

Institut de Formation en Ergothérapie

Mémoire d'initiation à la recherche

**Ergothérapie et Handisport :
L'accompagnement vers l'état de Flow
chez les jeunes atteints de Paralyse
Cérébrale**

DUTOT Juliette

Numéro étudiant : E21-09

Promotion : 2021-2024

Année universitaire : 2023- 2024

Sous la direction de PERSAT Dominique

*« Le sport est une évasion complète de
la vie. »*

François Hertel

Glossaire

PC : Paralyse Cérébrale

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

IEM : Institut d'Education Motrice

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

AMP : Aide médico Psychologique

MPR : Médecine Physique de Réadaptation

ARS : Agence Régional de Santé

IME : Institut Médico Educatif

EEAP : Établissements et Services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

FFH : Fédération Française Handisport

Remerciements

Dans un premier temps, je souhaitais remercier ma directrice de mémoire pour son accompagnement sans faille et ses conseils tout au long de cette année.

Je remercie également les référent(e)s pédagogiques pour leur disponibilité, leur bienveillance et leur bonne humeur qui nous ont suivis durant ces 3 années d'études.

Merci à mes camarades de classe et plus particulièrement mes amies pour ces moments de partage, de rire et de bienveillance qui ont rendu ces années d'études inoubliables.

Je souhaiterais remercier ma famille, mes parents, pour leur soutien sans faille pendant la rédaction de ce mémoire. Un grand merci à ma sœur, pour m'avoir écoutée, accompagnée et soutenue pendant ce travail. Merci à mon grand-père pour avoir consacré ses heures à me relire et me conseiller.

Merci à mon copain, pour ses encouragements et sa bonne humeur pendant ces 3 années d'études.

Pour finir, je souhaiterais remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire, merci aux ergothérapeutes d'avoir accepté d'y participer. Merci à mes ancien(ne)s tuteurs de stage pour m'avoir aiguillé pour la rédaction de ce mémoire.



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Dukat Juliette atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Freville Le 11/05/2021 signature

i Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ii Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

iii Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire :

I. INTRODUCTION	1
II. CADRE CONCEPTUEL	3
A. PARALYSIE CEREBRALE	3
1. <i>Définition et tableaux cliniques</i>	3
a) Définition.....	3
b) Etiologie	4
c) Tableaux cliniques	4
d) Troubles associés de la paralysie cérébrale	5
2. <i>La notion de handicap</i>	6
a) La construction identitaire chez l'enfant en situation de handicap	7
b) Institutionnalisation	7
B. ERGOTHERAPIE	8
1. <i>L'ergothérapie en pédiatrie</i>	8
a) L'ergothérapeute.....	8
2. <i>Le travail interprofessionnel</i>	10
a) La collaboration avec la famille	11
b) Les leviers et freins à la collaboration interprofessionnelle.	12
3. <i>La MCREO</i>	12
a) Outil d'évaluation.....	14
b) L'engagement occupationnel	15
c) La performance occupationnelle	16
III. ACTIVITES SPORTIVES	17
1. <i>Généralités</i>	17
a) Définition.....	17
b) Les bienfaits du sport.....	18
c) Activités sportives adaptées	19
2. <i>L'activité sportive, au cœur de l'ergothérapie</i>	20
a) L'activité sportive comme occupation	20
b) L'activité sportive, une occupation de loisirs	22
3. <i>La théorie du flow</i>	22
a) Définition.....	22
b) La théorie du flow et la pratique en ergothérapie.....	24
IV. PROBLEMATISATION	26
V. DISPOSITIF METHODOLOGIQUE	28

A.	LA METHODE	28
B.	L'APPROCHE	29
1.	<i>Les critères d'inclusion et d'exclusion</i>	30
a)	Critères d'inclusion.....	30
b)	Critères d'exclusion	30
2.	<i>Les prises de contact</i>	31
3.	<i>Présentation des personnes interrogées</i>	31
C.	LES TECHNIQUES ET OUTILS DE RECUEILS DE DONNES	32
1.	<i>L'entretien semi-directif</i>	32
2.	<i>Guide d'entretien</i> :	32
VI.	OBJECTIVITE DU CHERCHEUR	33
VII.	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	34
A.	ANALYSE VERTICALE	35
B.	ANALYSE HORIZONTALE	39
1.	<i>La place du sport en ergothérapie</i>	39
2.	<i>Le travail interprofessionnel</i>	40
3.	<i>L'engagement occupationnel</i>	41
4.	<i>La performance occupationnelle</i>	41
5.	<i>Les modèles conceptuels</i>	42
6.	<i>La théorie du flow en ergothérapie</i>	43
C.	VALIDATION ON REFUTATION DES HYPOTHESES	45
1.	<i>La première hypothèse de recherche</i>	45
2.	<i>La seconde hypothèse de recherche</i>	46
VIII.	DISCUSSION	47
A.	NOUVEAUX APPORTS THEORIQUES	47
1.	<i>Utilisation de l'OT HOPE</i>	47
2.	<i>Les PAP, PAI : une source de lien avec la famille</i>	48
B.	BIAIS ET LIMITES DE LA RECHERCHE	49
1.	<i>Biais</i>	49
2.	<i>Limites</i>	50
C.	PERSPECTIVES.....	50
IX.	CONCLUSION	52
X.	BIBLIOGRAPHIE	54
XI.	ANNEXE :.....	65

I. INTRODUCTION

La paralysie cérébrale touche, selon un communiqué de presse du Ministère du Travail de la santé et des solidarités en 2022, 40 000 enfants. (Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2022). Elle constitue par ailleurs la première cause de handicap moteur chez l'enfant. Cette pathologie est présente dès les premiers instants de vie de l'enfant. Il est donc dès son plus jeune âge, confrontés au handicap que la paralysie entraîne ainsi qu'aux conséquences occupationnelles qui y sont liées. De ce fait l'ergothérapeute suivant ces enfants s'intéresse à la réalisation de ces activités de vie quotidienne. Lors d'un stage en ergothérapie au sein d'un Institut d'Education Motrice, j'ai pu constater différentes prises en soins basées sur le quotidien des jeunes. Cependant, une situation pendant mon stage m'a interpellé. En effet, nous avons pu faire la rencontre d'un jeune présentant une paralysie cérébrale pratiquant du handisport dans une association extérieure à l'IEM. Ce jeune venait régulièrement nous voir pour nous faire part de son enthousiasme concernant sa pratique sportive. En tant qu'ergothérapeute, nous, nous intéressons à ce jeune car sa pratique sportive fait partie de ses occupations. En effet, dans le cadre de la paralysie cérébrale l'ergothérapeute intervient « dans le but d'augmenter leur efficacité et leur autonomie, aussi bien dans le cadre des apprentissages scolaires que dans les actes de la vie quotidienne. » (Mazeau, 2017) .En résumé, nous, nous n'avons pas demandé si un suivi en ergothérapie étaient envisageable pour ce jeune.

Ce questionnement autour de la prise en soin en ergothérapie pour ce jeune et sa pratique sportive extérieure n'est pas un fait rare. En effet, En France, en 2022, nous retrouvons 15,4 millions de licenciés dans les associations de sports agréés (INJEP, 2023). Parmi ces licenciés, 35 000 personnes l'étaient dans les associations de handisport (Fédération Française Handisport, 2022) Ces chiffres nous indiquent que l'activité sportive fait partie des activités de vie quotidiennes pour 35 000 personnes licenciées handisport.

Les différentes observations durant ma période de stage ainsi que les questionnements autour des différences de ressenti face au groupe handisport ainsi que le rôle que pourrait avoir l'ergothérapeute auprès de ces jeunes m'ont permis de faire émerger la question de départ suivante :

Comment l'ergothérapeute en structure accompagne-t-il les enfants avec une Paralyse Cérébrale dans la pratique sportive dans une association sportive extérieure ?

A la suite, de cette contextualisation, nous effectuerons des recherches littéraires afin de pouvoir établir un cadre conceptuel. Celui-ci permettra de mettre en évidence notre problématique, ainsi que des hypothèses de recherches. Ensuite, nous expliquerons la méthode de recherche envisagée dans ce travail. Pour finir, nous analyserons les résultats obtenus pendant ce travail de recherche et nous en discuterons.

II. CADRE CONCEPTUEL

A. PARALYSIE CEREBRALE

1. *Définition et tableaux cliniques*

a) Définition

La paralysie cérébrale est définie selon (Rosenbaum et al. en 2007) comme « un terme qui désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. ». Elle est auparavant introduite par Guy Tardieu sous le terme d'IMC (Infirmité Motrice Cérébrale) et IMOC (Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale). Tardieu distingue donc ces deux termes et définit alors l'IMC comme « Infirmité motrice cérébrale signifie atteinte cérébrale, congénitale et non évolutive » et met donc l'accent sur l'absence de déficiences intellectuelles que les enfants IMOC ou polyhandicapés présentent. En effet l'IMOC est définie selon Ancet comme « des troubles de la motricité associés à une déficience intellectuelle » (Ancet, 2013). Aujourd'hui ces différents termes ne sont plus utilisés et ont laissé place au terme de paralysie cérébrale qui lui est plus général et regroupe les formes avec ou sans atteintes intellectuelles. Selon Bérard en 2008 le terme de paralysie cérébrale regroupe « tous les enfants et adultes ayant une atteinte motrice en lien avec une atteinte cérébrale non évolutive, quelles que soient leurs capacités intellectuelles et l'étiologie de l'atteinte cérébrale. ». Autrement dit le terme paralysie cérébrale regroupe les trois catégories suivantes : IMC, IMOC et polyhandicap. La paralysie cérébrale est principalement constituée de difficultés motrices (voir III.a.1.2) et des difficultés cognitives pouvant provoquer un retard intellectuel important. Parmi ces difficultés cognitives Ancet, 2013 nous indique qu'elles se manifestent par « des troubles « dys- » localisés (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie...) aux atteintes de la mémoire et de l'attention, voire à des déficits plus globaux de la cognition, y compris dans sa dimension affective. ». Ces difficultés se retrouvent également dans la prise de décision ou dans la flexibilité.(Ancet, 2013)

b) Etiologie

Rappelons que la paralysie cérébrale est la première cause de handicap moteur chez l'enfant avec une prévalence d'environ 2 à 3.5 cas pour 1000 naissances vivantes (Fondation Paralysie Cérébrale, 2023). Nous remarquons par ailleurs, que celle-ci reste remarquablement stable sur ces 20 dernières années (Truscelli, 2017).

Concernant les étiologies de la paralysie cérébrale, nous remarquons des facteurs de risques :

- Anténatale (autrement dit, avant la naissance)
- Périnatale (période s'étendant du début de la vingt-huitième semaine de gestation au septième jour après la naissance. (Larousse, s. d.)
- Socio-économique

Relativement aux facteurs de risque **anténataux**, nous retrouvons selon (Truscelli, 2017) des facteurs de risque en lien avec : le sexe de l'enfant, où nous remarquons une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes, la génétique, grossesse multiples, maladies vasculaires de la grossesse, retard de croissance intra-utérin, naissance prématurée, naissance post-terme, facteurs inflammatoires ainsi que des risques toxiques (plus particulièrement l'alcool qui est la première cause toxique) (Brooks et al., 2012)

Truscelli, nous fait part en 2017 des facteurs de risque **périnataux** notamment l'anoxie ainsi que les inflammations et infection.

Nous retrouvons également des facteurs de risques liés à la **situation socio-économique** des parents (plus particulièrement de la mère). (Hjern & Thorngren-Jerneck, 2008).

c) Tableaux cliniques

Le tableau clinique de la paralysie cérébrale se différencie en fonction de la symptomatologie de celle-ci. De ce fait, Feuillerat en 2018 distingue 3 tableaux cliniques différents :

- Les formes spastiques : La spasticité se définit comme « contrôle sensorimoteur désordonné, découlant d'une lésion des motoneurons supérieurs et se manifestant par l'activation involontaire intermittente ou soutenue des muscles » (Pandyan et al., 2005) « une augmentation des contractions musculaires perturbant les postures et les mouvements ». Ces formes représentent 85% des paralysies cérébrales. Elles comprennent

également les formes appelées hypertoniques. (Bérard, 2008). Ce tableau clinique se compose des formes :

- **Spastiques bilatérales** caractérisée par une hypertonie au niveau des membres inférieurs. Pour cette atteinte, nous retrouvons les atteintes **quadriplégique** (ou quadriparésie) caractérisée par « une atteinte spastique des quatre membres avec, selon le cas une prédominance soit d'un côté, soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs, soit de façon croisée »(Feuillerat, 2018), ainsi que les atteintes **triplégiques** caractérisées par la même auteure par une atteinte spastique des deux membres inférieurs et d'un membre supérieur. Parmi les cas spastiques bilatérales, Feuillerat nous fait également part des atteintes **diplégiques** qu'elle caractérise par une « hypertonie prédominante au niveau des membres inférieurs rendant la marche difficile. »
- **Spastique unilatérale** se caractérisant par une hémiplégie ou hémiparésie, c'est-à-dire, l'atteinte d'un hémicorps uniquement.
- Les formes dyskinétiques (7% des paralysies cérébrales) caractérisées par « des mouvements involontaires, incontrôlés, récurrents et parfois stéréotypés, coexistant avec une tonicité musculaire fluctuante » (Truscelli, 2017). Ces mouvements involontaires regroupent l'athétose et la choréo-athétose.
- Les formes ataxiques (5% des formes de la paralysie cérébrale) principalement caractérisée par un trouble de l'équilibre ainsi que par un trouble de la coordination et de l'exécution du mouvement dans le temps et dans l'espace (Feuillerat, 2018).

d) Troubles associés de la paralysie cérébrale

La symptomatologie de la paralysie cérébrale met donc, au premier plan, les troubles moteurs, mais ces troubles ne sont pas les seuls présents dans cette pathologie. En effet, en plus des troubles cognitifs que nous avons cités auparavant, Truscelli, en 2017, met en avant les **troubles respiratoires** également présents dans la PC. Ces troubles respiratoires sont présents chez un tiers des personnes avec une PC. De plus, la paralysie cérébrale peut entraîner des **troubles digestifs et gastro-intestinaux**, ces troubles sont très fréquents et se retrouvent chez les trois quarts des personnes avec PC. Ils se manifestent principalement par de la constipation ou par la présence de reflux gastro-œsophagien. Truscelli en 2017, nous fait également part des

troubles urinaires présents dans la pathologie, ces troubles se résument par des fuites urinaires, des faux besoins et des difficultés de déclenchement de miction. L'épilepsie est également très fréquente chez les enfants avec une PC et peuvent même être la source des régressions des compétences de l'enfant. Enfin, nous retrouvons également des affections bucco-dentaires qui sont aggravées avec la paralysie cérébrale. Les principaux troubles associés sont résumés en annexe I.

Pour conclure sur la symptomatologie de la paralysie cérébrale, nous pouvons résumer que les principaux retentissements se trouvent au niveau moteur et cognitif mais d'autres difficultés en sont associées. Les difficultés évoquées ci-dessus ne sont que les principales mais cette pathologie peut entraîner de nombreuses autres difficultés. Il faut également mettre en avant que les troubles associés de la paralysie cérébrale sont plus importants lorsque l'atteinte motrice est sévère. (Truscelli, 2017). Ces différentes difficultés recensées peuvent entraîner un handicap considérable et demande alors aux personnes atteintes une adaptation constante dans leur quotidien. Les différentes difficultés engendrées par la paralysie cérébrale demande aux jeunes une adaptation constante face aux attendus sociétaux et notamment une adaptation concernant sa pratique sportive.

2. *La notion de handicap*

La notion de handicap définie selon la loi du 11 février 2005 comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Article L114 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance, s. d.). Cette définition objective, ne prend pas en compte l'aspect subjectif du handicap. En effet, d'après Camberlein, en 2015 la définition du handicap est propre à la personne qui le vit. L'enfant atteint de paralysie cérébrale, est, depuis son plus jeune âge confronté à cette notion. De plus, le handicap, et les difficultés entraînées n'ont pas les mêmes significations selon les différentes caractéristiques de la personne. La personne en situation de handicap est d'abord une personne singulière avec sa propre identité avant d'être une personne en situation de handicap. (Korff-Sausse, 2016). D'après Ville et al., 2020, le handicap n'est pas uniquement produit pas la contrainte qu'il impose mais notamment par les difficultés liées aux

rôles sociaux qu'il impose aux enfants. De plus, le handicap qu'entraîne la paralysie cérébrale peut être à l'encontre des attendus sociétaux, provoquant ainsi un rejet de la société (de Saint Martin, 2019). Ce rejet de la société entraîne une limitation d'accès à diverses activités. Selon Dupont, qui cite l'OMS en 2023, le handicap n'est pas un substitut de la personne, le handicap est un « ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social », comme l'accès aux loisirs, plus particulièrement à l'activité sportive. (Dupont, 2023)

a) La construction identitaire chez l'enfant en situation de handicap

Le terme d'identité renvoie à de nombreuses notions comme l'individualité, ou la singularité qui « spécifie l'être parmi les autres, les dimensions d'existence et de continuité dans le temps et l'espace, les notions de collectif et de culturel intimement liées au sentiment d'appartenance. » (Pernet & Savard, 2009). L'identité se décompose en plusieurs sous parties, Marc, en 2016 fait référence, par exemple à l'identité pour soi et pour autrui, au sentiment de soi (comment on se ressent), à l'image de soi (comment on s'imagine), la représentation de soi (comment on se décrit), l'estime de soi (comment on s'évalue), ...

La construction identitaire d'un individu est un processus dynamique et progressif qui commence dès les premières années de la vie (Marc, 2016). Cette construction identitaire peut être impactée par le handicap notamment chez les enfants, en provoquant une fêlure dans le concept d'estime de soi autrement dit dans « le sentiment de sa propre valeur en tant que personne. » (Pernet & Savard, 2009). La paralysie cérébrale, notamment le handicap que la symptomatologie entraîne, peut rendre l'enfant dépendant d'autrui, ce qui représente un réel obstacle dans sa construction identitaire, qui, se trouve alors en décalage avec l'idéale sociétal prônant l'autonomie (Korff-Sausse, 2010). Cette autonomie et l'intégration sociale sont deux objectifs principaux dans les instituts où les jeunes avec une paralysie cérébrale sont orientés.

b) Institutionnalisation

D'après le site de paralysie, lorsque l'impact du handicap ne permet pas une scolarisation ordinaire, les enfants présentant une paralysie cérébrale sont régulièrement orientés vers des institutions. (« Fédération et Réseaux de Paralysie Cérébrale France », s.d.) Parmi ces établissements, nous retrouvons principalement : les Instituts d'Education motrice (IEM), les Etablissement et services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP) et les

Instituts Médico-Educatif (IME). Pour les enfants de moins de 6 ans, il existe des structures tels que les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), établissements pour lesquels nous ne nous intéresserons pas dans notre sujet de recherche. Dans ces instituts nous retrouvons un suivi éducatif mais également d'un suivi médical et paramédical, notamment un suivi en ergothérapie (« Fédération et Réseaux de Paralysie Cérébrale France », s.d.)

B. ERGOTHERAPIE

1. L'ergothérapie en pédiatrie

a) L'ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel spécialiste des occupations de la personne. (ANFE, s. d.). Il a pour objectif premier de permettre l'autonomie personnelle, scolaire, professionnelle ou encore sociale de ses patients. (Détraz et al., 2012). Pour atteindre ses objectifs l'ergothérapeute peut rééduquer, réadapter et éduquer, une personne se trouvant en situation de handicap, qu'elle soit temporaire ou définitive (Détraz et al., 2012). Il intervient auprès d'un public large et varié allant de la naissance à la personne âgée. L'ergothérapeute, en pédiatrie va accompagner l'enfant afin de lui permettre d'augmenter sa participation dans ses activités de vie quotidienne. (LAZARIEVA et al., 2018) La paralysie cérébrale survient dès le plus jeune âge, et l'ergothérapie joue un rôle central dans la prise en soin de l'enfant. Il va se concentrer sur le potentiel de l'enfant, sur ses fonctions acquises ou en émergence tout en prenant en compte son développement afin de favoriser son autonomie dans ses activités de vie quotidienne. (LAZARIEVA et al., 2018). Le processus d'accompagnement en ergothérapie dans le milieu pédiatrique n'est pas spécifique et suit globalement le processus d'accompagnement de Sylvie Meyer. Il se compose de l'évaluation formative, de la planification de traitement, de l'exécution de traitement et de l'évaluation sommative (Meyer, 2010). L'accompagnement pour les enfants avec paralysie cérébrale se passe régulièrement dans les structures (voir III.a.2.2). L'enfance est une période de la vie très vaste, où les différents auteurs n'arrivent pas à trouver de tranches d'âges précises correspondant à cette période. Nous retiendrons dans ce travail de recherche la définition de Vernazza-litch en 2019 qui considère que, dans le domaine médical, la prise en soin pédiatrique correspond à la prise en soin des enfants de 0 à 18 ans. Depuis l'amendement Creton, la prise en soin pédiatrique des enfants en situation de handicap va de 0 à 21 ans, notamment dans les institutions afin d'éviter l'exclusion des jeunes dès leur 18 ans.

(Vernazza-Licht, 2019). Cette prise en soin en structure oblige donc l'ergothérapeute à travailler en interprofessionnalité, point que nous aborderons ultérieurement dans mon travail de recherche.

De par ses nombreux objectifs cités auparavant, l'ergothérapeute est un professionnel ayant une vision holistique des personnes qu'il accompagne. D'après la traduction de la définition initiale une vision holistique « « Prend en compte chaque dimension de la personne, y compris les aspects émotionnels, cognitifs, physiques et sociaux c'est-à-dire qu'elle s'intéresse à son objet comme constituant un tout » (HOLISTIQUE: Définition de HOLISTIQUE, s. d.). Cette vision holistique est nécessaire afin de considérer la personne dans sa globalité, en prenant en compte ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement. La vision holistique de l'ergothérapeute lui permet d'avoir une pratique patient centrée (Alain, 2021). Autrement dit, l'ergothérapeute agit au plus près de la personne, dans son environnement qui est dit écologique, c'est-à-dire qui émane de « l'interaction entre l'homme et son environnement » (Caire, 2008). De ce fait, d'après Babot & Cornet, en 2012, l'ergothérapeute accorde un réel intérêt à l'environnement du patient, « L'ergothérapeute ne trouve sa justification que si son action se vérifie dans l'environnement du patient. ». Par ce biais, l'ergothérapeute peut intervenir dans les lieux où le patient réalise ses occupations. C'est-à-dire à son domicile, dans son lieu de travail, ou dans le cadre de notre travail de recherche, l'ergothérapeute peut intervenir dans son lieu de pratique sportive. Ainsi, se rendre sur les lieux de vie de la personne est indispensable dans notre pratique en ergothérapie. Cela permet d'observer et d'évaluer les caractéristiques de l'environnement et des influences de celui-ci sur les occupations de la personne, notamment sur ses performances (Caire et al., 2012). Cela permet également de pouvoir comprendre la personne et avoir une vision holistique du jeune et de ses occupations. Dans le cadre de notre travail de recherche aller sur les lieux de pratique sportive du jeune permet d'avoir une vision des caractéristiques de l'environnement sportif du jeune, de son accessibilité, de ses interactions sociales, du matériel nécessaire, ...

C'est l'importance de ce travail avec l'extérieur des instituts que nous allons approfondir dans notre travail de recherche.

2. *Le travail interprofessionnel*

Les différentes recherches effectuées m'ont permis de reconnaître que le travail interdisciplinaire ainsi que le travail interprofessionnel sont deux termes associés. Ces deux mots sont étroitement liés de par leur étymologie commune avec le préfixe -inter signifiant entre et le suffixe -ité permettant de substantifier un attribut. Cette étymologie décrite par Hatano-Chalvidan, en 2016, lui permet de montrer que « les deux termes répondent à une même intention de transcender les frontières, les séparations établies entre disciplines, territoires de savoirs ou espaces professionnels » Mes recherches se sont alors basées sur ces deux appellations, néanmoins, nous utiliserons dans ce travail de recherche le terme de travail interprofessionnel.

Le travail interprofessionnel trouve sa place au sein des établissements de santé car il résulte d'un « partenariat entre les membres de différents domaines travaillant en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun. » (Aiguier, 2020). Ce travail interprofessionnel permet à l'ergothérapeute ainsi qu'aux autres professionnels de rentrer en interaction les uns avec les autres en trouvant du lien entre chaque professionnel, les obligeant parfois, de sortir de leurs champs de compétences afin d'apporter une prise en soin optimale à l'enfant. Afin de favoriser ce travail interprofessionnel, il est donc primordial que chacun des professionnels apporte son expertise tout en prenant en compte celle des autres et l'avis des autres professionnels. Ce qui différencie l'interprofessionnalité des autres termes en lien avec la collaboration, est l'interaction entre les différents professionnels vers l'objectif commun. Selon (Couturier, 2009) l'interprofessionnalité est un terme qui ne correspond pas uniquement au travail d'équipe et à la coordination des différents professionnels. C'est un processus dit dynamique puisque selon (Fazenda et al., 2001), ce travail varie de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs.

La prise en soin interprofessionnelle, dans le cadre de l'objectif de pratique sportive est alors inévitable et permet alors à l'ergothérapeute de faire valoir son expertise dans ce domaine tout en incluant les prises en soins des autres professionnels. La collaboration interprofessionnelle est recommandée dans les prises en soins, puisqu'elle permettrait une amélioration de la qualité des soins entraînant donc une augmentation de la satisfaction des patients (Lapierre et al., 2017). Selon la même source, la prise en soin interprofessionnelle permet également aux patients d'augmenter leur participation et ainsi de favoriser leur capacité

d'agir. La collaboration interprofessionnelle permet à l'équipe d'aborder un objectif commun sous un prisme différent. Dans le cadre de notre recherche, si l'objectif commun du jeune est la pratique sportive, les différents professionnels vont collaborer avec des objectifs personnels différents. En résumé le travail interprofessionnel va permettre à l'équipe de travailler vers un but commun en utilisant les champs de compétences propres aux différentes professions.

Ce travail interprofessionnel n'est aujourd'hui pas résumé au travail entre les différents professionnels de la structure. Il est notamment important que ce travail s'étende avec la famille de l'enfant ou encore, dans le cadre de notre recherche avec les associations handisport.

a) La collaboration avec la famille

Dans le cadre de l'activités sportive d'autant plus si celle -ci se pratique à l'extérieure de la structure, la collaboration entre les professionnels (dont l'ergothérapeute) et la famille est donc nécessaire dans la prise en soin de l'enfant. L'enfant construit son profil occupationnel avec ses parents. (Santinelli, 2012). C'est donc la famille de l'enfant, qui constitue la continuité du quotidien de l'enfant et permet à l'ergothérapeute d'avoir une autre vision de l'enfant (Santinelli, 2012). Dans ce travail de collaboration, il est important que l'ergothérapeute fasse connaître sa spécificité auprès des parents. Ils sont, en effet, en relation avec les autres professionnels, connaître la spécificité de l'ergothérapeute permet, par la suite, de savoir s'adresser à lui lorsque la situation correspond aux champs de compétences de l'ergothérapeute. (Santinelli, 2012). Rendre acteur la famille dans la prise en soin, permet à la famille de se sentir entendue par les professionnels et ainsi de comprendre que leurs paroles sont entendues.

D'après (D'Arrigo et al., 2020) l'engagement de l'enfant dépend en partie de l'engagement des parents dans les séances d'ergothérapie. C'est l'instauration d'une relation de confiance entre l'ergothérapeute et les parents qui va permettre l'engagement des parents. Afin de favoriser leur engagement, l'ergothérapeute s'adapte à leur fonctionnement interne et familial comme leur stress face aux séances, ou face à l'utilisation de matériel, leurs croyances ou encore leur niveau socio-culturel. Ce travail collaboratif ne s'arrête pas uniquement à la communication avec les parents. Il s'étend jusqu'à leur participation dans les séances ainsi qu'à la réalisation des objectifs en ergothérapie. Certains auteurs décrivent même la famille comme experte de la situation de l'enfant (Cusick et al., 2006).

b) Les leviers et freins à la collaboration interprofessionnelle.

Le travail interprofessionnel dépend de différents facteurs. Ces facteurs peuvent être de l'ordre de l'interactionnel (facteurs macro), de l'organisationnel (facteur méso), et de l'ordre des relations interpersonnelles (facteurs micro). (Asmar & Wacheux, s. d.)

- Les facteurs interactionnels font références aux relations présentes au sein des membres de la collaboration. (Amour et al., 1999). Les interactions présentes sont étroitement liées au vécu de la personne, à sa maturité et à sa culture. Elles dépendent également des facteurs intrinsèques de la personne notamment la motivation à collaborer. (Aiguier, 2020)
- Les facteurs organisationnels font référence à l'environnement de travail. Prenant en compte par exemple : « la structure organisationnelle, la philosophie de l'organisation, le support administratif, les ressources et les mécanismes de coordination et communication (Asmar & Wacheux, s. d.). Afin de favoriser ce travail interprofessionnel, il est important selon (Henneman et al., 1995), de respecter l'équité, la liberté d'expression et la participation de chacun des professionnels.
- Les facteurs interpersonnels se basent sur l'organisation des systèmes extérieurs. Nous entendons par là, les systèmes sociaux, politiques, culturels, professionnels et éducatifs. Ces différents systèmes sont d'autant plus importants dans la collaboration interprofessionnelle puisqu'ils prennent en compte l'expertise de chacun des professionnels permettant ainsi une professionnalisation reconnue dans le système social. (Aiguier, 2020)

3. *La MCREO*

Il est important, dans le cadre d'un travail interprofessionnel, que l'ergothérapeute utilise ses propres outils afin d'aborder l'activité sportive sous le prisme qui lui correspond. En effet, l'utilisation d'un modèle conceptuel en ergothérapie permet de « procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherches solides garantissant une démarche de qualité » (Morel-Bracq, 2017). Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel traduit en anglais par « Canadian Model of Occupational Performance » place l'occupation au cœur de la prise en soin en ergothérapie, et permet également d'avoir une

pratique centrée sur le patient et ses occupations (Morel-Bracq, 2017). En effet, selon la même auteure, ce modèle, sous-entend que les occupations sont sources de bien-être et permettent à la personne de vivre et d'être en relations. Selon Wilcock « l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé » (Wilcock, 2006).

Le modèle MCREO met en avant le rendement et l'engagement dans les occupations, autrement dit, ce modèle permet de se saisir de l'engagement de la personne dans ses occupations pour favoriser sa participation.

Ce modèle a pour but de mettre en lien les 3 concepts clés du modèle, c'est-à-dire la personne, ses occupations et son environnement. (Morel-Bracq et al., 2017):

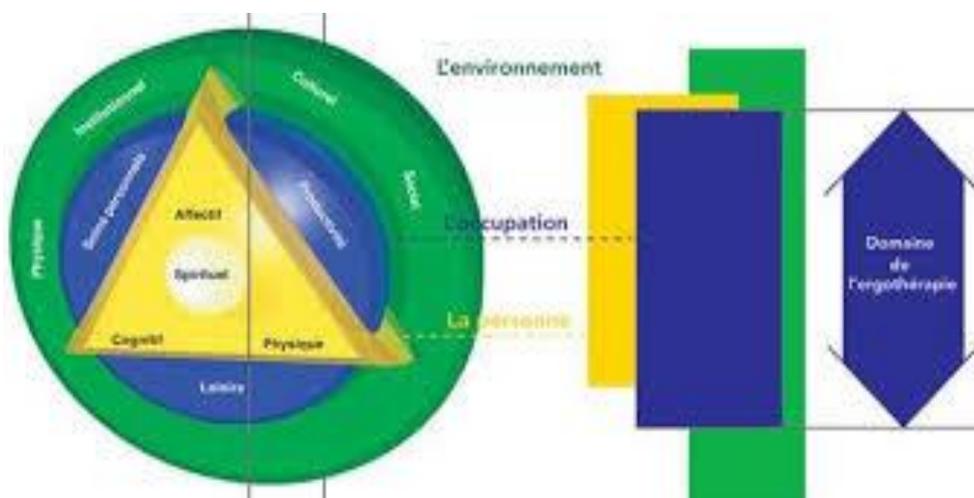


Figure 1: Schéma explicatif du modèle conceptuel MCREO

- **L'environnement** : C'est la partie la plus externe de ce modèle. Elle comprend l'environnement physique, institutionnel, culturel et social. D'après le schéma, l'environnement aurait un impact sur l'occupation.
- **L'occupation** : Les occupations sont réparties selon 3 sphères : la sphère des soins personnels (ce sont les activités qui permettent à la personne de prendre soin d'elle, comme l'hygiène, le repas,...), la sphère de la productivité qui comprend les occupations contribuant à la société (travail, bénévolat). La sphère des loisirs se rattachant à la recherche de détente comme la pratique sportive par exemple.

- **La personne** : Au centre de notre schéma, la spiritualité est considérée comme l'essence même de la personne, et guide les occupations de la personne. Elle est donc primordiale dans l'utilisation de ce modèle. Le schéma montre néanmoins que les dimensions cognitives, affectives et physique sont également des dimensions à ne pas oublier chez la personne.

Selon Morel-Bracq en 2017, ce modèle conceptuel s'enrichie de deux grandes notions :

- L'engagement dans les activités, en incluant la participation psychologique et physique de l'enfant.
- L'habilitation, que l'auteur définit comme « la création de possibilités et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir ». L'habilitation est sensible aux conditions sociales, plus couramment appelées environnement par les ergothérapeutes.

a) Outil d'évaluation

La MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) est l'outil d'évaluation principal du modèle MCREO. C'est un bilan qui est validé et normé pouvant être utilisé avec toutes les classes d'âges. La passation de la MCRO requiert une formation de la part des ergothérapeutes. (Carswell et al., 2004). Cet outil permet d'évaluer et réévaluer la performance et la satisfaction de la personne dans ses occupations de manière subjective. La passation est un entretien semi-directif avec la personne. (Morel-Bracq, 2017). Il reprend **l'identification des difficultés** en prenant en compte les activités que la personne souhaite faire ou, aime faire. Par la suite le patient va évaluer **l'importance des difficultés** grâce à une cotation de 0 à 10. L'ergothérapeute va mettre en évidence les 5 premières difficultés recensées par le jeune. Pour terminer l'évaluation, le jeune évaluera subjectivement **le rendement** (ou performance en français) dans ses activités problématiques avec une cotation de 0 à 10. **La satisfaction** se cotera de la même manière que le rendement. (Morel-Bracq, 2017)

Afin de voir l'évolution concernant le rendement et la satisfaction dans les occupations, l'ergothérapeute proposera une réévaluation évaluant uniquement le rendement et la satisfaction des cinq difficultés.

Nous pouvons, d'après les recherches effectuées dire que le modèle MCREO permet de mettre le patient et ses occupations au cœur de notre prise en soins. Comme expliqué dans le 3)b), accompagner la personne dans le choix favorise son engagement. Nous pouvons alors dire que cet outil d'évaluation permet de favoriser l'engagement de la personne puisque la MCRO se base sur les propres choix et ressentis de la personne de façon subjective. L'utilisation de ce modèle et donc cet outil d'évaluation permet de prendre en compte le choix du jeune. La pratique occupation centrée de l'ergothérapeute, prônée par ce modèle conceptuel permet de prendre en compte les choix et les priorités du jeune et donc dans un premier temps favoriser son autonomie.

Le modèle conceptuel MCREO peut s'utiliser dans le cadre d'une prise en soin pédiatrique. Néanmoins, afin de pouvoir passer l'outil d'évaluation associé (MCRO), l'ergothérapeute doit adapter son vocabulaire à celui de l'enfant afin de faciliter la compréhension des termes spécifiques tel que rendement, satisfaction, etc. Le bilan peut également se réaliser avec les parents afin de pouvoir guider l'enfant lors de la priorisation. La passation de ce bilan en compagnie de l'enfant et de ses parents peut interroger sur le réel choix de l'enfant.

b) L'engagement occupationnel

Selon Meyer dans le cadre du modèle conceptuel ENOTHE, l'engagement occupationnel correspond au sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013). Dans cette définition, Meyer met en évidence la part positive du sentiment d'engagement occupationnel. Autrement dit, la réalisation d'activité procurant de la joie, de la motivation et autres sentiments de bien-être, favorise l'entrée dans un sentiment d'engagement. Cet engagement occupationnel va permettre l'autonomie. De ce fait, Meyer en 2013, nous indique 6 caractéristiques qui sont propres à l'engagement occupationnel : l'implication, la motivation, la productivité, la concentration, l'intérêt et le plaisir. Dans de nombreux écrits, la notion d'engagement est accolée à la notion de performance. En effet, selon Caire & Schabaille, en 2018, l'engagement est un «sentiment positif éprouvé lors de la performance d'une occupation contribue à favoriser autant la performance que la participation ». Dans le cadre de notre travail de recherche, nous pouvons rejoindre ce concept à la théorie du flow, qui sont deux concepts étroitement liés dans le nouveau paradigme de l'ergothérapie où l'engagement occupationnel

est le cœur de l'accompagnement en ergothérapie et non seulement un moyen de traitement exclusif dans nos prises en soins. (Meyer, 2013)

c) La performance occupationnelle

Le terme de performance en ergothérapie, est également appelé « rendement » par les ergothérapeutes canadiens (voir B.3)). Cette performance est définie d'après Sylvie Meyer en 2013, comme « Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement. » (Meyer, 2013). Nous pouvons retenir avec cette définition que la performance occupationnelle commence dès le choix de la personne et varie en fonction de l'histoire de vie. Elle varie également selon l'importance de l'activité et selon le sens que la personne porte à celle-ci. Ainsi, aux vues de la définition de l'engagement occupationnel cité auparavant, mettant en avant la positivité et l'implication de la personne durant ce sentiment, nous pouvons alors affirmer que l'engagement lors d'une activité influe sur la performance. Sylvie Meyer en 2013 nous indique que la performance occupationnelle, dépend, en partie, des caractéristiques de l'environnement (que nous avons définies ci-dessus (b)3.) dans lequel l'activité est réalisée. L'impact de l'environnement sur la performance amènera l'ergothérapeute à accorder une importance particulière à l'environnement écologique de la personne lors de sa pratique sportive. Cette performance ou rendement peut être évalué par l'ergothérapeute avec l'outil d'évaluation MCRO lors de la cotation du rendement.

Le terme de la performance occupationnelle est à différencier du terme de la performance dans le domaine du sport. Pène et al. citent en 2009 dans leur ouvrage Pierre de Coubertin (1894) qui définit le sport comme « le culte volontaire et habituel de l'exercice musculaire intensif, appuyé par le désir de progrès et pouvant aller jusqu'au risque. ». Cette définition, bien qu'elle ait évolué dans le temps fait référence au dépassement de soi, à l'exploit omniprésent dans l'activité sportive. La performance occupationnelle quant à elle ne relève pas seulement de l'action du corps et du dépassement de soi, elle est pour (Fisher, 2009) ce que fait la personne à ce moment, son comportement observable ». La performance occupationnelle en ergothérapie ne s'arrête pas uniquement au « faire » mais, elle intègre le « savoir » et l'« être », comme étant la façon d'agir dans certaines conditions pour atteindre un objectif. (Morel-Bracq et al., 2017)

Cette performance dans l'activité sportive est à l'échelle de la société marqueur d'appartenance à un groupe qui partage les mêmes valeurs. (Compte, 2010). La performance sportive, par définition, résulte de l'action du corps.

III. ACTIVITES SPORTIVES

1. Généralités

a) Définition

Pour rappel, l'activité sportive fait partie intégrante du répertoire occupationnel de l'enfant. Il est tout de même important de différencier l'activité physique et l'activité sportive. L'activité physique est définie selon (OMS, s. d.) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie ». L'activité sportive présente de nombreuses définitions en fonction des auteurs dans la littérature française. Nous retiendrons deux de ces définitions, à commencer par celle de l'OMS cité par (Santé publique France, 2020), qui l'a défini comme une « activité revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitées par les organisations sportives ». Puis celle de Pociello en 2015, où il cite Le Comité National Olympique et Sportif Français qui définit le sport en 1994 comme « la seule pratique compétitive, licenciée, c'est-à-dire engagée dans l'institution qui fixe les règles du jeu, et définit l'éthique sur laquelle celle-ci doit impérativement reposer ». Afin de différencier ces deux concepts, nous retiendrons que toute activité sportive est alors une activité physique mais toute activité physique n'est pas forcément considérée comme une activité sportive (Santé publique France, 2020). La principale différence se trouve alors, dans le cadre institutionnalisé et compétitif que l'activité sportive requiert. L'activité sportive présente, selon Augustin & Fuchs en 2014 des bénéfices pour l'enfant notamment dans la socialisation « L'activité sportive, loin d'être seulement une pratique, est bien en effet le creuset d'une socialisation, l'expression de manières d'être au monde, le lieu d'une construction de représentations et de valeurs. » ces différents bienfaits seront détaillés dans la prochaine partie de ce travail d'initiation à la recherche.

b) Les bienfaits du sport

L'activité sportive présente de nombreux bien faits pour la santé des enfants. D'après Pène et al. en 2009 le sport est bénéfique pour la santé puisqu'il permet :

- D'améliorer les conditions respiratoires et cardiaques.
- De favoriser le développement osseux et musculaire (souvent impactés chez les enfants avec PC)
- De limiter la sédentarité et prévenir l'obésité
- L'équilibre psychique et mental (apprentissage de l'autonomie et du respect, confiance en soi, fair-play, source de socialisation, expérimentation des rapports humains et goût de l'effort).

La pratique d'activité sportive chez les jeunes avec PC est très importante car les bienfaits de cette dernière sont directement en lien avec la symptomatologie de leur pathologie.

La pratique sportive présente également des vertus sociales, la pratique sportive est selon Compte en 2010, « un espace de liberté et de sociabilité où le sujet pourrait, dans un cadre défini de règles, donner libre cours à une expression corporelle singulière qui transforme non seulement l'individu mais la société tout entière ». De plus, la pratique sportive permet à l'enfant de pouvoir s'affirmer dans son groupe de pairs, notamment pendant la période de l'adolescence (Defrance, 2011). Le handisport est un facteur favorisant l'intégration et l'égalité. Ces égalités se retrouvent dans l'accès aux pratiques sportives, l'égalité des chances dans les épreuves et enfin l'égalité de condition où chacun présente le même rôle, celui de sportif. (Compte, 2010)

La promotion du handisport, prend une place de plus en plus importante dans notre société car elle est, selon (Ministère Des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, s. d.), une des priorités de la politique française ces dernières années.

Dans notre société, notamment chez les jeunes l'activité sportive est conseillée par les professionnels de santé, Mais nous remarquons qu'elle est également demandée par les personnes en situation de handicap. En effet, en 2018, 70% des PSH se déclarent très intéressées par le sport en général (Ministère chargé des sports, 2020), ce chiffre montre l'importance de l'activité sportive chez les personnes en situation de handicap et l'attrait qu'ils ont envers cette

dernière. Afin que la pratique sportive soit adaptée aux différents handicaps existants, plusieurs fédérations existent.

c) Activités sportives adaptées

En France, il existe différentes fédérations parasportives « terme générique pour désigner l'ensemble des sports pratiqués par les personnes en situation de handicap, en loisir comme en compétition, inscrits au programme des Jeux Paralympiques ou non » (Paris France Olympique, s. d.). Les personnes en situations de handicaps peuvent alors se licencier dans un club de para sport. Dans ce cas, deux fédérations existent avec des critères d'éligibilités différents :

- La Fédération Française de Sport Adapté (FFSA) : pour les handicaps mentaux et/ou psychiques. Afin de pouvoir être éligibles à cette fédération, les jeunes doivent être accompagnés dans un établissement social ou médico-social accueillant des enfants avec troubles psychiques/ mentaux. Dans d'autres cas, le jeune doit fournir un « certificat médical type d'éligibilité qui atteste des difficultés liées au handicap mental et/ou psychique dans au moins deux des 4 domaines suivants (l'autonomie, la communication, la socialisation, la motricité), et qui impactent sa pratique sportive » (Fédération Française du Sport Adapté, s. d.)
- La Fédération Française Handisport (FFH) : pour les handicaps moteurs. Selon la FFH, l'enfant est éligible si le handicap est permanent et si le handicap est moteur et/ou sensoriel. Parmi les handicaps éligibles nous retrouvons la paralysie cérébrale (Fédération Française Handisport, s. d.)

En considérant la symptomatologie de la paralysie cérébrale ainsi que les critères d'éligibilité des deux fédérations, les jeunes avec une PC qui sont susceptibles d'intégrer la Fédération Française Handisport, devront s'y tourner, s'ils souhaitent réaliser une activité sportive et donc se licencier. Selon cette fédération, les sports adaptés, nous retrouvons des sports communs comme par exemple l'athlétisme ou la danse, mais nous retrouvons des sports plus spécifiques aux para sports incluant la boccia, le football fauteuil électrique, le rugby fauteuil ou encore la sarbacane.

Puisque nous considérons que la prise en soin pédiatrique dans les institutions pour les enfants en situation de handicap s'étend de 0 à 21 ans. Nous nous intéresserons, dans ce travail de recherche aux enfants âgés de 10 à 20 ans, nous mentionnerons également le terme de jeune

pour parler de notre population. Comme nous l'indique l'annexe II, cette tranche d'âge représente 13,82% soit 3611 licences à la fédération handisport. De plus parmi les 26 131 licences que compte la fédération, 3742 présentent une paralysie cérébrale, ce qui représente le plus haut taux de licenciés par handicap dans la fédération. (Vignau & Delonglee, s. d.)

Nous remarquons aujourd'hui la place prépondérante de l'activité sportive dans notre société. Celle-ci se mesure à l'importance de l'intérêt public et des émotions qu'elle procure, mais également par sa médiatisation devenue de plus en plus importante dans notre société. La place du handisport, bien qu'elle fasse partie des priorités de l'état, est tout de même limitée avec une médiatisation, très inégale, du sport pour les personnes en situation de handicap. « L'intérêt médiatique des Jeux Paralympiques est, par exemple, sans commune mesure avec les Jeux Olympiques. Quatorze minutes de retransmission quotidienne en différé pour les Jeux Paralympiques de Pékin contre quinze heures pour les Jeux Olympiques. » (Compte, 2010). C'est de par cette représentation et cette médiatisation importante que les jeunes souhaitent pratiquer une activité sportive, et donc de faire du sport, une occupation à part entière.

2. *L'activité sportive, au cœur de l'ergothérapie*

a) L'activité sportive comme occupation

Chaque personne possède ses propres activités de vie quotidiennes. La Classification Internationale du Fonctionnement et du Handicap et de la Santé considère l'activité comme étant l'exécution d'une tâche ou le fait, pour une personne, de faire quelque chose (Guillaume & Chalufour, 2012). Ces activités sont propres à chacun puisqu'elles correspondent à l'interaction des facteurs environnementaux, personnels, et la composante des fonctions organiques et des structures anatomiques de la personne. Parmi ces activités, certaines sont considérées comme des occupations. Ces occupations sont, selon la traduction d'Aurélien Gauthier d'une définition de la WFOT en 2018, les activités de vie quotidiennes qui font sens à la personne, et qui sont des activités dont les gens ont besoin sont appelées occupations. Les occupations ont un sens pour la personne qui les effectue, ainsi plus le sens est positif, plus la personne aura envie de poursuivre cette occupation dans le temps. (Meyer, 2013). Meyer en 2013 cite les propos de Crepeau et al. en 2003, qui stipulent qu'une activité est considéré comme occupation si elle remplit ces cinq critères :

- « 1) Elles sont des unités d'action avec un début et une fin.
- 2) elles sont répétables, intentionnelles et consciemment réalisées.
- 3) Elles font sens en relation avec le contexte de vie de l'acteur.
- 4) Elles sont à mi-chemin entre des unités de comportement plus petites et des considérations plus vastes.
- 5) La culture leur attribue un nom ».

Les différentes occupations réalisées par la personne constituent son répertoire occupationnel. Chez les enfants, ce répertoire occupationnel est en constante évolution. (ANFE, 2019) les occupations de l'enfant sont co-construites avec son entourage, notamment avec ses parents. Elles sont influencées par la culture familiale et aux valeurs éducatives. (ANFE, 2019), parmi ces occupations nous retrouvons les occupations productives, de loisirs ou de soins personnels (Morel-Bracq et al., 2017).

Les occupations de **soins personnels** sont définies par l'Association canadienne des ergothérapeutes en 2002, comme des occupations qui « permettent à la personne de s'occuper d'elle-même » (Townsend, 2002). Elles permettent à la personne de prendre soin d'elle-même (Meyer, 2013). Nous retrouvons dans cette catégorie, les activités de soins personnelles, l'habillage, ...

Les occupations **productives** sont souvent rattachées au travail rémunéré. Elles sont régulièrement associées aux occupations qui ont une contribution pour la société, qui ont une fonction de subsistance personnelle ou qui sont en lien avec le soutien des proches. (Townsend, 2002).

Les occupations de **loisirs**, sont complémentaires aux occupations productives. Nous les définirons plus précisément dans la prochaine partie de ce travail.

Ainsi, du fait des définitions citées auparavant et les caractéristiques que celles-ci demandent, nous pouvons alors dire que les activités sportives, si, elles sont importantes pour l'enfant, elles peuvent être considérées comme une occupation, plus précisément comme une occupation de loisirs. C'est sous cet aspect que nous aborderons l'activité sportive dans notre travail d'initiation à la recherche.

b) L'activité sportive, une occupation de loisirs

Les occupations de loisirs sont des occupations permettant à la personne de se ressourcer mais également qui lui servent personnellement plutôt qu'à la société (contrairement aux occupations de productivité) (Ross, 2007). Les loisirs sont des activités que la personne choisit afin de ressentir du plaisir lors de leur réalisation. Les loisirs témoignent alors de la motivation intrinsèque, ce qui permet alors, de favoriser l'engagement de la personne (Meyer, 2013). L'activité sportive, est, chez les enfants un des loisirs les plus pratiqués chez les 8-19 ans. (Ministère de la Culture et de la Communication, 1999) (voir annexe III). De ce fait, si l'enfant choisit librement de pratiquer une activité sportive et si cette activité sportive a du sens pour lui elle devient alors une occupation de loisirs. Aujourd'hui, nous remarquons que quasiment la moitié des licenciés sportifs en France sont des enfants, ce chiffre, nous informe du décalage avec la pratique sportive handisport puisque les enfants ne représentent environ que 17% (selon l'annexe II) des licenciés handisports.

3. *La théorie du flow*

a) Définition

L'état de Flow également appelé « état psychologique optimal » ou encore jouissance autotélique est une expérience théorisée par Csikszentmihalyi dans les années 70. (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015). Elle trouve son origine dans la psychologie positive et plus particulièrement dans la psychologie sportive où elle prend une place importante. Dans le domaine du sport l'utilisation de la psychologie du sport et plus particulièrement de la théorie du flow permet aux sportifs de se centrer sur les éléments positifs permettant la réussite d'une performance sportive et non de se centrer sur les éléments qui l'entraverait (comme l'anxiété par exemple). Selon l'inventeur la théorie, l'état de flow est un équilibre entre les compétences de l'individu et l'exigence de la tâche demandée mais ces deux caractéristiques doivent tout de même être d'intensité élevée. Auxquelles cas, cela pourrait entraîner de l'ennui ou bien de l'anxiété (voir figure 2)

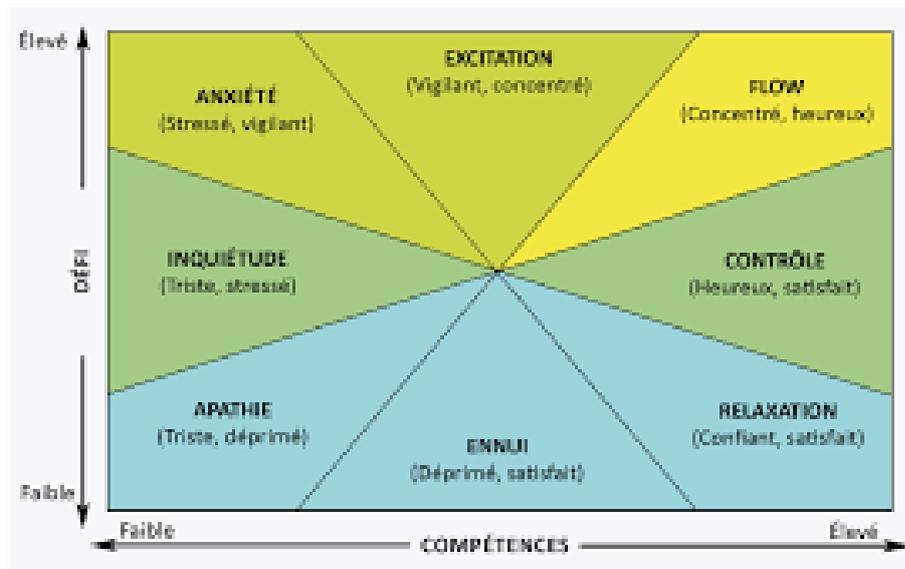


Figure 2: Schéma explicatif de l'état de Flow

De plus, selon Csikszentmihalyi & LeFevre en 1989, lorsque que le défi et les compétences sont toutes deux élevés, la personne apprécie le moment vécu mais améliore également ses capacités et son estime de soi. D'après Heutte en 2017, l'état de flow apparaît donc « entre l'inquiétude (l'anxiété) et l'ennui, lorsqu'il y a une correspondance adéquate entre le défi (les exigences de la tâche) et les capacités de l'individu. » (cf Annexe: I). Nous pouvons remarquer que le flow est un état difficile à atteindre car il faut que toutes les particularités soient équilibrées pour qu'un individu ressente cet état. Selon Jackson & Csikszentmihalyi, en 1999 l'état de flow présente neuf dimensions :

- La sensation d'un équilibre entre la demande de la tâche et les compétences personnelles, c'est-à-dire adapter l'activité sportive aux compétences du jeune. La difficulté de l'activité doit être en équilibre avec ses propres compétences.
- Clarté des buts, autrement dit, négocier les objectifs avec le jeune afin d'éviter une baisse d'estime de soi, face à la performance réalisée.
- Union de l'action et de la conscience
- La perception de la transformation du temps
- La perte de la conscience de soi

- Perception de feedback clairs et précis
- Concentration sur la tâche
- Sens du contrôle
- Expérience agréable, le jeune doit ressentir du bien-être et de la joie durant son activité sportive.

Selon (Demontrond & Gaudreau, 2008) il est important, pour les professionnels se saisissant du flow dans leurs prise en soin, comme les ergothérapeutes, de différencier, les dimensions, les caractéristiques et les conditions de l'état de Flow. Les caractéristiques, correspondent à ce que la personne ressent lorsqu'elle est en état de Flow (comme par exemple, la concentration sur la tâche, le sens du contrôle, et la perte de conscience de soi). Les conditions correspondent quant à elle aux circonstances qui sont supposées conduire à l'état de Flow (comme l'équilibre entre les compétences et défis, la clarté des buts et le feedback instantané). Cette différenciation est d'autant plus importante, car, elle permet aux professionnels de faire augmenter les chances d'apparition de l'état de Flow (correspondant aux caractéristiques). Ces conditions permettent aux professionnels, d'orienter la prise en soin vers des situations et des environnements susceptibles de favoriser cet état. Cette différenciation est également importante pour le jeune. En effet, si le jeune parvient à connaître ses conditions favorables à l'apparition du Flow, il gagnera en autonomie dans sa pratique. L'ergothérapeute peut alors être amené à intervenir pour favoriser ces conditions (par exemple améliorer ses capacités motrices, adapter son environnement pour équilibrer le défi aux compétences, ...) favorisant le Flow. (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015).

Il faut tout de même prendre en compte que ces dimensions, sont propres à chaque individu et que cet état varie dans le temps en fonction des personnes. C'est alors un processus dynamique, fluctuant que le jeune ne ressentira pas à chaque pratique sportive.

b) La théorie du flow et la pratique en ergothérapie

Le Flow est étroitement lié à l'engagement occupationnel (défini dans c) 3)). Elle est définie selon Pierce & Morel-Bracq, en 2016 comme une "Perte du sens du temps et de soi, un engagement total dans l'activité en cours, une joie profonde et un lien étroit avec la créativité".

Nous pouvons conclure grâce aux définitions de l'engagement ainsi que par celle du Flow que lorsque nous sommes dans cet état, nous sommes engagés dans une activité. En revanche, selon la définition de l'engagement, lorsque nous sommes engagés, cela ne veut pas dire que nous sommes en état de flow. Cette expérience ne peut être négligée par l'ergothérapeute car les personnes pratiquant une activité qui favorise le flow ressentent un sentiment de confiance et de contrôle. (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015).

L'ergothérapeute peut alors intervenir selon Morel-Bracq, en 2018 :

- En accompagnant le jeune à choisir une activité qui ait du sens pour lui et soit source de motivation,
- En fixant des objectifs (en collaboration avec la famille) clairs pour le jeune (généraux, opérationnels et spécifiques)
- En adaptant les activités en fonctions des capacités, tout en allant au-delà de sa zone de confort sans rendre l'activité stressante pour lui
- En développant les capacités nécessaires à l'activité
- En augmentant progressivement la difficulté
- En favorisant la verbalisation pour permettre au jeune de contrôler l'expérience
- En trouvant un moyen de réaliser un feed-back (en passant par la vidéo par exemple)

En ergothérapie, nous sommes dans cette démarche : évaluation des capacités et incapacités de la personne de son projet de vie de son contexte construction d'objectifs thérapeutiques en collaboration avec la personne, mise en œuvre d'activité qui ont un sens pour la personne et son entourage dans son environnement de vie.

L'état de flow peut être présent dans n'importe quelle activité, à partir du moment où celle-ci est signifiante pour la personne. Les activités de production tel que la scolarité et les loisirs comme la pratique sportive par exemple sont les deux types d'activité où l'état de flow est le plus présent. (Morel-Bracq, 2018.).

IV. Problématisation

Pour rappel, notre question de départ est la suivante : *Comment l'Ergothérapeute en structure accompagne-t-il les enfants avec PC dans la pratique sportive dans une association sportive extérieure ?* Mes recherches dans la littérature m'ont permis de comprendre et de pouvoir détailler les différents concepts clés afin de pouvoir mieux cibler ma problématique.

Les recherches effectuées ont permis d'affirmer que la paralysie cérébrale possède différents tableaux cliniques avec une symptomatologie vaste comprenant en principalement des déficiences motrices et cognitives (Truscelli, 2017). Ces difficultés rencontrées par les enfants impactent leurs activités de vie quotidienne nécessitant alors une prise en soin dans des structures, tels que les Instituts d'Education motrice, des Etablissements et services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés ou des Instituts Médico Educatif. (Ministère du travail de la santé et des solidarités, 2022). Dans ces instituts, plusieurs professionnels proposent un suivi, l'ergothérapeute en fait partie. L'ergothérapeute, spécialiste des occupations de la personne, va alors s'intéresser au quotidien de l'enfant et des occupations qu'il réalise. Parmi elles, nous pouvons retrouver l'activité sportive, puisqu'elle fait partie du répertoire occupationnel de l'enfant. (Ministère de la Culture et de la Communication, 1999)

Aux vues des difficultés motrices qu'entraîne la paralysie cérébrale, l'enfant voulant pratiquer une activité sportive, peut s'inscrire dans une association sportive appartenant à la Fédération Française de Handisport. Cette fédération est faite pour les personnes présentant un handicap moteur ou sensoriel. (Fédération Française Handisport, s. d.). La pratique sportive présente de nombreux bienfaits physiques, sociaux mais également psychologiques. Dans le cadre de la pratique sportive, mais également en ergothérapie l'état de Flow est un état régulièrement recherché. Cet état de Flow inventé par Csikszentmihalyi permet à l'individu de ressentir du plaisir lors de son activité

Ce cheminement de réflexions a permis de poser la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute accompagne-t-il l'enfant avec une paralysie cérébrale dans la quête de l'état de Flow durant leur pratique handisport ?

La méthode hypothético déductive, choisie pour notre travail d'initiation à la recherche requiert l'émergence d'hypothèses de recherches permettant de répondre à la problématique. Ces hypothèses seront validées ou réfutées à la fin de notre travail.

Hypothèse 1 : La collaboration interprofessionnelle intra structure et extra structure dans lequel participe l'ergothérapeute permet de favoriser la performance, nécessaire dans l'apparition de l'état de Flow chez les jeunes avec une paralysie cérébrale lors de leur pratique handisport.

Nous avons précédemment vu que l'ergothérapeute accompagnant l'enfant avec une paralysie cérébrale travaille régulièrement dans les structures auprès des autres professionnels. Ce travail demande à l'ergothérapeute de travailler en interprofessionnalité. Le travail interprofessionnel est régulièrement utilisé dans le domaine du soin car il permet à tous les professionnels de travailler en collaboration vers un objectif commun. (Aiguier, 2020). L'ergothérapeute s'intéresse particulièrement à l'environnement dit écologique de son patient. Babot & Cornet, en 2012 montre l'importance de l'environnement du patient dans la prise en soin en ergothérapie. Dans le cadre de la pratique sportive, le jeune licencié dans une association handisport réalise son activité au sein même de cette association. Ainsi, aux vues de l'objectif de l'apparition de l'état de Flow lors de la pratique, l'ergothérapeute peut être amené à collaborer avec les différents professionnels de son association sportive.

Hypothèse 2 : L'utilisation du modèle conceptuel Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), permet à l'ergothérapeute d'amener le jeune avec une paralysie cérébrale dans un état de Flow lors de sa pratique handisport.

L'utilisation d'un modèle conceptuel permet à l'ergothérapeute de structurer sa prise en soin avec des outils d'évaluation validé permettant une démarche d'intervention qualitative (Morel-Bracq, 2017). De plus, l'utilisation d'un modèle conceptuel permet à l'ergothérapeute de mettre en avant sa spécificité dans le cadre d'un travail interprofessionnel. Le modèle MCREO permet de placer les occupations du patient au cœur de la prise en soin, en prenant en compte son engagement, dans celles-ci. L'engagement de la personne est primordial dans l'apparition du Flow, puisque celui-ci ne peut apparaître si la personne n'est pas engagée. De ce

fait, prendre en considération et évaluer l'engagement dans la pratique sportive est indispensable afin que l'ergothérapeute favorise l'apparition de l'état de Flow lors de sa pratique.

V. Dispositif méthodologique

Le dispositif méthodologique est un dispositif qui permettra de répondre à notre problématique mais il permettra également de valider ou non nos hypothèses de recherche. Le dispositif de méthodologie.

A. La méthode

Dans notre travail d'initiation à la recherche, plusieurs méthodes s'offrent à nous. Nous avons le choix d'utiliser la méthode quantitative et la méthode qualitative. La méthode quantitative se caractérise par « la mesure de variables et l'obtention de résultats numériques susceptibles d'être généralisés à d'autres populations ou contextes » (Fortin & Gagnon, 2022). La méthode qualitative comporte toutes les formes de recherches qui, à l'inverse de la méthode quantitative ne sont pas de nature numérique. (Kohn & Christiaens, 2014). Nous avons donc choisi d'utiliser la méthode qualitative, que nous trouvons plus appropriée pour notre travail de recherche.

La méthode qualitative se base sur l'étude des phénomènes sociaux. Cette méthode se caractérise par « la compréhension des phénomènes et cherche à décrire la nature complexe des êtres humains ainsi que la manière dont ils perçoivent leurs propres expériences à l'intérieur d'un contexte social particulier ». (Fortin & Gagnon, 2022). Elle étudie les personnes dans leurs milieux dit naturels. Elle va se baser sur la collecte d'éléments par le biais de vidéos, d'observations, d'analyse de documents ou encore d'entretiens.

Cette méthode est alors appropriée dans le cadre de mon travail de recherche, puisqu'elle va nous permettre de mettre le sujet (ici les ergothérapeutes) au centre de notre recherche en s'intéressant à ce qu'il vit, ce qu'il fait en lien avec notre sujet. (Bioy et al., 2021). Elle nous permettra, par exemple, d'analyser l'accompagnement de l'ergothérapeute dans les pratiques sportives des enfants avec une PC, leurs moyens et outils afin de favoriser l'apparition de l'état de Flow.

Les données qualitatives collectées permettront de valider ou non les hypothèses de recherches émises auparavant. Il faut tout de même choisir une approche adaptée à la méthode qualitative.

B. L'approche

Afin de récolter des données empiriques, c'est-à-dire collectées sur le terrain, deux types d'approches sont réalisables : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. L'approche inductive se base sur « la répétition de l'observation de certains faits qui énumèrent des récurrences pour énoncer des concepts » (« Annexe 1. Méthodes d'enquête », 2018). Autrement dit la méthode inductive permet de se baser sur la description de l'observation sur le terrain avant d'avoir émis. L'approche hypothético déductive permet quant à elle de formuler une hypothèse qui par la suite sera validé ou non grâce aux collectes de donnés (Boyer, 2009). Cette approche permet de se baser sur des travaux déjà existants en faisant du lien avec l'objet de recherche étudié.

L'approche hypothético- déductive se décompose en quatre étapes :

- Lectures scientifiques permettant l'élaboration d'une question de recherche, d'un cadre conceptuel ainsi que d'une problématique et hypothèses.
- Elaboration d'un dispositif méthodologique en choisissant les outils les plus adaptés à notre recherche.
- La réalisation du dispositif méthodologique permettant de recueillir des données empiriques grâce aux outils et à la population choisis.
- Analyses et interprétation des donnés récoltés afin de valider ou non les hypothèses de recherche émises.

Les nombreux articles présents sur notre objet de recherche nous ont permis d'élaborer une question de départ, et par la suite, l'émergence d'une problématique ainsi que de deux hypothèses de recherches permettant d'y répondre. Cette approche est alors adaptée à notre travail d'initiation à la recherche. Afin de valider ou non les hypothèses de recherches, nous allons récolter des données empiriques, avec un échantillon de population précis.

1. *Les critères d'inclusion et d'exclusion*

Afin de pouvoir récolter des données empiriques, nous avons décidé d'interroger des ergothérapeutes diplômés d'état. Pour avoir des données ciblées sur notre sujet de recherche, nous avons jugé important de réaliser un échantillonnage concernant les ergothérapeutes afin de récolter des données correspondant à nos attentes. Selon Gumuchian & Marois en 2000 qui cite Savard, un échantillon correspond à « Un échantillon est un groupe relativement petit et choisi scientifiquement de manière à représenter le plus fidèlement possible une population ») Pour ce fait, nous vous présenterons nos critères d'inclusion ainsi que nos critères d'exclusion.

a) Critères d'inclusion

Pour mener à bien ce travail de recherche, nous avons décidé d'inclure pour nos entretiens :

- **Des ergothérapeutes diplômés d'état.**

Nous ne prendrons pas en compte leurs années d'expérience dans le métier afin de pouvoir avoir différents points de vue en fonction de l'expérience des ergothérapeutes. De plus, interroger des Ergothérapeutes DE, nous permettra de récolter des informations concernant leurs pratiques, notamment les outils utilisés, les actions mises en place ou encore leur vision face à notre problématique

- **Les ergothérapeutes devront exercer dans une structure accueillant des enfants de 11 à 20 ans avec une Paralyse cérébrale.**

Afin de pouvoir varier nos réponses lors de nos entretiens, nous aimerions interroger des ergothérapeutes exerçant dans des types de structures différentes.

b) Critères d'exclusion

Nous n'avons pas relevé de critères d'exclusion liés aux ergothérapeutes pour notre travail de recherche.

2. *Les prises de contact*

Après avoir établi nos critères d'inclusion et d'exclusion pour notre échantillonnage, il a fallu trouver les ergothérapeutes que nous souhaitions interroger. Afin d'avoir des réponses variées, nous souhaitions interroger des ergothérapeutes exerçant dans des établissements différents. De ce fait, nous avons recontacté nos anciennes tutrices de stage travaillant dans un Institut d'Education Motrice par SMS. Les autres contacts des ergothérapeutes venaient principalement du réseau de nos référentes pédagogiques et de nos camarades de classes. Nous avons donc contacté les autres ergothérapeutes par mail afin d'avoir l'accord de mener un entretien semi-directif avec eux.

Au total, nous avons donc contacté plusieurs ergothérapeutes de structures différentes. Nous n'avons pas eu que des réponses positives. Nous avons donc contacté d'autres ergothérapeutes afin de pouvoir trouver plusieurs ergothérapeutes à interroger. Nous avons réussi à interroger quatre ergothérapeutes.

3. *Présentation des personnes interrogées*

Ergothérapeutes (respectant les critères d'inclusion)	Nomination	Lieux de pratique	Type d'entretien
Ergothérapeute 1	E1	Institut d'Education Motrice	Semi-directif
Ergothérapeute 2	E2	Institut d'Education Motrice	Semi-directif
Ergothérapeute 3	E3	Institut d'Education Motrice + Cabinet libéral en maison de santé	Semi-directif
Ergothérapeute 4	E4	Institut d'éducation Motrice	Semi-directif

C. Les techniques et outils de recueils de données

1. *L'entretien semi-directif*

Afin de mener à bien notre travail de recherche, trois types d'entretiens s'offraient à nous : l'entretien directifs, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif. (Chevalier & Meyer, 2018). Nous avons décidé d'utiliser l'entretien semi-directif afin de récolter des données empiriques permettant de valider ou réfuter nos hypothèses. L'entretien semi-directif se résume à une conversation entre deux personnes : celle qui interroge et celle interrogée (Imbert, 2010). Cette technique est la plus adaptée et la plus utilisée dans la recherche qualitative. Selon Chevalier & Meyer en 2018, les entretiens semi directifs permettent « la collecte de réponses riches visant à comprendre des pratiques et/ ou les perceptions des individus en lien avec la question de recherche ». L'utilisation d'entretiens semi-directifs dans notre travail de recherche nous permettra, selon la définition, de récolter des informations concernant l'accompagnement des ergothérapeutes dans le handisport ainsi que le lien avec la théorie du Flow.

L'entretien semi-directif met alors l'accent sur la dynamique entre l'interrogateur et l'interrogé. Il se base sur le fait que les réponses aux questionnements ne se trouvent pas uniquement dans les recherches de l'interrogateur ni dans les réponses de l'interrogé. Les réponses se trouvent dans l'interaction entre ces deux personnes (Chevalier & Meyer, 2018). De ce fait, il est important pour nous de ne pas uniquement poser les questions mais également d'être dans une posture d'échange avec notre interlocuteur afin de favoriser cette dynamique entre nous deux.

2. *Guide d'entretien :*

Aux vues du choix de la technique des entretiens semi-directifs, nous avons réalisé un guide d'entretien. Le guide d'entretien, se prépare au préalable des entretiens et permet de structurer les entretiens. (Combessie, 2007). Il se construit grâce aux cadre théoriques réalisé auparavant. (Imbert, 2010). Il se compose de questions ouvertes afin de garantir une spontanéité et une fluidité durant l'entretien. Pour notre travail de recherche, nous avons réalisé un guide d'entretien composé de dix-huit questions explorant les différents thèmes aborder dans notre cadre théorique. Le guide d'entretien est composé de différentes colonnes informant des thèmes

abordés, des questions rédigées, des hypothèses concernées, des critères ainsi que des indicateurs. Vous retrouverez le guide d'entretien en annexe IV.

VI. Objectivité du chercheur

Durant le travail de recherche, le chercheur se voit adopter une posture objective dans son travail et se doit de se questionner autour de l'éthique concernant sa recherche. De ce fait, l'objectivité dans un travail de recherche consiste selon Giroux, en 2018 à « faire abstraction de ses opinions personnelles dans le jugement qu'elle pose ». L'éthique dans la recherche fait quant à elle référence à « la protection des participantes et participants humains ». (Office Français de l'intégrité scientifique, 2024). Le chercheur devra alors dans ce travail traiter avec la réalité du terrain de l'accompagnement ergothérapeutique en handisport. Il devra traiter cet objet de recherche telle que l'on lui présente et décrit lors de ses recherches littéraires et lors des différents entretiens.

Dans son travail de recherche, le chercheur doit limiter la subjectivité dans ses propos. La subjectivité constitue selon (Girard et al., 2015) « le caractère qui relève du jugement propre à la personne en fonction de sa réalité ». De ce fait, le chercheur doit limiter, cette subjectivité afin de ne pas faire ressentir ses propres opinions dans son écrit (Morrow, 2005). Cette objectivité est d'autant plus dure dans un travail de recherche utilisant la méthode qualitative car cette méthode demande une recherche littéraire et une analyse qui requiert une part de subjectivité. Dans le cadre de notre travail de recherche, le chercheur peut avoir ses propres représentations du handisport et de l'importance de l'ergothérapie dans celui-ci. D'autant plus que le travail de recherche porte sur la pratique handisport qui dépend elle-même des croyances et valeurs du jeune et de sa famille. Les croyances et valeurs du chercheur autour de ce sujet ne devront pas apparaître dans son écrit ni dans son discours lors de ces différents entretiens. Pour cela, il devra réaliser un travail de distanciation afin de se décentrer de ses valeurs et croyances personnelles et ainsi favoriser l'objectivité dans son travail de recherche. Nous pouvons également parler de neutralité axiologique introduite par Weber, qui prône selon Heinich, 2006 « l'abstention de tout jugement de valeurs par l'enseignant ou le chercheur dans le cadre de ses fonctions ».

En plus de l'objectivité de son travail de recherche le chercheur se doit de s'interroger sur la part éthique de son travail de recherche. Dans ce travail le chercheur sera amené à interroger des ergothérapeutes. Pour répondre à la définition de l'éthique citée auparavant, le chercheur se doit de respecter l'anonymat des personnes interrogées lors de ces entretiens. Pour répondre à cette demande, le chercheur ne doit pas citer de données personnelles sur les personnes interrogées, ni sur leurs lieux de pratique. Ainsi, le chercheur devra tenir informé les personnes interrogées du sujet de recherche, ainsi que des conditions d'entretiens (temps estimé, enregistrement,). Il pourra alors réaliser un formulaire de consentement afin de s'assurer que la personne interrogée a bien été informée des différentes conditions (cf Annexe V).

VII. Présentation et analyse des résultats

Les entretiens semi-directifs se sont réalisés en présentiels, par appel téléphonique ou encore par visioconférence. Chacun des entretiens a été enregistré afin de pouvoir les analyser par la suite. Pour ce fait, nous réaliserons une analyse de contenu qui est, selon de Bonville, en 2006 « une famille de procédés spécialisés servant à la collecte, à la description et au traitement de données. » Selon Krief & Zardet, en 2013, l'analyse de ces entretiens se décompose en trois étapes. La première étape consiste à une préanalyse des résultats et permet d'avoir une vision globale des données (Krief & Zardet, 2013). Pour réaliser cette étape, une retranscription complète des entretiens a été réalisée dans la grille d'analyse (cf annexe : VI). La seconde étape permet l'exploitation des données, c'est l'étape la plus longue mais elle ne doit pas être négligée par le chercheur, elle consiste à sélectionner les fragments de discours pertinents afin de les organiser par thématiques. (Mbengue, 2014). La dernière étape d'analyse consiste à traiter et analyser les données recueillies et classées dans le but de pouvoir répondre à nos hypothèses de recherche.

Afin d'analyser les données empiriques recueillies lors de nos entretiens, une analyse verticale sera réalisée, chaque entretien sera analysé indépendamment les uns des autres. Par la suite les données des différents entretiens réalisés seront confrontées par thème afin d'analyser « les récurrences et les similarités entre les différents entretiens. » (Delacroix et al., 2021).

A. Analyse verticale

La première ergothérapeute interrogée (E1) est diplômée depuis juin 2020. Elle travaille depuis l'obtention de son diplôme au sein d'un Institut d'Education Motrice. L'établissement dans lequel elle travaille accueille des enfants âgés de 3 à 20 ans en situation de handicap moteur avec des troubles associés. L'accompagnement que propose l'IEM est un accompagnement pluridisciplinaire. L'équipe est composée d'un pôle paramédical avec des kinésithérapeutes ; des ergothérapeutes ; d'un psychomotricien ; d'une neuropsychologue ; d'une infirmière et d'un médecin, et est également composée d'un pôle éducatif avec des éducateurs spécialisés et des éducateurs jeunes enfants, des aides médico-psychologiques. L'équipe est également constituée d'un pôle éducatif pédagogique avec des enseignants spécialisés. Pour les jeunes avec une paralysie cérébrale, la pratique sportive est abordée lors des bilans, certains jeunes vont d'eux même faire la demande de pratique de handisport. Pour d'autres la demande de pratiquer du handisport émane d'un groupe handisport proposé au sein de l'institut (mené par sa collègue ergothérapeute et avec une kinésithérapeute). E1 se sent légitime quant à l'accompagnement à la pratique handisport des jeunes, car pour elle, le handisport « fait partie de la vie quotidienne », tant que le jeune intègre sa pratique dans sa vie quotidienne et si elle prend du plaisir à le faire, E1 se sent légitime dans ce type d'accompagnement car selon elle, « Ca fait sens à notre spécificité d'ergothérapeute qui accompagne vers le bien-être au quotidien et ». Dans l'IEM sa collègue ergothérapeute est en lien avec un moniteur de judo adapté et il se rend dans l'IEM pour faire judo avec un groupe d'enfants. De plus, E1 est en contact avec la famille d'un jeune afin de les aider à trouver une structure adaptée. Pour pouvoir prendre en compte l'engagement dans les activités handisport E1 se base sur la motivation de l'enfant (qu'elle soit verbalisée ou non.). D'après E1 les jeunes n'ont pas accès à la performance, (ou alors que très peu). Et celle-ci est très peu abordée en équipe. Pour l'évaluer dans le handisport, E1 n'utilise pas d'outil et se base principalement sur les progressions du jeune. Concernant sa pratique globale, elle n'utilise pas de modèles conceptuels ni d'outils spécifiques à un modèle. En revanche, elle utilise l'outil OT HOPE, notamment lorsqu'elle souhaite aborder le handisport car il contient une partie ciblée sur les loisirs. La théorie du Flow était inconnue par E1 et une définition ainsi que les dimensions de cet état ont dû être rappelés. E1 rattache cette notion avec la pratique handisport car selon elle le sport est agréable car il est choisi par la personne qui la pratique. Pour E1, l'ergothérapeute peut intégrer l'état de Flow dans sa pratique, en favorisant les activités significatives pour les jeunes et en les accompagnant sur la découverte

de la pratique handisport à l'extérieur de l'IEM. E1 ne connaît pas de modèles permettant de favoriser l'état de Flow, en revanche elle sait que certains modèles Canadiens parlent de performance et d'engagement. La pratique du handisport au sein de l'IEM et sur les activités sportives extérieures sont menées en pluridisciplinarité. E1 aimerait également plus collaborer avec les familles des jeunes qui souhaitent pratiquer une activité sportive extérieure.

La seconde personne interrogée, E2 est diplômée depuis 2009 et a exercé dans différentes structures mais travaille dans un IEM depuis 10 ans. L'établissement dans lequel elle travaille est un Institut d'Education Motrice accueillant des enfants de deux à vingt ans présentant un handicap moteur avec ou sans troubles associés. L'équipe est une équipe pluridisciplinaire composée de : kinésithérapeutes, un psychomotricien, une neuropsychologue, deux ergothérapeutes, une infirmière, un médecin MPR ainsi que de cinq éducateurs et six AMP. Tous les enfants de l'IEM pratiquent une activité sportive qu'elle soit à l'intérieur de l'IEM ou à l'extérieur. La demande de pratique sportive vient des professionnels de la structure, des familles, mais également des enfants qui sont en demande de pratique sportive. Cette demande émane des jeunes, via le handisport proposé au sein de l'IEM ou via la verbalisation. Certains jeunes sont en capacité de verbaliser la spécificité du handisport qu'ils souhaitent faire. Certains jeunes ont d'ailleurs pour objectifs la pratique sportive à l'extérieur de l'IEM. Selon E2, elle est légitime d'accompagner ces jeunes dans le handisport car cette activité fait partie de leur vie quotidienne. En tant qu'ergothérapeute, elle intervient principalement autour des adaptations liées au sport, mais, elle n'est pas la seule à intervenir autour du handisport puisque les activités sportives sont régulièrement abordées en binôme. De plus, lorsque le jeune souhaite pratiquer à l'extérieur de l'IEM, E2 va contacter la famille ainsi que les associations sportives. Cette collaboration avec la famille est, selon elle, indispensable pour que le jeune puisse pratiquer comme il le souhaite. E2 n'utilise pas de modèle pour inclure l'engagement dans sa pratique, elle va se baser sur la communication avec le jeune. La performance est quant à elle abordée lors des PIA, sous forme de progression. Pour intégrer la notion de performance, dans son accompagnement à la pratique handisport, E2, se fixe des micros-objectifs opérationnels qui seront validés ou non par la suite en fonction de la performance du jeune. E2 utilise l'outil OT HOPE afin de d'intégrer la pratique handisport dans sa pratique. Elle ne connaissait pas la théorie du flow, de ce fait, les mêmes indications que pour E1 ont été données. E2 est capable de mentionner le fait que certains jeunes y ont accès lorsqu'ils pratiquent au sein de l'IEM ou bien à l'extérieur. E2 nous indique que le Flow pourrait être un indicateur avec les enfants et pense que c'est quelque chose qu'elle pourrait creuser avec, par exemple, un questionnaire

d'auto-évaluation sur leur pratique. E2 transpose cette définition qu'elle ne connaissait pas et cite les bénéfices du flow qui selon elle, permettrait de « peut-être ouvrir les dialogues avec les parents et leur dire : regardez ce que ça apporte à votre enfant. ». D'après E2 l'état de Flow dans la pratique handisport pourrait être abordée avec les membres de l'équipe, paramédicaux ou non, notamment ceux qui sont en binôme avec elle afin de donner plus de sens à la pratique handisport.

E3 est une ergothérapeute diplômée depuis 2019, elle travaille en mi-temps en libérale dans une maison de santé et en mi-temps dans un institut d'éducation motrice depuis trois ans. Dans sa pratique libérale ou bien à l'IEM, E3 a déjà accompagné des jeunes avec une paralysie cérébrale. L'IEM est décomposé en plusieurs modules selon la classe d'âge. Dans chaque module, il y a un enseignant spécialisé, deux éducateurs, des auxiliaires de puériculture, des aides-soignants et des AMP. En dehors des modules l'IEM est composé de médecins, infirmiers et une équipe paramédicale (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue, orthophoniste, ...) avec aussi une assistante sociale. E3 souhaitait travailler en structure afin de pouvoir bénéficier du soutien d'une équipe. La demande de pratique sportive émane la plupart du temps des professionnels même si certains jeunes ont la capacité de faire la demande. Les jeunes au sein de cet IEM sont forcément en lien avec le sport dans leur parcours au sein de l'établissement. Le lien avec le handisport est fait, que ça soit dans l'IEM ou à l'extérieur. E3 est régulièrement en lien avec les kinésithérapeutes afin d'adapter et de rendre accessible le sport pour le jeune. Elle se sent légitime en tant qu'ergothérapeute à accompagner un jeune dans sa pratique sportive car cela contribue à son équilibre occupationnel. Dans sa pratique libérale, E3 est en contact avec la famille pour leur prodiguer des conseils ou pour l'achat de matériels sportifs adaptés si nécessaire. A l'IEM, E3 est en lien avec les éducateurs sportifs et trouve cette collaboration intéressante puisque cela vient confronter les deux visions de chaque métier. Dans sa pratique, E3 utilise l'outil OT hope, mais elle ne l'utilise pas spécialement pour favoriser l'engagement des jeunes dans leur pratique. Pour E3, afin de favoriser l'engagement, elle utilise les bases du coach. E3 n'est pas certaine que les jeunes avec une paralysie cérébrale aient à la notion de performance. Elle n'utilise pas le terme de performance dans sa pratique mais utilise le terme de niveau de satisfaction et de progrès. Ce progrès dans le handisport est d'ailleurs souligné et abordé en équipe. La performance est également abordée sous forme d'objectifs visibles et quantifiables. E3 n'utilise pas de modèles conceptuels particuliers dans sa pratique. Selon elle, elle fait un « mélange » des différents modèles. En termes d'outil occupationnel, l'OT HOPE est le seul outil qu'elle utilise, et, grâce à cet outil un objectif sportif est toujours

posé. Comme les ergothérapeutes interrogés précédemment, E3 a besoin d'une définition de la théorie de Flow. Après la définition, elle met l'accent sur le bien-être, qu'elle va chercher en priorité chez les jeunes lors de leur pratique. La théorie du Flow est pour E3, abordée au sein de l'IEM car tout est adapté pour qu'ils puissent pratiquer le sport à leur échelle. L'objectif chez les professionnels est d'après E3, que les jeunes atteignent cet état lors de leurs activités de vie quotidienne. Pour aborder cette notion d'état de Flow, E3 est en lien avec les « autres jeunes présent autour de lui, un éducateur sportif, et la famille au sens large. » Selon E3 les jeunes ne pourraient pas atteindre cet état de Flow dans leur pratique handisport s'il n'y avait uniquement la famille qui gravitait autour.

Pour terminer, nous avons interrogé E4, ergothérapeute depuis 2009, qui travaille depuis plusieurs années dans un IEM où elle accompagne les adolescents et les majeurs de la structure. L'IEM accompagne principalement des jeunes avec une paralysie cérébrale. Dans l'établissement E4 travaille avec « une kiné libérale, il y a une kiné salariée dans l'établissement [...], un orthophoniste à l'heure actuelle, on a deux psychologues aussi [...], mon autre collègue ergo et on a trois psychomotriciens », elle travaille également avec quatre instituteurs, des éducateurs spécialisés, deux éducateurs jeunes enfants, des aides médico psychologiques et une animatrice et une assistante sociale. Dans l'équipe, E4 mentionne les fournisseurs extérieurs de matériels adaptés. Elle apprécie le travail en structure car elle trouve le travail avec les familles intéressant. Les jeunes pratiquent du handisport à l'intérieur de l'IEM mais également à l'extérieur. Le handisport est pratiqué au sein de l'IEM, notamment car, c'est une demande de l'ARS que les IEM développent le sport adapté. Autrement, les jeunes ont réclamé plus de pratique sportive à E4. Elle utilise le sport comme moyen de rééducation que ça soit pour des objectifs moteurs ou cognitifs. E4 parle du travail en interprofessionnalité comme une complémentarité. L'activité handisport est abordée au moment des PAP, et E4 souligne d'ailleurs que le sport n'est pas automatiquement abordé par les familles. En tant qu'ergothérapeute, E4 accompagne les jeunes dans les adaptations liées à la pratique et sur le choix du sport adapté aux jeunes. Avec l'IEM, il y a la possibilité d'intégration sportive dans le milieu ordinaire. Concernant l'engagement, les jeunes le verbalisent lors des séances. Pour E4, il n'y a pas de performance au sein de l'IEM. Une définition a donc été donnée afin de pouvoir continuer l'entretien avec un vocabulaire et une définition commune. La performance est abordée sous la forme d'objectifs qui sont mis en commun avec les autres professionnels, lorsque le jeune est en accord avec ceux-ci. E4 utilise beaucoup la valorisation pour encourager la performance mais n'utilise pas de bilans particuliers pour évaluer cette dernière. Les

évaluations qu'elle utilise se basent sur les situations concrètes de la vie quotidienne, ou alors, ce sont des bilans qu'elle a créés. Pour la pratique handisport E4 crée ses propres bilans en fonction du sport et du jeune. La théorie du Flow était inconnue pour E4. Après la définition, elle verbalise le fait de favoriser le plaisir et la performance lors de la pratique handisport. Elle utilise le modèle ludique car selon elle, le sport doit être une activité ludique et non une contrainte. Pour aborder cette notion E4 est en collaboration avec différents professionnels de l'IEM mais également avec les intervenants extérieurs comme les maîtres-nageurs lors de la séance de piscine ou encore les fournisseurs de matériels.

B. Analyse horizontale

Le chercheur réalise une analyse horizontale afin de pouvoir repérer les similitudes et les différences parmi les entretiens réalisés. Selon Delacroix et al. en 2021, cette méthode permet de « dégager, de manière transversale, la manière dont les différents thèmes et catégories sont évoqués dans les données. »

1. La place du sport en ergothérapie

Dans chaque IEM où exerce E1, E2, E3 et E4, les jeunes accompagnés ont tous eu un lien avec le sport durant leurs parcours à l'IEM. Pour chaque professionnel, du handisport en interne est proposé et les jeunes ont tout de même un lien avec le sport à l'extérieur de l'IEM. Pour les quatre interrogés, le sport proposé aux jeunes est du sport adapté. Pour les quatre ergothérapeutes interrogés, la demande de pratiquer une activité sportive émane des jeunes qui sont en capacités de le faire communiquer. Pour E2, E3 et E4, les professionnels peuvent également être à l'origine de la pratique handisport et certains jeunes se saisissent de cette impulsion faite par les professionnels pour prendre du plaisir lors de leur pratique. E4 met en avant la demande de l'ARS quant au développement du sport adapté au sein des IEM.

2. *Le travail interprofessionnel*

E1, E2, E3 et E4 mettent en avant la part de positivité qui doit être présente lorsqu'un jeune pratique du handisport. Selon eux le sport « fait partie du bien-être » (E1), « c'est valorisant » (E3), « le but c'est qu'il prenne plaisir » (E4). Pour aborder le handisport dans l'enceinte de l'IEM tous les ergothérapeutes s'accordent pour dire qu'ils ne le font pas seuls. E1 et E2 l'abordent régulièrement en binôme. Pour E1, le binôme en charge du handisport est un binôme kinésithérapeute, ergothérapeute. Pour E2, le binôme est régulièrement composé d'un membre de l'équipe paramédicale avec un membre de l'équipe éducative. E1 et E3 travaillent également en interprofessionnalité mais avec des professionnels différents. E3 travaille principalement avec ses collègues éducateurs sportifs et E4 avec ses collègues psychomotriciens et éducateurs. D'après les quatre ergothérapeutes, l'accompagnement autour du handisport ne se résume pas au travail avec les professionnels de l'établissement. Tous les interrogés s'accordent sur le fait qu'ils collaborent avec la famille, mais chacun le fait de manière différente. Pour E1 et E2 la collaboration avec la famille est faite sous la forme d'un accompagnement afin de les aider à trouver un club adapté pour leur jeune. E2 insiste sur l'importance de cette collaboration « la collaboration avec la famille est inévitable », « le lien avec la famille est important ». Pour E3, chaque professionnel est de base en lien avec la famille. Dans le cadre du handisport, E3 accompagne les familles en leur prodiguant des conseils et dans le suivi des adaptations sportives au domicile. Pour E2 et E4 le lien avec la famille se fait notamment lors des PAP/ PAI. E1, E2 et E4 partagent leur expérience avec la collaboration qu'ils ont avec les professionnels extérieurs à la structure. E1 et E2 contactent les différents professionnels des clubs afin de trouver une structure adaptée pour le jeune. E4 est également en lien avec les professionnels lors des groupes qui sont réalisés, elle est par exemple en collaboration avec le professeur de judo. Parmi toutes les personnes qui sont en gravitation autour de l'enfant, nous retrouvons tout de même l'ergothérapeute. D'après les ergothérapeutes interrogés, elles se sentent toutes légitimes d'accompagner les jeunes dans leur pratique handisport. Pour E1 et E2, elles sont légitimes car le handisport ferait partie des activités de vie quotidienne. E1 et E3 rattachent le handisport à l'équilibre occupationnel de la personne. Cet équilibre occupationnel est en lien avec la diversité et la variété des occupations. (Rousset, s. d.). E1 le cite : « le handisport va faire partie de son équilibre : il y a les soins personnels, il y a aller à l'école, travailler et cetera et puis à côté il y a les loisirs et le sport rentre tout à fait dans cette partie-là ». E2, E3, et E4 sont unanimes quant à la spécificité de l'ergothérapeute dans le handisport. Ces adaptations que mettent en place les ergothérapeutes ont pour objectif

de rendre accessible le sport que souhaite pratiquer le jeune. Les trois ergothérapeutes nous informent qu'ils interviennent dans les adaptations autour du handisport. E3 et E4 mettent également en avant les connaissances de l'ergothérapeute autour du handicap, qui sont nécessaires lors de la collaboration avec des personnes qui ne se sont pas forcément formées au handicap.

3. *L'engagement occupationnel*

Concernant l'engagement occupationnel, les réponses des ergothérapeutes sont variées. E1 et E2, et E4 sont en accord pour dire qu'ils n'utilisent pas d'outils spécifiques liés à l'engagement occupationnel. E3 utilise l'OT HOPE dans sa pratique mais n'utilise pas d'outil spécifique pour favoriser l'engagement des jeunes. Pour favoriser l'engagement E3 prend le rôle de coach. E1, E2 et E4 se basent sur la communication verbale des jeunes durant les séances. E2 s'interroge sur l'engagement occupationnel de l'enfant lors des PIA où elle reprend les différentes observations à ce sujet. Aux vues des différentes réponses des ergothérapeutes et nos recherches théoriques, nous constatons que la notion d'engagement occupationnel n'est pas conscientisée par les ergothérapeutes. Aucun modèle conceptuel n'est utilisé dans la pratique de nos ergothérapeutes permettant de favoriser l'engagement occupationnel.

4. *La performance occupationnelle*

Selon E1, E2 et E4, les jeunes avec une paralysie cérébrale n'ont pas accès ou n'ont pas la notion de ce qu'est la performance. Or la performance est « ce qui est en train d'être fait par une personne ou ce dans quoi elle s'engage » (Hagedorn, 2001) et est donc accessible par n'importe quelle personne engagée dans une activité. Pour E2, E3 et E4, le terme de performance est perçu comme l'image de la performance sportive, comme un exploit. Une définition de la performance occupationnelle a été donnée, afin de s'assurer une définition commune pour la suite des entretiens. Trois des ergothérapeutes interrogées (E1, E2 et E3) emploient plus couramment le terme de progression que le terme de performance. Les quatre ergothérapeutes utilisent les objectifs pour pouvoir évaluer la performance. Pour E1 et E3 ces objectifs doivent être quantifiables et visibles par l'ergothérapeute et par le jeune. Pour E2 se sont plutôt des objectifs opérationnels qui permettent d'observer et d'évaluer la performance occupationnelle. E4 met l'accent sur l'importance de négocier les objectifs de performance avec

le jeune afin de favoriser sa participation. Selon E2 et E3, cette performance occupationnelle est abordée au sein des équipes mais elle est toujours abordée (pour E3) sous forme de progrès. E4 aborde également la performance avec la prof de Judo pour permettre d'établir des objectifs en commun. E2 aborde cette notion en équipe au moment des PIA en présence de la famille, des professionnels et du jeune, si il est présent. Afin de favoriser la performance E3 et E4 passent par la valorisation auprès du jeune. E4 se compare d'ailleurs à un coach sportif « j'ai l'impression d'être un coach sportif tellement je l'encourage ». Lorsque le jeune progresse dans un domaine, E3 l'évoque avec lui. Certains termes utilisés par les ergothérapeutes lors des entretiens permettent d'introduire l'état de flow que nous analyserons, plus tard, dans notre travail. Effectivement E3 met en avant l'importance des objectifs visibles et quantifiables afin de permettre au jeune « d'avoir une vision de comment ça va se passer », cela se rattache à une condition d'apparition du flow « Clarté des buts » (Jackson & Csikszentmihalyi, 1999). E4 introduit également cette notion puisqu'elle souhaite négocier ses objectifs avec le jeune afin qu'il soit en accord et participatif lors de la réalisation de ceux-ci.

5. *Les modèles conceptuels*

Comme indiqué précédemment, les quatre ergothérapeutes n'utilisent pas de modèles conceptuels à proprement parlé. Selon E3, les modèles conceptuels « forgent la pratique », E3 s'empare de ses connaissances théoriques des modèles conceptuels et « prend un petit peu de chaque modèle. ». Elle nous dit qu'elle n'utilise pas un modèle en particulier mais elle fait un petit mélange de tous pour en faire sa pratique. Concernant les outils d'évaluations utilisés, l'OT HOPE est encore relevé par trois des interrogés (E1, E2 et E3). Cet outil est notamment utilisé puisqu'il contient une partie sur les loisirs incluant le sport. E3 nous indique d'ailleurs qu'un objectif en lien avec le sport est systématiquement choisi par le jeune. E2 utilise l'OT HOPE mais le modifie pour pouvoir détailler la partie handisport avec les jeunes. E4 ne connaît pas spécialement d'outil qui permettrait de mettre la pratique handisport au cœur de son accompagnement. En revanche elle crée ses propres bilans occupationnels. En effet, elle met les jeunes en situations afin d'évaluer certaines compétences nécessaires dans sa prise en soin. Elle a également créé un bilan ciblé sur le handisport avec une jeune qui souhaitait pratiquer de l'équitation. Pour conclure, sur les modèles conceptuels, nous pouvons dire, que malgré les écarts d'ancienneté de pratique en ergothérapie, les modèles conceptuels ne sont pas connus ni utilisés quotidiennement par les ergothérapeutes interrogés.

6. *La théorie du flow en ergothérapie*

Dans cette partie, afin de faciliter la lecture et la compréhension, les dimensions du Flow qui seront abordées ou mises en lien avec les entretiens seront citées entre parenthèse. Chaque dimension du Flow est tirée de l'ouvrage de Jackson & Csikszentmihalyi en 1999.

La théorie du Flow est une notion complètement inconnue pour les ergothérapeutes interrogées. Effectivement, aucune des ergothérapeutes ne pouvait répondre à nos questions sans avoir eu une définition au préalable. La définition de la théorie du Flow selon Pierce & Morel-Bracq, en 2016 a donc été donnée, suivi des neuf dimensions du flow de Jackson & Csikszentmihalyi, en 1999. Après avoir pris connaissance de cette définition, les ergothérapeutes interrogées ont pu projeter cette notion dans leur pratique. Effectivement, E2 nous dit « je pense qu'on a des jeunes qui peuvent atteindre cet état de Flow », E3 partage cet avis et nous indique que « on peut parler de la théorie du flow avec la pratique sportive dans ma pratique. ». E2 nous cite l'exemple d'une jeune qui a pratiqué du para athlétisme « elle, ne s'en sentait pas capable [...] je ne l'avais jamais vu comme ça, elle était en trans ». De plus certaines ergothérapeutes interrogées, reconnaissent quelques conditions d'apparition ou certaines caractéristiques de l'état de Flow chez les jeunes. E1, E2 et E3 mettent en avant la part agréable de la pratique sportive pouvant constituer une condition d'apparition du Flow, elles citent séparément « moment agréable », « joie », « état de bien-être ». Rappelons que percevoir l'activité comme agréable favorise l'apparition de l'état de flow (Expérience agréable). E4 nuance ces propos en disant que le plaisir n'est pas instinctif chez les jeunes lors de la pratique sportive. La performance est également revenue dans les réponses des ergothérapeutes interrogées. E3 et E4 mettent en lien la performance avec le choix du jeune. En effet, d'après elles, la performance augmente lorsque le jeune prend plaisir dans l'activité qu'il a choisi. Cette notion nous rappelle les fondements de l'état de Flow, stipulant que lorsque le jeune est dans cet état cela favoriserait sa performance.

Concernant les modèles conceptuels, la définition de l'état de Flow n'a pas permis aux ergothérapeutes interrogées de citer un modèle conceptuel leur rappelant cette notion. E1 ne nous en cite pas mais, peut nous dire que cette notion lui fait penser à quelques modèles canadiens où certains parlent de performance ou volition ou encore d'engagement. Pour les quatre ergothérapeutes, la théorie du Flow est indirectement discutée avec les différents

professionnels. Pour E1 afin de favoriser certaines conditions d'apparitions du Flow, une neuropsychologue intervient afin de focaliser le jeune sur la concentration de la tâche (Concentration sur la tâche). E4 est également en lien avec les psychologues, psychomotriciens, et professeurs de sport adapté. La collaboration avec la famille est mentionnée par E1, E2, et E3. E3 a le sentiment de collaborer avec la famille de l'enfant, en revanche pour E1 et E2, la famille ne collabore pas avec eux pour aborder cette notion mais c'est un souhait pour les deux ergothérapeutes. Pour E2, la connaissance de la théorie du Flow serait un levier pour impliquer les parents dans le handisport. E2 se projette et pense que montrer les bienfaits de l'état de Flow chez leurs enfants (augmentation de l'estime de soi, expérience agréable, ...) permettrait de favoriser leur implication. Pour E3, la collaboration entre toutes ces personnes est indispensable pour espérer atteindre un état de Flow. L'apport de connaissances autour de la théorie du Flow, a permis à E2 et E3, de se projeter sur leur pratique. E2 trouve que connaître l'existence de la théorie du Flow « donne une meilleure vision de ce que la pratique de sport peut impliquer pour les jeunes. » Pour E3 « notre objectif c'est qu'ils atteignent cet état-là dans les AVQ ».

C. Validation on réfutation des hypothèses

Tout au long de ce travail de recherche, nous avons essayé de répondre à la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute accompagne-t-il l'enfant avec une paralysie cérébrale dans la quête de l'état de Flow durant leur pratique handisport ?

Les analyses de nos données empiriques recueillies grâce à nos entretiens nous permettent de valider ou non nos hypothèses de recherches. Pour rappel, nos hypothèses de recherches permettent de répondre à notre problématique. Les hypothèses de recherches sont les suivantes :

Hypothèse 1 : La collaboration interprofessionnelle intra structure et extra structure dans lequel participe l'ergothérapeute permet de favoriser la performance, nécessaire dans l'apparition de l'état de Flow chez les jeunes avec une paralysie cérébrale dans le cadre de leur pratique handisport.

Hypothèse 2 : L'utilisation du modèle conceptuel Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), permet à l'ergothérapeute d'amener le jeune avec une paralysie cérébrale dans un état de Flow lors de sa pratique handisport.

1. La première hypothèse de recherche

L'analyse des données empiriques mettent en lumière l'importance de l'accompagnement interprofessionnel. La majorité des ergothérapeutes interrogées font ressortir la collaboration interprofessionnelle pour évoquer les différentes notions de notre travail de recherche tel que : le handisport, la performance ou encore la théorie du Flow. Le handisport est pour chacune des ergothérapeutes et dans leur institution respective abordés en interprofessionnalité. La notion de performance n'est pas connue pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogées. Néanmoins, après avoir redéfini la performance, les ergothérapeutes ont la capacité d'ajuster leur propos et de nous faire part de l'importance du travail interprofessionnel dans leur pratique. De plus, lors des entretiens, les ergothérapeutes

nous parlent de la recherche des activités significatives du jeune, du choix du sport, de dépassement de soi, de la faisabilité, de choix du matériel, des adaptations, de la verbalisation des parents sur la pratique sportive. Cela permet donc d'introduire la notion de complémentarité de regards et de compétences propres à chaque profession, ainsi que la nécessité des interactions. Cette collaboration, s'étend avec les membres de l'équipe paramédicale ou non. De plus, cette collaboration s'étend avec les familles des jeunes. Les ergothérapeutes sont régulièrement en lien avec la famille, certains sont en lien lors des PIA ou des PAP où la performance est régulièrement abordée. La performance est également abordée avec les intervenants sportifs extérieurs afin de pouvoir fixer des objectifs adaptés aux jeunes. Ces différentes notions permettent d'introduire la théorie du Flow, au cœur de notre sujet.

De ce fait, **nous validons l'hypothèse de recherche 1.**

2. *La seconde hypothèse de recherche*

L'analyse des données empiriques met l'accent sur le peu d'utilisation des modèles conceptuels dans les pratiques actuelles. Seul le modèle ludique de Francine Ferland est ressorti lors de ces entretiens. Nous remarquons que les plus jeunes diplômées (E1, E3) ont des notions plus avancées sur les modèles que les plus anciennes (E2 et E4). En effet, E1 a la capacité de nous dire qu'il existe des modèles canadiens où ressortent le terme de performance, d'engagement. Nous remarquons que deux des ergothérapeutes interrogées mentionnent le fait de ne pas avoir d'outil permettant d'évaluer la performance ou l'état de Flow. Lorsque nous évoquons l'état de Flow lors de l'entretien avec E2 elle soulève « je pourrais creuser en faisant une auto-évaluation avec les enfants sur leurs pratiques ». E1 concernant la performance nous indique qu'il serait intéressant dans sa structure d'avoir des outils d'évaluation ou des questionnaires qui permettraient d'évaluer la performance occupationnelle au début de la pratique handisport et après quelques semaines, mois, années de pratique. Pour rappel la MCRO est une évaluation subjective permettant d'évaluer et réévaluer la performance mais également la satisfaction dans les occupations (Morel-Bracq et al., 2017). Les différentes réponses recueillies montrent l'intérêt de l'utilisation d'un outil d'évaluation tel que la MCRO pour favoriser l'apparition de l'état de Flow lors de la pratique sportive. En revanche l'analyse des entretiens semi-directif, met en avant le fait que les modèles conceptuels ne sont que peu utilisés. De plus, l'utilisation du modèle MCREO n'a pas été mentionnée durant nos entretiens.

De ce fait **nous réfutons l'hypothèse de recherche 2.**

VIII. Discussion

Lors de cette partie de notre travail de recherche, nous évoquerons les nouvelles notions abordées par les ergothérapeutes interrogées que nous n'avons pas évoquées dans notre cadre conceptuel. Ces nouvelles notions permettent d'approfondir notre travail de recherche et d'apporter de nouveaux apports théoriques. Par la suite, nous évoquerons les biais et limites de notre recherche ainsi que les perspectives de cette dernière.

A. Nouveaux apports théoriques

1. Utilisation de l'OT HOPE

L'utilisation de l'outil OT HOPE a été citée par 3 des ergothérapeutes interrogées. Cet outil est utilisé par E3 pour évaluer l'engagement occupationnel de l'enfant. Pour les autres ergothérapeutes, l'OT Hope est utilisé comme bilan occupationnel. Cet outil est un outil d'autodétermination des objectifs en ergothérapie dans le cadre d'une pratique pédiatrique, centrée sur la personne et ciblée sur l'occupation. (ANFE, s. d.). Des recherches montrent notamment l'intérêt de l'autodétermination pour favoriser l'implication et la motivation du jeune.

L'outil Hope est composé d'un plateau avec 4 colonnes :

- Oui, je sais faire
- Oui, je sais faire avec aide
- Je ne fais pas très bien
- Je ne sais pas faire

L'enfant dispose de cartes réparties en 3 domaines de la vie quotidienne : Loisirs, activités scolaires et activités de la vie quotidienne. Durant la passation, l'enfant place les cartes dans les colonnes selon ses propres critères de performance. Après avoir valorisé l'enfant,

l'ergothérapeute échange avec le jeune afin de l'aider à identifier les cartes qu'il souhaiterait mettre dans la colonne « je sais faire ». Cet outil est une bonne alternative du MCRO, pour les enfants, en effet, comme le MCRO, l'OT HOPE se base sur les propres critères du jeune et permet d'avoir un retour sur sa perception de ses performances occupationnelles. Il permet, comme la MCRO d'extraire les objectifs choisis par le jeune. En revanche, il ne permet pas de connaître la satisfaction de ses performances.

Dans le cadre du Flow, cet outil permettrait à l'ergothérapeute de travailler autour de l'activité sportive choisie par le jeune, ce qui favoriserait son engagement dans sa pratique, et permettrait alors, d'augmenter sa performance.

2. *Les PAP, PAI : une source de lien avec la famille*

Certaines de nos ergothérapeutes nous indiquent, lorsque nous évoquons la collaboration avec la famille, l'importance des PAP ou des PIA. Les PAP ou Plan d'Accompagnement Personnalisé permet aux élèves du premier comme du second degré de pouvoir bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique nécessaires, afin qu'ils puissent poursuivre leur parcours scolaire dans les meilleures conditions (Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, s. d.). Le PAP est rédigé avec le chef de l'établissement, la famille, l'équipe éducative ainsi que les professionnels concernés pas la mise en place, (l'ergothérapeute peut en faire partie). Par la suite, le PAP est transmis à la famille afin qu'elle puisse donner son accord ou non. Nous remarquons que le PAP, permet à l'ergothérapeute d'être en lien avec la famille du jeune et ainsi maintenir une relation de confiance avec cette dernière.

Dans les établissements où nous retrouvons un enseignement spécialisé, tous les jeunes ont un Plan Individuel d'Apprentissage. Le PIA est un outil méthodologique reprenant la liste des objectifs des différents professionnels à atteindre durant une durée déterminée. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire met en place des moyens adaptés pour que le jeune puisse atteindre ses objectifs. Dans le cadre du PIA, la famille et le jeune sont des partenaires de l'équipe pluridisciplinaire.(Pierard, 2012). A chaque réunion du PIA, les professionnels évaluent les progrès et résultats du jeune. (*Wikiwiph*, s. d.). Les enjeux du PIA sont les suivants : « rendre l'enfant acteur de ses apprentissages et de la construction d'un projet personnel, de motiver l'équipe éducative en développant une action cohérente et de faire adhérer, les parents à la démarche ». (Pierard, 2012)

Le PIA est donc une source de collaboration avec la famille du jeune. Il permet à l'ergothérapeute de pouvoir introduire la pratique handisport avec la famille, fixer ses objectifs (avec l'accord du jeune), et évaluer la performance dans ce domaine et ainsi pouvoir introduire la notion de Flow avec la famille et l'équipe.

B. Biais et limites de la recherche

Dans ce travail de recherche, nous retrouvons des limites et des biais que nous détaillerons dans cette partie.

1. Biais

Pour commencer, nos critères d'inclusion ne mentionnaient pas l'importance d'être formé au modèle conceptuel MCREO. De ce fait, les ergothérapeutes interrogées, n'étant pas formées à ce modèle ne pouvaient pas connaître les aboutissements de ce dernier. Elles n'étaient donc pas en capacité de pouvoir me les citer lors des entretiens. Ce choix a été longuement réfléchi, afin d'éviter de valider une hypothèse qui ne correspondrait pas à la majorité des pratiques en ergothérapie.

Un second biais existe et concerne le vocabulaire. En effet, lors de nos entretiens, nous remarquons des besoins de définir certains termes que nous ne pensions pas définir. Par exemple le terme de performance a dû être redéfini par l'interrogateur puisqu'il était perçu par son interrogés, comme le terme générique, accolé à la notion d'exploit. Ce biais peut s'expliquer par le manque d'application des termes des sciences de l'occupation sur le terrain, ou encore par le manque de compréhension au moment des entretiens. Ce fait constitue un biais dans ma recherche ou les termes des sciences de l'occupation (performance occupationnelle et engagement occupationnel) sont au cœur de notre travail.

Pour finir, une des ergothérapeutes interrogée, exerçait à mi-temps en IEM et à mi-temps en pratique libérale. Nous n'imaginions pas que dans sa pratique libérale, elle accompagnait une jeune avec une paralysie cérébrale dans sa pratique handisport. Nous avons donc décidé d'analyser les données recueillies en lien avec cette jeune puisqu'elles répondaient à certains axes de notre recherche (travail interprofessionnel, performance, ...). Les données empiriques recueillies liées à sa pratique libérale constituent alors un biais, puisqu'elles ne mettent pas en avant le travail de l'ergothérapeute au sein des structures comme le voulaient nos critères

d'inclusions. Cela peut également constituer un axe d'ouverture concernant la pratique libérale que nous n'avons pas évoquée dans notre cadre conceptuel.

2. *Limites*

Nous avons réalisé pour la première fois des entretiens semi-directifs, bien que nous ayons gagné en aisance au fil des entretiens, nous avons eu des difficultés pour trouver spontanément des questions de relances. De plus, deux de nos entretiens ont été réalisés en appel, cela impacte la communication, puisque nous n'avons pas de retour paraverbal dans la communication ce qui a pu freiner les échanges. En effet, lors des entretiens en présentiel, nous pouvions nous appuyer sur le langage paraverbal pour savoir si les ergothérapeutes connaissaient ou non les termes employés (comme la performance occupationnelle, l'engagement, la théorie du Flow).

Nous n'avons interrogé qu'un faible nombre d'ergothérapeutes pour mener à bien cette recherche. Les données empiriques recueillies ne permettent donc pas de généraliser les pratiques ergothérapeutiques en France. De plus, les obligations temporelles imposées pour ce travail d'initiation à la recherche ne permettent pas à l'interrogateur d'interroger un nombre conséquent d'ergothérapeutes en France. Parallèlement, malgré un nombre significatif de mails et d'appels adressés dans différentes structures, (IEM, IME, EEAP, ...), peu de réponses sont revenues positives. Seules les ergothérapeutes exerçant au sein des IEM, ont répondu positivement. Nos résultats de recherche sont alors limités aux ergothérapeutes exerçant dans ce même type de structure.

C. Perspectives

Ce travail d'initiation à la recherche a permis de mettre en lumière certains aspects de l'ergothérapie peu développés actuellement.

D'une part, grâce à ce travail de recherche, nous avons pu observer que la théorie du Flow et l'intérêt lors des prises en soins en ergothérapie sont méconnus sur le terrain. Ce terme, inconnu n'est pas pour autant non exploité par nos ergothérapeutes. Effectivement, les ergothérapeutes ont pu se saisir de la définition donnée pour la transposer sur leurs vécus dans leur pratique.

Serait-il intéressant de refaire un autre entretien avec les mêmes ergothérapeutes dans plusieurs mois afin de voir l'influence de leurs connaissances actuelles sur la théorie du Flow dans leur accompagnement ?

La performance occupationnelle, est, comme mentionnée auparavant, rattachée à la performance sportive, en tant qu'exploit. La performance occupationnelle est accessible à toutes les personnes sous conditions de réaliser une activité signifiante (Hagedorn, 2001). Ainsi favoriser les activités signifiantes permettrait de favoriser ses performances. Cela questionne donc autour de la pratique occupation centrée en ergothérapie (prôné par le MCREO). La pratique occupation centrée, en développement dans les pratiques actuelles, permet de favoriser cette performance. Selon Gray en 1998 cité par (Berro & Deshaies, 2016), cette pratique vise à « utiliser des interventions ayant un objectif de performance, signifiantes et dirigées vers un but, qui soient globales, multidimensionnelles et réalisées en contexte. ». De ce fait, la pratique occupation centrée serait un levier pour favoriser l'apparition de l'état de Flow dans les activités signifiantes (handisport selon les jeunes).

Ce travail d'initiation à la recherche, nous a permis de nous questionner pour notre future pratique professionnelle. Cela nous a permis de lire, et d'effectuer des recherches autour de notre profession et ainsi comprendre les différences entre la théorie et la pratique, notamment sur l'utilisation des modèles conceptuels. Rédiger un travail de recherche permet d'acquérir des compétences d'organisation qui nous seront utiles pour notre future pratique professionnelle.

IX. Conclusion

L'activité sportive fait partie du répertoire occupationnel des jeunes âgés de 11 à 20 ans. Pour les jeunes avec une paralysie cérébrale, la pratique peut se faire dans les associations sportives adaptées appartenant à la FFH. Présent dans la psychologie du sport, la théorie du Flow met en avant l'engagement, la performance et le bien-être ressentis lors de l'apparition de cet état. Ces notions font partie des objectifs de travail d'un ergothérapeute. De ce fait, de par ses champs de compétences, l'ergothérapeute, a donc toute sa place dans l'accompagnement de ces jeunes avec une paralysie cérébrale dans la quête de cet état.

Pour mener à bien ce travail, l'ergothérapeute est amené à travailler en interprofessionnalité. Ce travail lui permet de mettre à profit ses compétences, et d'offrir, avec les autres professionnels, un accompagnement global lors d'un objectif de pratique sportive.

Ce cheminement théorique, a fait émerger la problématique suivante : Comment l'ergothérapeute accompagne-t-il l'enfant avec une paralysie cérébrale dans la quête de l'état de Flow durant leur pratique handisport ?

Afin de pouvoir répondre à cette problématique nous avons émis deux hypothèses de recherches. Pour les valider ou les réfuter, nous avons mené quatre entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes accompagnant des jeunes de 11 à 20 ans avec une paralysie cérébrale. Ces entretiens ont confirmé, l'importance de la collaboration entre les professionnels qui gravitent autour du jeune notamment dans le cadre de la performance. Cette collaboration ne s'étend pas uniquement aux professionnels de la structure. En effet, les données empiriques recueillies lors des entretiens mettent la lumière sur l'importance de la collaboration avec la famille du jeune et également les professionnels en dehors de la structure (comme les vendeurs, les membres des clubs handisport,...). L'ergothérapeute trouve sa place dans cette collaboration en adaptant le plus possible l'environnement (matériel ou non) afin de rendre accessible l'activité sportive, favorisant ainsi, les conditions d'apparition de l'état de Flow. Rappelons que l'ergothérapeute est un spécialiste des sciences de l'occupation, et plus précisément de l'étude de l'activité, notamment lorsqu'elle est motivée par un but (comme l'activité sportive). C'est donc un professionnel centré sur l'engagement occupationnel. En revanche, ces entretiens n'ont pas permis de mettre en avant l'importance de l'utilisation du Modèle Canadien du Ren-

dement et de l'Engagement occupationnel (MCREO) pour favoriser l'état de Flow dans la pratique handisport. Effectivement, les entretiens ont montré que les modèles conceptuels n'étaient que très peu utilisés dans la pratique actuelle. Les ergothérapeutes ont néanmoins cité l'outil OT HOPE, proche du MCRO que nous avons cité dans notre cadre conceptuel.

La légitimité de l'ergothérapeute concernant l'accompagnement des jeunes avec une paralysie cérébrale dans la quête de l'état de Flow dans leur pratique handisport a été mis en avant dans ce travail de recherche. Néanmoins, nous pouvons élargir notre sujet et s'intéresser à l'accompagnement en ergothérapie dans la quête de l'état de Flow auprès des sportifs de haut niveau.

X. Bibliographie

- Aiguier, G. (2020a). Chapitre 42. Travailler en équipe dans une perspective de collaboration interprofessionnelle. In *Manuel de soins palliatifs: Vol. 5e éd.* (p. 910-918). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cent.2020.01.0910>
- Aiguier, G. (2020b). Chapitre 42. Travailler en équipe dans une perspective de collaboration interprofessionnelle: In *Manuel de soins palliatifs* (p. 910-918). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cent.2020.01.0910>
- Alain, M. (2021). L'approche centrée patient : Histoire d'un concept (revue narrative de littérature). *Exercer*, 176, 368-374.
- Amour, D. D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), Article 3. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- Ancet, P. (2013). Chapitre 11. Le handicap moteur cérébral. In *Du soin à la personne* (p. 177-181). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.barru.2013.01.0177>
- ANFE. (s. d.). Qu'est ce que l'ergothérapie. ANFE. Consulté 22 février 2024, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- ANFE. (2019). *COMPRENDRE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ENFANTS*.
- Annexe 1. Méthodes d'enquête. (2018). In *Sociologie de la qualité et mondes de l'énergie* (p. 169-175). Lavoisier; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-qualite-et-mondes-de-l-energie--9782743023607-p-169.htm>
- Article L114—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance. (2023, novembre 19). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796446/
- Asmar, M. K., & Wacheux, F. (s. d.). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire*.

- Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes (Éds.). (2015). *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* De Boeck-Solal De Boeck.
- Augustin, J.-P., & Fuchs, J. (2014). Le sport, un marqueur majeur de la jeunesse. *Agora débats/jeunesses*, 68(3), Article 3. <https://doi.org/10.3917/agora.068.0061>
- Babot, E., & Cornet, N. (2012). Chapitre 1. L'ergothérapie à la croisée des chemins. Complémentarité et spécificité dans une équipe pluridisciplinaire. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 13-26). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0013>
- Bérard, C. (2008). *La paralysie cérébrale de l'enfant : Guide de la consultation examen neuro-orthopédique du tronc et des membres inférieurs*. Sauramps médical.
- Berro, M., & Deshaies, L. (2016). Chapitre 25. L'amélioration de la pratique fondée sur l'occupation au Centre de Réadaptation National Rancho Los Amigos. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 309-321). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn-sciences.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-p-309.htm>
- Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 21-33). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021>
- Boyer, L. (2009). *LE MEMOIRE GUIDE METHODOLOGIQUE*. <http://lucboyer.free.fr/fichiers/methode-memoire-projet-anonyme.pdf>
- Brooks, J. C., Shavelle, R. M., & Strauss, D. J. (2012). Survival in children with severe cerebral palsy : A further international comparison. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(4), Article 4. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04236.x>
- Caire, J.-M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités*.

Solal.

- Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>
- Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). *Engagement, occupation et santé*. ANFE.
- Camberlein, P. (2015). 2. Les définitions du handicap. In *Politiques et dispositifs du handicap en France: Vol. 3e éd.* (p. 4-11). Dunod. <https://www.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-p-4.htm>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure : A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222. <https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Combessie, J.-C. (2007). *II. L'entretien semi-directif: Vol. 5e éd.* (p. 24-32). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
- Compte, R. (2010). Sport et handicap dans notre société : Un défi à l'épreuve du social. *Empan*, 79(3), Article 3. <https://doi.org/10.3917/empa.079.0013>
- Couturier, Y. (2009). Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0023>
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (Éds.). (2003). *Willard & Spackman's occupational therapy* (10th ed). Lippincott.

- Csikszentmihalyi, M., & LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), Article 5. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.5.815>
- Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N., & Lowe, K. (2006). A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research. *Pediatric Rehabilitation*, 9(2), 149-157. <https://doi.org/10.1080/13638490500235581>
- D'Arrigo, R., Copley, J. A., Poulsen, A. A., & Ziviani, J. (2020). Parent engagement and disengagement in paediatric settings : An occupational therapy perspective. *Disability and Rehabilitation*, 42(20), Article 20. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1574913>
- Davies, L. E., Taylor, P., Ramchandani, G., & Christy, E. (2021). Measuring the Social Return on Investment of community sport and leisure facilities. *Managing Sport and Leisure*, 26(1-2), 93-115. <https://doi.org/10.1080/23750472.2020.1794938>
- de Bonville, J. (2006). Chapitre 1. Définition et domaines d'application. In *L'analyse de contenu des médias* (p. 9-33). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu-des-medias--9782804153014-p-9.htm>
- Defrance, J. (2011). *III. La culture sportive: Vol. 6e éd.* (p. 50-70). La Découverte. <https://www.cairn.info/sociologie-du-sport--9782707169501-p-50.htm>
- Delacroix, E., Jolibert, A., Monnot, É., & Jourdan, P. (2021). Chapitre 6. L'analyse des données qualitatives et documentaires. In *Marketing Research* (p. 151-177). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delac.2021.01.0151>
- Demontrond, P., & Gaudreau, P. (2008). Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : État de la question appliquée au sport. *Staps*, 79(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/sta.079.0009>
- de Saint Martin, C. (2019). Chapitre 2. Handicap et société. In *La parole des élèves en situation*

- de handicap* (p. 49-73). Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/la-parole-des-eleves-en-situation-de-handicap--9782706143793-p-49.htm>
- Détraz, M.-C., Eiberle, F., Moreau, A., Pibarot, I., & Turlan, N. (2012). Chapitre 5. Définition de l'ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 127-133). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0127>
- Dupont, H. (2023). Le handicap : Une discrimination qui a de l'avenir. *Cahiers de la LCD*, 17(2), Article 2.
- Fazenda, I. C. A., Lenoir, Y., & Rey, B. (2001). *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement*. Éditions du CRP.
- Fédération et Réseaux de Paralyse Cérébrale France. (s. d.). *Paralyse Cérébrale France*. Consulté 3 mai 2024, à l'adresse <https://www.paralysiecerebralefrance.fr/histoire-et-raison-detre/>
- Fédération Française du Sport Adapté. (s. d.). *ÉLIGIBILITÉ A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES À LA FFSA*. <https://sportadapte.fr/wp-content/uploads/2020/08/%C3%89LIGIBILIT%C3%89-APS-FFSA.pdf>
- Fédération Française Handisport. (2022). *JEUX NATIONAUX DE L'AVENIR HANDISPORT*. <https://www.handisport.org/wp-content/uploads/2022/05/Dossier-de-pr--sentation-JNAH-2022.pdf>
- Fédération Française Handisport. (2024, février 11). *Rejoindre un club et me licencier |*. <https://www.handisport.org/la-licence-ffh/>
- Feuillerat, B. (2018). Pathologies congénitales et acquises : La paralysie cérébrale. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 449-452). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0449>
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational therapy intervention process model : A model for planning*

- and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions*. Three Star Press.
- Fondation Paralysie Cérébrale. (2023, octobre 26). *La paralysie cérébrale, en quoi ça consiste ?* <https://www.fondationparalysiecerebrale.org/la-paralysie-cerebrale>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition). Chenelière éducation.
- Gauthier, A. (2018). *Sciences de l'occupation de la théorie à la pratique*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Dec2018_40.pdf
- Girard, M.-J., Bréart De Boisanger, F., Boisvert, I., & Vachon, M. (2015). Le chercheur et son expérience de la subjectivité : Une sensibilité partagée. *Spécificités*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0010>
- Giroux, M. T. (2018). Objectivité et bienveillance du chercheur à l'égard du sujet de recherche. *Recrutement et consentement à la recherche : réalités et défis éthiques*, 7-26. <https://doi.org/10.17118/11143/14104>
- Guillaume, C., & Chalufour, A. (2012). Chapitre 13. Évaluation des activités de vie quotidienne chez les enfants. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 187-206). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0187>
- Gumuchian, H., & Marois, C. (2000). Chapitre 6. Les méthodes d'échantillonnage et la détermination de la taille de l'échantillon. In *Initiation à la recherche en géographie : Aménagement, développement territorial, environnement* (p. 265-294). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.14800>
- Hagedorn, R. (2001). *Foundations for practice in occupational therapy* (3rd ed). Churchill Livingstone.
- Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : Proximité

- sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? *Forum*, 148(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0008>
- Heinich, N. (2006). La sociologie à l'épreuve des valeurs. *Cahiers internationaux de sociologie*, 121(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/cis.121.0287>
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>
- Heutte, J. (2017). Apports de la théorie de l'autotélisme-flow à la recherche fondamentale en sciences de l'éducation. *Le Journal des psychologues*, 346(4), Article 4. <https://doi.org/10.3917/jdp.346.0042>
- Hjern, A., & Thorngren-Jerneck, K. (2008). Perinatal complications and socio-economic differences in cerebral palsy in Sweden – a national cohort study. *BMC Pediatrics*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-8-49>
- HOLISTIQUE : Définition de HOLISTIQUE.* (2024, février 22). <https://www.cnrtl.fr/definition/holistique>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), Article 3. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Jackson, S. A., & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports*. Human Kinetics.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), Article 4. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Korff-Sausse, S. (2010). Corps et construction identitaire des personnes handicapées : De quel corps parlons-nous ? *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 50(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/nras.050.0017>

- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Lapierre, A., Gauvin-Lepage, J., & Lefebvre, H. (2017). La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : Une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), Article 2. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0073>
- Larousse, É. (2023, octobre 16). *Définitions : Périnatal - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9rinatal/59565>
- LAZARIEVA, OLEKSANDR KUSHCHENKO1, RADOSŁAW MUSZKIETA2, & WALERY ZUKOW. (2018). [Development of everyday occupations of children with cerebral palsy using occupational therapy and physical therapy]. *Journal of Physical Education and Sport*, 2018(04).
- Les licences annuelles des fédérations sportives en 2022—INJEP - Clément Anne, chargé d'études statistiques, INJEP*. (2023, octobre 26). INJEP. <https://injep.fr/publication/les-licences-annuelles-des-federations-sportives-en-2022/>
- Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. In *Identité(s)* (p. 28-36). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0028>
- Mazeau, M. (2017). Réflexions sur la pratique de l'ergothérapie chez le jeune enfant de moins de 6 ans. *Contraste*, 45(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0037>
- Mbengue, A. (2014). Chapitre 13. Estimation de statistique. In *Méthodes de recherche en management: Vol. 4e éd.* (p. 418-472). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0418>
- Meyer, S. (2010). *DÉMARCHES ET RAISONNEMENTS EN ERGOTHÉRAPIE*.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- Ministère chargé des sports. (2020). *STRATÉGIE NATIONALE SPORT ET HANDICAPS 2020-*

2024.

Ministère de la Culture et de la Communication. (1999, décembre). Les loisirs des 8—19ans. *Développement culturel*, 131.

Ministère Des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. (s. d.). *Sport et handicap*. sports.gouv.fr. Consulté 15 mai 2024, à l'adresse <https://www.sports.gouv.fr/sport-et-handicap-33>

Ministère du travail de la santé et des solidarités. (2022, novembre 14). *Création d'un parcours de rééducation financé par l'Assurance maladie pour les enfants polyhandicapés ou paralysés cérébraux*. <https://handicap.gouv.fr/creation-dun-parcours-de-reeducation-finance-par-lassurance-maladie-pour-les-enfants-polyhandicapes>

Morel-Bracq, M.-C. (2018). la théorie du Flow et l'ergothérapie. *ErgOThérapies* 71. octobre 2018, 71, Article 71.

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>

Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), Article 2. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>

Office Français de l'intégrité scientifique. (2024, avril 1). *Intégrité scientifique / éthique de la recherche / déontologie*. OFIS. <https://www.ofis-france.fr/espaces-thematiques/integrite-scientifique-ethique-de-la-recherche-deontologie/>

OMS. (s. d.). *Activité physique*. Consulté 14 mai 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Pandyan, A. D., Gregoric, M., Barnes, M. P., Wood, D., Van Wijck, F., Burrridge, J., Hermens,

- H., & Johnson, G. R. (2005). Spasticity : Clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement. *Disability and Rehabilitation*, 27(1-2), Article 1-2. <https://doi.org/10.1080/09638280400014576>
- Paris France Olympique. (s. d.). *Quelle différence entre les termes « paralympique », « parasports » ou encore « handisport » ?* Consulté 15 mai 2024, à l'adresse <https://paris.franceolympique.com/Parasport/>
- Pène, P., Touitou, Y., Boudène, C., Pène, P., Bazex, J. A., Boulu, R., Bounhoure, J. P., Boutelier, Ph., Crépin, G., Giudicelli, C., Marini, F., Rieu, M., Touitou, Y., Commandré, F., & Rivière, D. (2009). Sport et Santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 193(2), Article 2. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)32592-0](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)32592-0)
- Pernet, C., & Savard, D. (2009). 2. Construction identitaire et handicap. In *Travailleurs handicapés en milieu ordinaire* (p. 35-91). Érès. <https://www.cairn.info/travailleurs-handicapes-en-milieu-ordinaire--9782749211022-p-35.htm>
- Pierard, A. (2012). *Le Plan Individuel d'Apprentissage de l'élève et ses enjeux*.
- Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Pociello, C. (2015). *Les cultures sportives : Pratiques, représentations et mythes sportifs*. Humensis.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007). A report : The definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology. Supplement*, 109, 8-14.
- Ross, J. (2007). *Occupational therapy and vocational rehabilitation*. John Wiley and Sons.
- Rousset, M. (s. d.). *Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel*.
- Santé publique France. (2020). *Promouvoir la santé par l'activité sportive et physique* (454). 454, Article 454.

- Santinelli, L. (2012). Chapitre 6. Le partenariat avec les familles. In *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 83-96). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0083>
- Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Truscelli, D. (2017). *Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés : Évaluations et traitements* (2e éd). Elsevier Masson.
- Vernazza-Licht, N. (2019). Les âges de l'enfant : Réflexions sur l'usage des catégorisations. In Lang, Aujard, Gindt-Ducros, & B. de V. et al (Éds.), *Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant*. <https://hal.science/hal-03586449>
- Vignau, P., & Delonglee, D. (s. d.). A. *Composition du service Affiliations-Licences*.
- Ville, I., Fillion, E., & Ravaud, J.-F. (2020). Chapitre 4. Expérience du handicap. In *Introduction à la sociologie du handicap: Vol. 2e éd.* (p. 113-136). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.ville.2020.01.0113>
- Wikiwiph. (s. d.). Consulté 11 mai 2024, à l'adresse <http://wikiwiph.awiph.be>
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed). Slack.

XI. Annexe :

ANNEXE I : LES TROUBLES ASSOCIES DE LA PARALYSIE CEREBRALE (FONDATION PARALYSIE CEREBRALE, S.D).....	I
ANNEXE II : TABLEAU DU NOMBRE DE LICENCIES PAR TRANCHE D'AGE A LA FFH (FFH, 2021).	II
ANNEXE III : LES LOISIRS DES 8-19 ANS (MINISTERE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, 1999).....	III
ANNEXE IV : LE GUIDE D'ENTRETIEN	IV
ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	X
ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE	XI

Annexe I : Les troubles associés de la paralysie cérébrale (fondation paralysie cérébrale, s.d)



Annexe II : Tableau du nombre de licenciés par tranche d'âge à la FFH (FFH, 2021).

Tranche d'âges	Hommes	Répartition Homme %	Femmes	Répartition Femme %	Total	Répartition Total %
-10 ans	655	66,70%	327	33,30%	982	3,76%
de 11 à 20 ans	2 511	69,54%	1 100	30,46%	3 611	13,82%
de 21 à 30 ans	2 731	70,59%	1 138	29,41%	3 869	14,81%
de 31 à 40 ans	2 943	69,90%	1 267	30,10%	4 210	16,11%
de 41 à 50 ans	3 088	70,31%	1 304	29,69%	4 392	16,81%
de 51 à 60 ans	2 920	68,16%	1 364	31,84%	4 284	16,39%
de 61 à 70 ans	2 226	68,41%	1 028	31,59%	3 254	12,45%
de 71 à 80 ans	761	63,74%	433	36,26%	1 194	4,57%
de 81 à 90 ans	131	48,70%	138	51,30%	269	1,03%
+ 90 ans	29	43,94%	37	56,06%	66	0,25%
Cumul	17995	68,86%	8136	31,14%	26 131	100,00%

Annexe III : Les loisirs des 8-19 ans (ministère de la Culture et de la communication, 1999)

Taux de pratique	8-10 ans	11-13 ans	14-16 ans	17-19 ans
plus de 70 %	Faire du sport Aller au cinéma Regarder la télévision Faire du vélo, du VTT Utiliser un ordinateur pour jouer	Faire du sport Ecouter des disques Aller au cinéma	Ecouter des disques Discuter avec des amis Aller au cinéma Ecouter la radio	Ecouter des disques Discuter avec des amis
50 à 70 %	Se promener Ecouter des disques Discuter avec des amis Utiliser un ordinateur pour apprendre Jouer à des jeux vidéo Faire des jeux de plein air Jouer à des jeux de sociétés, aux cartes Lire des bandes dessinées Lire un livre	Discuter avec des amis Regarder la télévision Faire du vélo, du VTT Utiliser un ordinateur pour jouer Utiliser un ordinateur pour apprendre Jouer à des jeux vidéo Faire des jeux de plein air Se promener Aller à un concert d'un chanteur ou d'un groupe Ecouter la radio Lire des bandes dessinées	Regarder la télévision Faire du sport Aller à un concert d'un chanteur ou d'un groupe	Aller au cinéma Regarder la télévision Ecouter la radio Faire du sport Se promener Aller à un concert d'un chanteur ou d'un groupe
40 à 50 %	Faire du dessin, de la poterie, de la sculpture Bricoler, faire des maquettes Aller à un concert d'un chanteur ou d'un groupe	Jouer à des jeux de sociétés, aux cartes Lire un livre Lire des journaux, des magazines, des revues	Se promener Lire des journaux, magazines, revues Utiliser un ordinateur pour apprendre	Utiliser un ordinateur pour jouer Faire du vélo, du VTT
moins de 40 %	Lire des journaux, des magazines, des revues Ecouter la radio	Faire du dessin, de la poterie, de la sculpture Bricoler, faire des maquettes	Jouer à des jeux vidéo Lire des bandes dessinées Lire un livre Faire des jeux de plein air Jouer à des jeux de sociétés, aux cartes Faire du dessin, de la poterie, de la sculpture Bricoler, faire des maquettes	Lire un livre Utiliser un ordinateur pour apprendre Faire du vélo, du VTT Jouer à des jeux vidéo Utiliser un ordinateur pour jouer Faire des jeux de plein air Lire des bandes dessinées Jouer à des jeux de sociétés, aux cartes Faire du dessin, de la poterie, de la sculpture Bricoler, faire des maquettes

Annexe IV : Le guide d'entretien

Thème	Questions	Hypothèses concernée	Critères	Indicateurs
Parcours professionnel	Quel a été votre parcours professionnel ?	X	Parcours professionnel	Année de diplôme, expérience professionnelle, lieux d'exercice professionnel
	Pourquoi avez-vous choisi le travail en structure ?		Motivation face au travail en structure	Choix par rapport à la population, choix d'exercer en équipe, expérience de stage
	Pouvez-vous nous parler de l'établissement où vous travaillez ?		Critères de la structure	Type de structure, public accueilli, composition de l'équipe pluriprofessionnelle
Le sport et l'ergothérapie	Dans vos prises en charge en ergothérapie, à quelle fréquence la pratique de handisport est-elle abordée par les jeunes ?	X	Quantité de demande de pratique sportive chez les jeunes	Fréquence de l'accompagnement handisport en ergothérapie, formulation d'objectifs handisport auprès de l'ergothérapeute

				Demande de la part du jeune
Travail interprofessionnel	Comment considérez-vous votre légitimité à accompagner un jeune souhaitant pratiquer une activité handisport ?	H1	Légitimité de l'ergothérapeute dans l'accompagnement sportif	Spécificité de l'ergothérapeute, intérêt de l'accompagnement en ergothérapie,
	Etes-vous en lien avec d'autres professionnels pour aborder cette activité ? Etes-vous en lien avec la famille ?	H1	Travail collaboratif intra et extra structure	Répartition des objectifs entre les professionnels, travail interprofessionnel, collaboration avec les associations sportives, collaboration avec la famille,

	Comment situez- vous votre spécificité dans cet accompagnement ?	H1	Spécificité de l'accompagnement ergothérapeutique	Le handisport comme occupation de loisirs, activités sportives dans la structure, séance en milieu écologique, accompagnement matériel, aide pour le choix du sport
Engagement occupationnel	Quels outils utilisez-vous pour permettre de favoriser l'engagement ?	H2	Types d'outils pour favoriser l'engagement	Utilisation de la MCRO, choix du jeune, influence de l'environnement,
Performance occupationnelle	Ces outils vous permettent - ils d'introduire la notion de performance ?	H2	Lien entre performance et engagement	Terme de « rendement » et de « satisfaction » présent dans la MCRO permette de faire le lien avec les deux termes.

	Comment la performance sportive est -elle abordée dans l'équipe interprofessionnel ?	H1	Handisport dans l'équipe pluriprofessionnelle	La performance handisport comme objectif, la performance est abordée différemment selon les professionnels,
	Comment l'abordez-vous en ergothérapie ?	H1	Lien entre le handisport et l'ergothérapie	Points importants : handisport comme occupation de loisirs, activités sportives dans la structure, séance en milieu écologique, accompagnement matériel, aide pour le choix du sport
MCREO	Quel modèle utilisez-vous dans votre pratique ?	H2	Utilisation de modèles conceptuels	Nom de modèles utilisés, nom des bilans utilisés,

	Quels bilans occupationnels utilisez-vous ?	H2	Utilisation de bilans spécifique	Nom de modèles utilisés, nom des bilans utilisés,
	Quels outils utiliserez-vous pour mettre la pratique handisport au cœur de votre accompagnement ?	H2	Bilan pour introduire la pratique sportive	La MCRO permet de mettre la pratique handisport au cœur de l'accompagnement
Théorie du Flow	Que pensez-vous de l'état de Flow dans la pratique sportive ?	H2	Lien entre état de Flow et pratique handisport	Sensation de bien-être, l'engagement dans l'activité, performance en adéquation.
	Comment intégrer vous l'état de Flow dans votre pratique actuelle ?	x	Le Flow et l'ergothérapie	Etat de Flow comme objectif lors de la pratique, favoriser l'engagement dans le sport,

	<p>Quel modèle conceptuel vous permettrait de réunir les conditions d'apparitions de l'état de Flow.</p>	<p>H2</p>	<p>Utilisation de modèles conceptuels spécifique à la situation</p>	<p>Points importants : relever le lien entre l'engagement et le Flow, la performance et le flow donc utilisation d'un modèle introduisant ces termes : MCREO</p>
	<p>Avec quelles autres personnes pouvez-vous être en relation afin d'aborder cette notion</p>	<p>H1</p>	<p>Travail interprofessionnels</p>	<p>Travail avec les différents professionnels de la structure, avec la famille, avec les membres de l'association handisport</p>

Formulaire de consentement

Je m'appelle Juliette, je suis étudiante en troisième année à l'IFE de Rouen. Mon travail d'initiation à la recherche porte sur l'accompagnement à la pratique handisport en ergothérapie chez les jeunes avec une paralysie cérébrale. De ce fait, je souhaiterais interroger des ergothérapeutes exerçants ou ayant exercés auprès de jeunes âgés de 11 à 20 ans avec une paralysie cérébrale.

Afin de recueillir des éléments de réponses, je souhaiterais vous poser une série de questions. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. N'hésitez pas à compléter si vous le souhaitez, vous pouvez également revenir à la question précédente si vous souhaitez ajouter des éléments de réponses.

Afin de pouvoir analyser le plus précisément possible vos réponses, cet entretien sera enregistré. La retranscription de cet entretien restera anonyme et l'enregistrement de cet entretien sera supprimé par la suite.

Je soussigné(e) :

Autorise DUTOT Juliette, à m'interroger et à m'enregistrer dans le cadre de son travail d'initiation à la recherche.

Date :

Signature :

Annexe VI : Grille d'analyse

Thèmes	Indicateurs	E1	E2	E3	E4
Parcours professionnel	<p>Année de diplôme, expérience professionnelle, lieux d'exercice professionnel</p> <p>Choix par rapport à la population, choix d'exercer en équipe, expérience de stage</p> <p>Type de structure, public accueilli, composition de l'équipe pluriprofessionnelle</p>	<p>« Je suis diplômée depuis 2020, juin 2020 et ça fait 4 ans que je travaille à [Nomme la structure] »</p> <p>« Donc c'est un IEM qui accueille des enfants en situation de handicap moteur avec des troubles associés donc ça peut être mentaux cognitifs il peut y avoir des pathologies associées comme de l'épilepsie, déficience visuelle, déficience auditive » « On les accueille de 3 ans à 20 ans. « C'est un accompagnement pluridisciplinaire donc il y a un pôle paramédical composé d'ergos, de kinés de psychomots on a une neuropsychologue et une infirmière avec un médecin.</p>	<p>« Je suis diplômée depuis 2009 oui c'est ça 2009. J'ai travaillé 5 ans en gériatrie : SSR/ EHPAD unité Alzheimer et après depuis ça fait 10 ans que je suis ici à l'IEM »</p> <p>« C'est un Institut d'Education Motrice qui accueille des enfants de 2 à 20 ans. » « Ils ont pour pathologie un handicap moteur avec ou sans troubles associés et principalement avec troubles associés » « On accueille entre 45 et 55 enfants voilà journée donc ils viennent à la journée ils ont des rééducations ils ont des groupes éducatifs ils ont</p>	<p>« J'ai été diplômée en 2019 à l'école de Rennes »</p> <p>« j'ai travaillé 2 mois en remplacement d'été dans un centre de rééducation neuro dans un centre de rééducation à mi-temps avec des adultes en même temps avec des enfants toujours, [...], j'avais envie de voir d'autre chose au début de carrière donc je suis partie pour travailler au cabinet (cite le nom du cabinet) où je suis maintenant à mi-temps » « J'ai eu l'opportunité de postuler à l'IEM où j'ai mon 2e mi-temps actuellement et j'y suis restée, donc là ça fait 4 ans que je travaille au</p>	<p>« Alors moi j'ai été diplômée en 2009 dans une école à Charleroi où j'ai fait une équivalence en France et c'était juste un papier à fournir mon diplôme. » « Il y a encore peut-être 3 ans à peu près on pouvait suivre un petit peu différentes classes d'âge de l'établissement, et depuis 3 ans on est reparti ma collègue a les enfants et pré ados et moi j'ai les ados et les majeurs ».</p> <p>« c'est un IEM, on accueille les enfants, on a un agrément de 3 à 20 ans avec je ne sais plus combien de place une vingtaine de places en internat et le reste en</p>

		<p>On a une équipe éducative composé d'éducateur spécialisé ou d'éducateur jeunes enfants avec des AMP donc des aides médico-psychologiques et ensuite il y a tout le côté éducatif pédagogique donc c'est avec des enseignants spécialisés ou en cours de spécialisation. »</p> <p>« Le lieu de vie m'intéressait pour tout ce qui est de l'aspect du quotidien, l'accompagnement quotidien des jeunes. »</p>	<p>du scolaire et ils repartent chez eux le soir »</p> <p>« Il y a des kinés euh il y a un psychomotricien, une neuropsychologue, du coup on est 2 ergos et il y a une infirmière, un médecin MPR qui intervient à mi-temps et après il y a 5 éduc, je dirais 6 AMP .</p>	<p>cabinet en libéral et 3 ans que je travaille à l'IEM »</p> <p>« c'est une structure qui est qui est divisée en 3 modules différents, par tranche d'âge et par niveau aussi un petit peu mais principalement par tranche d'âge dans chaque module il y a un enseignant spécialisé, 2 éducateurs, des auxiliaires de puériculture et des aides-soignants et des AMP de temps en temps puis en dehors de ces modules, il y a des médecins, infirmiers et toute une équipe paramédicale avec aussi une assistante sociale »</p> <p>« une équipe paramédicale complète enfin : ergo kiné psychologue orthophoniste et</p>	<p>externat. Les jeunes peuvent être accueillis normalement jusqu'à 18 ans mais on peut demander à un amendement creton pour que les jeunes puissent rester à l'IEM jusqu'à ce qu'ils soient en attente d'une place en structure ou d'un retour à domicile. »</p> <p>« on a beaucoup de paralysie cérébrale sachant qu'on a de moins en moins de jeunes en fauteuil roulant. On se rend compte qu'on a de plus en plus de troubles associés trouble cognitif trouble psychiatrique aussi qui sont de plus en plus présents et on a signé des maladies évolutives pour certains et des pathologies sans diagnostic. » « déjà j'avais</p>
--	--	--	---	---	---

				<p>cetera... » « d'un point de vu enfants, les jeunes qui sont accueillis, on a des jeunes atteints de myopathie, paralysie cérébrale, il y a pas mal de jeunes finalement qui ont une pathologie non étiquetée. C'est tous des jeunes évidemment vu qu'on est en IEM avec des difficultés à prédominance motrices mais ils ont quasiment tous des troubles cognitifs ou autres associés » « je sentais le besoin en moi aussi d'avoir la formation « structure » où on apprend quand même beaucoup et l'équipe est quand même un gros soutien dans tout ça, je me sentais pas hyper sereine de faire que du libéral » « la structure a ce</p>	<p>envie de travailler avec des enfants que je trouve que c'est intéressant dans le sens où on les suit pendant très longtemps » « on prenait un jeune à son arrivée on le suivait donc c'est vrai qu'il y a toute cette continuité et ce travail sur du long terme avec des familles qui est intéressant » « dans la partie jeune ado et jeunes majeurs ce qui est intéressant c'est justement ce passage à l'âge adulte qu'il faut travailler avec les familles ce travail aussi de de séparation pour le matériel par l'intégration » « on travaille avec une kiné libérale, il y a une kiné salariée dans l'établissement [...] 1 orthophoniste à l'heure</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>côté très intéressant d'un point de vue fonctionnement, enfin c'est formateur » « le côté équipe je l'ai aussi au cabinet parce que c'est un cabinet qui est top là-dessus peut-être que si je travaillais ailleurs je rajouterais le côté équipe aussi pour la structure »</p>	<p>actuelle, on a 2 psychologues aussi [...], bien sûr mon autre collègue ergo et on a 3 psychomotriciens qui font l'équivalent d'un temps plein et demi sur la structure. On a aussi 4 instituteurs de l'éducation nationale on a des éducateurs spécialisés, on a un ou 2 éducateurs jeunes enfants, on a des aides médico-psychologiques, une animatrice, une assistante sociale qui est à mi-temps. » « on a aussi des cuisiniers[...] et puis après tout le pôle administratif et logistique [...]on travaille aussi avec des fournisseurs extérieurs » «</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Le sport et l'ergothérapie</p>	<p>Fréquence de l'accompagnement handisport en ergothérapie, formulation d'objectifs handisport auprès de l'ergothérapeute Demande de la part du jeune</p>	<p>« Pour les prises en charge individuel, la pratique du handisport va plus arriver au moment du bilan quand il nous demande leurs objectifs et ce qu'ils aimeraient bien faire au quotidien. Ensuite on a un groupe qui est organisé par ma collègue autour du handisport en binôme avec une kinésithérapeute » C'est plus de la découverte du handisport » « Ils participent à des rencontres handisport avec d'autres structures qui participent donc des IEM de d'autres départements pour favoriser l'interaction autour du sport et du handisport. » « On en a quelques-uns qui peuvent nous demander et qui sont clairs sur la spécificité qui veulent</p>	<p>« Alors ça a bien changé on va dire que depuis 2 ans on essaye que presque tous les enfants aient une activité sportive [...] jeu moteur, escalade, poney, handisport enfin voilà boccia. » « En plus on rajoute chaque semaine on a un petit temps de rituel sportif on se réunit tous ensemble et on fait un échauffement musculaire et ils dansent. » « C'était une demande aussi des enfants de pouvoir pratiquer du sport l'objectif aussi qu'on peut avoir c'est de mener après à pratiquer du sport vers l'extérieur » « De leur montrer un peu ce qui existe dans le handisport et après pouvoir les ouvrir un petit</p>	<p>« si je commence par l'exemple de ma petite jeune du cabinet euh le sport est abordé très régulièrement dans notre suivi, dans nos conversations » « elle est en milieu ordinaire donc autour d'elle, elle a plein d'autres petits bouts qui grouillent de partout et qui peuvent faire de manière ordinaire en fait ce sport, il faut qu'elle passe par plusieurs petites choses pour y arriver et c'est une angoisse en fait le sport de son côté » « du côté des jeunes à l'IEM, je travaille en étroite liaison avec les APA, on met en place beaucoup d'adaptations au quotidien pour que les jeunes puissent avoir accès au sport » « je dirais que c'est</p>	<p>« Handisport fait partie des activités qui leur sont proposées justement pour répondre à leurs besoins » « les petits ils ont 2 séances de handisport par semaine. Ils ont une séance de sport avec leur institutrice et une séance de judo adapté avec une professeure agréée en sport adapté et moi. Mes grands ils ont une séance de handisport avec une animatrice et l'instituteur une fois par semaine, ils ont aussi du judo adapté une séance par semaine le jeudi également j'en ai une partie qui fait du judo uniquement avec la prof de judo et avec moi. J'accompagne aussi 2 autres jeunes adultes qui font du judo avec un groupe d'adultes en foyer</p>
-----------------------------------	--	--	---	--	--

		<p>dans le handisport. » On peut avoir un jeune par exemple qui nous a demandé de faire du tir à l'arc, donc forcément ma collègue essaye de l'orienter vers un club de tir à l'arc et donc essaye de favoriser l'accompagnement pour qu'il trouve un club qui fasse du handi tir à l'arc. « Sinon généralement les autres jeunes, c'est on leur apporte une activité et par la découverte de cette activité ils disent bah là on a envie de le faire. »</p>	<p>peu sur des activités extra usuelles » « mais après c'est aussi un constat de des professionnels de dire bah c'est important de bouger »</p>	<p>plus impulsé par le professionnel » « les enfants non verbaux la plupart l'accès au sport une fois qu'ils y ont accès on voit qu'ils sont contents de le faire mais si vous voulez y a pas de demande particulière [...]et les verbaux ça peut arriver » « quand je réfléchis sur quasi tous les jeunes que je vois il y a eu un moment donné dans mon suivi, le lien avec le sport est fait » « 2 fois par semaine pour la plupart ils ont sport donc c'est du sport qui est adapté. » « c'est plus du tricycle enfin plein d'autres petits sports, il y a plein de sports possibles et il y a des groupes du coup aussi effectivement, ils vont à la piscine faire de la</p>	<p>de vie en accueil de jour. » « La piscine [...] avec la psychologue. » « c'est top parce que c'est une demande aussi de de l'ARS que les IEM développent le sport adapté » « la demande c'est moi qui propose aux jeunes en ce qui concerne mes objectifs maintenant il faut de toute façon toujours l'accord du jeune et de la famille. Il y a certains jeunes qui ne vont pas avoir la capacité de faire des demandes, certains vont être en capacité donc c'est un petit peu un mix de tout disons que l'ARS chapeaute un peu tout et que on y répond mais avant tout si moi j'interviens en tant qu'ergo » « c'était quand</p>
--	--	--	---	---	---

				plongée, du poney et ce que c'est tout sur l'extérieur je crois que oui »	même aussi une demande des jeunes de dire il faut plus de sport à l'IEM on fait pas assez de sport » « maintenant moi j'y participe parce que j'y trouve aussi un intérêt en termes de rééducation, en terme de motricité, en terme de travail cognitif tout ce qui est concentration tout ce qui est mémorisation tout ce qui est respect des règles surtout au niveau du judo respect des consignes, compréhension des consignes simples, concentration il y a aussi tout ce qui est déplacement ».
	Spécificité de l'ergothérapeute, intérêt de l'accompagnement en ergothérapie	« Ça fait partie de la vie quotidienne » « c'est une activité de loisirs, ça fait partie du bien-être de la personne donc pour nous	« Le handisport, pour moi c'est une activité de la vie quotidienne donc du coup on se retrouve, pour moi déjà c'est la toute	« par rapport à leur équilibre occupationnel carrément » « les jeunes sont contents d'y aller euh c'est valorisant de faire du	« Je pars du principe que même si les profs de handisport sont formés, ils ne peuvent pas être formés à tous les

<p>Le travail interprofessionnel</p>	<p>Répartition des objectifs entre les professionnels, travail interprofessionnel, collaboration avec les associations sportives, collaboration avec la famille.</p> <p>Le handisport comme occupation de loisirs, activités sportives dans la structure, séance en milieu écologique, accompagnement matériel, aide pour le choix du sport</p>	<p>on a tout à fait notre place à aller accompagner un jeune dans le handisport. » « Ça va faire partie de son équilibre : il y a faire des soins personnels, il y a aller à l'école, travailler et cetera et puis à côté il y a ses loisirs et le sport rentre tout à fait dans cette partie-là de la vie de l'enfant. »</p> <p>« Au sein de l'IEM, donc ma collègue réalise un groupe handisport en binôme du coup avec une kinésithérapeute, elles le font en interne dans notre IEM. Sinon elle fait aussi un groupe de para judo et donc là c'est un moniteur de judo qui est spécialisé dans le para judo qui intervient au sein de</p>	<p>première légitimité. » « Ma place c'est plutôt leur montrer que malgré le handicap ils sont quand même capables de pratiquer et d'adapter le sport, adapter les règles. »</p> <p>« Travailler autour des adaptations pour qu'ils puissent réussir à faire le sport qu'ils veulent »</p> <p>« Les autres professionnels qui interviennent aussi généralement ils ne sont pas tout seuls on travaille souvent en binôme. »</p> <p>« Ça va être le plus souvent peut être un par paramed avec un professionnel du personnel éducatif » « on a un petit peu toutes les situations on a des familles lors des PIA qui vont verbaliser le fait</p>	<p>sport ça leur permet de se défouler » « et je trouve que ça participe beaucoup à un bon équilibre occupationnel d'avoir des temps comme ça donc voilà j'y mets de de l'importance » « c'est principalement mes deux collègues de la structure »</p> <p>« pour ma jeune qui est au cabinet là du coup c'est avec son institutrice » « si mon lien ça va être qu'il faut un tricycle pour un tel donc on va faire l'évaluation du tricycle et puis je vais faire la visite a domicile et la famille va signer au dossier MDPH et voilà c'est plutôt ça »</p> <p>« chaque professionnel est quand même étroitement en lien avec les parents donc on fait son retour un peu de ce</p>	<p>handicaps, et que nous on connaît quand même plutôt bien nos jeunes puisqu'on les pratique au quotidien et certains depuis des années et coup on peut adapter aussi avec eux. » « [cite un exemple avec un jeune] OK là il n'y arrive pas qu'est-ce qu'on peut lui proposer pour qu'il ne soit pas en échec parce que le but de cette journée c'était qu'il prenne plaisir. » « non c'est un petit peu abordé au moment du PAP c'est le moment on se rend compte c'est pas ce qui les interpelle (la famille) le plus, en fait ils sont contents parce que leur enfant fait du sport donc c'est bien c'est un peu la normalité aussi mais c'est pas ce qui va leur poser le</p>
--------------------------------------	---	---	---	--	--

		<p>l'IEM auprès un groupe d'enfants. »</p> <p>« Une fois que l'enfant à précisé ce qu'il voulait faire donc on a déjà eu un jeune qui voulait faire du para foot, on s'est rapproché de la structure qui faisait du foot et on a accompagné la famille »</p> <p>« Je dirais plus que ça rentre dans l'être de n'importe qui » « tant que le sport est un loisir et si la personne elle a envie de pratiquer un sport et qu'elle l'intègre dans sa vie quotidienne. Ca fait sens à notre spécificité d'ergos qui accompagne vers le bien-être au quotidien et dans la vie quotidienne de la personne, ça fait sens. »</p>	<p>de vouloir une activité sportive pour leurs enfants » « on a des fois dans le cadre du groupe handisport, on va leur présenter des sports, et quand il y a un sport qui leur plaît vraiment on va contacté la famille on va contacté les clubs aux alentours pour voir si c'était possible de mettre en place une pratique à l'extérieur ça marche plus ou moins mais voilà »</p> <p>« si il veut vraiment s'impliquer dans le sport c'est inévitable[la collaboration avec la famille] parce qu'on peut pas on peut pas les accompagner aux compétitions on peut pas les accompagner aux entraînements » « nous on fait des rencontres</p>	<p>qui se passe en sport et cetera s'il y a une adaptation de faite les parents seront au courant et on en discutera éventuellement pour qu'à la maison ce soit mis en place derrière » « on met en place des petits appareillages c'est beaucoup sur de la compensation pour qu'elle puisse y avoir accès et moi je donne aussi pas mal de conseils » « j'accompagne la famille dans les petits conseils de comment on fait accompagner cette jeune là pour qu'elle apprenne les mouvements et qu'elle y ait accès le mieux possible par rapport à aux troubles moteurs qui parfois peuvent venir freiner »</p>	<p>plus question c'est voilà il a passé un bon moment c'est chouette mais c'est pas la priorité quoi. » « le handisport je le travaille aussi avec mes collègues psychomotricienne »</p> <p>« hein ça permet aux jeunes de pouvoir tester en fait des sports et du coup à nous de savoir ce qu'on pourrait éventuellement leur proposer c'est adapté ou pas » « c'est plus trouver le sport qui pourrait être adapté aussi à ces jeunes[...]c'est toutes ces adaptations et ces connaissances aussi médicales du jeune que l'équipe éducative ne peut pas avoir puisque ce n'est pas leur domaine là. »</p> <p>« elle ne peut pas faire certaines choses et même</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>sportives ils montrent des compétences mais nous derrière on n'a pas le temps de développer ça alors qu'ils en auraient les capacités donc là le lien avec la famille est important. »</p> <p>« Le regard [de l'ergothérapeute] autour des adaptations je pense sur par exemple dans le cadre du tir à l'arc pouvoir dire que la préhension est peut être compliquée avec la main donc mettre en place un un déclencheur qui va venir tirer soit avec la bouche soit avec le fauteuil » « c'est vrai que contrairement à d'autres professions je pense qu'au niveau de l'ergo on a quand même une plus globale que les autres les autres professions. »</p>	<p>« je les apprends un peu à être expert de leur fille ». « je dirais qu'en fait on se complète beaucoup avec mes collègues éduc sportifs » « on vient confronter , mettre ensemble leur vision du sport et les règles de pratique du sport et cetera et notre regard un peu d'analyse d'activité par rapport aux difficultés du jeune par rapport à tous ces aspects anatomiques pratiques moteur cognitif »</p>	<p>si on en dit que c'est recommandations là à la prof de judo, aux collègues qui accompagnent je pense qu'il y a que le thérapeute kiné ou ergo qui peut avoir ce regard entre guillemets systématique » « donc c'est là c'était plus les éducateurs qui rentrent en ligne de compte » « il était sur le judo classique du mardi soir, par exemple avec cette prof de judo adapté donc il avait la possibilité soit de faire avec les copains sur le jeudi matin avec l'IEM mais lui a préféré le faire le mardi soir en milieu ordinaire. » « donc il y a ces possibilités d'intégration pour nos jeunes marchands avec des légers troubles</p>
--	--	--	--	---

					moteurs et une légère déficience. » « la place de l'ergo est aussi de trouvé des solutions dans le handisport pour rendre le sport adapté »
L'engagement occupationnel	Utilisation de la MCRO, choix du jeune, influence de l'environnement	« On n'utilise pas d'outils. » « On utilise la motivation de l'enfant donc s'il nous verbalise ou qui nous montre par un outil de communication » « il découvre l'activité par notre accompagnement mais après c'est lui qui fait la demande de pouvoir continuer à pratiquer cette activité on peut aussi l'accompagner ».	« Non on n'a pas d'outils à purement parler. » « C'est plutôt quant au début quand on créer le groupe handisport où là en fait c'est un engagement des jeunes on leur dit que s'ils veulent participer au groupe des sports derrière il y a des compétitions il y a des animations à la journée et donc en fait s'ils veulent s'engager dans le sport en fait ils s'engagent à faire ces animations » « ça va être plus verbal » « non je ne les connais pas les modèles »	« J'utilise l'OT HOPE alors je sais pas si c'est considéré comme un outil mais j'utilise l'OT HOPE » « je suis assez axée méthode coop et cetera, en fait sur la façon d'accompagner les jeunes en général dans la pratique. Après en termes d'outils ou de méthode normée je dirais que je n'en ai pas spécifiquement d'autres pour favoriser leur engagement » « c'est pas des outils normés c'est un petit peu la base de coach au final hein »	« Non les jeunes en fait s'engagent d'un point de vue verbal au niveau de de leur séance. » « Faut pas oublier qu'on reste une structure et non pas les parents c'est-à-dire que un jeune enfant qui veut pas aller à son sport si ses parents lui dise oui tu iras, il y va quand même nous en tant qu'établissement si l'enfant ne veut pas y aller on va pas le forcer »

			« on note nos observations sur est-ce que l'enfant va intégrer les règles est-ce qu'il va pouvoir arbitrer par exemple est-ce qu'il va qu'il s'est amélioré en dans les compétences même et donc là en fait c'est là qu'on va le voir et au moment du PIA. »		
Performance occupationnelle	<p>Terme de « rendement » et de « satisfaction » présent dans la MCRO</p> <p>La performance handisport comme objectif, la performance est abordée différemment selon les professionnels,</p> <p>Points importants : handisport comme occupation de loisirs. Activités sportives dans la structure, séance en</p>	<p>« Je pense que c'est plus au quotidien qu'on va voir les progressions de l'enfant. On va se dire : Au début de la période il a réussi à faire que ça ou alors il a réussi sur, de la boccia, du tir à l'arc, ou n'importe quel sport. On va voir un peu à quelle distance il peut envoyer la balle ou au niveau de la cible ou à peu près quelle distance il tire de la cible. Après on va voir au fur et</p>	<p>« On fait le point ça va être surtout au moment des PIA, où là on va le faire le point sur la participation de l'enfant est-ce qu'il a progressé. » « On refait le point sur les objectifs à venir là en équipe on va discuter si l'enfant maintien ou pas le groupe . » « Je me dis bah je me fixe des micros objectifs comme ça à l'année pour l'enfant,</p>	<p>« je sais pas s'ils ont la notion de performance en fait » « c'est je pense qu'on peut parler de niveau de satisfaction oui ça oui » [Rappel de la définition par l'interrogateur] « ils partent tellement de bas en fait ,ils font que progresser donc en fait indirectement leur satisfaction fait que progresser aussi parce que leur performance aussi du</p>	<p>« il n'y a pas de performance chez nous dans le sens où chacun fait ce qu'il peut et on n'a pas d'attente de résultat » « ça peut apporter c'est des compétences physiques en plus »</p> <p>[Rappel de la définition par l'interrogateur]</p> <p>« après la performance oui ça va être moi je vais avoir mes objectifs en début d'année que je vais échanger par exemple</p>

	<p>milieu écologique, accompagnement matériel, aide pour le choix du sport</p>	<p>à mesure des semaines comment ils se rapprochent de l'endroit qui est qui est donné quoi. »</p> <p>« Pas sûr qu'on l'aborde vraiment la performance sportive [en équipe] »</p> <p>« Mais la performance sportive en elle-même on ne l'aborde pas vraiment parce que ils n'en ont pas forcément accès à part des quelques rencontres une fois 2 fois par an ils ont pas accès à une à une comparaison réelle même avec d'autres jeunes des autres structures »</p> <p>« En allant nous renseigner s'il n'y a pas des outils d'évaluation ou des questionnaires qui nous permettraient</p>	<p>plutôt que d'avoir un truc par exemple : c'est faire de la boccia non ça n'a pas de sens donc je me fixe des minis objectifs, des objectifs opérationnels et après je vais venir voir si c'est validé ou pas. »</p>	<p>coup » « Je dirais qu'on parle pas de performance on parle de progrès mais du coup oui oui oui constamment c'est souligné par les équipes et on en discute oui du coup elle abordé en forme de de progrès »</p> <p>« quand on fait une séance avec un jeune on le raccompagne dans le module on discute, la oui c'est vrai qu'il a progressé là-dessus, ce serait bien de faire comme ça » « avec le jeune moi je suis dans la valorisation principalement je trouve que ça fait jamais trop de mal donc dès qu'il y a quelque chose sur lequel il progresse c'est évoqué »</p> <p>« on n'est pas dans l'objectif principal d'être performant et les progrès</p>	<p>avec la prof de judo et quand un objectif est atteint on va passer à un suivant mais les objectifs sont aussi travaillés avec le jeune dans le sens où il faut qu'ils soient participatifs à cette demande et qui soit en accord » « Mais il y a beaucoup, beaucoup de valorisation dès qu'une performance est réalisée. » « j'ai l'impression d'être un coach sportif tellement je l'encourage » « il y a aussi des objectifs de la prof de judo et on essaie de les mettre en commun pour sa correspond »</p> <p>« C'est vrai que j'utilise peu de bilan »</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>d'évaluer [la performance occupationnelle] au début de la pratique [handisport] et après quelques semaines, mois, années de pratique comment il a pu évoluer je pense que ça serait le truc le plus intéressant et le plus concret qu'on pourrait avoir dans ce type de structure. »</p>		<p>ils sont lents à arriver et minimes à chaque fois mais c'est du progrès quand même donc on le souligne auprès du jeune et disons que je dirais quand même que je l'aborde au moins une fois avec eux, l'aborde régulièrement » « mon rôle c'est que tu arrives à faire le plus possible tout seul et donc ça sous-entend une notion de toute façon de de progrès et d'augmentation de la performance » « c'est abordé en objectif visible et quantifiable. L'objectif c'est de finir par réussir à lancer la balle et qu'avant on va passer par là et oui ça leur permet peut-être d'avoir une vision de comment ça va se passer et c'est peut-être comme</p>	
--	--	---	--	--	--

				ça que j'aborde la performance avec eux »	
Modèle conceptuel	<p>Nom de modèles utilisés, nom des bilans utilisés,</p> <p>Lien entre la pratique sportive et la MCREO en ergothérapie</p> <p>La MCRO permet de mettre la pratique handisport au cœur de l'accompagnement</p>	<p>« On n'utilise pas de modèle conceptuel particulièrement » « Au niveau occupationnel on utilise l'OT Hope ».</p> <p>« Je ne sais même pas si ça existe des évaluations réellement sur le handisport en ergothérapie mais l'OT Hope, oui, il assez bien complet de ce côté-là puisque y a une partie sur le sport et donc on pourrait cibler uniquement cette partie-là du bilan pour après nous concentrer sur des objectifs handisports en ergo ».</p>	<p>« Principalement le OT Hope, il intègre justement la partie handisports »</p> <p>« je trouve qu'il il intègre le sport mais pas le handi [...] alors moi généralement je modifie un peu le bilan et je vais parler du sport en général voire même détailler un petit peu des handisports. »</p>	<p>« c'est à dire que pour moi les modèles conceptuels on les voit en cours, ça forge la pratique c'est à dire que on prend un petit peu de chaque modèle et au quotidien en fait je pense que je les utilise à peu près tous euh je dirais que c'est peut être un petit mélange de tous, ça influence au quotidien ma pratique » « je vais jamais me dire tiens avec un tel je vais utiliser tel modèle, le modèle ludique ok le modèle ludique si tu peux carrément ». « l'OT HOPE je l'utilise avec quasi tous mes jeunes je trouve que c'est un outil qui est hyper intéressant et qui recentre le suivi sur leurs envies, leurs</p>	<p>« dans les évaluations de leur proposer ça va être des évaluations plus concrètes ceci les préhensions fines ça va plus être bah ce est-ce que c'est se mettre une barrette est-ce que la jeune fille si elle veut utiliser une une pincée et puis il elle peut est-ce que ce qu'ils peuvent se peigner est-ce qu'ils peuvent attraper une chaussette juste avec les 2 mains on va falloir trouver une adaptation » « c'est vrai que j'utilise peu de bilan » « ça va être des outils que je vais créer » « On a des on a des poneys au centre en terme de sport, et on a une jeune qui veut en faire et du coup ça a été la création</p>

				besoins, leurs attentes c'est hyper intéressant. Ça revient souvent au centre dans la fiche de loisirs dans la catégorie de loisirs il y a forcément dans les objectifs après un sport qui en découle, systématiquement »	d'un bilan en lien avec les chevaux pour voir ce qu'elle est capable de faire et les attendus. » « Je ne connais pas d'outils [qui permettrait de mettre la pratique handisport au cœur de l'accompagnement] »
Théorie du Flow	<p>Sensation de bien-être, l'engagement dans l'activité, performance en adéquation.</p> <p>Etat de Flow comme objectif lors de la pratique, favoriser l'engagement dans le sport,</p> <p>Points importants : relever le lien entre l'engagement et le Flow, la performance et le flow donc utilisation d'un</p>	<p>« Est-ce que tu peux me le définir ? » « Faire du sport c'est un moment qui est généralement qui est agréable puisque on choisit le sport qu'on a envie de faire on le pratique avec plaisir et avec motivation parce qu'on a un intérêt pour le sport »</p> <p>« Du coup vu qu'on est motivé qu'on est engagé parce que c'est quelque chose qui est de la concentration, ça va avec l'implication dans la tâche</p>	<p>« Je ne connaissais même pas cette définition » « Je pense qu'on a des jeunes qui peuvent atteindre cet état de Flow. » « Simplement de dire quand on fait la séance ou il y en a certains qui disent à la fin quand je dis c'est fini c'est : ahh c'est déjà fini du coup ça me fait penser à ça » « cette notion de de bien-être aussi là quand ils gagnent des médailles au niveau de la pratique sportive c'est très</p>	<p>« je veux bien un rappel oui » « si je fais du lien avec ce que j'ai dit tout à l'heure par rapport justement à l'envie des enfants de faire justement de la pratique sportive au quotidien, de pouvoir aller en sport je disais que en ergo, en kiné dans toutes les pratiques paramédicales au final les jeunes sont assez mis face à leurs difficultés même si on essaie de le mettre moins possible en avant » « le sport la pratique</p>	<p>« Je veux bien une définition » « Le plaisir dans le sport n'est pas instinctif chez les jeunes » « on favorise effectivement la prise de plaisir et la notion de de performance » « c'est le modèle ludique de de Francine ferland parce que pour moi on est vraiment dans le ludique dans le sport » « il faut qu'il s'amuse faut pas qu'ils prennent ça comme une contrainte sinon on perd tout l'intérêt de</p>

	<p>modèle introduisant ces termes : MCREO</p> <p>Travail avec les différents professionnels de la structure, avec la famille, avec les membres de l'association handisport</p>	<p>qu'on réalise va forcément être plus importante que quand quelque chose ne nous intéresse pas donc ça fait plus que sens ouais »</p> <p>« en favorisant des activités signifiante pour les jeunes qu'il nous demanderont de réaliser »</p> <p>« pouvoir potentiellement bah travailler un petit peu en interne sur des activités peut-être parallèles à la pratique du handisport et bah les accompagner sur la découverte à l'extérieur de l'IEM sur des clubs, des choses comme ça »</p> <p>« Il y a tous les modèles canadiens mais alors après lesquels m'en souviens plus assez dans les détails mais je sais</p>	<p>valorisant, il y a une joie quand même énorme ou même la notion de dépassement de soi. Je vois une jeune qui a fait de l'athlétisme sur un espèce de vélo adapté, voilà elle ne s'en sentait pas capable elle est revenue et elle était mais limite je ne l'avais jamais vue comme ça en trans »</p> <p>« je trouve que ça amène à dans ces cas-là à cet état de Flow » « je pense que ça pourrait être un indicateur avec les enfants je pense que c'est quelque chose que je pourrais creuser en disant bah peut-être une question d'auto-évaluation avec les enfants sur leur pratique »</p> <p>« Quand on leur demande à la fin de l'année quel</p>	<p>sportive je pense que vraiment c'est ça c'est l'état de bien-être qui est recherché plus que la performance et le travail »</p> <p>« le fait que ce soit agréable, les aspects avant ils peuvent parfois être difficiles à ressentir pour les jeunes parce que c'est vraiment le centre de leurs difficultés, en fait mais ça leur empêche pas je pense d'être dans un état »</p> <p>« d'être satisfait quand même de ce qu'ils font à leur échelle » « on peut je pense parler de la théorie du flow avec la pratique sportive dans ma structure parce que je pense que tout est adapté comme il faut pour justement pour qu'il puisse avoir accès à une pratique sportive »</p> <p>« les patients ont leurs</p>	<p>l'activité sportive » « les psychologues, psychomot » « les professeurs de sport adaptés qu'on peut rencontrer et moi je sais que je fais beaucoup de liens avec les maîtres-nageurs de la piscine où on va régulièrement »</p> <p>« les fournisseurs »</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>qu'il y en a plusieurs où ça parle de performance ça parle de volition de d'engagement. » et donc ça a toute son intérêt dans la pratique de l'ergo et de l'intégration du handisport.</p> <p>« Le handisport il se pratique en binôme erg, kinés ». « On a aussi en binôme kinés, psychomot qui s'est formé. » « On a un peu de neuropsychologue aussi qui s'ajoute de temps en temps sur des activités extérieures quand y a besoin d'encadrement [...] ça nous permet d'apporter un peu un côté un peu plus cognitif sur tout ce qui est concentration compréhension de la</p>	<p>sport est-ce qu'ils ont préféré certains ne vont pas forcément pouvoir argumenter que là en détaillant peut être chaque critère... » « Ben je sais qu'il y a un jeune en question et qui va me dire Ah non mais c'était trop long hein parce que justement il est en difficulté donc là lui je pense que il est pas du tout dans l'état de flow ».</p> <p>« Je pense que ça permettrait aussi enfin si je développais peut-être un peu plus cette notion de flow euh avec les enfants et quand c'est difficile des fois avec des parents pour transposer à l'extérieur bah peut-être que si j'abordais cette notion, enfin sur ces</p>	<p>objectifs donc nous notre objectif c'est qu'ils atteignent cet état là en fait dans les activités de vie quotidienne, qu'ils ont besoin, envie ou qu'ils attendent d'améliorer à leur échelle ». « sur la séance , l'idée c'est de leur proposer quelque chose d'adapter à leurs besoins pour que justement ils soient bien et qu'ils puissent avoir accès complètement physiquement cognitivement sensoriellement et cetera à l'activité physique et qui puisse en être satisfait le plus rapidement possible, et derrière du coup il puisse progresser et gagner en performance. » « je pense qu'il faudrait que je revois mes cours</p>	
--	--	--	---	---	--

		<p>tâche qui est demandée et adaptation des consigne ».</p> <p>« On aimerait bien que les familles nous aident aussi là-dedans alors peut-être pas nous aider mais qu'on soit plutôt en collaboration ».</p>	<p>critères et tout ça permettrait peut-être d'ouvrir les dialogues et d'inciter les parents à dire bah Regardez en fait ce que ça apporte à votre enfant. »</p> <p>« Les différents critères que que tu m'as dit par rapport au Flow, je trouve qu'ils sont très parlants et ça donne un meilleur à priori enfin une meilleure vision de ce que ça peut impliquer pour les jeunes la pratique du sport. »</p> <p>« C'est des choses qui peuvent être aussi abordées avec les collègues mais aussi bien ergos que avec les autres collègues paramed qui font le groupe avec moi pour que ça donne du sens. »</p>	<p>sur les modèles conceptuels pour vraiment avoir tous les tenants et les aboutissants des modèles conceptuels » « les appareilleurs, les revendeurs les autres jeunes autour de du jeune en question, un éduc sportif on l'a dit la famille au sens large » « je pense qu'on on serait pas autant dans cette théorie du flow s'il y avait que papa et maman »</p>	
--	--	--	--	---	--

Ergothérapie et handisport : L'accompagnement vers l'état de Flow chez les jeunes atteints de Paralyse Cérébrale.

Le handisport fait partie des occupations de loisirs. Ce qui lui permet d'être au cœur de l'ergothérapie, puisque pour rappel, l'ergothérapie est une profession mettant l'occupation au cœur de ses prises en soins. L'ergothérapeute porte une attention particulière à l'engagement et la performance occupationnels dans les occupations de ses patients. Les jeunes avec une paralysie cérébrale, accompagnés dans les structures spécialisées, peuvent pratiquer une activité physique adaptée dans des clubs associés à la fédération Française Handisport. Dans le domaine du sport, et en ergothérapie l'état de Flow est évoqué et permet aux personnes qui l'expérimentent d'être plus performant dans la tâche ainsi que d'être dans un état de bien-être. Notre questionnement autour de ce cheminement est de comprendre comment l'ergothérapeute peut favoriser l'état de Flow dans la pratique handisport des jeunes avec une paralysie cérébrale. Pour répondre à ce questionnement, une méthode qualitative a été réalisée. Quatre ergothérapeutes ont accepté de réaliser des entretiens semi-directifs afin que nous puissions valider ou réfuter nos hypothèses de recherche. Ces entretiens ont permis de montrer l'importance de la collaboration interprofessionnelle entre les différents professionnels de la structure ainsi que celle avec les membres extérieurs en lien avec le jeune et sa pratique : famille, professionnels de clubs sportifs et autres, pour favoriser la performance. Les trois ergothérapeutes nous informent que la théorie du Flow est une notion inconnue pour elles, et qu'elles n'utilisent pas le modèle MCREO, que nous avons détaillé dans notre cadre.

Mots clés : Ergothérapie, Paralysie cérébrale, Interprofessionnalité, MCREO, Théorie du Flow, ,

Occupational therapy and Parasports: support for young people with cerebral palsy for the state of Flow.

Parasports are leisure activities and are at the heart of occupational therapy, which, is a profession that puts occupation at the heart of its care. Occupational therapists pay particular attention to occupational engagement and performance in patient occupations. Young people with cerebral palsy receive in specialized structures, can propose appropriate physical activity in clubs associated with the parasports federation. In the field of sports and occupational therapy, the concept of Flow is evoked, allowing people who experience it to be more proficient in occupation as well as to experience a sense of well-being. Our study of this process tends to understand how occupational therapists can promote the state of Flow in sports practices of young people with cerebral palsy. To address this inquiry, a qualitative method was used. Four occupational therapists agreed to answer semi-structured interviews so that research hypotheses could be validated or refuted. These interviews highlighted the importance of interprofessional collaboration among the various professionals within structures, as well as with external members involved in young people practice like family, sports club professionals, and others in order to encourage performance. The three occupational therapists say that the Flow theory is unfamiliar to them, and they do not use the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement model, which were detailed in research framework.

Key words: Occupational therapy, cerebral palsy, Flow state, interprofessional work, MCREO