeu parallèle**: l'enfant joue indépendamment parmi les autres enfants, avec des jeux similaires, mais comme il le veut. Il joue à côté plutôt qu'avec les autres (Parten, 1932).
- **Le jeu associatif** : l'enfant joue avec les autres autour d'une même activité, mais il n'y a pas d'organisation de celle-ci. Chaque enfant joue comme il veut, sans mettre ses intérêts à profit à ceux du groupe(Parten, 1932).

- **Le jeu coopératif** : l'appartenance au groupe est très marquée. L'enfant joue dans un groupe organisé dans un but commun. Un ou deux membres dirigent l'activité des autres. Il y a une distribution des différents rôles qui sont complémentaires. Il y a nécessité de recourir à des stratégies collectives (Parten, 1932).

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute n° 3

(E3)

Date : 18.05.2022

Durée : 44 minutes

L.V : Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

E3 : Du coup donc, je suis ergothérapeute depuis 4 ans, j'ai fait 1 an en SSR neurologique, notamment avec des traumatismes crâniens. Et puis après je suis partie en SESSAD neuromoteur : 2 ans dans un SESSAD à l'école et au domicile de l'enfant. Et là, actuellement, je suis dans un SESSAD, qu'on surnomme plus centre de soin, parce que l'école est intégrée à une école qui a été créée exprès pour être adaptée aux handicaps neuromoteurs.

L.V : Du coup, est ce que c'est considéré comme un milieu ordinaire ou pas ? Votre structure actuelle ?

E3 : Euh Comment ça, qu'est-ce que tu entends par milieu ordinaire ? Par rapport aux autres établissements qui sont des foyers médicalisés ?

L.V: Ben par ex... oui, voilà par exemple

E3 :Comment expliquer... Nous ça va de la primaire au BTS et le centre de soins est relié au bâtiment, juste au milieu, et nous donc, nous on est là que du lundi au vendredi seulement à la journée. Par contre, à côté il y a toute une partie infirmière, aide-soignante, qui est là la journée et la nuit parce qu'il y a 3 internats à peu près dont un, un internat renforcé. C'est, c'est considéré un peu, euh, même la dénomination pour nous est un peu floue parce qu'on dit, SESSAD centre de soins.

Mais dans tous les cas, on reste pas un hôpital, on est plus un lieu de vie quand même dans lequel on est avec l'enfant, mais à l'école.

L.V: Donc du coup, il y a pas d'enfants qui ne présente pas de handicap, c'est ça ?

E3 : Euh, s'il y a euh, excuse-moi, je viens de comprendre par milieu ordinaire ou par rapport aux autres écoles ? Alors non, ça s'appelle, excuse-moi, ça s'appelle un EREA, donc établissement régional Éducation adaptée, donc c'est une école qui se veut inclusive mais dire de la que c'est une école en milieu ordinaire... euh, si on compare la majorité des écoles, je suis pas sûr qu'on peut dire de ça que c'est en milieu ordinaire. Enfin, on a, euh ... il y a tellement d'adaptations qu'on voit pas ça dans un vrai milieu, euh, dans un milieu scolaire classique.

L.V : Quelles sont les difficultés que rencontrent majoritairement les enfants atteints de paralysie cérébrale ? Et scolarisé en milieu ordinaire, du coup de préférence.

E3 : Euh, (**silence**), bah après, ça va dépendre s'il y a des troubles associés aussi au niveau cognitif puisque... Et de l'intensité parce que paralysie cérébrale, c'est quand même assez large, hein, ça peut aller aussi d'une hémiplégie légère sans trop de répercussions comme, comme, euh, une

quadruplégique plus importante. Oui, donc, après ce qui va les atteindre, dans l'ensemble, ça avec le regard porté par , par les autres. Mais en général, les jeunes enfants, ne se jugent pas aussi sévèrement dans la classe d'âge dans laquelle tu fais ton mémoire. Dans un milieu ordinaire, ce sont plus les professeurs, ça va dépendre de chaque professeur et de leur personnalité. J'ai rencontré très peu de freins, mais il est arrivé par exemple qu'une prof dont je suivais un enfant, qui avait un polyhandicap où ça se passait pas bien et bon bah, voilà, ça se voyait, qu'elle voulait pas de l'enfant dans la classe quoi. Donc, euh, il était intégré parce qu'elle avait pas le choix, mais bon c'était pas, euh, c'était pas avec son cœur qu'elle l'intégrait. Après au niveau des difficultés, ça va être pour... Bah, notamment le graphisme, c'est quand même ce qu'on retrouve en majorité.

Donc c'est vrai que ça va passer beaucoup sur l'outil numérique, mais sur l'outil numérique, le problème, ça va être de le mettre en place parce qu'autant si c'est l'outil numérique pour de la frappe au clavier auquel l'enfant peut être fonctionnel et assez rapidement, la frappe au clavier et de la gestion ça va aller, mais dès qu'on va passer sur l'adaptation sur de la synthèse vocale dans un milieu ordinaire, c'est compliqué ! Dès qu'on leur demande des adaptations au niveau des feuilles, que les écrits soient plus gros en primaire, ça va dans cette classe d'âge. Je trouve que c'est assez respecté par ceux qui travaillent avec des profs qui sont en ULIS. Donc en ULIS, c'est ça a toujours été respecté. Par contre de l'ULIS à la classe de l'enfant, euh classique des fois, il se peut que l'enseignant, le , le maître ou la maîtresse ne suivent pas forcément les adaptations. Ça reste quand même, (**silence**) ça reste quand même assez rare parce qu'après, il faut quand même discuter, présenter aussi, ils savent pas la cause, c'est aussi difficile pour eux. Donc après je dirais que c'est plus la mise en place des adaptations qui peut être délicates selon le, le degré des adaptations nécessaires à l'enfant. Après, dans la récréation, par exemple. En primaire, tout ce que tu disais, les enfants, ils ont pas un jugement qui est aussi critique que , que peut avoir des plus grands adolescents qui connaissent pas le handicap ou des adultes tout simplement. Donc ils sont justement dans l'entraide, il y en a beaucoup, ils aiment bien, bah pousser le fauteuil de leurs camarades, faire des courses avec, ils font les, les comptines avec les mains. C'est même eux qui trouvent comment faire des jeux avec leurs camarades.

L.V: D'accord, du coup enfin, pour vous le handicap moteur n'impacte pas forcément la participation sociale de ses enfants ?

E3 : Ça va dépendre de la participation sociale, niveau scolaire, c'est possible si on parle que du handicap moteur, donc les adaptations peuvent y pallier. Après, forcément selon, l'intensité du handicap, ça peut impacter la participation au niveau du sport. Ou là faut une sensibilisation à l'enseignant sportif souvent quand même. En primaire, ça reste le maître et la maîtresse qui font le sport. Nous on avait un éducateur APA, activité physique adapté. Qui, du coup, intervenaient directement sur les séances avec le maître et la maîtresse pour adapter le sport à l'enfant. Donc ça, c'était , c'était pas un frein. Puis justement, ça, ça favorisait l'intégration.

L.V: D'accord. Et d'après vous, que représente le moment de récréation pour ses enfants ?

E3 : Alors la récréation, c'est le moment précieux, hein chez nous. Quand à 10h10, ça sonne. Il y a plus personne en rééducation, donc en récréation, c'est là où il y a tous les potins, c'est oui... Là où ils voient leurs camarades qu'ils peuvent rigoler, crier, jouer sans trop de contraintes, ils peuvent s'inventer des jeux, créent beaucoup d'histoires, même si handicap moteur voilà je sais pas moi la personne, l'enfant est en fauteuil, jouer à cache-cache, ils vont le faire, il va courir avec son fauteuil. Enfin là-dessus, la récré, c'est vraiment le moment de détente comme tout autre élève en fait, y a pas trop de y'a pas trop de distinction quoi. Ça fait comme le repas, un moment de convivialité, qui, qui est fort et qui permet de retrouver ses camarades et d'avoir, bah, toutes les histoires qui peuvent se passer.

L.V: Et du coup est ce que vous avez eu l'occasion d'observer leur jeu libre pendant ce temps ?

E3 : Oui, notamment pour 2 . Un, c'était un enfant polyhandicap , on parlait tout à l'heure au niveau moteur. Ce jeune ne pouvait pas marcher. Et lui, l'important, c'était vraiment qu'il ait son tricycle. Alors, il avait un motilo adapté du coup et on avait essayé aussi un tricycle. Et quand le motilo a eu un petit problème, bah là, il s'est retrouvé bien embêté parce qu'il allait plus du tout jouer avec ses camarades à l'extérieur. Puis lui, tout ce qu'il voulait, c'était pouvoir de déplacer le motilo. Donc il avait un cahier de communication. Il montrait tout le temps l'image du vélo en espérant avoir ce motilo. Et pour lui, là, ça faisait tout le contact avec tous les camarades qui restaient autour, qui courait près de lui. Donc lui, ça avait été une des observations. Un 2^{ème}, c'était un enfant où c'est différent parce qu'il avait des troubles du comportement. Donc, ils adorent les moments de récré, mais il y avait des situations qui pouvaient générer chez lui des un peu de comment dire,... La, la récréation, c'est quand même extrêmement bruyant. Ça court partout. C'est beaucoup de stimulations. Pour lui, c'était pas supportable, donc quand il y avait trop, il était excité, il courait partout, mais au bout d'un moment de cette excitation, ça devenait de l'énerverment et ça pouvait se transformer en agressivité et il tapait ses camarades. Donc là, ça avait été une observation faite, qui avait été proposée pour que oui, bah il a accès la récréation comme tout élève, mais qu'on puisse proposer pour que oui il ait accès à la récréation comme tout élève mais qu'on lui propose peut être un lieu de détente quand il sent que ça va pas.

L.V: Du coup, il avait plutôt tendance à jouer tout seul.

E3 : Non, il va quand même vers les autres mais du coup le soucis qu'on rencontrait avec cet enfant, c'est que vu qu'il montrait de l'agressivité et il a fait des actes quand même qui sont allés assez loin, le plus loin qu'il a fait, c'était de planter un crayon dans la tête d'un camarade. Et là, c'est dans un milieu ordinaire avec une classe, qui heureusement était quand même à petit effectif, même si c'était pas une classe Ulis. Mais forcément, donc, la maîtresse était heureusement était très sensibilisée, au handicap en fait. On avait beaucoup de liens avec elle et du coup, on travaillait ensemble et elle, elle expliquait aux camarades de classe : « Bah oui, il est peut être différent, mais il est comme vous et il

en vient apprendre. Il a envie de jouer. Mais des fois il sait pas exprimer ce qu'il ressent ». Mais du coup, lui, ça avait été ce problème de surstimulation qui venait enfreindre un peu sa participation sociale. C'était plus dû à ces difficultés de comportementale que des troubles de moteur.

L.V : De manière générale, quels objectifs travaillez-vous principalement auprès de ces enfants?

E3 : Alors quand j'étais dans un SESSAD mobile... Je sais que c'est un paradoxe, normalement c'est censé toujours être mobile. Donc, ce qui est intéressant c'est vu qu'on avait à la fois l'école et le domicile. Mais c'est, du coup, nos objectifs étaient assez élargies, c'est à dire qu'il y avait des activités scolaires, des activités de loisirs, les activités de vie quotidienne auxquels, moi, personnellement, je m'aide beaucoup de l'OT HOPE. Je trouve qu'il aide beaucoup l'enfant et la famille. Donc après les demandes, c'est vrai que les enfants ont énormément d'attente, des adultes sur eux. Ils ont des attentes scolaires. Les parents attendent d'eux aussi un certain comportement. Et des notes scolaires, puis quand ils entendent un maître ou une maîtresse qui dit que bah, là, il est pas dans les âges là ça va pas bon bah c'est déjà un stress pour eux donc des fois certains vont venir nous voir poser des questions ou des fois sur ajouter des devoirs aux enfants. Et du coup, à la maison, ils ont à nouveau des attentes. Des fois c'est des enfants quand même qui, depuis tout petits, sont baignés dans le milieu médical, paramédical. Ça se voit notamment quand ils deviennent adultes où là ils anticipent nos questions. Et des fois des réponses très, très matures pour leur âge, avec des mots que n'ont pas, forcément, leurs camarades. Et du coup, excuse-moi j'ai perdu mon idée principale...

L.V : C'était par rapport aux objectifs, ...

E3 : Oui, et Ben du coup on avait, ils peuvent avoir des attentes très médicales et paramédicales, donc nous dans les objectifs nous on les centre sur leurs occupations. Donc par exemple les profs vont souvent demander l'aspect graphisme, notamment quand ils sont en CP, mais quand un enfant aussi jeune commence à refuser l'aspect graphique, c'est qu'il a été mis face à beaucoup d'échecs qu'ils n'ont pas été pris précocement, donc on va déjà commencer par la remise en confiance, d'accord. En passant par de la rééducation de la motricité fine on a beaucoup de remise en confiance. Donc ça reste quand même le graphisme, les outils informatiques. Le lien avec les professeurs, ça c'est quand même ce qui est très majoritaire auprès des enfants, parce qu'ils ont des grosses attentes au niveau scolaire. Au niveau du domicile, on va être quand même beaucoup plus, sur, être capable de mettre son manteau, être capable d'enfiler sa chaussure, sur des petits gestes de la vie quotidienne selon l'âge. Après, au niveau des loisirs, c'est déjà arrivé qu'on ait la demande pour le vélo. La demande de loisirs, je trouve que c'est pas ce qui émerge en premier. Alors que c'est, c'est quelque chose de très important pour la mise en confiance de l'enfant.

L.V : C'est pas ce qui émerge pour l'enfant, ou plutôt pour les parents ?

E3 : Dans ce qui va ressortir avec les parents, oui, ça va être vite aller vers les activités scolaires. Après, quand on explique notre métier qu'on parle de la vie quotidienne, là il y a pas de souci mais par

exemple, les loisirs des fois, ils ont du mal à se projeter. Quand on place l'OT HOPE justement avec les loisirs, « ben on n'avait pas pensé à ça. Après, c'est vrai qu'elle nous demande de faire la danse, mais nous on a un peu peur ». Donc, du coup, souvent, si ça permet de dédramatiser la situation, « bien bah en fait il y a des clubs aussi d'handisport sports qui existent . Est-ce que vous avez déjà essayé en classe ? Comment ça se passe en classe ? parce que pourtant, en classe, ils font du sport ». Donc ils ont pas mal d'appréhension. Après, ils se rendent compte que, au-delà des gestes quotidiens, quand l'enfant réussi il va, des fois le fait qu'il ait plus confiance, il va plus essayer à faire des jeux avec ses frères et sœurs. Il y en avait un comme ça, il a une déformation d'une main. Donc on fait beaucoup d'activité bimanuelle. Parce qu'il adore ça et il doit trouver ses propres stratégies d'ajustement. Et au départ à la maison, il faisait un peu que des jeux de construction donc plutôt c'est pas mal pour du bimanuel, mais en fait, il explorait pas d'autres jeux. Et en ergo du coup, j'avais pris le parti de le diversifier sur les supports et les jeux. Et maintenant, la mère était étonnée parce qu'il fait du dessin, du coloriage, il joue avec des poupées joue avec les voitures, jouer avec les Lego. Et il s'est un peu diversifié, sur, ses, ses champs de loisirs, ce plaisir, du fait qu'il a été exposé à d'autres, d'autres jeux également, aussi quoi a des situations de réussite .

L.V: Et Pensez-vous que du coup le jeu en cour de récréation soit quelque chose d'important à travailler en ergothérapie ? Et si oui pourquoi ?

E3 : Ah, j'ai pas eu de situation où un jeune est bloqué dans un jeu avec ses camarades en récréation. En général, les jeunes sont très imaginatifs pour ça, donc j'ai pas rencontré ces difficultés-là. Après, c'était plus l'accès à la récréation et les déplacements pour ceux qui avaient besoin d'un fauteuil roulant ou d'un motilo où là c'était important parce que pour le coup, ça c'est ce qui permet de favoriser la participation sociale. Et oui, je trouve ça très important de tenir compte de comment ça se passe à la récréation, parce qu'il y a beaucoup de liens qui se créent. Pour illustrer, donc un jeune qui, qui était très, ... En fait, il parlait, mais ses camarades ne savaient pas qu'il parlait parce qu'il parlait à très peu de gens, donc il dessinait, quel adulte parle et donc fallait de mise en confiance au départ, puis après on l'entendait. Il s'exprimait pas beaucoup, hein . Ça restait du oui non. Des petits mots, des petites phrases, mais c'était déjà très gagnants quand ils discutaient avec nous comme ça. Le fait qu'il y ait eu un motilo à la cour de récréation en fait, tous ses camarades l'ont applaudi, ont crié son prénom, l'ont encouragé, sont allés vers lui. Je pense sincèrement que c'est une grosse goutte d'eau qui a permis de favoriser son épanouissement en classe et sa mise en confiance. Et un jour, il s'est mis à réciter un poème à sa façon et la tous ses camarades ont dit « ah mais il parle en fait , on savait pas ». Et oui il parle. Et du coup, ça a créé une sorte d'émulation, mais des 2 côtés parce que du coup peut être que les ceux de sa classe lui proposait de l'aider et quand ils ont découvert qu'il parlait, bah du coup ils hésitaient moins à lui poser des questions.

L.V: D'accord, oui, ça a créé du lien, ...

E3 : Oui, ça a fait vraiment un enchaînement.

L.V: **Alors du coup par rapport aux objectifs, vous m'avez dit que c'était surtout l'enfant qui choisissait ses objectifs de travail ou ses parents, c'est ça ?**

E3 : Alors ça dépend dans le SESSAD mobile, j'avais l'avantage d'avoir le jeune et les parents.

Donc, soit je faisais ensemble, soit séparément. Mais je centrerais sur la position du jeune, hein, des fois, ils ont pas forcément les mêmes attentes. Puis, après 4 , 10 ans, faut faire attention pour eux. Formuler des objectifs, c'est quand même compliqué. Ils se sont pas forcément, il voit pas forcément où est le problème en soi quand ils se plaisent bien comme ils sont tout ça, j'emploie pas objectif de travailler avec eux. Je leur demande, qu'est-ce qu'eux, ils aimeraient pouvoir faire tout seul ou que « t'aimerais faire avec tes camarades ». Ça fonctionne quand même beaucoup mieux comme présentation, puis ça évite de tout temps leur parler de travail, travail puisque, c'est quand même, ça leur est demandé tout le temps, dans toutes les rééducations, à l'école, à la maison. Donc proposer un autre espace sans employer ces mots. Et du coup, après, on est obligé de tenir compte aussi enfin évidemment du médecin. On a quand même un motif initial du médecin les motifs initiaux du médecin c'est quand même souvent graphiste, aucun informatique, il y a pas d'autres détails. Mais du coup, de faire un bilan tel que l'OT HOPE et la MCRO et le présenter au médecin, à la famille, ça peut montrer aussi bah voilà les difficultés qui sont soulevée par la classe, par les adultes, chez ce jeune et la représentation que peut avoir les jeunes de lui-même, genre pour lui, c'est peut-être pas un problème aujourd'hui ou alors bah en fait il voit qu'il n'y arrive pas du tout mais en fait il en a peur, c'est pas quelque chose qui lui paraît prioritaire et du coup dans ce cas-là on passe sur une sorte de négociation pour, parce qu'on va forcément nous solliciter sur l'activité scolaire, pour dans une même séance, tu peux travailler deux objectifs. Tout en restant un peu du loisir. Donc, après les jeunes, à ce moment-là, ils vont pas parler du graphisme tout de suite, ils vont plutôt dire « Bah moi j'aimerais savoir dessiner. Moi, j'aimerais savoir découper ma princesse. Moi j'aimerais savoir colorier parce que je dépasse tout le temps. Moi j'aimerais colorier Mickey », enfin ça va être plus des choses vraiment sur leurs occupations.

L.V : **Et du coup, quels moyens utilisez-vous en séance pour pallier ces difficultés ?**

E3 : Par rapport aux objectifs qu'on peut travailler, c'est très divers. T'as le jeu, ça c'est, c'est le jeu, c'est le monde de l'enfant donc forcément tu, tu l'utilises partout et à foison tout le temps même sur l'outil informatique, il y a beaucoup de jeux pour ça. Il y a beaucoup de moyen, j'utilise beaucoup. Bah tout ce qui est forme ludique. Après, j'aime bien m'inspirer de l'approche co-op qui est assez intéressante, qui demande quand même une certaine maturité du jeune. Après, ça va dépendre quand par exemple il y a des toxines, bon bah là on est obligé aussi avant de passer par de l'intensivité. Donc m'inspirer un petit peu de la méthode HABITIL et j'y suis pas formée. C'est une collègue qui était formée, donc j'ai juste dans ma tête comment ça se passe. Mais voilà, ça va être la répétition de gestes à travers des jeux différents. Le jeu, c'est, c'est la priorité. Il y a des mises en situation. Enfin par

exemple, pour les tout-petits, pour montrer l'habillage. Ouais donc « on me demande de m'habiller », bah nous on a acheté des costumes, comme ça, il est question de chevalier, de cape de princesse ou c'est toujours plus sympa à enfiler. Ils aiment bien ça, joue un personnage, Ils adorent. On a créé une petite chambre aussi pour faire des mises en situations et... on a créé une chambre, une chambre d'enfant et du coup bah il y a des poupées, il y a des lego, il y a des livres à des dessins et c'est l'enfant qui décide s'il veut faire ça par terre, assis ou au bureau parce que souvent, ou par défaut, on peut se dire que l'enfant soit dans notre bureau assis à une table. Bon un enfant, ça bouge beaucoup dans sa chambre, il est pas assis tout le temps sur sa table, il joue, il joue au sol. Il passe du sol au lit pour aller sur son lit. Voilà donc beaucoup de mises en situation comme ça de jeu et de toujours en forme ludique.

L.V: D'accord, okay, et vous faites plutôt des séances individuelles ou en groupe ?

E3 : On peut faire les deux. Mais ça va dépendre du contexte de travail, d'accord, et de nos plannings parce qu'on est très contraint, avec les plannings scolaires. Le jeune, il a son planning scolaire sur lequel se rajoutent nos séances de rééducation. Le soir, il y a la fatigue. Le mercredi après-midi, ils ont peut-être du sport ou du loisir, c'est peut-être à ce moment qu'il profite pour se reposer un peu.

Je fais toujours un peu de groupe, mais j'en fais moins que ce que j'aimerais en faire et qui serait intéressant pour les jeunes.

L.V: D'accord ? Et les jeunes qui sont mis en groupe sont plutôt des jeunes qui présentent des difficultés de participation sociale ou pas ?

E3 : Ça peut être un mixe. Dans le SESSAD dans lequel t'as fait ton stage, on avait créé un Escape Game et on avait pris des enfants avec des niveaux scolaires et moteur très différents. Et du coup, c'était très chouette comme expérience parce que on a, on s'est rendu compte que ça avait créé une émulation par exemple, on en avait une grande primaire qui ne savait pas lire il y en avait une qui était très petite en primaire qui, elle, savait lire. Mais par contre, au niveau moteur, elle était en grande difficulté. Bah du coup en fait spontanément, la plus grande c'est celle qui cherche les objets qui lui prenait, qui les ramenait à la petite pour qu'elle les lise. Ça dépend vraiment dans quel but est créé les groupes. Souvent quand c'est de la motricité fine. En effet, on va peut-être plus avoir tendance à rassembler dans l'âge. Mais tandis que là l'Escape Game, c'était à la fois moteur est à la fois cognitif. Et on avait fait le choix de varier un peu au niveau des âges et des différents degré handicap, entre guillemets. Et justement, ça avait créé une bonne émulation, une bonne entraide et je trouvais ça plus en plus enrichissant du coup parce que finalement, en tant qu'adulte, on intervient moins et le jeune allait plus vers son camarade, demander de l'aide.

L.V :Du coup, c'était une séance de jeu collectif où, vraiment ils devaient interagir entre eux. On va dire pour bah pour faire l'activité.

E3 : Oui, puis bon bah là pour le coup aussi, on s'était amusé entre collègues à mettre une ambiance en fait. On avait toute l'équipe été mobilisés et on avait créé deux groupes qui ont été envoyés en mission par un fameux pirate, qui est apparu étrangement et là d'un coup le fameux farceur nous a enfermé dans les pièces, donc fallait trouver de quoi nous libérer. Finalement, en tant qu'adulte on s'est rendu compte que bah, on n'est peu intervenu pour les aider. Alors qu'on pensait que certains ça allait être plus compliqué, on s'est fait des, on s'était fait des, on avait projeté un peu quand même, comment ça allait se passer pour adapter nos supports. Bah au final, des fois nos projections étaient pas bonnes puisque vu qu'ils étaient-ils s'entre aidait ça allait plus vite qu'on pensait.

L.V: Est-ce que vous observez des répercussions de l'utilisation des moyens que vous mettez en place sur le jeu libre de l'enfant, notamment avec ses pairs ?

E3 : Oui bah c'est comme celui que je te citais, qui a diversifié ses jeux. Après, sur le jeu libre avec ses pairs du coup, dans le SESSAD , je suis actuellement. Je trouve ça un peu moins observable. Mais vu qu'on est dans une école hyper adaptée avec des profs formés, c'est, c'est différent. Donc ils sont baignés dans une atmosphère quand même qui est très bienveillante et tout le monde est intégré, tout le monde joue ensemble. Après, on passe beaucoup par la remise en confiance qui mène à des relations de groupe. Puis en effet à jouer un peu plus avec.

L.V: A partir de quel moment vous considérez que l'enfant a une bonne participation sociale ?

E3 : Bah alors là c'est, c'est pas, enfin l'impression qu'on a en tant qu'adulte et l'impression qu'a l'enfant, c'est forcément différent donc je repasse l'OT HOPE, il montre comment ça a évolué et comment il se sent, puis on peut poser la question aussi de lui, comment ça va en récréation. Mais souvent, ça parle d'eux même au niveau des réévaluations.

L.V : Okay, oui donc du coup c'est vraiment par rapport au discours de l'enfant, de ce qu'il pense de...

E3 : Oui, parce que finalement, par exemple, ce matin, j'ai eu un entretien pour un jeune et on s'inquiétait avec l'orthophoniste du fait que ce jeune on le trouve assez isolé de la classe, sauf que on savait pas trop, euh, c'est un jeune qui ne s'exprime pas trop. On s'était dit, voilà, « est ce que lui ça lui convient ? Parce qu'est-ce que, ça ne va pas, on est peut être passer à côté de quelque chose ». On a fait entretien avec Madame pour avoir son point de vue et en fait, elle a été très positive.

Au final, oui, il faut faire attention au jugement qu'on peut avoir qui renvoie à nos propres expériences et à nos propres perceptions. Le jeune aura pas toujours la même perception, il y en a qui en ont besoin le midi de manger seul et c'est comme ça. J'en vois pas beaucoup, mais c'est, c'est le cas de ce jeune. Et c'est un peu vrai que l'après-midi, quand il vient, que ce soit pour séances individuelles ou de groupes. En fait, il est super content. Donc, et en classe, ça se passe beaucoup mieux qu'en septembre.

L.V : Selon vous, quel est le ou les moyens les plus efficaces qui permettraient à l'enfant d'accéder aux jeux en cour de récréation ?

E3 : Bah déjà, les cour de récréation, plate ou accessible. Ça peut paraître tout bête, mais des fois, ça peut arriver, surtout en primaire, que dans les cour de récréation. Il rajoute un espace, il y a des jeux et il rajoute un sol qui est assez moelleux en cas de chutes. Sauf que des fois ce sol moelleux, il y a une différence de hauteur qui est un peu trop importante pour quelqu'un qui, qui a des difficultés de marche, qui est en Key Walker où qui est en fauteuil roulant. Donc il y a déjà au niveau de l'accessibilité. Après, j'ai jamais vu de jeux. Les jeux que j'ai vu en extérieur s'était jamais adapté pour un fauteuil, mais en même temps, dans les cour de récréation que j'ai vu, c'étaient souvent des cour de récréation plates avec juste des dessins au sol. Les dessins étaient effacés, donc on les voyait pas trop. Les enfants en faisaient pas non plus grand chose. Le jeu de ballon ça va, ça reste accessible. Les jeux de cache-cache, ils savent très bien le faire, ça va être juste de permettre le déplacement du jeune dans la cour de récréation et également aux toilettes. Par exemple, là où je suis actuellement vu que c'est eux un établissement adapté. Quand il y a le temps de récréation, certains, c'est leur temps pour aller aux toilettes. Sauf que bah, ils sont de nombreux jeunes avec des handicaps plus ou moins importants qui fait qu'ils doivent attendre aux toilettes et certains du coup bah ils ont pas de, de récréation. Donc ça c'est un peu, là c'est plus par manque de personnel mais ça peut arriver aussi que les récréations ne rendent pas les toilettes accessibles. Du coup, le jeune, le temps que le transfert est réalisé, bah il loupe une bonne partie de la récréation. Donc ça, c'est dommage. Après, quand il y a des tables de pique-nique, il faut faire attention à ce qu'au bout de la table de pique-nique on peut passer le fauteuil en dessous. S'il y a des banc des 4 côtés, bon bah c'est pas possible. Voilà, après j'ai pas vu d'autres choses qui ne serait pas accessible.

L.V: Okay, donc du coup, ce serait surtout de l'adaptation ?

E3 :Ouais, au déplacement par le fauteuil par le terrain plat, par l'activité au toilette, par la présence d'une personne pour faciliter l'accès aux toilettes assez rapidement afin que l'enfant puisse retourner en récréation le plus vite. Voilà, c'est surtout ça parce que je pense aux jeunes, qui était toujours content d'avoir récréation et était sur son motilo pour lui, tout roulait.

L.V : Et quelle liberté vous donner aux enfants pour qu'ils puissent devenir de plus en plus autonomes et indépendants dans leur jeu ?

E3 : Alors ça dépend du handicap et de la maturité. En effet, le mieux c'est de partir sur la motivation du jeune, mais faut pas oublier aussi que bah des fois, le jeune âge fait que ou la maturité étant est en train de se construire. Ils ont pas forcément la représentation que nous, on peut y mettre en tant qu'adulte et jugement d'adulte sur leur capacité. Donc déjà pour de la remise en confiance on va faire beaucoup de jeu libre donc par exemple la peinture, tout ce qui est créatif. Ouais c'est beaucoup, c'est super en tant que médiation où là le jeune, vraiment il peut tout faire à sa guise, mettre ses mains dans sa peinture, explorer toutes les différentes manières, les matières, les différentes textures, les mélanges de couleurs, créer ses propres potions de de couleur, peinture et tout ça. Après je peux

guider en effet le choix des jeux, le travail qui est, qui est à réaliser, vers ce qu'on cherche à atteindre vers, notamment ce qu'on veut favoriser dans le développement comme aussi le choix du jeu du jeune. Pour ceux qui, qui sont capables d'avoir des choix qui sont en cohérence avec ce qu'ils aiment et ce dont ils ont besoin, ça va être plus facile que pour ceux qui sont là juste pour jouer et qui restent tout le temps dans le même jeu et qui ont pas cette maturité. J'en ai un. Il est en cm1 quand même, il joue pour jouer, mais il en fait rien. Y'a vraiment un décalage par rapport à ses camarades de classe bah là, du coup c'est moi qui orientent le début de séance et les 10 dernières minutes il va choisir le dernier jeu. Et ça permet, ça permet aussi de donc peut être que ça peut paraître trop guidant, mais je pense que c'est nécessaire selon l'enfant, ça dépend de plusieurs paramètres. Mais ça peut aussi permettre à l'enfant quand il choisit au départ le dernier jeu, donc déjà il est content, il a choisi ce qu'il aime, ils finissent dans tous les cas sur une note très positive mais du coup au fur et à mesure des séances, le dernier jeu qui choisit il change c'est plus le même, il va explorer d'autres choses.

L.V: Bah du coup c'est tout pour moi. Enfin j'ai plus d'autres questions, mais est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ou des questions ?

E3 : Euh, non. Après, sur la récréation, je sais qu'il y a des parcs qui se développent pour faciliter l'accès au jeu en situation de handicap, mais ça tu vois, on, on le voit pas en cour de récréation. Je sais pas si, après j'ai pas vu beaucoup de cour de récréation avec des jeux pour les enfants en général. Mais c'est vrai que c'est quelque chose,... Autant en parc, j'en ai vu quelques-uns, on voyait jamais avant . Mais autant en récréation, pourquoi pas imaginer ça en cour de récréation également quoi, pour favoriser la participation sociale et l'intégration, ou sinon, malgré ça, ça marque toujours la différence. Oui, oui, ça veut dire qu'il y a une partie de la récré où bah lui, il peut pas atteindre par sa différence. Après, c'est vrai que, voilà ce que je disais, ils ont moins de jugement et des fois par exemple pour un jeu où c'est de la peinture qui est par terre et il voit que leur camarade, il voit pas la peinture par terre. Bah y'en a un qui va se poster sur « bah du coup tu dois venir jusqu'à moi ici, tu dois faire le tour autour de moi ».

L.V: D'accord, oui, du coup, il y a vraiment une entraide avec les autres enfants ?

E3 : Ouais, ils sont très imaginatifs et ce qui est intéressant, c'est qu'ils ont pas trop de freins. Au niveau de, de la représentation d'une personne, quoi, il y a pas de jugement. Ils ont pas encore des représentations fossés entre guillemets, où certaines peurs vis-à-vis de la différence. Bon après quand ils ont 9, 10 ans . Ça peut commencer à venir mais quand même, ça reste assez ouvert et assez bienveillant. Là où les inquiétudes vont être le plus marquée, ça va être le passage au collège. en primaire, autant on a un enseignant qui est le principal de la classe et ça se passe bien. Mais autant quand ça se passe au collège, là tout le monde s'inquiète parce qu'il y a plus de monde, il y a plus d'un y a un prof principal prof de français, prof l'histoire, enfin voilà, et là, ça fait plusieurs interlocuteurs sachant que si on a la chance d'en voir un, on est déjà content. Mais le passage d'information est plus

difficile. L'observation à la récréation est plus difficile aussi au collège et moins considérés pour les plus grands je trouve. Je trouve que c'est là où on voit une plus grande démarcation. Et, et où c'est moins considérer alors que c'est extrêmement important, surtout à l'âge de l'adolescence. C'est vrai que ça fait une somme plutôt d'ouverture de questionnement qu'un apport d'information, mais moi je vois plus en en collège ce problème ou la récréation bah, elle est plus considérée quoi ? Et là, en général, ça donne par exemple pour un jeune qui était plutôt épanoui en primaire. Là cette année en 6^{ème}, donc je ne l'ai pas connu l'an dernier hein, c'est, c'est une reprise de suivi que je fais. Je sens bien que c'est difficile parce que il a pas d'amis, visiblement, la récréation il sait pas trop comment faire avec ses autres camarades. Il a une hémiplégie et sa famille est très concentrée sur son bras qui est hémi . Il ne voit que son bras hémi, il supporte plus l'image qu'il a de lui-même et au final, quand j'ai demandé à l'éducateur comment ça se passait en en récré, il fait bah en fait, il est, il est tout seul et il s'isole et au point qu'il a demandé à arrêter, par exemple, un suivi. Là, il y a un vrai problème qui se pose.

L.V: Est-ce que vous pensez qu'en utilisant des jeux collectifs en séance, ça aurait pu l'aider à Enfin, on va dire apprendre à aller vers les autres et que ça aurait pu faciliter sa participation sociale au collège ?

E3 : Ouais, je pense que c'est ce qui manque pour ce jeune mais vu qu'il ne s'exprime pas. Et qu'on a pas su voir assez tôt. Et comme départ, il disait que tout va bien alors qu'en fait bah non ça va pas bien. Du coup ça a été compliqué de le voir. Puis il reste timide avec les autres, mais je pense qu'en effet lui, ce sera typique, un jeune, mais sans parler de, de groupe, ergo ou autre, qu'il soit juste dans un groupe de sport par exemple. Le mercredi après-midi à l'école, rien que ça. Déjà. Ça serait énorme pour ce jeune. Ça lui ferait en effet du grand bien et. Et ça favoriserait sa participation sociale. Il y en a un comme ça c'est pareil 6^e il était quand même assez isolé, on a fait du groupe pendant un mois, 2 mois, 1 mois et demi, oui. Et j'étais assez étonné parce que je suis passée d'un jeune qui est très discret quand on est en quand je suis seule avec lui, un jeune quand il est avec ses camarades. Il est tellement heureux que le comportement n'est pas forcément approprié également et du coup, ses camarades le regarde un peu étrangement et, et n'ont pas eu toujours des mots cool que j'ai dû reprendre. En dehors de la présence de l'élève. Mais du coup au final bah il s'exprime plus également, quoi Alors, avant, il arrivait dans la pièce d'ergo, où il parlait à personne. Maintenant s'il voit ses camarades de classe et leur dit un peu plus quelques mots, déjà.

L.V: Bon bah merci beaucoup en tout cas c'était très intéressant. Bonne fin de semaine.

E3 : Merci toi aussi.

L.V : Merci au revoir.

E3 : Au revoir.

Résumé

L'engagement et le rendement occupationnel des enfants atteints de paralysie cérébrale, dans le jeu, est réduite. Notamment lorsqu'il s'agit de jeux dans lesquels ils doivent interagir avec leurs pairs. Ainsi, leur participation sociale est plus faible que celle des enfants qui ne présentent pas de situation de handicap. Pourtant, à l'école en milieu ordinaire et notamment en cour de récréation, le jeu collectif, et donc la participation sociale qui en résulte, sont omniprésents et essentiels pour permettre à l'enfant de se développer et de s'intégrer au monde. De nombreuses études ont montré l'importance de l'utilisation du jeu auprès des enfants. Cependant nous nous demandons si le jeu collectif utilisé en ergothérapie pourrait permettre à ces enfants de développer leur participation sociale notamment au moment de la récréation. Plusieurs observations auprès d'enfants atteints de paralysie cérébrale au moment de la récréation en milieu ordinaire, ainsi que trois entretiens auprès d'ergothérapeutes intervenant à l'école de ces enfants ont été effectués et analysés pour répondre au problème posé. Les résultats, leur analyse et leur discussion montrent que l'utilisation de mises en situation ou d'adaptations pour les déplacements sont surtout utilisés pour permettre le jeu en cour de récréation. Les jeux collectifs utilisés en ergothérapie pouvant être considérés comme des mises en situation, les résultats de l'enquête semblent être en accord avec l'hypothèse. Cependant les limites rencontrées ainsi que les nombreux autres éléments recueillis lors de l'enquête ne permettent pas de l'affirmer totalement. Cette enquête a également pu interroger la prise en compte de nombreux facteurs impactant la participation sociale de l'enfant en cour de récréation.

Mots clés : Ergothérapie - Paralysie Cérébrale – Récréation – Participation sociale – jeu collectif



Abstract

The occupational engagement and occupational performance of children with cerebral palsy, in play, is reduced. This is especially true when it comes to games in which they must interact with their peers. Thus, their social participation is lower than that of children who do not have a disability. However, in the regular school environment and especially in recreation, group play, and the resulting social participation are omnipresent and essential for the child to develop and integrate into the world. Many studies have shown the importance of the use of play with children. However, we question if group play used in occupational therapy could allow these children to develop their social participation, particularly in recreation. Numerous observations of children with cerebral palsy during recreation, and three interviews with occupational therapists working in these children's schools were conducted and analyzed to address the problem posed. The results, their analysis and discussion show that the use of simulations of the situation or adaptations for movement is mainly used to enable play in recreation. As the group games used in occupational therapy can be considered as simulation of the situation, the results of the survey seem to be in line with the hypothesis. However, the limitations encountered, and the many other elements gathered during the survey do not allow us to confirm this. This survey also questioned the consideration of numerous factors impacting on the child's social participation during recreation.

Key Words : Occupational therapy- Cerebral Palsy- Recreation – Social participation- Group play