



BU bibliothèque Lyon 1

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

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



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



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT EN ERGOTHERAPIE
2013

**LE CHEVAL, UN PARTENAIRE DE LA
THERAPIE ?**

Analyse de la participation de l'enfant atteint de paralysie cérébrale à des séances de Thérapie Avec le Cheval, selon le Modèle d'Occupation Humaine



Par

MABBOUX Julie

N° Etudiant : 10803203

Maître de Mémoire

QUEVILLON Emeraude

*« Nous sommes peut-être moins perdus dans le regard d'un cheval que dans les croisements
de regards anonymes de notre propre espèce. »*

*« Chevaucher c'est changer son regard sur le monde, modifier sa notion des distances,
décupler sa vitesse et sa force. Un cavalier n'est pas un simple humain, il peut devenir
centaure et garder ce pouvoir magique de l'élévation, même à pied. »*

Isabelle Claude, 2010

REMERCIEMENTS

A Madame Emeraude QUEVILLON, ma tutrice de mémoire, qui m'a accompagné tout au long de ce travail, et qui a su me soutenir et m'apporter ses conseils avisés dans la progression de ma réflexion.

A l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation, à Madame Amanda Ryan et Monsieur Nicolas Baltenneck, pour leur disponibilité et leurs conseils.

A tous les professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail en m'accordant de leur temps, et qui m'ont fait découvrir leur pratique avec plaisir et passion.

A ma famille et mes proches pour leur présence, leurs encouragements et leur soutien qu'ils m'ont apportés tout au long de ces études.

A mes camarades de promotion qui ont rendu ces trois années d'études inoubliables.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : CONCEPTS THEORIQUES.....	3
1. L'enfant atteint de paralysie cérébrale	3
1.1. Une pathologie fréquente et complexe à définir	3
1.2. Des atteintes motrices et associées entraînant des tableaux cliniques variés	4
1.3. Une situation de handicap vécue dès l'enfance.....	4
1.3.1. Définition du handicap	4
1.3.2. La restriction de participation au quotidien.....	5
1.4. Un accompagnement global et précoce en ergothérapie	5
2. La Thérapie Avec le Cheval auprès de l'enfant paralysé cérébral	7
2.1. Pourquoi la Thérapie Avec le Cheval ?.....	7
2.1.1. Définition de la Thérapie Avec le Cheval	7
2.1.2. Une thérapie qui répond à plusieurs principes	7
2.1.3. Les objectifs et populations ciblés	8
2.2. Les différents effets thérapeutiques pour l'enfant paralysé cérébral.....	8
2.2.1. Les bénéfices moteur et sensoriel.....	9
2.2.2. Les bénéfices psychomoteurs	9
2.2.3. Les bénéfices psychologique, social et cognitif	9
2.3. Un contexte thérapeutique spécifique	10
2.3.1. Un environnement naturel et atypique	10
2.3.2. Un environnement social riche.....	11
2.3.3. L'intervention du cheval comme outil thérapeutique	11
2.3.4. Des activités diverses	13
2.4. Le lien avec l'ergothérapie	13
3. Un modèle conceptuel d'analyse d'activité : le Modèle d'Occupation Humaine.....	14
3.1. Un concept central de l'ergothérapie : l'activité	14
3.2. L'intérêt d'analyser l'activité	15
3.3. Comment analyser une activité ?	15
3.4. Définition du Modèle d'Occupation Humaine.....	16

3.5. Comment l'utiliser en ergothérapie ?	16
4. La participation à la Thérapie Avec le Cheval selon le Modèle d'Occupation Humaine	17
4.1. Une notion clé du modèle : la participation	17
4.2. La prise en compte de l'environnement	17
4.3. Les trois composantes individuelles : la volition, l'habitation, les capacités de rendement	18
4.4. Application du MOH à l'enfant paralysé cérébral et la TAC	19

PARTIE II : METHODOLOGIE..... 22

1. Mise en œuvre de la démarche	22
1.1. Rappel sur les objectifs de l'enquête	22
1.2. La démarche éthique	22
2. Choix de la population et du lieu d'investigation	22
2.1. Justification du choix de la population.....	22
2.2. La recherche de sujets	23
2.3. Le lieu de l'investigation.....	23
3. L'outil d'investigation.....	23
3.1. Justification du choix de l'outil : l'observation.....	23
3.2. Mise en place de l'observation.....	24
3.3. Construction de l'outil.....	24
3.3.1. La grille d'observation	25
3.3.2. La fiche d'informations	25
3.4. Le pré-test.....	25
4. Le recueil des données et la démarche d'analyse	26
5. Les limites et difficultés rencontrées.....	26
5.1. Les limites de la méthode de recueil de données	26
5.2. Les difficultés rencontrées	26

PARTIE III : ANALYSE DES RESULTATS 27

1. Les enfants observés.....	27
1.1. Les différents tableaux cliniques.....	27
1.2. Leur expérience en TAC	28
1.2.1. Origine de la démarche	28

1.2.2. Les objectifs de séances	28
2. Le contexte de déroulement des séances	29
2.1. Le contexte général	29
2.2. Le contexte thérapeutique	29
2.2.1. L'environnement physique.....	29
2.2.2. L'environnement humain	30
2.2.3. Le cheval ou le poney.....	30
2.2.4. Les différentes activités réalisées	31
3. Les comportements et attitudes des enfants	31
PARTIE IV : DISCUSSION.....	35
1. Interprétation des résultats	35
1.1. Les enfants.....	35
1.2. Le contexte thérapeutique	36
1.3. La participation de chacun	38
2. Les limites et les pistes de recherche	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	46

INTRODUCTION

Parler du cheval comme un partenaire de la thérapie dans un mémoire d'initiation à la démarche de recherche en ergothérapie pourrait intriguer et amener à se poser plusieurs questions : pourquoi aborder un tel sujet et pas un autre, comme la pratique d'un autre sport ou l'utilisation d'une médiation animale autre que le cheval... De plus, associer cet animal à une prise en charge thérapeutique pourrait paraître étonnant quand aujourd'hui on se représente le plus souvent la pratique de l'équitation comme un loisir. Pourtant, les bienfaits thérapeutiques de l'équitation sur la santé humaine sont décrits depuis longtemps et remontent à la Grèce Antique. En 1751, Diderot reconnaît des effets préventifs et curatifs de ce sport. La première étude remonte en 1870 par Chaisaigne qui s'intéresse aux bénéfices sur les troubles neurologiques (Desclefs et Di Ponio, 2006).

Ainsi, j'ai choisi de traiter ce sujet dans ce mémoire, mais cela ne s'est pas fait au hasard il y a quelques mois. En effet, il ne se base pas sur une situation d'appel en particulier mais sur l'association de plusieurs éléments entre mon vécu personnel, les différentes rencontres que j'ai faites, mon expérience professionnelle et mes recherches.

Tout d'abord, de manière très personnelle, les chevaux et l'équitation sont pour moi une passion que je pratique depuis mon enfance. Au fil des années, je me suis rendue compte à quel point la relation entre l'Homme et l'animal est primordiale et privilégiée, qu'elle peut être source de bien-être et de motivation. Selon ma propre expérience, cette relation m'a permis de grandir, d'acquérir une maturité et un sens pratique. Il y a quelques années, j'ai été interpellée par une interview télévisée de Bernard Sachsé, cavalier-dresseur, devenu paraplégique suite à un accident. Il raconte dans son livre « Sur mes quatre jambes » son histoire et son combat pour remonter à cheval. En lisant ce récit, j'ai réalisé que le handicap n'est pas une barrière à la pratique de l'équitation.

Depuis la première année où j'ai intégré des études d'ergothérapie, j'ai acquis des connaissances sur cette notion de handicap et je me suis renseignée sur les associations et les fédérations qui existent concernant la pratique de l'équitation pour les personnes porteuses d'un handicap. Outre les associations de sport adapté pour de l'équitation de loisir, il existe différents types de thérapies, plutôt récentes, complémentaires les unes des autres. Par exemple, l'équithérapie s'intéresse aux aspects psychologiques et relationnels, alors que l'hippothérapie vise un travail rééducatif pur. Mon regard s'est porté tout particulièrement sur

la *Thérapie avec le Cheval* qui adopte une approche globale. Elle se base sur un travail de rééducation fonctionnelle et éducatif en intégrant le côté relationnel et psychologique. Mes recherches m'ont amené à rencontrer divers professionnels qui proposent cette thérapie auprès d'enfants et adultes en situation de handicap, et dont le travail m'a paru très intéressant.

De plus, mon expérience s'est enrichie grâce aux différents stages que j'ai effectués. Deux d'entre eux se sont déroulés auprès de personnes atteintes de paralysie cérébrale. Chez les enfants, je réalise que leur prise en charge se fait de manière très précoce et chargée. Beaucoup de stratégies thérapeutiques sont mises en place pour éviter les conséquences graves du handicap et les stimuler sur les plans sensitivomoteurs. Chez les adultes, j'ai pu assister à des séances de Thérapie Avec le Cheval où je remarque que le contact avec l'animal et le fait de changer d'environnement (sortir du foyer, être à l'extérieur) avaient un impact conséquent sur leur attitude.

En approfondissant le sujet dans la littérature scientifique, je me rends compte que de nombreuses études ont été menées auprès d'enfants paralysés cérébraux. Cependant, la plupart traite principalement de l'impact moteur et fonctionnel provoqué par le fait de monter à cheval, et peu des aspects plus larges comme la motivation, la socialisation, l'estime de soi... Ainsi, dans le cadre d'une recherche en ergothérapie, il me semble pertinent de s'intéresser à l'impact plus global de cette thérapie en ne traitant pas seulement la monte sur le cheval. Pour cela, je me suis intéressée tout particulièrement au Modèle d'Occupation Humaine de Gary Kielhofner car il permet de donner un sens aux activités de la personne et de prendre en compte la subjectivité de l'individu. Il étudie dans le détail la participation d'une personne à une activité en prenant en compte les facteurs individuels et environnementaux qui l'influencent, et pas seulement les capacités ou incapacités.

Dans la progression de ma réflexion, j'ai été amenée à me questionner sur l'influence de la Thérapie Avec le Cheval sur la participation de l'enfant paralysé cérébral à l'activité. Pour répondre à cela, j'ai développé mon travail en quatre parties. Tout d'abord, je définirais et développerais les concepts théoriques, en présentant la paralysie cérébrale chez l'enfant, la Thérapie Avec le Cheval, et enfin le lien avec le modèle d'Occupation Humaine et la notion de participation. Puis, la seconde partie consistera à exposer la méthodologie de recherche que j'ai utilisée pour répondre de manière adaptée à ma problématique et mon hypothèse. La troisième partie traitera des résultats de mon étude et de leur analyse. Enfin, la dernière partie consistera à discuter de ces résultats et à exposer les intérêts et les limites de mon étude.

PARTIE I : CONCEPTS THEORIQUES

1. L'enfant atteint de paralysie cérébrale

1.1. Une pathologie fréquente et complexe à définir

Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs définitions de la Paralysie Cérébrale (PC) ; les termes employés varient mais le sens global reste le même. Le réseau européen SCPE (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, s.d.) a résumé la PC comme étant : « *Un groupe de troubles permanents, mais non immuables, des mouvements et/ou de la posture et de la fonction motrice, qui sont dus à un désordre, une lésion ou une anomalie non progressifs du cerveau en développement ou immature.* ». La PC est donc due à des lésions cérébrales survenant aux périodes anté-, néo- ou post- natales dont les étiologies sont très diverses (Annexe I). Parmi elles, la prématurité, avant 37 semaines d'aménorrhée, est la cause la plus fréquente de PC (45% des enfants paralysés cérébraux). La prévalence de la PC est stable en France depuis 1995. Il s'agit d'une pathologie relativement fréquente car elle touche 2 enfants pour 1 000 naissances, soit 1 500 nouveaux cas par an. Le polyhandicap est moins fréquent, il a une prévalence de 0,7 à 1,3 pour 1 000 naissances. (Bérard, 2010)

Aujourd'hui, on définit la PC comme étant un terme commun regroupant l'IMC et l'IMOC dont la distinction est difficile à établir (Bérard, 2010). L'IMC signifie Infirmité Motrice Cérébrale, elle a été désignée pour la première fois en 1952 par Guy Tardieu qui remarqua chez certains sujets « l'indépendance entre leur atteinte motrice souvent lourde et le maintien des capacités mentales et de communication » (Truscelli, Le Metayer et Leroy-Malherbe, 2006). En effet, l'IMC est un regroupement de divers syndromes dont les points communs sont les séquelles motrices avec ou sans troubles associés et avec conservation de l'intelligence. Alors que l'IMOC signifie Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale, ce terme s'applique aux enfants qui ont une déficience intellectuelle en plus des troubles moteurs (Bérard, 2010).

De plus, le polyhandicap est un terme qui regroupe plusieurs étiologies dont la PC fait partie. Il s'agit d'un handicap grave, à expression multiple, avec des déficiences motrices associées à une déficience intellectuelle sévère ou profonde. L'autonomie et l'indépendance sont extrêmement restreintes. (Bérard, 2010)

1.2. Des atteintes motrices et associées entraînant des tableaux cliniques variés

Dans la PC, les causes, la physiopathologie et l'étendue des lésions sont très variables. C'est pourquoi il existe différents tableaux cliniques présentés selon différentes classifications associant des déficiences motrices et associées (Annexe II).

L'atteinte motrice est présente chez tous les enfants atteints de PC : il y a un déficit des acquisitions motrices associé plus ou moins à un retard développemental. Les types d'atteintes neurologique et topographique diffèrent, ce qui entraîne des capacités fonctionnelles diverses (Bérard, 2010). La plupart des cas (85%) présente de la spasticité (SCPE, s.d.). De plus, les troubles moteurs peuvent être associés à d'autres déficiences plus ou moins importantes selon les cas. Elles sont principalement d'ordre cognitif mais d'autres existent comme les déficiences sensorielles, l'épilepsie, les troubles du comportement (Bérard, 2010).

Malgré que la PC soit une atteinte non dégénérative, ces troubles peuvent entraîner des complications au cours des années. Elles peuvent être d'ordre neuro-orthopédique, comme des luxations de hanche (surtout chez les enfants en fauteuil roulant), des déformations des pieds, une scoliose (Vuillerot, 2011). Il peut aussi survenir des troubles d'ordre médicaux touchant la digestion, le sommeil, la respiration, la déglutition, les systèmes sphinctériens. Parmi toutes ces complications, il ne faut pas oublier de prendre en compte la douleur qui peut être très importante en fonction des atteintes. (Truscelli et al, 2006)

Ce tableau clinique très large avec divers troubles va entraîner des conséquences importantes liées au handicap et se répercuter sur la vie quotidienne de l'enfant atteint de PC.

1.3. Une situation de handicap vécue dès l'enfance

1.3.1. Définition du handicap

Le handicap est une notion dont la définition a évolué au cours des années. Elle a été abordée récemment dans la Loi du 5 Février 2005 qui est l'une des principale Loi sur le handicap depuis celle de 1975. Elle a été créée pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de tous. Elle aborde différents thèmes liés aux droits des personnes handicapées, à leur projet de vie et donne la définition suivante :

« *Constitue un handicap, au sens de la présente Loi, 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 ». (Loi « Handicap » du 11 février 2005)

Cela signifie qu'une pathologie comme la PC peut entraîner une situation de handicap due aux divers troubles, mais il faut aussi prendre en compte l'activité que l'enfant est en train de réaliser, dans un environnement particulier. La restriction de participation aux activités de vie quotidienne est une notion centrale dans cette définition.

1.3.2. La restriction de participation au quotidien

Le plus souvent, les modèles conceptuels et la littérature associent le terme « participation » aux capacités ou incapacités de l'individu. Pour l'enfant paralysé cérébral, vivre son handicap au quotidien c'est se retrouver en situation de restriction de participation dans tous les domaines de la vie quotidienne. Le facteur principal de cette limitation est l'environnement dans lequel évolue l'enfant (Mihaylov, Jarvis, Colver et Beresford, 2004). La restriction de participation est définie par la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé) comme étant « *les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle* » (Chapireau, 2001). Peu d'études ont été menées pour déterminer l'influence des facteurs environnementaux sur la restriction de participation de l'enfant paralysé cérébral. D'après les familles, ils sont regroupés en quatre thèmes : mobilité, transport, soutien familial, attitudes des individus et institutions à l'égard des enfants (Lawlor, Mihaylov, Welsh, Jarvis et Colver, 2006).

De plus, cette limitation dans les activités de vie quotidienne peut s'aborder au sens plus général. En effet, l'emploi du temps de l'enfant est souvent surchargé par une prise en charge pluridisciplinaire, dont les séances thérapeutiques se déroulent le plus souvent après l'école. Cela laisse peu de temps libre pour l'enfant (Bérard et Hodgkinson, 2005).

Un accompagnement adapté en ergothérapie a pour but de réduire cette restriction et de permettre à l'enfant de se développer et d'acquérir les expériences nécessaires à son épanouissement (Kielhofner, 2008).

1.4. Un accompagnement global et précoce en ergothérapie

Comme décrit précédemment, la PC entraîne des tableaux cliniques très variés. L'enfant se retrouve dépendant non seulement des contraintes de son corps mais aussi de

l'environnement qu'il va avoir du mal à appréhender (Truscelli et al, 2006). Parmi les nombreuses solutions thérapeutiques (rééducative, médicamenteuse, chirurgicale...), l'ergothérapie permet un accompagnement de l'enfant dans sa globalité. D'après l'ANFE, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'ergothérapeute intervient dans les champs de l'éducation, la rééducation et la réadaptation de l'enfant paralysé cérébral (ANFE, s.d.).

La prise en charge sur le plan de la rééducation dépend des objectifs thérapeutiques établis suite aux évaluations initiales. Elle traite tout d'abord les troubles sensitivomoteurs par une prévention orthopédique et un entretien de la mobilité articulaire. Elle vise aussi la motricité globale et fine, la coordination bimanuelle et oculo-manuelle, une meilleure connaissance de son propre corps et de l'environnement proche (Avril et al, 2010). Puis la rééducation vise les fonctions cognitives comme les gnosies et les praxies (Leflem et Gavault, 2010). Le champ d'intervention de l'ergothérapeute en rééducation est donc très vaste.

L'accompagnement vise aussi la réadaptation par la mise en pratique de ses capacités acquises en rééducation dans des situations de la vie quotidienne et dans un environnement spécifique. Dans les soins de réadaptation, l'un des principaux objectifs de traitement est la participation de l'enfant à des activités. Elle est considérée comme l'un des résultats les plus importants pour les parents et les jeunes (Bult, Verschuren, Jongmans, Lindeman et Ketelaar, 2011). Ce travail consiste à trouver des méthodes alternatives dont dispose l'enfant pour réaliser l'activité visée. Il s'agit d'analyser l'environnement et de le modifier ou l'adapter si besoin (Bois, 2010).

Pour rendre l'enfant le plus participatif possible dans sa prise en charge, l'ergothérapeute peut proposer des activités ludiques. En effet, le jeu lui permet de construire sa personnalité en ayant une action sur son environnement et en étant source de motivation et d'engagement. Plus il va faire des expériences nouvelles et ludiques, plus il va développer des capacités et des sentiments complexes (Kielhofner, 2008). Le but pour l'ergothérapeute n'est pas que l'enfant réussisse le jeu mais qu'il ait du plaisir en prenant part à la prise en charge sans être mis en échec. L'intérêt est de permettre à l'enfant de s'adapter et de trouver des solutions (Alexandre et Lefèvre, 2010).

Ainsi, l'ergothérapeute a à sa disposition plusieurs pistes thérapeutiques qui visent toujours l'accompagnement de l'enfant dans sa globalité. Parmi elles, la Thérapie Avec le Cheval est parfois utilisée et pourrait répondre aux stratégies de traitement de la PC.

2. La Thérapie Avec le Cheval auprès de l'enfant paralysé cérébral

2.1. Pourquoi la Thérapie Avec le Cheval ?

L'utilisation du cheval à des fins thérapeutiques remonte à plusieurs siècles. Depuis 3 500 ans, une relation étroite s'est construite entre l'Homme et le cheval. Aujourd'hui, c'est un animal dont les effets thérapeutiques auprès de personnes dans le besoin sont largement décrits dans la littérature (Bracher, 2000).

Le concept de Thérapie avec le Cheval (TAC) est créé en 1986 par Renée de Lubersac, psychomotricienne et psychothérapeute, avec la Fédération Nationale de Thérapie avec le Cheval (FENTAC). Ce terme de Thérapie avec le Cheval remplace alors celui de Rééducation par le cheval, concept créé par Hubert Lallery, car la TAC n'est pas seulement qu'une technique de rééducation. (Martin, s.d.)

2.1.1. Définition de la Thérapie Avec le Cheval

La TAC, est « *une thérapie à médiation corporelle, qui emploie une technique privilégiée, celle de l'équitation, et de la relation avec l'animal* » (Bournas, 2010). Elle est axée sur la globalité psycho-corporelle du patient et adopte une orientation humaniste. En effet, elle utilise les mêmes bases fonctionnelles que l'hippothérapie, définie comme étant une prise en charge davantage kinésithérapeutique, mettant en avant les bienfaits de la situation obligatoirement à cheval sur la motricité et la sensorialité. Le patient a juste besoin de s'adapter et les mouvements produits par le dos du cheval entraînent des modifications sur la mécanique humaine. En plus de cet aspect fonctionnel, la TAC travaille sur les plans pédagogiques, psychologiques, éducatifs, sociaux, affectifs et relationnels de la personne. (Tissot, s.d.)

2.1.2. Une thérapie qui répond à plusieurs principes

La notion de TAC répond à plusieurs principes. Tout d'abord, le terme « Thérapie » signifie qu'elle vise à diminuer le handicap et non l'aggraver, elle est soumise à la prescription médicale. Le but est d'améliorer, guérir ou conserver des acquis. C'est pourquoi, il est primordial que les séances soient encadrées par un professionnel de la santé formé au handicap et à l'approche du cheval (Martin, s.d.). De plus, l'objectif n'est pas de progresser à cheval ni d'acquérir des compétences équestres. La thérapie ne consiste pas seulement à

monter à cheval, elle privilégie aussi le travail à pied. C'est pourquoi dans la TAC, le terme exact est « avec » et non pas « sur » ou « par » (Casady et Nichols-Larsen, 2004). Enfin, le mot « cheval » est employé au lieu « d'équitation » pour insister sur le fait qu'il s'agit d'un animal avec lequel une relation et des contacts corporels ont lieu (Bournas, 2010).

Il est important de garder en tête que la TAC n'est pas une thérapie isolée, mais s'inscrit dans un ensemble de techniques de rééducation, qui visent la réinsertion des personnes présentant un handicap ». Elle ne remplace pas une prise en charge en rééducation fonctionnelle classique, mais vient en complément. (Proust, Cottalorda, Alamartine et Gautheron, 2004).

2.1.3. Les objectifs et populations ciblées

Il est évident que les bienfaits thérapeutiques s'adressent à tous les cavaliers, valides ou non, mais ils sont d'autant plus marqués quand il s'agit d'une personne porteuse de handicap (Galletier, 2010). La TAC peut être adaptée et répondre aux besoins d'un large public, de tout âge, dans les domaines de la pathologie physique ou mentale (Proust et al, 2004). Par ailleurs, ses effets thérapeutiques et son intérêt auprès d'enfants paralysés cérébraux sont prouvés à de nombreuses reprises dans la littérature scientifique. Son efficacité a été décrite et mesurée par rapport à des séances d'équitation adaptée (Snider, Korner-Bitensky, Kammann, Warner et Saleh, 2007). Mais aussi, ses effets bénéfiques ont été observés et comparés avec différents types de handicaps, et il s'avère que les meilleurs résultats se retrouvent chez l'enfant IMC (Proust et al, 2004).

La TAC est une stratégie de traitement utilisée auprès de l'enfant paralysé cérébral car elle vise au développement et à la performance fonctionnelle et motrice, qui est l'objectif principal de l'intervention thérapeutique. De plus, elle peut répondre à une multitude de besoins en termes de soins et d'attentes (Casady et Nichols-Larsen, 2004).

2.2. Les différents effets thérapeutiques pour l'enfant paralysé cérébral

Les effets thérapeutiques chez l'enfant paralysé cérébral sont nombreux. Beaucoup d'études ont été menées pour démontrer les effets positifs de la TAC auprès de cette population sur les plans moteur, sensoriel et psychomoteur. Mais peu se sont consacrées spécifiquement aux capacités cognitives, sociales et psychologiques.

2.2.1. Les bénéfices moteur et sensoriel

La TAC permet d'agir sur de nombreuses fonctions motrices et sensorielles comme l'ajustement postural, le redressement de l'axe vertical, l'équilibre... « *Le fait de rester assis à cheval, au pas, fait contracter près de 300 muscles [...] imposant plus de 2000 ajustements posturaux par demi-heure.* » (Proust et al, 2004). Sans s'en rendre compte, l'enfant est obligé d'anticiper les mouvements du cheval dans les trois dimensions pour garder l'équilibre et apprend à produire des mouvements compensatoires pour réduire les déplacements de son centre de gravité. Cela aboutit à des modifications et une réorganisation du système nerveux central car être à cheval implique simultanément les systèmes sensoriel, musculaire, squelettique, limbique, vestibulaire et oculaire. (Casady et Nichols-Larsen, 2004)

De plus, la mise en selle permet d'améliorer la régulation du tonus, en diminuant la spasticité des muscles de l'ensemble du corps, tronc et cuisses (Benda, McGibbon et Grant, 2003). A court terme (après une seule séance), l'activité musculaire des adducteurs de la cuisse est plus symétrique lors de la marche. Cela est durable dans le temps et se manifeste par une amélioration des fonctions motrices globales (GMFM) qui se répercute sur la vie quotidienne de l'enfant. (McGibbon, Benda, Duncan et Silkwood-Sherer, 2009)

Enfin, notons que les mouvements du cheval au pas activent les fonctions vitales comme la circulation sanguine et le transit intestinal, difficilement stimulables si l'enfant est en fauteuil roulant. (Galletier, 2010)

2.2.2. Les bénéfices psychomoteurs

Des séances de TAC à long terme permettent de découvrir ou d'améliorer l'image corporelle de manière durable (McGibbon, Benda, Duncan et Silkwood-Sherer, 2009). Etre à califourchon à cheval envoie des informations proprioceptives provenant de toutes les régions du corps, nouvelles et différentes de la station debout ou assise. Cela permet une intégration du schéma corporel, un apprentissage et une amélioration des repères spatio-temporels (s'orienter dans l'espace et latéralisation) et une dissociation des aides (actions membres supérieur/inférieur, actions gauche/droite). (Proust et al, 2004)

2.2.3. Les bénéfices psychologique, social et cognitif

Sur le plan social, la TAC aurait des répercussions positives sur la participation sociale de l'enfant paralysé cérébral comme l'acceptation sociale, la perception de soi et de ses compétences (Franck, McCloskey et Dole, 2011). De plus, on observe des effets positifs sur la

communication et la motivation de l'enfant (Proust et al, 2004). Elle agit aussi sur les capacités cognitives comme la compréhension, l'exécution et le respect des consignes, la concentration, la prise d'initiative... Enfin, l'impact psychologique peut se manifester par une valorisation de l'enfant et une meilleure estime de lui-même. (Tissot, s.d.)

Outre les bénéfices sur les plans sensorimoteur et psychomoteur, la TAC agit sur des aspects plus globaux. Ceux-ci ne sont pas seulement dus au fait de monter à cheval ; c'est pourquoi il est intéressant de se pencher sur son contexte thérapeutique varié et bien spécifique.

2.3. Un contexte thérapeutique spécifique

La TAC est une thérapie, ce qui signifie l'existence d'un cadre d'intervention tant physique (le dispositif), que psychique qui se doit d'être contenant. Ce contexte thérapeutique à la fois spécifique et global pourrait faire partie d'une approche pluridisciplinaire dont les différents acteurs auraient leur spécificité. Cela est valable d'autant plus pour l'ergothérapeute qui se sert de l'environnement en exploitant les différentes possibilités thérapeutiques qu'il offre.

2.3.1. Un environnement naturel et atypique

Actuellement, les thérapies en milieux naturels (Therapy in Natural Environments, TINE) se développent de plus en plus dans le domaine de la pédiatrie. Une intervention thérapeutique dans un environnement naturel, en dehors du centre de soin, favoriserait la socialisation et la participation familiale et communautaire de l'enfant (Snider et al, 2007).

Dans la littérature scientifique, peu d'études se sont véritablement intéressées à l'impact de l'environnement en TAC. Il est seulement constaté que les effets bénéfiques de celle-ci peuvent être dus, entre autres, aux facteurs environnementaux. En effet, elle se déroule dans un milieu naturel, au sein d'un centre équestre, où l'enfant paralysé cérébral n'a pas forcément l'habitude d'évoluer. Les stimulations visuelles, auditives et olfactives changent de l'ordinaire (Franck, McCloskey et Dole, 2011). Les séances ont lieu à l'extérieur ou dans un manège, espace clos, sécurisant qui facilite les repères spatiaux. De plus, elle fait intervenir un matériel spécifique comme différentes brosses, selles, harnais, qui change des objets usuels de la vie quotidienne.

2.3.2. Un environnement social riche

Les principaux acteurs de la TAC sont l'enfant et l'ergothérapeute. Ce dernier joue un rôle clé car il est garant du cadre thérapeutique. Grâce à ses connaissances et ses observations, c'est lui qui permet la relation entre l'enfant et le cheval. (Martin, s.d.)

Par ailleurs, il est rare que l'ergothérapeute et l'enfant se retrouvent seuls dans les séances. En effet, le centre équestre est un lieu vivant où de nombreuses personnes sont présentes et interagissent entre elles. Il peut s'agir d'employés, de visiteurs, d'autres cavaliers (valides ou non)... De plus, la TAC peut se pratiquer en séances individuelles ou en groupe.

2.3.3. L'intervention du cheval comme outil thérapeutique

Dans la TAC, le cheval a un rôle central car il est le « *médiateur vivant de la relation entre le patient et le thérapeute* ». Il y a une véritable relation triangulaire qui s'établit (Martin, s.d.). Afin de mieux comprendre pourquoi le cheval est utilisé comme outil thérapeutique par l'ergothérapeute, il est nécessaire d'aborder des notions d'éthologie et de faire référence à la psychanalyse de l'enfant en lien avec la relation à l'animal.

- Notions d'éthologie

L'éthologie permet d'expliquer le mode de vie et les comportements du cheval. En premier lieu, il s'agit d'un animal grégaire, c'est-à-dire qu'il vit en groupe socialement. Il est intéressé par la relation à l'autre et son comportement curieux facilite les échanges avec l'humain, il autorise et apprécie les contacts corporels. C'est un « expert en environnement », constamment en éveil, il répond immédiatement aux signaux de son entourage. C'est pourquoi la communication non verbale prime sur le verbal. De plus, le cheval ne juge pas et ne tient pas compte de la différence. Il est centré sur ses sensations et son état de confort ou d'inconfort. Cette capacité de non-jugement et d'être sensible aux émotions de l'autre lui donne un caractère empathique (Loo et Guilmot, 2003).

- Fonctions du cheval

En faisant référence à la psychanalyse de l'enfant, on s'aperçoit que le cheval est le seul animal qui, naturellement, éveille des sensations archaïques comme celles vécues par l'enfant avec sa mère dans les premiers mois de la vie (Chefdhotel, 2009). Celles-ci sont décrites par Donald Wood Winnicott à travers les deux concepts clés du développement.

Le « *Holding* » signifie littéralement le port, la tenue. Cette notion est utilisée pour

caractériser la manière dont la mère porte le nourrisson, dans un cadre sécurisant, et son influence sur l'acquisition des notions de temps et d'espace. Le cheval réunit les qualités nécessaires à cet apprentissage, à savoir : le contact direct avec celui-ci est suffisamment sécurisant et fait référence à celui de la mère par sa chaleur, son odeur et sa douceur. De plus, il a une fonction de portage et son pas régulier a un effet de bercement. A ce stade du développement, l'enfant a une illusion d'omnipotence (toute puissance) sur sa mère qui peut être retrouvée à cheval. La hauteur de l'animal et le fait de le maîtriser peuvent donner une impression de domination. (Chefdhotel, 2009)

Le « *Handling* » signifie littéralement le maniement, la création de lien. Cette notion caractérise le passage de la différenciation et de la personnalisation de l'enfant. Celui-ci dépend de la manière dont l'enfant est traité, manipulé. En TAC, le cheval incite à la relation et le passage à un état d'indépendance en obligeant le cavalier à agir (Bournas, 2010). Cela peut être assimilé aux manipulations du cheval tenu à la main et au pansage qui provoque le contact. En effet, cette étape nécessite d'observer le corps du cheval, d'en prendre soin, de le toucher, ce qui constitue un sentiment d'identité chez l'enfant, la nécessité de tenir compte de « l'autre » et de prendre conscience de son propre corps (Chefdhotel, 2009).

Ainsi, il est possible d'établir « un parallèle entre la relation mère-nourrisson telle que l'envisage Winnicott, et la relation établie lors de la régression engendrée par la situation thérapeutique dans le cadre de l'utilisation du média cheval » (Chefdhotel, 2009). Outre le lien avec une « fonction maternante », le cheval pourrait représenter aussi la fonction du père par sa force et sa puissance qui obligent à le respecter pour interagir avec lui. Naturellement il pose un cadre et des règles strictes. Il est le seul animal domestique à remplir ces deux fonctions. (Galletier, 2010).

- Relation entre l'enfant et l'animal

Lors de la thérapie, l'enfant va pouvoir construire une relation avec le cheval. Cela ne se fait ni par la force, ni par l'agressivité, ni en imposant sa volonté, mais en développant son affectivité, à travers un langage principalement non verbal. Ainsi, être en contact avec le cheval nécessite une certaine perception de tous les signaux non verbaux et une mobilisation de tous les sens (l'ouïe, la vue, l'odorat et le toucher) pour permettre une communication réciproque (Aubard, 2007).

2.3.4. Des activités diverses

En TAC, il n'y a pas de séance type mais elle suit généralement un même schéma (Tissot, s.d.). Dans un premier temps, l'ergothérapeute utilise le travail à pied pour permettre à l'enfant de prendre contact avec son cheval et d'entrer en relation. Suite aux éléments décrits précédemment, on comprend bien que les temps à pied sont toujours privilégiés et occupent parfois la majorité de la séance (en début et en fin). Il peut s'agir du pansage et des soins apportés au cheval (brossage et nettoyage), une approche en liberté (dans un manège ou au pré), des déplacements à pied (cheval en longe). Dans un deuxième temps, l'ergothérapeute peut proposer la mise en selle (en manège ou en extérieur). Le plus souvent, cette partie de séance est consacrée à des activités ludiques. Par exemple, il peut s'agir d'attraper des anneaux d'un côté du manège et de les amener à l'autre bout, faire des slaloms, des figures simples... Il est possible de réaliser d'autres activités alternatives comme la voltige (gymnastique à cheval) et l'attelage. (Proust et al, 2004). Peu importe l'activité proposée, l'ergothérapeute s'attache à la manière dont l'enfant va appréhender son corps et va être en relation avec l'environnement. (Martin, s.d.) C'est pourquoi elles seront adaptées et viseront toujours à éviter les situations d'échec (Bournas, 2010).

2.4. Le lien avec l'ergothérapie

Tous les éléments décrits précédemment sur les effets thérapeutiques de la TAC correspondent globalement aux stratégies de traitement mises en place pour un enfant paralysé cérébral. De plus, elle intègre la notion de jeu qui est un des points clés de l'accompagnement. C'est pourquoi, il s'agirait d'une thérapie pouvant être pertinente à proposer dans la prise en charge (Casady et Nichols-Larsen, 2004). Cela est valable à condition que l'ergothérapeute soit formé et expérimenté (Casady et Nichols-Larsen, 2004) car il ne suffit pas de mettre l'enfant sur le dos d'un cheval pour que des effets thérapeutiques se produisent (Tissot, s.d.).

La littérature scientifique décrit et associe le plus souvent la TAC à une intervention en kinésithérapie. Cependant, la TAC et l'environnement du cheval lui-même peuvent offrir des bénéfices sur le plan de l'éducation, la perception, la cognition, le comportement, l'émotion et la socialisation. Elle offre la possibilité de se développer sur le plan personnel. Toutes ses compétences et opportunités sont les préoccupations de l'ergothérapeute lors de l'accompagnement de l'enfant paralysé cérébral (Bracher, 2000).

Par ailleurs, le lien entre l'ergothérapie et la TAC peut être établi en faisant référence au Modèle d'Occupation Humaine. En effet, le cheval et son environnement pourraient être utilisés pour effectuer des changements dans les compétences personnelles de l'enfant. Pour cela, la TAC regroupe un ensemble d'activités qui offre de multiples possibilités thérapeutiques. Afin de les exploiter au mieux, l'ergothérapeute peut réaliser une analyse d'activité en se basant sur ce modèle, qui prend en compte aussi bien les facteurs individuels qu'environnementaux. (Bracher, 2000)

3. Un modèle conceptuel d'analyse d'activité : le Modèle d'Occupation Humaine

Avant de s'intéresser spécifiquement au Modèle d'Occupation Humaine et à une analyse plus précise de la TAC, il est pertinent de rappeler ce qu'est l'analyse d'activité en ergothérapie.

3.1. Un concept central de l'ergothérapie : l'activité

Selon son étymologie, l'ergothérapie est par définition la thérapie par l'activité : en grec, *Ergon* signifie activité ou travail. Il s'agit donc d'une notion centrale faisant partie intégrante du métier d'ergothérapeute, dont une des spécificités est d'analyser l'activité (Meyer, 2011).

L'activité est une notion couramment utilisée dans le langage commun pour désigner « l'action d'une personne [...] dans un domaine défini » (Larousse, 2002). Cependant, si on s'intéresse de plus près à ce concept, on se rend compte de sa complexité et on s'aperçoit qu'il existe plusieurs termes désignant l'action d'une personne. En effet, la notion d'activité peut se structurer selon différents éléments, utilisés de manière usuelle en ergothérapie.

Tout d'abord, le terme d'*occupation* signifie en français : « ce à quoi on occupe son temps (loisir, travail) » (Larousse, 2002). A priori, il ne serait donc pas en lien avec le métier d'ergothérapeute à cause de sa connotation péjorative de « passe-temps ». Il est pourtant couramment employé dans la littérature anglophone sur l'ergothérapie. D'ailleurs, il figure dans la désignation-même de la profession : *occupational therapy*. En effet, malgré que la traduction littérale *occupation* en anglais ait le même sens qu'en français, celle-ci réfère d'avantage au travail, à l'emploi. Ainsi, l'occupation constitue un groupe d'activités, culturellement dénommées, avec une valeur personnelle et socioculturelle, support de la participation à la société. Elle regroupe les soins personnels, la productivité et les loisirs. Le

choix d'une occupation dépend de ce qu'on aime, se sent capable de faire, peut faire selon les opportunités et contraintes environnementales. (Meyer, 2011)

Cela signifie que plusieurs activités concourent à la réalisation d'une même occupation. Une *activité* correspond à une capacité à effectuer une performance, c'est-à-dire l'ensemble des compétences motrices, procédurales, interactionnelles et aussi sa volonté et ses habitudes à réaliser l'activité. De manière générale, l'activité est spécifique aux êtres humains et permet l'organisation des sociétés humaines ; elle correspond à des places et à des rôles. (Meyer, 2011)

Enfin, une même activité peut être découpée en différentes *tâches*, elles-mêmes composées de plusieurs étapes, conduisant à la réalisation d'un but particulier. Ce terme précis de tâche est utilisé en ergothérapie quand il s'agit de récupérer une habileté ou une performance dans la réalisation d'une activité. (Meyer, 2011)

3.2. L'intérêt d'analyser l'activité

Dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie auprès d'un enfant paralysé cérébral, l'activité a comme propriété de répondre à la fois aux objectifs thérapeutiques et à la demande du patient (Ferland, 2010). Elle peut être un but ou un moyen. Cependant, elle ne se choisit pas au hasard et doit être adaptée. Pour cela, réaliser une analyse permet de mettre en avant le potentiel thérapeutique de l'activité et les interactions qu'elle engendre entre la personne, l'activité et l'environnement. Cela permet de répondre aux caractéristiques personnelles, aux goûts et aux besoins de l'enfant. (Alexandre et Lefèvre, 2010)

Ainsi, l'activité doit être signifiante et significative par rapport au projet de soin du patient : elle doit être porteuse de sens et réalisée de manière intentionnelle. L'ergothérapie consiste donc à se servir de l'utilisation signifiante et significative des activités pour être en relation avec les intérêts de l'enfant et avoir un but intelligible. (Meyer, 2011)

3.3. Comment analyser une activité ?

Analyser une activité consiste à la décomposer en différentes tâches afin d'appliquer, définir et négocier une thérapie avec l'enfant. C'est avant tout un travail d'observation où une multitude de facteurs doit être prise en compte. Chaque tâche effectuée est détaillée selon ses caractéristiques structurelles comme le choix et l'environnement, ainsi que ses caractéristiques phénoménologiques comme la durée, l'espace occupé, la complexité, le degré de nouveauté, les caractéristiques du résultat et le degré d'interactions entre les acteurs. C'est

la manière « d'être » dans l'environnement. (Meyer, 2011) La complexité d'une tâche est déterminée en fonction des capacités sensitivomotrices et cognitives qu'elle met en jeu, dont les différentes composantes sont : gestuelle, visuo-spatiale et exécutive (Leflem et Gavault, 2010).

Une analyse d'activité ne se base pas toujours sur des modèles conceptuels. Cependant, ils offrent un cadre de raisonnement qui peut guider l'ergothérapeute dans son analyse et qui permet entre autres d'évaluer, adapter, réfléchir, communiquer. Le Modèle d'Occupation Humaine est un modèle conceptuel utilisé par de nombreux ergothérapeutes.

3.4. Définition du Modèle d'Occupation Humaine

Le Modèle d'Occupation Humaine, MOH, a été publié pour la première fois en 1980 dans le journal américain d'ergothérapie. C'est un modèle américain créé par trois praticiens en ergothérapie : Kielhofner, Burke et Heard dans le but d'améliorer leur pratique, de refléter la vision de l'ergothérapie et les besoins des patients grâce à un support commun. Il s'agit du premier modèle à mettre l'accent sur l'occupation dans une pratique.

En effet, le champ d'application principal du MOH est l'occupation humaine, comme définie précédemment. Il s'intéresse à toutes les activités réalisées par l'individu dans sa vie quotidienne (loisirs, profession, tâches ménagères...) en admettant que celles-ci sont conditionnées par un contexte temporel, physique, social et culturel. Ainsi, le MOH est un modèle centré sur le patient qui apporte une vision holistique. Il permet de définir et de mettre en lien des concepts qui tiennent compte de la globalité de l'individu, au-delà des simples données médicales, à savoir : l'environnement, la motivation, les capacités, l'engagement et les habitudes de vie de la personne (Annexe III). (Kielhofner, 2008)

3.5. Comment l'utiliser en ergothérapie ?

Parmi ses nombreux champs d'application, le MOH peut servir de filtre à travers lequel il est possible d'analyser l'activité, grâce à l'utilisation d'outils d'évaluation existant en anglais. Le modèle est destiné aux ergothérapeutes pour mieux comprendre l'importance et le processus d'engagement de la personne dans l'activité. Le raisonnement thérapeutique consiste à comprendre le patient, faire émerger des intérêts et s'en servir pour mettre en place la thérapie. Il s'agit de proposer des nouvelles stratégies pour compenser la perte de capacité, effectuer une modification de l'environnement pour permettre d'agir et inciter à faire des choix pour de nouvelles activités alternatives. (Morel-Bracq, 2009)

Etant centré sur le patient, le MOH fait donc appel à sa collaboration ; c'est lui qui prend les décisions. Les techniques servent à favoriser la participation du patient par la répétition d'activités réussies, le développement du sentiment d'efficacité personnelle, des habiletés motrices, opératoires ou d'interaction et communication. (Morel-Bracq, 2009)

Ainsi, le MOH s'intéresse particulièrement à l'engagement d'une personne dans une activité, c'est-à-dire sa participation. Cette notion serait intéressante à étudier plus précisément à travers un exemple concret : l'enfant paralysé cérébral et la TAC.

4. La participation à la Thérapie Avec le Cheval selon le Modèle d'Occupation Humaine

4.1. Une notion clé du modèle : la participation

Kielhofner (2008) définit la notion de *participation* comme étant l'engagement d'une personne dans diverses activités comme le travail, les loisirs, les tâches quotidiennes, qui font partie de son propre contexte socioculturel. Celles-ci sont nécessaires à son bien-être et/ou sont choisies de manière intentionnelle.¹ C'est une notion à la fois personnelle et contextuelle.

En effet, la participation d'une personne à une activité dépend de facteurs propres à l'individu et de facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles. C'est pourquoi, la participation diffère d'une personne à l'autre, mais aussi pour une même personne elle peut être modifiée. Le MOH considère que l'être humain est constitué de trois composantes, constamment en interaction les unes des autres : la volition, l'habitation et les capacités de rendement. La modification d'une seule de ces composantes peut avoir des répercussions sur les deux autres. Cette interdépendance résulte sur les pensées, les sentiments et les actions, par la mise en place d'habitudes, de capacités et d'intérêts dans la réalisation de l'activité. De plus, ces trois composantes sont indissociables de l'environnement dans lequel se trouve la personne. (Kielhofner, 2008)

4.2. La prise en compte de l'environnement

L'environnement regroupe un ensemble de caractéristiques physiques et sociales associées à un contexte spécifique dans lequel chaque facteur influence sur ce qu'on fait et

¹ "Participation: Engagement in work, play, or activities of daily living that are part of one's sociocultural context and that are desired and/or necessary to one's well-being." (Kielhofner, 2008)

comment on le fait². Ainsi, lorsqu'un individu réalise une activité, il va agir sur un environnement particulier, qui lui-même influence sa participation. Il s'agit d'une interaction et d'un équilibre entre ces éléments interdépendants. (Kielhofner, 2008)

Chaque activité se déroule dans un environnement différent. Il peut offrir diverses opportunités et ressources ou au contraire des demandes et des contraintes. Cet impact positif ou négatif sur l'individu dépend de la causalité personnelle, des valeurs, des intérêts, des rôles, des habitudes et des capacités de chacun. (Kielhofner, 2008)

Dans leur étude, Lawlor et al (2006) font ressortir que l'environnement influence de manière significative la participation d'un enfant paralysé cérébral à une activité. En effet, l'impact des facteurs environnementaux sur la participation d'un enfant est très marqué, mais ce ne sont pas les seuls ; ils s'inscrivent dans un ensemble de composantes individuelles (Bowyer, Kramer, Kielhofner, Maziero-Barbosa et Girolami, 2007).

4.3. Les trois composantes individuelles : la volition, l'habitation, les capacités de rendement

Dans le MOH, Kielhofner définit trois concepts interdépendants qui composent l'individu et qui vont influencer sur sa participation à des activités.

Tout d'abord, l'individu agit selon sa *volition* : cette notion se rapporte à sa volonté et à sa motivation. C'est l'ensemble des pensées et des sentiments qu'il a sur lui-même lorsqu'il anticipe, choisit, expérimente et interprète ce qu'il fait dans son propre environnement³. Elle est sans cesse renouvelée car tout au long de la journée l'individu fait des choix pour décider d'entrer ou de sortir d'une activité. La volition peut s'interpréter selon (Kielhofner, 2008) :

- Satisfaction, intérêt porté à l'activité : « Suis-je satisfait de ce que je fais ? »
- Capacité et causalité personnelle dans l'activité : « Suis-je doué dans ce que je fais ? »
- Importance, valeur attribuée à l'activité : « Est-ce la peine de le faire ? »

De plus, lorsque l'individu participe à une activité, il s'inscrit dans une *habitation*. Il s'agit de tous les comportements adoptés dans une situation familière. Plus précisément, c'est l'anticipation de comportements cohérents : inconsciemment, l'individu met en place des

² «Environment : Particular physical and social features of the specific context in which one does something that impacts upon what one does, and how it is done”. (Kielhofner, 2008)

³ « Volition : Pattern of thoughts and feelings about oneself as an actor in one's world which occur as one anticipates, chooses, experiences, and interprets what one does.” (Kielhofner, 2008)

habitudes et des rôles au sein d'un environnement routinier (temporel, physique et social)⁴. Ces deux éléments se répercutent et influent sur ses attitudes (Kielhofner, 2008) :

- Les habitudes correspondent à des routines que l'être humain développe dans son quotidien par la répétition d'actions dans des circonstances appropriées.
- Les rôles sont des comportements qui reflètent une identification sociale. Par exemple, ce peut être des codes vestimentaires, l'emploi d'un vocabulaire spécifique, le respect des règles dans un lieu, l'appartenance à un groupe. Une activité correspond toujours à un rôle et au sein d'un même rôle, il y a plusieurs activités (Morel-Bracq, 2009).

Enfin, pour pouvoir participer à une activité, l'individu met en œuvre des *capacités de rendement*. Elles correspondent aux performances nécessaires pour réaliser l'activité, à savoir : les composantes physiques et mentales, ainsi que l'expérience propre à l'individu⁵. Cela signifie que les capacités de rendement dépendent de l'état de son système organique et mental : capacités motrices, intellectuelles, cognitives. Cependant, le MOH ne considère pas seulement les capacités comme quelque chose de biomécanique applicable à tout être humain. Il tient compte de la performance en lien avec l'activité que l'individu est en train de faire et en lien avec les expériences antérieures qu'il a pu avoir. Cela veut dire que la performance va être différente d'un individu à l'autre même s'ils ont les mêmes capacités physiques et intellectuelles. (Kielhofner, 2008)

En somme, la participation d'une personne à une activité va dépendre des trois composantes individuelles, elles-mêmes influencées par l'environnement dans lequel se déroule cette activité. Cette affirmation est valable pour n'importe quelle activité. Ainsi, il est possible de l'appliquer pour l'enfant paralysé cérébral dans des activités de TAC.

4.4. Application du MOH à l'enfant paralysé cérébral et la TAC

Comme décrit dans une partie précédente, le cadre d'intervention de la TAC fait intervenir un environnement spécifique ; celui-ci est donc susceptible d'influer sur la volition, l'habituation et les capacités de rendement de l'enfant paralysé cérébral qui participe à cette thérapie.

⁴ « Habituation : Internalized readiness to exhibit consistent patterns of behavior guided by habits and roles and fitted to the characteristics of routine temporal, physical, and social environments”.(Kielhofner, 2008)

⁵ « Capacités de rendement : Ability to do things provided by the status of underlying objective physical and mental components and corresponding subjective experience.” (Kielhofner, 2008)

Tout d'abord, la volition, et notamment la motivation, sont des notions souvent survolées dans les études sur la TAC auprès d'enfants paralysés cérébraux. Pourtant, plusieurs auteurs en parlent brièvement et font les mêmes constats. La TAC et plus généralement l'équitation sont souvent des activités très appréciées et source de plaisir (McGibbon, Benda, Duncan et Silkwood-Sherer, 2009). Cette thérapie sort de l'ordinaire, ce qui générerait plus de motivation chez un enfant atteint de paralysie cérébrale (Franck, McCloskey et Dole, 2011). De plus, le cadre particulier et la présence du cheval serait une excellente source de motivation ; la TAC rendrait l'enfant participatif et volontaire dans sa thérapie grâce à son côté ludique (Casady et Nichols-Larsen, 2004).

De plus, en faisant la synthèse des éléments théoriques abordés précédemment sur la TAC, il est possible de remarquer plusieurs critères favorables au fait que l'enfant s'inscrive dans une certaine habitude, et particulièrement dans un rôle social bien défini. Pourtant, aucune étude scientifique ne traite de ce point. Ce rôle est celui de *cavalier*, auquel correspondent plusieurs activités. En effet, lors d'une séance de TAC, l'enfant réalise un ensemble d'activités chargées de sens symboliquement, notamment celles où il est en contact direct avec le cheval. En plus de la séance en elle-même, le contexte et l'environnement qu'il y a autour pourraient influencer l'identification sociale. La TAC se déroule au sein d'un centre équestre où les règles de sécurité doivent être respectées comme ne pas courir, crier, passer trop près derrière un cheval... Un vocabulaire propre au monde équestre et une tenue vestimentaire spécifique (ex : port de la bombe) sont utilisés. Enfin, l'environnement humain riche pourrait favoriser les interactions sociales et l'appartenance à un groupe.

Enfin, concernant les capacités de rendement, il est possible d'affirmer qu'elles seraient fortement sollicitées dans des séances de TAC. En effet, comme abordé dans une partie précédente, de nombreux auteurs se sont intéressés aux effets thérapeutiques de cette thérapie auprès d'enfants paralysés cérébraux. Et leurs résultats ont tendance à tous conclure dans le même sens : la TAC est une thérapie globale qui sollicite les capacités motrices, intellectuelles et cognitives. De plus, les performances de l'enfant seraient améliorées au cours des séances et les effets seraient durables dans le temps.

Les éléments théoriques abordés dans cette première partie permettent de comprendre l'étendue des troubles existants dans la paralysie cérébrale, entraînant une restriction de participation dans le quotidien de l'enfant. C'est pourquoi, la prise en compte de la participation à des activités diverses est un élément important dans la prise en charge

thérapeutique. De plus, la TAC est une thérapie qui regroupe un ensemble d'activités dans un environnement particulier qui amélioreraient globalement les capacités de l'enfant, mais aussi sa volition et son habitude. En revanche, la littérature scientifique s'intéresse peu à ces deux derniers points et les preuves à ce jour sont pauvres. Toutefois, il serait simple d'inclure une évaluation de la participation dans une étude sur cette thérapie ; les futures recherches devraient s'intéresser davantage sur ces points (Franck, McCloskey et Dole, 2011).

D'après ces concepts théoriques et ce dernier constat, il a été établi la problématique suivante : **Dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, comment la participation de l'enfant paralysé cérébral serait-elle influencée dans des séances de Thérapie Avec le Cheval ?**

Pour tenter de répondre à ce questionnement, nous avons émis une hypothèse de recherche, à savoir : **Comme étant définie dans le Modèle d'Occupation Humaine, la participation de l'enfant paralysé cérébral serait favorisée dans des séances de Thérapie Avec le Cheval. Son cadre d'intervention influencerait positivement, non seulement les capacités de rendement, mais aussi la volition et l'habitude chez l'enfant.**

PARTIE II : METHODOLOGIE

1. Mise en œuvre de la démarche

1.1. Rappel sur les objectifs de l'enquête

Le but de la recherche est de déterminer quels sont les facteurs influençant la participation de l'enfant paralysé cérébral à des séances de TAC. Outre les bénéfices thérapeutiques sur les plans fonctionnels, il semble intéressant d'étudier l'influence du cadre d'intervention de cette thérapie sur la motivation et le rôle social pour l'enfant. Pour cela, l'étude s'oriente sur les facteurs qui influencent directement la participation, à savoir : des facteurs propres à l'enfant, des facteurs environnementaux propres à la TAC, les comportements et attitude de l'enfant lors des séances.

1.2. La démarche éthique

Cette étude est « non-interventionnelle »⁶, il n'y a donc pas eu besoin de passer devant un Comité de Protection des Personnes (CPP). Pourtant, il semble primordial d'accorder une grande importance à la démarche éthique, d'autant plus qu'il s'agit d'une investigation auprès d'enfants. Celle-ci consiste à réaliser une fiche de consentement éclairé où il est décrit la démarche et ses objectifs. Elle précise également le caractère anonyme et confidentiel des données recueillies. Cette fiche est à communiquer et signer par les parents (ou représentants légaux de l'enfant) et le professionnel responsables des séances de TAC. Sans leur consentement, l'étude serait impossible à réaliser. (Annexe IV)

2. Choix de la population et du lieu d'investigation

2.1. Justification du choix de la population

Le choix de la population s'est porté vers des enfants âgés de 6 à 12 ans atteints de PC car beaucoup d'articles scientifiques démontrent les effets positifs de la TAC auprès de cette population et l'intérêt qu'elle pourrait avoir en ergothérapie. De plus, cette tranche d'âge a été ciblée car en-dessous de 6 ans les capacités fonctionnelles ne sont pas encore assez

⁶ Les recherches non interventionnelles sont définies par les articles L.1121-1 et R1121-2 du code de la santé publique comme des recherches dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance. (Inserm, s.d.)

développées et les activités à cheval sont plus limitées. Au-dessus de 12 ans, les problématiques sont différentes car d'avantage liées à l'adolescence.

2.2. La recherche de sujets

Pour commencer, une stratégie géographique a été adoptée pour rechercher les sujets de l'étude. La prise de contact s'est faite auprès des personnes, susceptibles de répondre à l'enquête, situées notamment dans la région Rhône-Alpes (Haute-Savoie, Savoie, Ain, Rhône, Isère). Pour des raisons éthiques, la recherche s'est orientée préférentiellement vers des associations et des professionnels indépendants (ex : thérapeutes suisses) dont les démarches sont plus simples à mettre en œuvre. Le premier contact s'est fait par e-mail (Annexe V), puis par téléphone, pour vérifier si les critères de recherche étaient respectés.

En effet, la recherche des sujets devait répondre à plusieurs critères essentiels pour la poursuite de l'étude. Les centres ou les associations devaient proposer des séances de TAC, encadrées par des professionnels de la santé formés (ergothérapeutes ou autres). De plus, les participants à ces séances devaient être des enfants atteints de PC (peu importe les troubles moteurs et associés), âgés de 6 à 12 ans.

2.3. Le lieu de l'investigation

L'investigation s'est déroulée au sein d'un lieu unique : il s'agit d'une association de TAC qui accueille des personnes en situation de handicap dont l'atteinte peut être soit physique, psychique, relationnelle... C'est un centre thérapeutique spécialisé ayant le cheval comme partenaire de la relation. La présidente est éducatrice spécialisée, équicienne⁷ et thérapeute avec le cheval.

3. L'outil d'investigation

3.1. Justification du choix de l'outil : l'observation

Pour vérifier les hypothèses, la méthode la plus adaptée pour répondre à la recherche est l'observation. En effet, pour pouvoir évaluer le critère de jugement (la participation), le travail consistait à analyser une activité, comme abordée dans la partie théorique, grâce à des compétences acquises en ergothérapie.

⁷ Equicien © : (Mot déposée en INPI en Juillet 2010) Ce terme identifie un métier transdisciplinaire dont la caractéristique est la relation d'aide dans le cadre d'actions à médiation avec le cheval. (Claude, 2013)

Celle-ci s'est déroulée sur une séance complète de TAC composée de différentes activités qui paraissent toutes pertinentes à tenir compte dans l'accompagnement d'un enfant paralysé cérébral, que ce soit le travail à pied ou à cheval.

3.2. Mise en place de l'observation

Les observations se sont basées sur plusieurs critères méthodologiques (Giroux et Tremblay, 2009) :

- *Systématique* : C'est-à-dire que le recueil de données s'est fait grâce à une grille d'observation comme support, par un moyen papier/crayon. L'utilisation de l'outil vidéo n'a pas été possible pour des raisons de faisabilité et de démarche éthique trop compliquée. L'utilisation de la prise de note vocale, par auto-enregistrement, paraissait peu adaptée à la situation car cela nécessitait de rester à distance de l'enfant pour ne pas le perturber.

- *Non participante* : C'est-à-dire qu'en tant qu'observateur, il n'y a pas eu d'intervention dans le déroulement de la séance, il reste « spectateur ». Cela paraissait le plus approprié à la recherche car la présence en tant que membre participant pourrait influencer des comportements, et ce n'est pas l'objectif.

- *Non disséminée* : Pour des raisons éthiques, la présence en tant qu'observateur n'a pas été dissimulée aux membres participants et encore moins à l'enfant et ses parents dont leur consentement est le point de départ de cette démarche.

Il s'agit d'une étude *transversale*, c'est-à-dire une étude descriptive à un moment donné de plusieurs enfants différents. Ce type d'étude a été choisi car il a permis de faire des comparaisons. De plus, cela a permis de limiter les déplacements (longs et coûteux en temps) en observant plusieurs enfants le même jour. Il aurait été aussi pertinent d'observer le même enfant sur plusieurs séances, pour étudier une éventuelle évolution, mais cela demandait de se déplacer à plusieurs reprises.

3.3. Construction de l'outil

Afin de réaliser une observation de manière efficace et adaptée au sujet de recherche, une grille d'observation et une fiche, servant de support pour recueillir les informations, ont été construites. Ces deux outils sont basés sur les éléments de la partie théorique. Il n'a pas été possible d'utiliser des bilans validés car les versions intégrales sont payantes.

3.3.1. La grille d'observation

La construction de la grille d'observation s'inspire du SCOPE, Short Child Occupational Profile. C'est une évaluation validée qui permet d'analyser et de mesurer la participation de l'enfant au sein d'une activité occupationnelle. Cet outil se base sur les notions abordées dans le Modèle d'Occupation Humaine. (Bowyer et al, 2007) (Annexe VI)

Pour respecter les droits d'auteur, la grille d'observation se base uniquement sur quelques éléments de ce bilan. Il a été décidé d'observer et d'analyser les trois composantes qui influencent la participation, comme décrites dans la partie théorique. Pour la volition, l'observation se porte sur les attitudes de l'enfant qui traduisent une certaine motivation dans ce qu'il est en train de faire. Pour l'habituatation, elle se porte sur les comportements qui démontrent une certaine routine et un rôle social mis en place. Et pour les capacités de rendement, il s'agit d'observer les capacités de l'enfant sollicitées sur la tâche correspondante. Pour cela, trois à quatre items ont été développés par domaines pour des raisons de pertinence et de faisabilité d'observation (Annexe VII).

Afin que chaque étape de la séance puisse être cotée, la procédure suit une analyse d'activité : la séance de TAC est détaillée en différentes activités et tâches, de manière simplifiée. Pour pouvoir prendre en note les éléments de l'environnement qui entrent en jeu dans l'activité correspondante, une colonne « Commentaires » a été créée. Enfin, la cotation se fait par système de lettres et non de manière chiffrée car l'objectif de la grille n'est pas d'obtenir un score de la participation de l'enfant. (Annexe VIII)

3.3.2. La fiche d'informations

Il est évident qu'il y a des données qui ne peuvent pas être recueillies lors de l'observation mais qui seront utiles pour analyser les résultats. C'est pourquoi, il a été créé une fiche d'informations qui a été complétée avec l'aide de la thérapeute avant les séances. Elle regroupe des informations sur l'enfant (âge, sexe, pathologie...), sa participation à la TAC (l'origine de la démarche, les objectifs...) et les séances de TAC (matériel adapté, le cheval, fréquence et durée des séances...). (Annexe IX)

3.4. Le pré-test

Pour vérifier la faisabilité de l'outil, une étape de « pré-test » a été réalisée au sein d'une association d'équitation adaptée en Haute-Savoie. L'observation s'est déroulée sur une séance d'une heure auprès d'un enfant IMC de 9 ans (Annexe X). Grâce à ce pré-test, j'ai pu

m'entraîner à utiliser la grille dans une situation qui se rapproche fortement du sujet et d'apporter les modifications nécessaires sur la grille (Annexe XI). Ce pré-test a permis de conclure que la grille était adaptée et utilisable en situation réelle et que les données recueillies peuvent être analysables de manière pertinente.

4. Le recueil des données et la démarche d'analyse

Suite aux observations sur le terrain, le travail consistait à retranscrire sur informatique les données recueillies sur papier. Cette étape a été réalisée le plus rapidement possible après les observations pour prendre en note le maximum d'éléments encore en mémoire. Puis, l'analyse des données a été effectuée par un travail de repérage des éléments importants dans les grilles et d'une synthèse rapide. La grille d'analyse a été remplie afin de regrouper, comparer et trier les données répertoriées (Annexe XII). Enfin, l'analyse consistait à faire ressortir les éléments identiques et différents entre chaque enfant et de mettre en lien ces éléments avec les hypothèses et la partie théorique.

5. Les limites et difficultés rencontrées

5.1. Les limites de la méthode de recueil de données

Des biais peuvent déjà être objectivés quant à la mise en place même de l'observation. La limite principale à cette méthode est l'impossibilité de tout observer. Plusieurs choses ont sûrement dû m'échapper lors des observations. Ce biais est d'autant plus important qu'il n'y a qu'un seul observateur dans cette démarche de recherche.

Une autre limite peut être prise en compte : l'influence de ma présence sur le comportement de l'enfant et du thérapeute. Même si l'observation est non participante, il est possible que cela perturbe l'enfant dans sa séance.

5.2. Les difficultés rencontrées

L'observation est une méthode qui prend du temps. J'ai décidé de privilégier la qualité de l'analyse plutôt que la quantité des sujets. D'autant plus que j'ai rencontré quelques difficultés dans la recherche de sujets. En effet, la démarche consistait à se déplacer sur le terrain, j'ai dû restreindre l'échantillon sur le plan géographique. Dans la région, plusieurs structures proposent la médiation cheval dans un cadre thérapeutique mais peu accueillent des enfants paralysés cérébraux.

PARTIE III : ANALYSE DES RESULTATS

Lors de cette démarche de recherche, plusieurs observations ont été menées. Les données recueillies sont retranscrites dans les fiches d'informations et les grilles d'observation pour chaque enfant (Annexes XIII, XIV et XV). Tous les résultats ont été reportés dans la grille d'analyse (Annexe XVI). Cela a permis de formuler trois parties qui répondent à la problématique :

- Les enfants observés : Des facteurs individuels directs influenceraient leur participation.
- Le contexte de déroulement des séances : Le contexte général et le cadre d'intervention de la séance peuvent favoriser ou restreindre la participation.
- Les comportements et attitudes des enfants lors des séances : La volition, l'habituation et les capacités de rendement sont les éléments indicateurs de la participation de chacun.

Note : Pour préserver l'anonymat des enfants, j'ai volontairement modifié leur prénom.

1. Les enfants observés

La démarche de recherche a pu être menée auprès de trois enfants qui correspondent aux critères de méthodologie fixés au départ. Les âges sont relativement homogènes : Pierre, un garçon de 8 ans, et deux filles Laura et Valentine de 12 ans et 7 ans, respectivement.

1.1. Les différents tableaux cliniques

Laura et Valentine sont atteintes d'Infirmité Motrice Cérébrale et Pierre présente un tableau clinique de polyhandicap. Pour chacun d'entre eux, les troubles moteurs prédominent par une atteinte quadriplégique et des troubles associés qui viennent s'ajouter au handicap. Voici les différents tableaux cliniques :

- Laura : Elle présente de la spasticité. Ses troubles moteurs sont légers, elle peut se déplacer en marchant sans aide technique, avec des troubles de l'équilibre notamment sur des plans instables. Elle a le moins de troubles associés des trois, à savoir : des troubles du comportement qui se manifestent par un manque d'attention (son temps de concentration sur une tâche donnée est limité) et une gestion des émotions et du stress difficile.

- Valentine : Elle ne présente pas de spasticité. Ses troubles moteurs légers sont les mêmes que Laura. Elle a des troubles associés plus importants, à savoir : un retard mental léger, des troubles du langage (parle peu et avec difficultés), des déficiences sensorielles

notamment visuelles et auditives et des troubles du comportement comme une tendance à se refermer.

- Pierre : Il présente de la spasticité. Ses troubles moteurs sont beaucoup plus lourds. Il se déplace en fauteuil roulant manuel propulsé par une tierce personne, maintenu dans une coquille pour le sécuriser. Il a des troubles associés plus importants que les deux autres enfants, à savoir : un retard mental profond, des troubles du langage (ne parle pas) et des troubles du comportement comme des traits autistiques.

1.2. Leur expérience en TAC

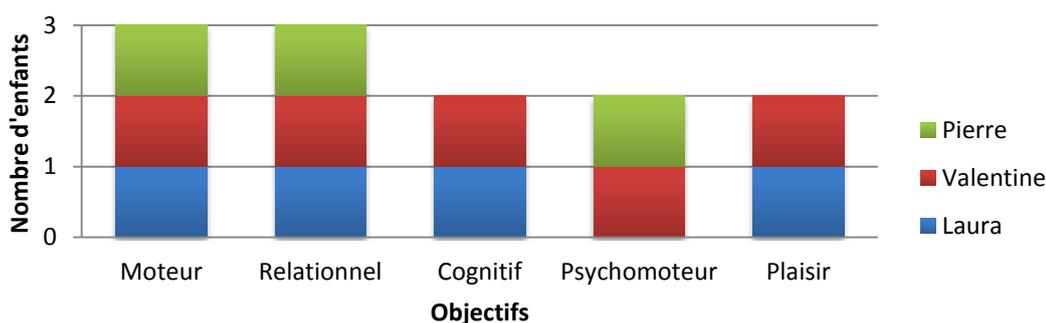
1.2.1. Origine de la démarche

L'inscription à des séances de TAC a la même origine pour tous : elle provient des parents et se fait sous prescription médicale. L'expérience dans la pratique de la TAC se compte en années et est légèrement différente selon les enfants. Laura participe depuis 4 ans, c'est elle qui a le plus d'expérience. Valentine participe depuis 2 ans et Pierre depuis 1 an.

1.2.2. Les objectifs de séances

Les objectifs pour les séances de TAC sont différents d'un enfant à l'autre. Ils sont fixés d'un commun accord entre le thérapeute de l'enfant et le demandeur (ici les parents). Ci-dessous, le graphique récapitule et classe les différents types d'objectifs pour chaque enfant.

Graphique 1 : Objectifs de chaque enfant dans la TAC



On peut remarquer que les séances de TAC abordent des objectifs très variés et répartis de manière relativement homogène. Chaque enfant a ses propres objectifs d'accompagnement :

Pour Laura, la pratique de la TAC est avant tout à visée thérapeutique, éducative, loisir et secondairement d'apprentissages équestre (équitation adaptée). Les objectifs sont le respect du cadre et des consignes, maintenir sa concentration et son attention, être en relation avec l'adulte, travailler l'équilibre du tronc et de l'ajustement tonique, prendre du plaisir.

Pour Valentine, les séances visent surtout le côté thérapeutique, éducatif et le loisir. Les objectifs sont un travail postural de l'équilibre, la proprioception et la psychomotricité, un travail des troubles du comportement (respect du cadre), de la relation (découvrir de nouvelles sensations) et de la communication : respect, écoute et compréhension des consignes, un travail pour l'autonomie, le plaisir.

Pour Pierre, les séances sont principalement à visée thérapeutique et rééducative. Les objectifs fixés sont de découvrir son corps autrement que dans un fauteuil roulant, entrer en relation et en communication avec autrui (le thérapeute ou le cheval), réguler son tonus en maîtrisant et contrôlant les gestes parasites, travailler l'équilibre (assis et debout).

2. Le contexte de déroulement des séances

2.1. Le contexte général

Le contexte général des observations était globalement similaire pour les trois enfants. Elles ont eu lieu au sein de la même structure. Elles se sont toutes déroulées en début d'après-midi, mais à des dates différentes entre fin mars et début avril. Pour les trois enfants, la fréquence et la durée des séances de TAC sont identiques : 45 minutes, une fois par semaine. Les conditions météorologiques étaient nuageuses et les températures froides.

2.2. Le contexte thérapeutique

2.2.1. L'environnement physique

L'environnement physique est le même pour les trois enfants. Il s'agit d'un milieu rural, proche des champs, de chemins de campagne et d'un petit village. Il y a plusieurs animaux comme des chevaux, des poneys, des chiens, des canards. Globalement, c'est un environnement calme et peu bruyant qui présente toutes sortes de stimulations sensorielles comme les odeurs de chevaux/de campagne, l'aspect visuel (dans le manège...), l'aspect auditif (hennissements...), l'aspect tactile (différents animaux...).

Pour Laura et Valentine, leur séance s'est déroulée dans différents lieux du centre équestre : à l'intérieur et à l'extérieur des box (où le cheval est attaché pour le pansage, à proximité de la sellerie) et dans le manège. Une partie de la séance de Valentine s'est déroulée sur des chemins de campagne. La séance de Pierre s'est déroulée entièrement dans le manège.

Aucun des enfants n'utilise de matériel adapté, si ce n'est un escalier pour les deux

filles pour les aider à monter à cheval. Laura et Valentine manipulent du matériel classique d'équitation (ex : brosses et cure-pied, licol, longe, différents harnais et selle). A cheval, Laura est sur une selle classique avec un licol et des rênes sans mort. Valentine monte avec un tapis (sans étriers) avec une poignée et des rênes adaptées. Et Pierre monte à cru (sans selle), avec un surfaix (large sangle pour se tenir), il ne prend pas les rênes pour diriger sa monture.

2.2.2. L'environnement humain

Tout au long de la séance, la personne la plus proche des enfants est son ou sa thérapeute : chacun en a un différent. Leur point commun est qu'il s'agit toujours du même thérapeute à chaque séance et que celui-ci est formé à la TAC. Le thérapeute de Laura est un homme, il est moniteur d'équitation, possède un DU coaching et un DU éthologie du cheval. La thérapeute de Valentine est une jeune femme, elle est équicienne accompagnante, en formation d'ostéopathie équine, et possède le BAFA. Celle de Pierre est la fondatrice et la directrice de l'association. Elle est éducatrice spécialisée, équicienne, thérapeute avec le cheval et possède la BPJEPS Equitation. Celle-ci est accompagnée d'une stagiaire.

Pour les trois enfants, il s'agit de séance individuelle et les parents ne sont pas présents. Cependant, d'autres membres de l'association sont présents : autres thérapeutes, stagiaires, cavaliers. Cet environnement humain est différent d'un enfant à l'autre. Lors de la séance de Laura, beaucoup d'autres personnes (cavaliers et membres de l'association) étaient présents, notamment lors du travail à pied, et un petit temps dans le manège. Lors de la séance de Valentine, il y avait beaucoup de monde au moment du rangement après la séance, sinon quasiment personne. Lors de la séance de Pierre, il y avait seulement un autre groupe de trois personnes présentes dans le manège durant la deuxième partie de sa séance.

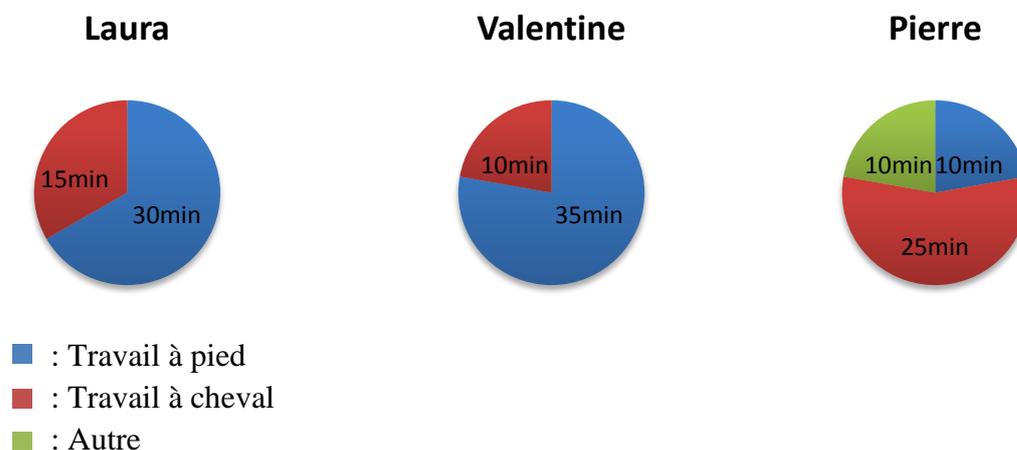
2.2.3. Le cheval ou le poney

D'une séance à l'autre, les enfants n'ont pas toujours le même cheval ou poney. Laura et Valentine choisissent en général celui qu'elles veulent monter, contrairement à Pierre. Lors des séances observées, il n'y a que Laura qui monte un cheval qu'elle ne connaît pas, les autres ont déjà monté leur poney. Globalement, les trois chevaux ont adopté un comportement similaire : calme, obéissant, docile, respectueux, attentif et parfois joueur. Ces derniers n'ont pas été dressés spécifiquement pour travailler avec des personnes en situation de handicap, mais ils sont choisis pour leur caractère docile, gentil et fiable auprès des enfants.

2.2.4. Les différentes activités réalisées

Le déroulement de la séance diffère d'un enfant à l'autre et notamment la répartition des activités dans le temps.

Graphique 2 : Répartition des activités dans le temps :



Les séances de Laura et Valentine suivent le même schéma de déroulement, à savoir :

- Un temps d'accueil
- Un travail à pied avec une première approche du cheval, le pansage, la préparation du matériel et du cheval (harnais), longer le cheval à pied.
- Un travail à cheval avec un temps d'installation, d'activité équestre, la descente. Pour Laura, l'activité équestre se compose d'un travail au pas avec jeu équestre et d'un travail au trot. Pour Valentine, l'activité équestre se compose d'une promenade.
- Un travail à pied avec le rangement du matériel et du cheval.

La séance de Pierre suit un autre schéma de déroulement étant donné que les temps de préparation et de rangements à pied ne sont pas réalisables. Sa séance se déroule comme suit :

- Accueil et première approche avec le cheval
- Travail à pied : exercice debout contre le poney
- Activité équestre : monte et travail au pas dans le manège
- Temps relationnel avec le poney pour la fin de séance

3. Les comportements et attitudes des enfants

Les comportements et les attitudes des enfants lors des séances reflètent leur participation selon les différentes activités. Les comportements des enfants sont traduits selon leur volition, leur habitude et leurs capacités de rendement. Ces trois composantes varient

en fonction de l'activité réalisée. Les tableaux ci-dessous illustrent pour chaque enfant observé les activités qui facilitent et limitent le plus la composante correspondante.

Graphique 3 : Comportements des enfants selon les activités réalisées :

+ : La composante de la participation est facilitée sur l'activité.

- : La composante de la participation est limitée sur l'activité.

Laura :

	Accueil / 1 ^{ère} approche cheval	Pansage / Préparation du matériel	Longer / s'installer / descendre	Activités à cheval
Volition	-			+
Habituations	+	-		+
Capacités		-	+	

Les comportements de Laura traduisent :

Une volition plus marquée sur les activités à cheval, plutôt ludiques où elle exprime le plus sa joie et reste bien concentrée. A l'inverse, ce sont les activités de début de séance où la volition est plus limitée.

Une habitude facilitée sur les activités de début de séance où elle participe activement à la vie du centre équestre : ramène du pré et douche un autre cheval. Cela est valable aussi lors des activités à cheval. A l'inverse, ce sont les activités complexes de travail à pied qui ne favorisent pas l'habitude.

Des capacités de rendement sollicitées entièrement sans être un frein, dans des activités simples et globales. A l'inverse, c'est dans les activités complexes, notamment dans l'utilisation des objets, où les capacités de rendement sont les moins importantes. Elle nécessite souvent de l'aide car ces activités requièrent de la dextérité globale et fine, l'élaboration de gestes complexes, des capacités cognitives (mémoire des brosses, de leur utilisation...).

On observe que ses comportements sont de plus en plus positifs au cours de la séance, et le sont d'autant plus sur les activités équestres en deuxième partie de séance, à cheval. Alors que son attitude reflète une moins bonne participation sur les activités de début de séance, surtout lors de la préparation du matériel.

Valentine :

	Accueil / 1 ^{ère} approche cheval	Pansage / Préparation du matériel	Longer	Rangements
Volition	+		+	-
Habituations	+	-		-
Capacités		-	+	

Les comportements de Valentine traduisent :

Une volition plus marquée sur les activités peu complexes du début, ainsi que sur l'activité la plus ludique de la séance (longer le cheval) où elle rigole le plus et prend des initiatives. A l'inverse, la volition est moins marquée au moment du rangement où l'environnement est plus stressant (manque de temps et beaucoup d'agitations autour).

Une habitude facilitée sur les activités de début de séance, moment bien ritualisé avec des repères stables. A l'inverse, comme pour Laura, ce sont les activités complexes de travail à pied qui ne favorisent pas l'habitude.

Comme pour Laura, des capacités de rendement meilleures dans des activités simples et globales. A l'inverse, c'est dans les activités complexes, notamment dans l'utilisation des objets, où les capacités de rendement sont les moins importantes. Elle nécessite souvent de l'aide car ces activités requièrent de la dextérité globale et fine, l'élaboration de gestes complexes, des capacités cognitives (mémoire des brosses, de leur utilisation...)...

Globalement, on observe des comportements plutôt positifs tout le long de la séance, il n'y a pas d'évolution croissante comme pour Laura. Elle a une attitude d'autant plus participative sur les activités simples et ludiques, et à l'inverse plus limitée sur les activités complexes qui requièrent une grande concentration.

Pierre :

	1 ^{ère} approche cheval	Echauffement	Exercice debout	Activités à cheval	Après-séance
Volition	+	-			+
Habituations	+	-	-	-	+
Capacités	-		+		-

Les comportements de Pierre traduisent :

Une volition plus marquée sur les activités relationnelles avec le poney où il exprime le plus sa joie. A l'inverse, c'est dans les premiers temps à cheval (échauffement) qu'il

exprime peu de signes de motivation.

Une habitude favorisée aussi sur les activités relationnelles avec le poney où il est le plus à l'aise. A l'inverse, ce sont les activités plus globales et nécessitant des efforts où l'habitude est moins favorisée.

Des capacités de rendement meilleures sur l'exercice debout : elles sont beaucoup sollicitées et ne sont pas un frein au déroulement de l'activité. A l'inverse, les moments où il est en fauteuil roulant ne permettent pas de favoriser ses capacités de rendement.

Globalement, l'attitude de Pierre est plutôt positive, il se montre souriant et à l'aise, sur les activités de contact direct avec le poney, là où ses capacités sont peu sollicitées. A l'inverse, il a une attitude moins participative sur les activités qui requièrent de grandes capacités physiques.

Les comportements et les attitudes divergent d'un enfant à l'autre et d'une activité à l'autre. Les différences sont d'autant plus marquées entre Pierre et les deux autres enfants. Globalement, la volition est favorisée dans les moments de contact avec le poney (surtout Laura et Pierre) et dans les moments ludiques (surtout Laura et Valentine). On observe que les trois enfants expriment principalement des émotions positives à différents moments de la séance. La concentration sur une tâche donnée fluctue d'un enfant à l'autre et selon l'activité réalisée. Concernant l'habitude, elle est favorisée sur les activités « extra-séance » (avant et après) : elles font partie de la séance mais correspondent plus à des moments de transition. L'enfant a l'occasion de participer à la vie du centre équestre sans avoir besoin de se concentrer sur une tâche complexe. A l'inverse, l'habitude est plus limitée sur les activités propres à la séance qui demandent beaucoup d'attention et qui laissent peu de place aux interactions en groupe, au respect des règles... Pour les trois enfants, il y a peu d'interactions avec les autres participants. Enfin, concernant les capacités de rendement, elles sont fortement sollicitées dans les séances, notamment les capacités motrices, la compréhension et l'utilisation des objets. Il arrive que le thérapeute intervienne pour de l'aide verbale et/ou physique quand la tâche est trop complexe.

Après avoir fait le point sur les résultats obtenus lors des observations, il serait intéressant d'en discuter pour faire un retour sur l'hypothèse et de voir les limites de cette recherche.

PARTIE IV : DISCUSSION

Les concepts théoriques ainsi que les investigations sur le terrain ont permis de mettre en avant l'influence de la Thérapie Avec le Cheval sur la participation de l'enfant paralysé cérébral à l'activité. Pour cela, je me suis intéressée aux facteurs environnementaux qui constituent le cadre d'intervention de cette thérapie et leur impact sur la volition, l'habituation et les capacités de rendement des enfants.

1. Interprétation des résultats

La participation à la TAC est globalement positive chez les trois enfants observés malgré des différences entre chacun. Celle-ci a pu être influencée directement par certains facteurs étudiés.

1.1. Les enfants

Dans un premier temps, il est intéressant de prendre en compte les facteurs propres à chaque enfant qui pourraient influencer directement leur participation à la TAC. Dans l'échantillon d'enfants observés, il y a deux filles et un garçon, ce qui pourrait permettre de mettre en évidence l'influence du genre sur leur participation, mais il me semble que ce n'est pas le facteur principal dans le cadre de cette enquête. En effet, un autre facteur pourrait d'avantage modifier la participation de chacun à l'activité : les troubles moteurs et associés. Les trois enfants présentent des tableaux cliniques différents, même s'il y a d'avantage de similitudes entre Laura et Valentine, et une grande différence avec Pierre. Nous allons voir que les troubles plus importants de Pierre peuvent influencer directement sur les activités qu'il réalise ou non et ses comportements, notamment ses capacités de rendement.

De plus, leur participation aux activités découle directement des objectifs thérapeutiques fixés à la base car ce sont eux qui garantissent une cohérence dans la prise en charge. Ainsi, on remarque que Pierre répond à des objectifs principalement ciblés sur la rééducation fonctionnelle, contrairement aux deux autres enfants qui ont des objectifs plus étendus. C'est pourquoi, malgré des niveaux de handicap différents, leur participation reste positive pour tous les trois, grâce aux objectifs adaptés à leurs capacités et besoins. Il est tout de même pertinent de remarquer que les séances sont à la fois à visée thérapeutique (rééducation motrice, cognitive et psychomotrice) et à la fois de loisir (prendre du plaisir). En effet, une

part importante de la thérapie est consacrée à la prise de plaisir et au côté relationnel, et pas seulement à la rééducation fonctionnelle.

Enfin, l'origine de la démarche pourrait expliquer certaines différences dans la participation de chacun. Mais dans cette enquête, la démarche d'inscription est la même pour les trois enfants ; ils participent librement à la thérapie, elle ne fait pas partie d'un programme de rééducation obligatoire. De plus, l'expérience de chacun est conséquente et se compte en années, ce qui signifie que les lieux leur sont familiers. On peut remarquer que c'est Laura qui a le plus d'expérience, ce qui pourrait influencer sa participation, notamment en termes d'habituatation.

En somme, l'échantillon d'enfants observés est composé de deux filles avec un handicap plutôt léger, qui répondent à des objectifs thérapeutiques globalement similaires, et qui ont le plus d'expérience en TAC. Et il y a un garçon avec un handicap plus lourd, qui répond à des objectifs plus ciblés et qui a le moins d'expérience en TAC. Cela pourrait permettre d'établir des comparaisons (similitudes et différences).

1.2. Le contexte thérapeutique

Le contexte général des séances (date, lieu, météo) était globalement le même pour les trois enfants donc il est difficile d'établir des comparaisons sur l'influence qu'il peut avoir sur leur participation. Il me semble que ce sont tout de même des points importants, comme le fait que les séances soient régulières toutes les semaines cela permettrait à l'enfant de suivre une certaine routine. Ou encore les conditions météorologiques peuvent influencer sur leur participation, par exemple la spasticité peut être renforcée quand il fait froid.

Comme énoncé dans la partie théorique, la participation des enfants à l'activité pourrait dépendre de facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles. Le cadre d'intervention est propre à la TAC et spécifique à chaque lieu de prise en charge. Lors des observations, les trois enfants faisaient partie de la même structure ce qui permet de faire des comparaisons : je constate que les différents éléments du cadre ont eu la même influence globale. Pour les trois enfants, les facteurs facilitant la participation à l'activité sont : l'environnement extérieur (en partie), le thérapeute, le cheval, et les activités équestres. Alors que les facteurs limitant la participation sont : l'environnement extérieur (en partie), l'environnement matériel, l'environnement humain (les autres participants).

Concernant l'environnement physique, il pourrait être un facteur à la fois facilitant et

limitant la participation de chaque enfant dans la mesure où il s'agit d'un milieu naturel et riche en stimulations sensorielles. En effet, une meilleure volition est observée chez Laura et Valentine, quand il s'agit de s'intéresser à leur environnement : autres chevaux et animaux, en promenade... Pour Pierre, cela est mis en évidence sur l'activité « Exercice debout » où il a la possibilité d'explorer ce qui l'entoure. De plus, leur participation est meilleure dans un milieu calme et sécurisant comme le manège (structure fermée, circulaire et couverte) où ils paraissent plus à l'aise et décontractés. En revanche, elle est plus limitée dans les moments où il y a trop de stimulations externes (bruits, agitations...), au moment du pansage/rangement pour Laura et Valentine, et lors de l'échauffement pour Pierre. Cela peut s'expliquer aussi, pour Laura et Valentine, par le fait que la manipulation du matériel (lors du pansage, préparation et rangement) demande des capacités motrices trop complexes : dextérité globale et fine, coordination bimanuelle, élaboration de gestes, qui peuvent être un frein.

En accord avec les concepts théoriques, les thérapeutes ont un rôle central dans la séance, qui pourrait faciliter la participation à l'activité. Malgré qu'ils soient différents pour les trois enfants, ils sont tous formés à la TAC et adoptent une attitude similaire, pédagogique, patiente et proche de l'enfant. Ils incitent les enfants à utiliser leurs capacités au maximum et apportent de l'aide verbale ou physique si besoin. L'environnement humain est aussi composé d'autres personnes bien que les séances soient individuelles. La notion de groupe n'est pas présente ni même l'interaction avec les autres, ce qui ne favorise pas le développement d'un rôle pour ces enfants. Ce dernier point est renforcé par le fait que la médiation par le groupe serait un élément important dans la participation de l'enfant à l'activité, mis en évidence dans le cadre du pré-test.

Le cheval est un facteur du cadre qui pourrait faciliter la participation des enfants à l'activité. En effet, l'attitude générale des chevaux est adaptée à des enfants en situation de handicap. De plus, on remarque que c'est pendant des moments relationnels de contacts directs avec le cheval que la volition est meilleure : j'observe que la relation établie est forte et qu'il est utilisé comme un véritable partenaire. Beaucoup de marques d'affection sont observées, surtout avec Valentine et Pierre. Pour Laura, il semble qu'au début de la séance, son cheval soit un frein à sa participation car elle ne le connaît pas et fait part de son inquiétude. Mais au fur et à mesure de la séance, il devient facilitateur ; elle exprime sa fierté et sa joie de travailler avec lui. Le fait que le cheval facilite la participation des enfants correspond aux concepts théoriques. En effet, cela renvoie aux fonctions symboliques qu'il peut avoir auprès d'eux : j'observe une attitude de fierté quand ils montent à cheval et aussi

une création de lien par des contacts répétés que les enfants cherchent à établir tout du long.

Enfin, la nature des activités réalisées lors de la séance pourrait influencer positivement la participation des enfants. Laura et Valentine, qui ont des troubles et des objectifs globalement semblables, suivent le même déroulement de séance avec un temps de travail à pied supérieur à celui à cheval. A l'inverse, la séance de Pierre se déroule principalement à cheval. Cela ne correspond pas à la théorie où il est décrit que dans la TAC le travail à pied est souvent privilégié. Cette répartition des activités dans le temps, différentes pour les trois enfants, peut s'expliquer par le fait qu'elles sont adaptées en fonction des objectifs fixés et évitent les situations d'échec. Malgré cette différence, des points communs sur leur participation émergent. J'observe que les enfants sont plus participatifs sur les activités ludiques et celles où ils prennent part à la vie générale du centre équestre.

L'hypothèse selon laquelle le contexte thérapeutique influencerait positivement la participation des enfants paralysés cérébraux aux activités de TAC est validée en partie : certains éléments du cadre facilitent, d'autres limitent. Cela correspond tout de même aux concepts théoriques selon lesquels un même environnement peut être facilitateur ou obstacle de la participation. Il est intéressant de mettre l'accent sur le fait que les différents éléments du cadre aient la même influence sur les trois enfants malgré la diversité de l'échantillon. Ainsi, un environnement naturel et calme paraît favorisé la participation et au contraire un environnement agité et bruyant la restreint. Par ses compétences, le thérapeute permet cette participation en proposant des activités adaptées basées sur le côté ludique en se servant de l'environnement proche, et notamment du cheval où les contacts corporels sont favorisés.

1.3. La participation de chacun

La participation globale à la TAC, influencée par les éléments décrits précédemment, est différente d'un enfant à l'autre. Cela est mis en évidence, lors des observations, par une modification des trois composantes selon les enfants et selon les activités réalisées. Ainsi, il semble que leur participation ne serait pas seulement due aux capacités de rendement ; la TAC permettrait une meilleure volition et le développement d'un rôle. Cependant ces propos sont à nuancer.

Pour Laura et Valentine, leur participation diffère selon les activités réalisées mais globalement il est possible de faire des rapprochements. Leurs capacités de rendement sont fortement sollicitées durant toute la séance mais ce ne sont pas les seuls éléments à influencer leur participation. En effet, la notion de volition est très présente : elles parlent beaucoup,

rigolent et expriment leur choix sur les activités qui les motivent. De plus, la notion de rôle est bien développée par le fait qu'elles sont actives au sein du centre équestre, elles réalisent des tâches en présence d'autres participants comme des cavalières à part entière. Cependant, cette notion de rôle est un peu limitée par le fait qu'il n'y ait pas de groupe ni d'interactions avec les autres participants.

La participation de Pierre est différente des deux autres enfants, notamment sur le déroulement de la séance : il ne peut pas réaliser certaines activités (comme le pansage...) à cause de son handicap plus lourd. A de nombreux moments de la séance, j'observe que sa participation dépend en grande partie de ses capacités de rendement. C'est-à-dire que j'observe peu de signes de volition ni d'habituatation aux moments où les capacités de rendement sont les plus sollicitées. Cela peut s'expliquer par le fait que les tâches trop complexes, qui lui demandent trop de concentration et d'adaptation, l'empêchent de « profiter » et d'être à l'aise sur l'activité. Au contraire, j'observe une meilleure volition par des sourires et des rires sur les activités où les capacités de rendement sont moins sollicitées. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont des moments où il est détendu et peut être dans la relation sans besoin d'efforts. De plus, le fait qu'il ne réalise pas d'activités à pied au sein du centre équestre et ses objectifs principalement à visée rééducative pourrait limiter le développement d'un rôle de cavalier comme observé chez les deux autres enfants.

L'hypothèse de départ selon laquelle la participation de l'enfant paralysé cérébral serait influencée positivement dans des séances de TAC est donc à nuancer selon les cas et les activités réalisées. Malgré leurs différents handicaps, les trois enfants peuvent participer à des activités diverses en étant les plus actifs possibles grâce aux objectifs fixés et au cadre d'intervention qui le permettent. Pour chacun, les capacités de rendement sont beaucoup sollicitées durant les séances car elles sont directement liées à la pathologie, mais la TAC ne permet pas seulement un travail fonctionnel. En effet, elle permet de favoriser la volition et le développement d'un rôle de cavalier. Ces deux notions ressortent d'avantage avant et après la séance, ainsi que sur des activités ludiques et relationnelles avec l'animal. Cependant, le rôle social n'est pas toujours mis en évidence, du fait du manque d'interactions avec les autres.

2. Les limites et les pistes de recherche

J'ai fait le choix de ne pas axer cette recherche sur la quantité de sujets mais sur la qualité des observations. C'est pourquoi, il me semble que les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés car l'échantillon des trois enfants n'est pas assez représentatif de la population des

paralysés cérébraux. Etant donné la diversité des tableaux cliniques de cette pathologie, il serait intéressant d'effectuer cette étude à plus grande échelle. Une autre limite à ma recherche est celle de la grille d'observation utilisée. Celle-ci ne reprend que quelques éléments du SCOPE, on ne peut donc pas dire qu'il s'agit d'un bilan fiable et validé et qu'elle permet de mesurer la participation de chaque enfant. C'est pour cela que j'ai décidé de ne pas étalonner de scores comme dans le bilan et de rester sur des données qualitatives.

En réalisant cette étude, on s'aperçoit que d'autres pistes de recherche peuvent être établies. Pour mesurer la participation de manière plus « équitable », il serait pertinent de réaliser une comparaison entre des enfants ayant les mêmes tableaux cliniques. De plus, pour vérifier si les facteurs environnementaux auraient les mêmes impacts dans un autre cadre, on pourrait comparer des séances dans des structures différentes. Enfin, la médiation par le groupe pourrait être un élément favorisant la participation des enfants. Cependant, je ne suis pas sûre que ce soit le cas pour les trois enfants observés dans la mesure où leur participation était meilleure sur les activités au calme, en relation duelle avec le thérapeute. Pour pouvoir le vérifier, une étude pourrait être menée en comparant des séances de TAC individuelles et en groupe.

Dans un accompagnement en ergothérapie, pour étudier la participation d'une personne à une activité, il est primordial d'avoir une vision globale et de prendre en compte tous les éléments de son environnement. Dans cette étude, je me suis intéressée aux facteurs qui pourraient influencer directement la participation des enfants aux activités. Cependant, il serait pertinent d'étudier les facteurs indirects comme le contexte socioculturel, les habitudes de vie... Ces données peuvent être recueillies en réalisant une enquête auprès des familles et en les interrogeant sur l'évolution et les progrès qu'ils ont pu observer grâce à la TAC. En effet, la prise en compte des familles, et notamment des parents, est un point clé dans l'accompagnement d'enfants en ergothérapie car ce sont eux qui vivent le handicap au quotidien (Malifarge, 2010). D'autant plus que dans le SCOPE, il y a une partie qui tient compte des familles avec une trame de questions d'entretien qui leur sont consacrées. Enfin, ce type d'étude pourrait indiquer l'intérêt que porte l'enfant à cette thérapie : un élément primordial pour l'ergothérapeute.

CONCLUSION

Pour conclure, la participation de l'enfant paralysé cérébral, telle décrite dans le Modèle d'Occupation Humaine, serait globalement favorisée dans des séances de Thérapie Avec le Cheval. Ce propos est possible d'affirmer, mais à nuancer, grâce à l'investigation menée sur le terrain en lien avec les concepts théoriques abordés. Monter à cheval n'est pas le principal facteur influençant la participation. L'environnement autour de cet animal serait source de motivation et de développement d'un rôle de cavalier. Il s'agit d'une activité thérapeutique, qui fait appel à des composantes individuelles (capacités motrices, cognitives, volition, habitude...), environnementales (culturelles, sociales...) et à des valeurs symboliques, dont l'intérêt est peu décrit dans la littérature et qui seraient intéressant d'étudier d'avantage notamment en ergothérapie.

La réalisation de cette enquête m'a permis d'approfondir mes connaissances et d'acquérir une méthode de recherche primordiale à l'exercice de notre profession. Elle soulève deux éléments pouvant être appliqués par des ergothérapeutes professionnels. Tout d'abord, ce mémoire illustre ce qu'est l'analyse d'activité en ergothérapie par le biais du Modèle d'Occupation Humaine et plus spécifiquement par le SCOPE. Il s'avère être un outil pertinent et facile à mettre en pratique. Cela peut être utile à l'élaboration d'un plan de traitement ou d'un projet de vie. De plus, ce mémoire permet d'étudier une thérapie susceptible d'intégrer un programme d'accompagnement d'un enfant paralysé cérébral. Dans un contexte où l'enfant a un emploi du temps surchargé de prises en charge, la TAC pourrait allier le côté thérapeutique et le plaisir, qui sort de l'ordinaire. Elle agirait sur sa participation qui est un élément important à prendre en compte pour le développement de l'enfant, l'acquisition de nouvelles compétences, son épanouissement et pour les familles.

Suite à ces constats établis grâce à mes expérimentations sur le terrain, il me semble que l'ergothérapeute a un rôle pertinent à jouer dans cette thérapie qui offre une multitude de possibilités thérapeutiques. C'est pour cela que d'un point de vue personnel, je projette de suivre une ou plusieurs formations pour pouvoir mettre en place ce genre de thérapie dans le cadre de séances d'ergothérapie. Il existe différents diplômes qui forment les professionnels de santé à diverses formes de thérapie, dont certaines sont plus axées sur le côté psychologique et psychique. Compte tenu des représentations symboliques que renvoie le cheval, quel serait l'impact sur la participation de personnes ayant des troubles psychiques ?

BIBLIOGRAPHIE

- Alexandre, L. (2010). Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux. Dans Alexandre, Lefévère, Palu et Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal
- ANFE, Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (s.d.) Récupéré en Novembre 2012 à http://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=64
- Aubard. (2007). Activité thérapeutique et cheval. *VST-Vie sociale et traitements*, 2(94), pp. 117-120
- Avril, B. J. (2010). Rééducation sensitivo-motrice de l'enfant. Dans Alexandre, Lefévère, Palu et Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal
- Benda, M. G. (2003). Improvements in muscle symmetry in children with cerebral palsy after equine assisted therapy. *The journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(6), pp. 817-825
- Bérard. (2010). *La paralysie cérébrale de l'enfant : guide de la consultation, examen neuro-orthopédique du tronc et des membres inférieurs* (éd. 2e édition). Sauramps Médical
- Bérard, H. (2005). L'accompagnement pluridisciplinaire. Dans Cottalorda, Bourelle, Chotel et Dohin (dir.), *L'infirme moteur cérébral marchant, de l'annonce du handicap à la prise en charge de l'adulte*. Sauramps médical
- Bois. (2010). Quel accompagnement pour améliorer l'indépendance dans les activités de vie quotidienne. Dans Alexandre, Lefévère, Palu et Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal
- Bournas. (2010). Thérapie avec le cheval. Récupéré en Décembre 2012 à www.atoutcrin.com
- Bowyer, K. K.-B. (2007). Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(4), pp. 67-85
- Bracher. (2000). Therapeutic Horse Riding : Wath has this to do with Occupational Therapists ? *British Journal of Occupational Therapy*, 63(6), pp. 277-282

- Bult, V. J. (2011). Wath influences participation in leisure activities of children and youth with physical disabilities ? A systematic review. *Research in Developmental Disabilities* (32), pp. 1521-1529
- Casady, N.-L. (2004). The effect of hippotherapy on ten children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy* (16), pp. 165-172
- Chapireau. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société* (99), pp. 37-56
- Chefdhotel. (2009). Cheval, mon beau miroir. *Le Carnet PSY*, 9(140), pp. 46-50
- Claude. (2013). Catalogue 2013 de la Fédération Nationale Handi Cheval. Récupéré en Mai 2013 à <http://www.handicheval.asso.fr/>
- Desclefs, D. (2006). Equithérapie et delphinothérapie : comparaison de deux méthodes de "zoothérapie" et approche éthique de bien-être animal (Thèse de doctorat vétérinaire). Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort
- Ferland. (2010). Le jeu, tel que conçu dans le modèle ludique. Dans Alexandre, Lefévère, Palu et Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal
- Franck, M. D. (2011). Effect of hippotherapy on perceived self-competence and participation in a child with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy* (23), pp. 301-308
- Galletier. (2010). *Pourquoi les chevaux nous font tant de bien*. Edition du Rocher.
- Giroux, T. (2009). *Méthodologie des sciences humaines - La recherche en action* (éd. 3e édition). ERPI
- Inserm, Institut National de la santé et de la recherche médicale (s.d.). Récupéré en Mai 2013 à <http://extranet.inserm.fr/informations-juridiques/recherche/recherches-non-interventionnelles>
- Kielhofner. (2008). *Model of Human Occupation, Theory and application* (éd. 4e édition). Lippincott, William & Wilky
- Lawlor, M. W. (2006). A qualitative study of the physical, social and attitudinal environments influencing the participation of children with cerebral palsy in northeast England.

Pediatric Rehabilitation, 9(3), pp. 219-228

Leflem, G. (2010). Une évaluation des fonctions cognitives : pour qui ? A quel moment ? Pourquoi ? Dans Alexandre, Lefèvre, Palu et Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal

Le petit Larousse (2002). *Dictionnaire* p. 38, p. 709

Loi "Handicap" du 11 février 2005. Récupéré en Novembre 2012 à <http://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>

Loo, G. (2003). Se mettre à l'écoute du cheval dans une démarche de Thérapie Avec le Cheval. *Congrès de Budapest*

Malifarge. (2010). L'annonce du handicap et l'impact en rééducation. Dans Alexandre, Lefèvre, Palu et Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie*. Solal

Martin. (s.d.). FENTAC La Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval. Récupéré en Janvier 2013 à <http://www.fentac.org/accueil/>

McGibbon, B. D.-S. (2009). Immediate and long-term effects of hippotherapy on symmetry of adductor muscle activity and functional ability in children with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*(90), pp. 966-974

Meyer. (2011). Méthode d'analyse d'activité. Notes de cours. Institut de formation en ergothérapie. Université Claude Bernard Lyon 1

Mihaylov, J. C. (2004). Identification and description of environmental factors that influence participation of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*(46), pp. 299-304

MOHO Clearinghouse Model Of Human Occupation. Récupéré en Janvier 2013 à <http://www.uic.edu/depts/moho/>

Morel-Bracq. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Solal

Proust, C. A. (2004). Apport de l'hippothérapie dans la prise en charge du handicap. *Journal de la Réadaptation médicale*, 24(3), pp. 86-89

Sachsé. (2005). *Sur mes quatre jambes*. Editions du Rocher

SCPE. (s.d.). Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. Récupéré en Décembre 2013 à http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/scpe2/site_scpe/index.php

Snider, K.-B. K. (2007). Horseback riding as therapy for children with cerebral palsy : is there evidence of its effectiveness ? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(2), pp. 5-23

Tissot. (s.d.). Thérapie avec le Cheval. *Thérapie avec le Cheval Pour quoi & Pourquoi ?*. Plaquette de communication. Foyer Clair Bois Pinchat : Genève

Truscelli, L. M.-M. (2006). Infirmité motrice cérébrale. *Kinésithérapie Médecine physique Réadaptation*, 26-480-A-05(8-0781)

Vuillerot. (2011). La paralysie cérébrale. Notes de cours. Institut de formation en ergothérapie. Université Claude Bernard Lyon 1

ANNEXES

Sommaire des annexes :

Annexe I : Etiologies de la paralysie cérébrale	1
Annexe II : Différentes classifications de la PC	2
Annexe III : Schéma du modèle d'Occupation Humaine de Kielhofner	5
Annexe IV : Fiche d'information et de consentement éclairé.....	6
Annexe V : E-mail de contact avec les professionnels	9
Annexe VI : Le SCOPE	10
Annexe VII : Construction de la grille d'observation	18
Annexe VIII : Grille d'observation	20
Annexe IX : Fiche d'information	23
Annexe X : Pré-test	25
Annexe XI : Modifications apportées à la grille de pré-test.....	31
Annexe XII : Grille d'analyse vierge	33
Annexe XIII : Observation de Laura.....	36
Annexe XIV : Observation de Valentine	45
Annexe XV : Observation de Pierre.....	55
Annexe XVI : Grille d'analyse des résultats	64

Annexe I : Etiologies de la paralysie cérébrale

La PC survient après lésion(s) cérébrale(s) de la période anté-, néo- ou postnatale. Les différentes étiologies sont les suivantes (Bérard, 2010) :

- Anténatales

Il s'agit des causes ou des facteurs de la PC avant la naissance de l'enfant. Elles représentent environ un quart des cas et peuvent être dues à :

- Des accidents vasculaires cérébraux
- Des malformations cérébrales
- Des fœtopathies, c'est-à-dire des maladies affectant le fœtus (enfant durant les 7 derniers mois de la vie utérine). Exemple : toxoplasmose, rubéole, syphilis, herpès

- Néonatales

Il s'agit des causes ou des facteurs de la PC survenant durant la période allant de la naissance à 4 semaines (nouveau-né). Elles représentent environ 36% des cas et peuvent être dues à :

- Une prématurité : c'est-à-dire une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée.
- Un retard de croissance intra-utérin RCIU
- Une souffrance fœtale aigüe : c'est-à-dire une diminution de l'oxygénation du fœtus pendant l'accouchement.

- Postnatales

Il s'agit des causes ou des facteurs de la PC survenant durant la période allant de 4 semaines à 2-3 ans. Elles représentent moins de 10% des cas et peuvent être dues à :

- Une infection
- Un traumatisme crânien
- Une tumeur cérébrale
- Un bas débit per opératoire

Annexe II : Classifications de la paralysie cérébrale

Il existe différentes classifications de la PC, dont voici les principales :

- **Classification selon le type d'atteinte neurologique prédominante**

Cette classification est la plus utilisée, elle se base sur les aspects cliniques de la PC qu'elle détermine selon trois groupes principaux (Classification SCPE) :

- **Forme spastique** : c'est la plus fréquente (85% des cas). Elle se caractérise par des anomalies de la posture et/ou du mouvement, par une augmentation du tonus musculaire qui devient trop fort et incontrôlable (pas nécessairement en permanence) et par des réflexes pathologiques (ex : réponse de Babinski).
- **Forme dyskinétique** ou « mouvements involontaires » (7% des cas) : elle se caractérise par des anomalies de la posture et/ou du mouvement, par des mouvements involontaires, incontrôlés, récurrents, parfois stéréotypés des parties du corps touchées. Chez les formes dyskinétiques, il peut y avoir une atteinte dystonique (hypokinésie + hypertonie) ou choréo-athétosique (hyperkinésie + hypotonie).
- **Forme ataxique** (5% des cas) : elle se caractérise par des anomalies de la posture et/ou du mouvement et par une perturbation de la coordination musculaire. C'est-à-dire, les mouvements sont effectués avec une force, un rythme et une précision anormaux.
- **Forme mixte** : elle regroupe les trois précédentes.

- **Classification selon l'atteinte topographique**

Cette classification regroupe les formes de PC selon la distribution anatomique des atteintes motrices (Bérard, 2010).

Dans les formes unilatérales, on trouve :

- **Hémiplégie** : c'est l'atteinte motrice d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté.
- **Monoplégie** : il s'agit d'une forme plus rare où un seul membre est atteint, soit un membre supérieur soit un membre inférieur. L'autre membre reste intègre.

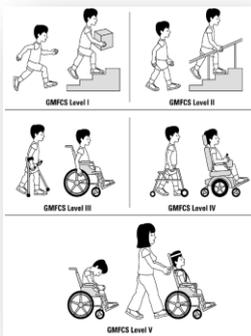
Dans les formes bilatérales, on trouve :

- **Diplégie** : il s'agit d'une atteinte motrice des deux membres inférieurs.

- Triplégie : il s'agit d'une atteinte motrice des deux membres inférieurs et d'un membre supérieur. Souvent, il s'agit d'une diplégie et d'une hémiplégie associées, ce qui explique l'asymétrie de l'atteinte des membres inférieurs (déficit plus important du côté du membre supérieur atteint).
- Quadriplégie : il s'agit de l'atteinte motrice des quatre membres du corps. Elle est souvent asymétrique et le déficit prédomine soit aux membres inférieurs, soit d'un côté...

- **Classification selon les capacités fonctionnelles**

Elle repose sur le système de classification de la fonction motrice globale (Gross Motor Function Classification System, GMFCS). Elle classe les différents types de PC selon les niveaux d'atteintes de la marche :



- Niveau I : marche sans limitation ; difficultés dans les activités motrices globales plus évoluées.
- Niveau II : marche sans aide technique ; difficultés pour la marche à l'extérieur et dans les lieux publics.
- Niveau III : marche avec aide technique ; difficultés pour la marche à l'extérieur et dans les lieux publics.
- Niveau IV : Déplacement autonome difficile ; aide d'une tierce personne ou utilisation d'un fauteuil roulant électrique.
- Niveau V : déplacement extrêmement limité même avec une aide technique.

- **Classification selon les déficiences associées**

Dans la PC, des déficiences viennent souvent se surajouter au handicap moteur de l'enfant. Ces déficiences associées peuvent être (Bérard, 2010) :

- Déficience cognitive
- ➔ Retard mental : l'enfant peut souffrir d'une déficience intellectuelle. Sa sévérité est appréciée par le QI (Quotient Intellectuel). Une déficience intellectuelle, même légère, aura des conséquences sur le quotidien de l'enfant et notamment sur sa scolarité.
- ➔ Troubles neuropsychologiques : Ces troubles concernent le langage (la parole, l'articulation, la phonologie, la syntaxe, le lexique), les troubles neuro-visuels (agnosies visuelles : difficultés à appréhender l'espace par la vue), des dyspraxies

(notamment gestuelles, difficultés à exécuter une fonction, organiser une séquence de mouvement. On observe des gestes maladroits.)

➔ Autres : Les déficiences cognitives peuvent aussi toucher les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire, etc.

- Epilepsie

Chez l'enfant paralysé cérébral, des crises d'épilepsie peuvent se manifester de manière partielle (motrice ou cognitive) ou généralisée. La crise d'épilepsie n'altère pas les fonctions motrices mais peut entraîner une stagnation des acquis. Un traitement existe pour limiter ces crises. (Truscelli et al, 2006)

- Déficience sensorielle

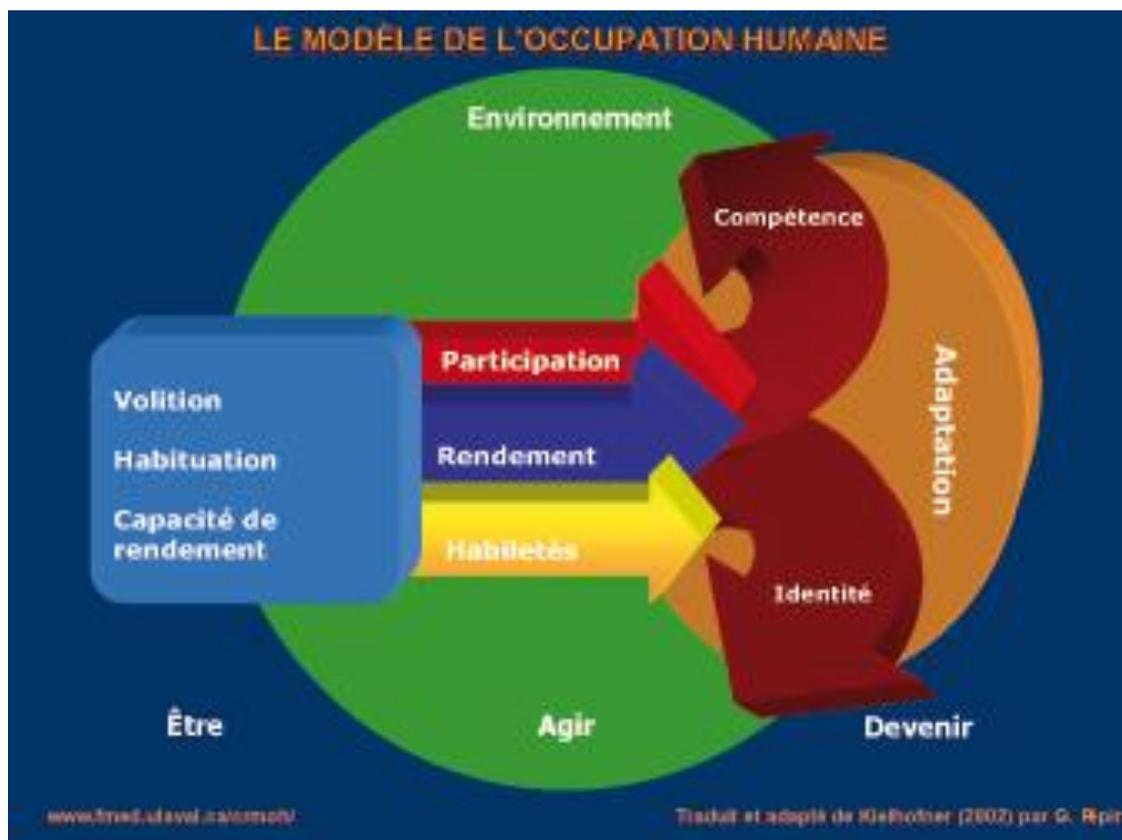
La déficience sensorielle peut toucher l'audition avec la présence d'hyperacousie ou d'agnosies auditives. Elle peut aussi être d'ordre visuel comme un strabisme, une réfraction ou une cécité. Enfin, cette déficience peut atteindre la sensibilité superficielle (le toucher avec une hyposensibilité ou une hypersensibilité tactile) ou la sensibilité profonde.

- Autres

D'autres déficiences associées existent comme des troubles du comportement.

Annexe III : Schéma du modèle d'Occupation Humaine de Kielhofner

Voici le schéma représentant le modèle d'Occupation Humaine de Gary Kielhofner :



Issu de MOHO Clearinghouse Model Of Human Occupation,
<http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh/>

Annexe IV : Fiche d'information et de consentement éclairé

LETTRE D'INFORMATION

POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Titre de la recherche : La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'ergothérapie, j'effectue une étude d'initiation à la démarche de recherche clinique. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Le but de ma recherche est de déterminer quels sont les facteurs influençant la **participation** de l'enfant paralysé cérébral à des séances de **Thérapie avec le Cheval**. Outre les bénéfices thérapeutiques sur les plans fonctionnel et cognitif, il me semble intéressant d'étudier l'influence du cadre d'intervention de cette thérapie sur la motivation et le rôle social pour l'enfant.

Pour cela, j'ai besoin d'effectuer une **observation** d'une séance de Thérapie avec le Cheval dans laquelle votre enfant est présent, au sein de l'association « ... ». Durant l'observation, je n'interviendrais pas dans le déroulement de la séance, je serais présente seulement en tant que « spectatrice ».

Le recueil des données se fera sur un support « papier-crayon » grâce à une grille construite en fonction des critères cités ci-dessus. Je me placerais en retrait afin de ne pas gêner le déroulement de la séance.

Préalablement à cette observation, j'ai besoin de recueillir des informations générales, auprès de Mme C. directrice de l'association « ... », concernant votre enfant et sa participation à la Thérapie avec le Cheval.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Concernant le recueil des données :

- Les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle
- Il est strictement anonyme
- Il est effectué à des fins de recherche

Note : Votre collaboration n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser que votre enfant participe à ma démarche.

Si vous le souhaitez, je pourrais vous communiquer les résultats obtenus.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, je vous invite à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Si vous avez des questions, vous pouvez à tout moment me contacter :

Mlle Mabboux Julie, [tel : ..., e-mail : ...]

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE DANS LE CADRE D'UN
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE**

Titre de la recherche : La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral

Je soussigné(e)(*nom et prénom*),

agissant en qualité de : Père Mère Tuteur

accepte que(*nom et prénom de l'enfant*)

participe à l'étude « **La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral** ».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués. J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE DANS LE CADRE D'UN
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE**

Titre de la recherche : La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral

Je soussigné(e) (*nom et prénom*),

Agissant en tant que directrice de l'association [...],

Autorise Mlle MABBOUX Julie à participer à une séance de Thérapie avec le Cheval en tant qu'observatrice dans le cadre de son étude « **La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral** ».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués. J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur Signature du sujet

Annexe V : E-mail de contact avec les professionnels

Bonjour,

Je me présente, je suis Julie, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'institut de formation de Lyon. Durant cette dernière année, je réalise un mémoire de fin d'étude portant sur la Thérapie Avec le Cheval auprès d'enfants atteints de paralysie cérébrale. Je m'interroge sur les différents facteurs qui peuvent influencer la participation de l'enfant à cette activité.

Pour réaliser mon étude, je suis à la recherche de centres / associations et de professionnels (ergothérapeutes ou autres) qui seraient d'accord pour que j'assiste (en tant qu'observatrice) à une ou plusieurs séances de Thérapie Avec le Cheval. Cela se ferait dans le cadre d'une démarche éthique.

C'est pourquoi je vous sollicite :

- Tout d'abord pour vous demander si vous pratiquez de la Thérapie Avec le Cheval et si vous accueillez des enfants atteints de paralysie cérébrale ?
- Si c'est le cas, travaillez-vous en lien avec des ergothérapeutes (ou autres professionnels de santé) ?
- Enfin, seriez-vous intéressée par ma démarche et pour se rencontrer ?

Je vous remercie par avance.

Cordialement,

MABBOUX Julie

Etudiante en 3ème année d'ergothérapie

Institut de formation de Lyon

Tel : ...

Annexe VI : Le SCOPE

Voici les différents documents disponibles sur le site internet MOHO Clearinghouse Model Of Human Occupation, <http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh/>.

Il s'agit seulement d'une partie du SCOPE ; la version intégrale du bilan étant payante.

SCOPE v2.2: Short Child Occupational Profile (SCOPE) SCOPE Summary Rating Form

Client: _____ ID: _____		Assessor: _____
Age: Years _____ Months _____		Signature: _____
Date of Birth: ____/____/____		Date of Evaluation: ____/____/____
Gender: Male _____ Female _____ Grade: _____		Initial _____ Re-evaluation _____ Discharge _____
Date of referral/admission: ____/____/____		Evaluation Setting: _____
Dx./Reason for referral: _____		CONTRAINDICATIONS (Allergies, etc): _____
Background Information		
Primary caregiver/s: _____		
Where does the client live? _____		
Who else lives in the household? _____		
School/day care information: _____		
Comments: _____		
F	Facilitates	Facilitates participation in occupation.
A	Allows	Allows participation in occupation.
I	Inhibits	Inhibits participation in occupation.
R	Restricts	Restricts participation in occupation.

Analysis of Strengths and Challenges:

Summary of Ratings:

Exploration	Volition			Habituation			Communication & Interaction Skills				Process Skills				Motor Skills				Environment					
	Expression of Enjoyment	Preferences & Choices	Response to Challenge	Daily Activities	Response to Transitions	Routine	Roles	Non-Verbal Communication	Verbal/Vocal Expression	Conversation	Relationships	Understands & Uses Objects	Orientation to Environment	Plan & Make Decisions	Problem Solving	Posture & Mobility	Coordination	Strength	Energy/Endurance	Physical Space	Physical Resources	Social Groups	Occupational Demands	Family Routine
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

VOLITION

Exploration

The child engages in visual, tactile, and/or oral exploration of objects, persons, and the environment.

F	The child spontaneously initiates and persists in exploration of the environment.	<i>Comments:</i>
A	The child requires occasional cues, encouragement, or support to initiate and sustain exploration of the environment.	
I	The child requires substantial support, cues, or encouragement to initiate and sustain exploratory behaviors.	
R	The child does not respond to or interact with physical and social stimuli.	

Expression of Enjoyment

The child demonstrates satisfaction with activities and/or the outcomes of actions.

F	The child spontaneously expresses enjoyment during and/or following an activity.	<i>Comments:</i>
A	The child's demonstration of satisfaction and enjoyment is somewhat limited during and/or following an activity.	
I	When engaged in activities, the child may demonstrate some enjoyment but it is usually mixed with anxiety and frustration.	
R	The child consistently expresses anxiety and/or frustration when engaged in activities.	

Showing Preferences and Making Choices

The child chooses or demonstrates a clear sense of likes and/or dislikes toward certain objects, events, or people.

F	The child demonstrates a strong sense of preference for a variety of objects, activities, or persons.	<i>Comments:</i>
A	The child hesitates when given choices; requires cues and suggestions in order to indicate a preference or make a choice, but is able to make a choice with support.	
I	The child often relies on others to make choices and is unsure of own preferences.	
R	The child does not choose and/or does not appear to have preferences for objects, activities, or persons.	

Response to Challenge

The child engages in new activities and/or accepts the opportunity to achieve more, or perform under condition of greater demand.

F	The child spontaneously seeks and persists in new or more challenging activities.	<i>Comments:</i>
A	The child spontaneously attempts new or more challenging activities, but is easily frustrated and/or needs some support in order to persist.	
I	The child usually requires significant support to engage in new and more demanding activities and to overcome frustration and persist during such activities.	
R	The child avoids new or more challenging activities because they elicit a high level of frustration.	

Short Child Occupational Profile (SCOPE) Rating Totals Form*

Client: _____	ID: _____	Assessor: _____	Date of Evaluation: ____/____/____	Type: Initial	Re-evaluation _____
Date of Birth: ____/____/____	Gender: Male _____ Female _____	Grade: _____			
Additional Comments: _____					

Step One: Record and/or transfer your SCOPE ratings

Volition		Habituation				Communication & Interaction Skills				Process Skills				Motor Skills				Environment									
		Response to Challenge	Prefereces & Choices	Expression of Enjoyment	Exploration	Daily Activities	Response to Transitions	Routine	Roles	Non-Verbal Communication	Verbal/Vocal Expression	Conversation	Relationships	Understands & Uses Objects	Orientation to Environment	Plan & Make Decisions	Problem Solving	Posture & Mobility	Coordination	Strength	Energy/Endurance	Physical Space	Physical Resources	Social Groups	Occupational Demands	Family Routine	
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

Step Two: Convert the SCOPE ratings to numbers using the following key: F = 4, A = 3, I = 2, R = 1

Step Three: Sum the numbers for each section to obtain Section Rating Totals

Volition Rating Total: _____	Habituation Rating Total: _____	C/I Skills Rating Total: _____	Process Skills Rating Total: _____
Motor Skills Rating Total: _____	Environment Rating Total: _____		

Step Four: Sum the Section Rating Totals to obtain the Overall Rating Total

SCOPE Overall Rating Total: _____

*These sum ratings are not measures or standardized scores but allow one to compare sections and describe the direction of change during re-evaluation.
 **The Environment Section Rating Total should not be compared to the other Section Rating Totals.

Parent Interview: *Abbreviated Format*

Volition

- Tell me about the types of things your child enjoys/enjoys doing.
- How do you know when your child is interested in an activity, toy/object, or person?
- Tell me about the types of choices your child makes during his/her day.
- What are some things that you think your child feels he/she does well or that he/she is proud of doing?
- What does your child do when things become difficult?

Habitation

- Describe your child's typical weekday and weekend routine at home/school/in the community.
- How does your child respond when it is time to stop one activity and move on to another activity/location?
- What roles does your child have right now and what things does your child do in that role (e.g., friend, family member, student)?

Skills: Communication & Interaction, Process, and Motor Skills

- How does your child let you and others know what he/she wants, how he/she feels, and/or convey his/her ideas (e.g., non-verbal communication, simple sentences, one word answers)?
- How does your child get along with/cooperate with others?
- What does your child do when he/she hears, sees, or notices different things in his/her surroundings, like people and objects (e.g., a telephone ringing, a familiar street sign, a fork)?

The Short Child Occupational Profile Parent Report Form

Child's Name _____ Please Return By _____

Please read each statement below. Then, decide if this activity is a *challenge* (something that is difficult for your child) or a *strength* (something your child does well).

Activity	This is a challenge	This is a strength	Examples/Comments:
Touching, looking at, playing with, or trying new things.			
Showing enjoyment or happiness when playing or doing something he/she likes (for example, clapping when finished, smiling).			
Knowing what he/she likes; choosing a favorite toy, person, or activity.			
Continuing an activity even when it becomes difficult.			
Taking care of his/herself (for example, getting dressed, washing his/her body, eating).			
Stopping one activity and beginning another when asked.			
Understanding and following routines (for example, getting ready in the morning, bedtime routines, beginning the school day, bedtime routines).			
Doing things that are part of being a family member, friend, or student (for example, doing chores at home, playing with a friend, or doing homework).			
Using facial expressions and gestures to indicate wants, needs, and moods.			
Using his/her voice or words to indicate wants and needs.			
Talking with friends, family, and others to share thoughts or ideas (for example, telling parents about the school day, telling a friend a story).			
Interacting with others in an appropriate way (for example, listening, cooperating, taking turns).			
Choosing and using objects appropriately (for example, choosing a pencil to write, using a spoon/fork to eat, putting gloves on hands).			
Noticing and responding to things around him/her (for example, answering a vibrating cell phone, stopping at a stop sign, leaving the building when hearing a fire alarm).			

**Short Child Occupational Profile (SCOPE)
Intervention Planning Form**

Client: _____ ID: _____ Date of birth: ____/____/____	Assessor: _____ Date: _____ Evaluation Settings: _____
---	--

SCOPE Section						
	Volition	Habituation	Communication & Interaction Skills	Process Skills	Motor Skills	Environment
Areas of Strength:						
Areas to Address:						

Goals & Intervention Strategies

Goal One: _____

Short Term Objective: _____

Intervention Strategies & Family Involvement: _____

Short Term Objective: _____

Intervention Strategies & Family Involvement: _____

Goal Two: _____

Short Term Objective: _____

Intervention Strategies & Family Involvement: _____

Short Term Objective: _____

Intervention Strategies & Family Involvement: _____

SCOPE Goal and Intervention Planning Chart

SCOPE Item	Item Definition	Key Words	Example Goal	Strategies for Intervention	Theoretical Reasoning	Family Involvement
Exploration	The child engages in visual, tactile, and/or oral exploration of objects, persons, and the environment	<ul style="list-style-type: none"> Investigates Explores Attempts Tries new things Examines Shows curiosity Seeks Attends Notifies Responds Shows interest Touches Engages Watches 	<ul style="list-style-type: none"> Child will investigate 2 new objects when they are placed within reach with verbal cues. Child will show interest in an object by visually attending to that object when placed in front of him/her. 	<ul style="list-style-type: none"> Provide the child with opportunities to explore new objects and encourage free play in a safe, appropriate environment. Have the child identify a new game or activity he/she would like to try. Provide physical support when needed to enable the child to demonstrate exploration of new activities. Provide the child with various types of toys (musical, interactive/spoons/games) to encourage identification of interests. 	<p>When a child explores he/she:</p> <ul style="list-style-type: none"> develops interests learns about the environment learns about his/her abilities. 	<ul style="list-style-type: none"> Provide the child with new play options and settings (toys, playgrounds, objects, groups, or programs). Support the child to try a range of home chores and self-care tasks. Learn physical positioning/support techniques to facilitate the child's optimal engagement with objects.
Expression of Enjoyment	The child demonstrates satisfaction with activities and/or the outcomes of actions.	<ul style="list-style-type: none"> Expresses Verbalizes Shows animation Smiles Demonstrates Enjoys Is proud of Exhibits Claps Shows off 	<ul style="list-style-type: none"> Child will demonstrate enjoyment using appropriate words or facial expressions after successful engagement in an activity with verbal cues in 3 weeks. 	<ul style="list-style-type: none"> Validate the child's expressions by verbally acknowledging what you see ("You like that" or "I can see you are frustrated"). Review video-taped sessions and share with the child and/or parent when appropriate. Model and label enjoyment expressions on toys (Mr. Potato Head, dolls, etc.). 	<p>Satisfaction through enjoyment of activities and experiences:</p> <ul style="list-style-type: none"> encourages further interaction with objects, people, and the environment allows children to develop interests facilitates self-efficacy. 	<ul style="list-style-type: none"> During play at home, become aware of and respond to the child's appropriate expressions of likes/dislikes. During activities that the child finds difficult, focus on the positive and fun aspects of the activity or outcome. For example, have a race to see who can clean up the fastest.

Annexe VII : Construction de la grille d'observation

Pour construire la grille d'observation, j'ai choisi de développer 3 à 4 items pour chacune des trois composantes individuelles de la participation (volition, habitude, capacités de rendement) :

La volition :

La volition peut se traduire par les trois items suivants :

- L'expression d'émotions positives comme la joie (sourires), l'euphorie... L'enfant exprime ses émotions par communication verbale ou non verbale, il affirme clairement ses préférences et ses choix. Ce sont des signes de satisfaction dans l'activité accomplie.

- La concentration et l'attention : L'enfant est attentif et concentré sur le déroulement global de l'activité. Il persévère s'il a des difficultés ou adopte des stratégies, il déploie de l'énergie durant l'activité. Cela s'observe par son regard, son écoute, son niveau de distractibilité.

- Les objectifs de l'activité : La volition est favorisée si le résultat de l'activité est visible et concret. L'objectif pour l'atteindre est clairement énoncé et réalisable de manière autonome par l'enfant. L'enfant exprime l'importance qu'il accorde à cela.

De manière ponctuelle, la volition de l'enfant peut aussi se traduire par une attitude curieuse.

L'habitude :

L'habitude peut se traduire selon les trois items suivants :

- L'attitude et le respect des règles : Un rôle est déterminé par une tenue vestimentaire adéquate et l'emploi d'un vocabulaire spécifique. L'enfant adopte des attitudes et des postures propres à l'activité réalisée. Il respecte les règles de sécurité propres au lieu dans lequel il se trouve. Cela signifie qu'il se sent acteur dans cet environnement et donc « inscrit » dans un rôle bien défini.

- Les habitudes prises au sein de l'activité : L'enfant sait ce qu'il doit faire et paraît à l'aise. Il connaît le déroulement de l'activité et s'engage dans les transitions

(changements de tâches) en prenant des initiatives. Cette prise de repères et d'habitudes montrent aussi qu'il s'est bien « approprié » l'environnement dans lequel il est.

- L'appartenance à un groupe : L'enfant est présent au sein d'un groupe. Il interagit et communique avec les autres membres participants. Le fait d'effectuer une activité en groupe facilite l'intégration de l'enfant et son appartenance à un rôle social.

Les capacités de rendement :

Les capacités de rendement sont déterminées selon les quatre items suivants :

- Capacités motrices : L'activité nécessite une bonne mobilité, coordination, force, énergie, endurance... L'enfant est très sollicité sur le plan moteur.
- Capacités intellectuelles : L'activité nécessite une sollicitation des capacités intellectuelles de l'enfant (respect des consignes, mémoire...).
- Compréhension et utilisation des objets : L'enfant est capable d'utiliser le matériel de manière adaptée.
- Orientation dans l'environnement : L'enfant parvient à se repérer dans les lieux et les différents espaces.

Annexe VIII : Grille d'observation

		Volition			Habituation/Rôle			Capacités de rendement				Commentaires
		Emotions +	Concentration	Objectifs	Attitude, Règles	Habitudes	Groupe	Motrice	Intellectuelle	Objets	Orientation	Eléments de l'environnement propres à chaque tâche
Accueil												
Travail à pied	1 ^{ère} approche cheval											
	Pansage											
	Préparation du matériel et du cheval (harnais)											
	Longer cheval											
Activité équestre	Installation											

(monte, attelage, voltige...)	Echauffement											
	Activité 1											
	Activité 2											
	Activité 3											
	Fin d'activité : détente et descente											
Travail à pied	Après-séance : rangements											

La cotation de la grille d'observation s'effectue comme suit :

- F : L'activité facilite la participation. L'enfant le fait spontanément, il prend des initiatives, il démontre une attitude positive.
- A : L'activité permet la participation. L'enfant a besoin de quelques stimulations, hésite parfois, n'est pas valable tout le long de la tâche
- I : L'activité limite la participation. L'enfant a souvent besoin d'indices, de stimulations et/ou d'aide, peu de prise d'initiative, mitigé dans son attitude
- R : L'activité restreint la participation. L'enfant n'interagit pas avec les autres et l'environnement, ne fait pas de choix, frustré
- NA : L'activité n'est pas cotable.

Annexe IX : Fiche d'information

Fiche d'informations

Titre : *La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral*

Recueil de données sur l'enfant dans le cadre d'un mémoire de fin d'études d'ergothérapie.

L'enfant

Nom et prénom : ...

Age : ...

Pathologie : IMC (Infirmité motrice cérébrale)
 Polyhandicap

Troubles moteurs :

_ Préciser l'atteinte topographique (hémiplégie, diplégie, quadriplégie...) : ...

_ Préciser (si possible) la forme (spastique, ataxique, dyskinétique ou mixte) : ...

Troubles associés : Aucuns troubles associés
 Retard mental
 Troubles du langage
 Epilepsie
 Déficience sensorielle
 Troubles du comportement
 Autres : ...

Note : Troubles moteurs légers, Laura se déplace en marchant. Manque d'équilibre sur plan instable, besoin de stimulation pour le redressement du tronc.

Sa participation à la Thérapie avec le Cheval :

La demande à participer à des séances de Thérapie avec le Cheval provient :

- De l'enfant
- De la famille
- D'une institution, quel type ? ...
- D'un prescripteur médical
- Autre : ...

Depuis quand pratique-t-il de la Thérapie avec le Cheval au sein de l'association ?

L'accompagnement est à visée :

- Thérapeutique : rééducation...
- Educatif/pédagogique
- Loisir

Précisez les objectifs fixés pour cet enfant dans la Thérapie avec le Cheval : ...

Les séances de Thérapie avec le Cheval :

Utilise-t-il du matériel adapté lors des séances ? Si oui, lequel ?

A-t-il l'habitude d'effectuer les séances avec le même cheval ?

Fréquence et durée des séances :

Contexte de l'observation :

Date et heure :

Conditions météorologiques :

Annexe X : Pré-test

Date : le Samedi 23-02-2013, de 11h à 12h

Lieu : Bonne (74)

Observateur : Mabboux Julie, étudiante 3^{ème} année d'ergothérapie

Enfant : T., 9 ans, IMC (hémicorps droit spastique), 2 ans d'expérience en équitation adaptée

Conditions météo : nuageux et températures très froides

Séance en groupe de 8-10 enfants (non porteurs de handicap) + présence de 2 moniteurs

		Volition				Habituation/Rôle				Capacités de rendement				Commentaires
		Emotions +	Concentration	Résultats	Exploration	Attitude	Habitude	Règles	Groupe	Motrices	Intellectuelles	Objets	Orientation	
Accueil														(malheureusement je discutais avec la monitrice et j'ai loupé son arrivée...).
Travail à pied	1 ^{ère} approche cheval													
= Environ 20min A l'extérieur dans une	Pansage	A	I			F	F	A	I	A	F	A	F	Volition : T. est très souriant tout au long de la tâche, il paraît aimer ce qu'il fait et s'applique dans ses gestes. Parfois il regarde et écoute ailleurs (surtout les autres cavaliers et chevaux) mais se remet à sa tâche

cour														<p>spontanément.</p> <p>Habitude : Son attitude reflète celle d'un cavalier, à l'image des autres du groupe (tenue, vocabulaire, gestes adaptés), il sait ce qu'il doit faire et n'a pas besoin d'aide. Il prend des initiatives pour aller chercher ses brosses. Il parle calmement quand on lui pose une question et ne court (presque) pas. Il est présent dans le groupe mais ne communique pas avec les autres spontanément.</p> <p>Capacités : Utilisation de la main gauche principalement. L'utilisation des différentes brosses est correcte (se trompe une fois au début). L'orientation dans l'espace est aussi très correcte (différents lieux : rangements différents des brosses...)</p> <p>Il reste très proche de son poney mais lui parle peu.</p> <p>Il me regarde beaucoup au début.</p>
	Préparation du matériel et du cheval (harnais)	I	I			A	I	I	I	I	A	I	F	<p>Volition : Il sourit moins et son visage paraît plus concentré sur la tâche. Il regarde et écoute toujours beaucoup les autres.</p> <p>Habitude : Sur cette tâche, il paraît moins sûr de lui, ses gestes sont moins adaptés, il fait moins attention à ce qu'il fait (reste derrière le poney). Il a besoin de stimulations verbales et d'une aide physique de la stagiaire. Il oublie de mettre le filet et c'est</p>

														<p>donc la stagiaire qui va le faire à sa place en lui tournant le dos (ce qui l'exclut de la tâche et ne lui permet pas de participer). Mais pour le reste du matériel, bonne interaction entre lui et la stagiaire.</p> <p>Capacités : Il a une bonne dextérité globale mais a plus de difficultés pour les gestes fins. Il répond correctement aux consignes mais a besoin d'aide pour mettre la selle et le filet. Il sait s'orienter pour aller chercher les affaires dans la sellerie.</p> <p>Pendant et après la tâche : Il fait des bisous à son poney, il reste prêt de lui, relation ++ Il s'intéresse aussi au chien et aux autres, paraît curieux.</p>
	Longer cheval	A	A		F	F	F	F	F	F	F	F	F	<p>Volition : Il est souriant mais paraît tout de même concentré. Il a besoin d'un peu de stimulation verbale de la monitrice pour poursuivre la tâche.</p> <p>Habituation et capacité : Il sait ce qu'il doit faire et où se diriger. Il sait tenir sa longe correctement. Il est le premier du groupe à emmener son poney seul au manège. Il discute avec la monitrice et les autres cavaliers.</p>

<p>Activité équestre = environ 40min Monte et jeux équestres Dans un manège couvert</p>	Installation	I	F			F	F	F	F	A	F	F	F	<p>Il parait concentré donc sourit peu. Il parle avec les autres et la stagiaire. Il a besoin d'un peu d'aide pour s'installer à cheval. T. n'a pas besoin de matériel adapté.</p>
	Echauffement	F	F			F	F	F	A	F	F	F	F	<p>Pendant l'échauffement, tous les poneys sont au pas, chacun se dirige où il veut dans le manège. Il sourit beaucoup et regarde beaucoup les autres. Les directions que prend le poney semblent favoriser les interactions avec les autres membres du groupe car chacun se croise, se suivent et sont très proches parfois. Il se tient très bien à cheval.</p>
	Activité (jeux...)	F	A			F	F	F	F	F	F	F	F	<p>3 jeux différents pendant la séance : 1-2-3 Soleil, le crocodile et les moutons, jeu de balle. Il s'agit de jeux de défi, où il faut interagir avec tout le groupe. Il rigole beaucoup et garde un grand sourire du début à la fin de la séance, d'autant plus quand il gagne. Il semble que les activités de jeux le stimulent beaucoup et il a rarement besoin que les moniteurs lui fassent des rappels verbaux. Il monte très bien à cheval, il maîtrise le pas et le trot, même dans des situations de déséquilibre. Il communique beaucoup avec les autres, il</p>

														discute et rigole avec eux. Il parle aussi beaucoup avec son poney, il l'appelle par son nom et l'encourage à aller plus vite. Il prend l'initiative de demander de l'aide à la monitrice s'il a besoin. Il comprend les consignes et sait ce qu'il faut faire (car ce n'est pas la première fois qu'il fait ces jeux). Il a une bonne utilisation des objets : reprend ses rênes, utilise la cravache... Il se repère bien dans le manège, même si les moniteurs utilisent des termes imagés pour les jeux (ex : rivière...) et sait se diriger à droite ou à gauche dans le manège. Durant les jeux, il a totalement oublié ma présence.
Fin d'activité : détente et descente	F	F			F	F	F	F	F	F	F	F	F	Les commentaires sont sensiblement les mêmes. La détente se fait au pas, rênes longues, les poneys se dirigent là où ils veulent dans le manège. T. paraît détendu et à l'aise dans le groupe. Dès l'annonce de la fin de la séance, il fait spontanément un énorme câlin à son poney.

	Après-séance = environ 10min Dans la cour extérieure	F	I			F	F	F	A	I	F	F	F	<p>Présence de son papa.</p> <p>Il s'exprime beaucoup verbalement avec son papa et affirme ses choix (ex : donner du pain). Il regarde parfois autour de lui, notamment les autres chevaux.</p> <p>Il a des difficultés pour attacher le licol, il a besoin d'une aide physique de la part de la stagiaire. Il a besoin de quelques stimulations verbales de la part de son papa qui le presse un peu.</p> <p>Il porte les affaires à la sellerie spontanément, il va chercher du pain et le donne à son poney.</p>
--	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Annexe XI : Modifications apportées à la grille de pré-test

Pour obtenir la grille d'observation définitive comme elle est présentée en annexe VIII, quelques modifications ont été effectuées sur la grille suite au pré-test :

- Dans le domaine « Volition », les items « résultats » et « exploration » me paraissaient difficiles à coter. « Exploration » peut se confondre avec « concentration » car T. paraissait curieux et intéressé par ce qui l'entourait mais je pense que c'était d'avantage par manque d'attention.
- Trouver un item supplémentaire à la « volition », si je supprime les cases « résultats » et « exploration ». L'expérience optimale sur une activité est composée des chances que nous avons de réussir, des objectifs clairs, d'un investissement important sans déployer beaucoup d'effort... Tout cela pourrait faire l'objet d'un item pour la volition : les objectifs de l'activité.
- Dans le domaine « Habituation/Rôle », rassembler « attitude » et « règles de sécurité » qui peuvent se coter de manière identique. Cela me permettra de ne pas observer dans l'habituatation « l'utilisation du matériel et les gestes adoptés » ; qui se rejoint avec l'item « Utilisation des objets » dans les capacités.
- Rassembler les activités « accueil » et « 1^{ère} approche cheval » : je n'ai pas pu les coter aujourd'hui mais je pense que ça va trop vite pour les coter. Plutôt faire une observation sur « l'avant-séance » en général, ce que fait l'enfant et noter s'il se dirige vers son poney spontanément.

Note : Finalement cette modification n'a pas été effectuée car je me suis rendue compte dans les observations que le temps d'accueil était relativement long et ne faisait pas l'objet d'une première approche avec le cheval directe.

- Rassembler les activités « préparation du matériel » et « préparation cheval (harnais) » : ces deux activités se confondent, la cotation est la même, et « préparation du matériel » est passée trop vite.
- Détailler les différentes activités à cheval : durant le temps de monte il y a plusieurs moments qui seraient intéressants de noter et de coter différemment. Ici, il s'agit de 3

jeux différents mais le comportement de T. était le même tout le long. Peut-être que sur mes observations, il y aura des temps de jeux, exercices différents.

- Laisser des lignes vides dans la grille pour prévoir de la place s'il y a des étapes/activités intéressantes à rajouter.
- Il serait intéressant de noter dans la partie commentaire ce qui, parmi les éléments de l'environnement, favorise le plus la participation et restreint le plus la participation, cela pour chaque activité.

Eléments de l'environnement à bien observer (qui illustreront la partie analyse des résultats) : le matériel, l'environnement (espace physique), le thérapeute, les autres cavaliers, le cheval, les activités équestres.

Annexe XII : Grille d'analyse vierge

La grille d'analyse a été construite d'après les éléments repris de la partie théorique.

Critères analysés		Sujet 1	Sujet 2 ...
Contexte de l'observation	Conditions météorologiques		
	Informations temporelles : -Quelle est la date ? Le jour ? -Quels sont les horaires ?		
	Le lieu : -Dans quelle infrastructure se déroule la TAC ?		
L'enfant paralysé cérébral	Quel âge a-t-il ?		
	Est-ce une fille ou un garçon ?		
	Quelle est sa pathologie (IMC, IMOC...) ?		
	Les troubles moteurs : -Quelle est l'atteinte topographique ? -Quelle est le type d'atteinte (spastique, ataxique...) ? -Sont-ils importants ?		
	Les troubles associés : -Existe-t-il des troubles associés ? -Lesquels ? -Sont-ils importants ?		
L'enfant paralysé cérébral et la TAC	L'origine de la démarche : -De qui provient la demande de participer à des séances de TAC ? -Depuis combien de temps l'enfant pratique de la TAC ?		
	Ses objectifs en TAC : -Quelle est la visée de ses séances ? Thérapeutique, éducative, loisir... -Ses objectifs en TAC sont-ils clairs et bien <input type="checkbox"/> défini ?		

	-Quels sont-ils ?		
	Ses séances de TAC : -Quelle est la fréquence de ses séances ? -Quelle est la durée de chaque séance ?		
Le cadre d'intervention de la TAC	L'environnement physique : -Est-ce un environnement urbain ou rural ? -Dans quel(s) lieu(x) du centre se déroule la séance ? -L'enfant utilise-t-il du matériel adapté ? Comment est-il installé à cheval ? -Est-ce un environnement calme ? (bruyant, agitations...) -Y-a-t-il la présence d'autres animaux dans l'environnement proche de l'enfant ?		
	L'environnement humain : Le thérapeute : -Est-ce le même à chaque séance ? -Est-il formé à la TAC ? -Quelle est sa profession ? -Est-il beaucoup présent ou non pendant la séance auprès de l'enfant ? Les autres participants : -La séance est-elle individuelle ou en groupe ? -Les parents assistent-ils à la séance ? -Y-a-t-il la présence d'autres personnes dans l'environnement proche de l'enfant ?		
	Le cheval/le poney : -Est-il dressé spécialement pour la TAC ? -L'enfant a-t-il l'habitude d'être avec le même cheval ou change-t-il à chaque séance ?		

	-Quel est le comportement de l'animal envers l'enfant ? calme, agressif, affectueux...		
	Les différentes activités : -Quel est le déroulement de la séance ? -Quelles sont les activités équestres effectuées ? -Comment sont réparties les différentes activités dans le temps ?		
Les comportements et attitudes de l'enfant à la séance	La volition : -Sur quelle tâche la volition est-elle la plus importante ? -Sur quelle tâche la volition est-elle la moins importante ? -Comment est-elle exprimée ?		
	L'habituatation : -Sur quelle tâche l'habituatation est-elle la plus importante ? -Sur quelle tâche l'habituatation est-elle la moins importante ? -Comment est-elle manifestée ?		
	Les capacités de rendement : -Sur quelle tâche les capacités sont-elles les plus importantes ? -Sur quelle tâche les capacités sont-elles les moins importantes ? -Comment sont-elles sollicitées ?		

Annexe XIII : Observation de Laura

Fiche d'informations

Titre : *La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral*

Recueil de données sur l'enfant dans le cadre d'un mémoire de fin d'études d'ergothérapie.

L'enfant

Nom et prénom : Laura

Age : 12 ans

Pathologie : IMC (Infirmité motrice cérébrale)
 Polyhandicap

Troubles moteurs :

_ Préciser l'atteinte topographique (hémiplégie, diplégie, quadriplégie...) : Quadriplégie

_ Préciser (si possible) la forme (spastique, ataxique, dyskinétique ou mixte) : Spastique

Troubles associés : Aucuns troubles associés
 Retard mental
 Troubles du langage
 Epilepsie
 Déficience sensorielle
 Troubles du comportement : manque d'attention, gestion des émotions et du stress difficile
 Autres : ...

Note : Troubles moteurs légers, Laura se déplace en marchant. Manque d'équilibre sur plan instable, besoin de stimulation pour le redressement du tronc.

Sa participation à la Thérapie avec le Cheval :

La demande à participer à des séances de Thérapie avec le Cheval provient :

- De l'enfant
 De la famille : parents pour le côté ludique et sportif, avec une prescription médicale
 D'une institution, quel type ? ...
 D'un prescripteur médical
 Autre : ...

Depuis quand pratique-t-il de la Thérapie avec le Cheval au sein de l'association ? Depuis 2009.

L'accompagnement est à visée :

- Thérapeutique : rééducation...
- Educatif/pédagogique
- Loisir

Précisez les objectifs fixés pour cet enfant dans la Thérapie avec le Cheval :

- Respecter le cadre et les consignes : maintenir sa concentration et son attention.
- Apprendre à être en relation avec l'adulte
- Travailler l'équilibre du tronc et de l'ajustement tonique.
- Prendre du plaisir

Les séances de Thérapie avec le Cheval :

Utilise-t-il du matériel adapté lors des séances ? Si oui, lequel ? Non

A-t-il l'habitude d'effectuer les séances avec le même cheval ? Change souvent de cheval, en général elle choisit.

Fréquence et durée des séances : Séance individuelle de 45 min, une fois par semaine

Contexte de l'observation :

Date et heure : le mercredi 27 Mars 2013, de 13h30 à 14h15

Conditions météorologiques : Nuageux et températures froides

Grille d'observation Laura

Date : le mercredi 27 Mars 2013

Séance individuelle de 45min.

Personnes présentes : Laura, le thérapeute, et d'autres membres de l'association + observatrice (Julie Mabboux)

		Volition			Habituation/Rôle			Capacités de rendement				Commentaires Eléments principaux du cadre d'intervention qui influencent la participation de l'enfant.
		Emotions	Concentration	Objectifs	Attitude	Habitudes	Groupe	Motrices	Intellectuelles	Objets	Orientation	
Accueil		A	I	I	F	A	A	A	F	A	A	Participation à la vie du centre équestre, en allant chercher un cheval (autre que celui qu'elle monte) au pré et le doucher avec l'aide du thérapeute. Cette 1 ^{ère} activité imprévue permet à Laura de participer à une activité qui ne fait pas partie de la séance, de rentrer dans son rôle de cavalière et d'interagir avec les autres.
Travail à pied	1 ^{ère} approche cheval	I	I	A	F	I	I	I	F	A	A	C'est un cheval qu'elle n'a jamais monté : le verbalise et fait part de son inquiétude. Elle doit aller le chercher dans son box et venir l'attacher à

												<p>l'extérieur. Les gestes qui demandent de la dextérité fine sont plus difficiles (attacher la boucle du licol). Le thérapeute est présent à ses côtés et l'aide verbalement et physiquement si besoin. Il adopte une méthode pédagogique : lui explique, lui montre et elle refait.</p> <p>Laura ne prend pas d'initiative dans l'activité, elle a besoin de quelques stimulations pour rester concentrée. Mais elle respecte bien les règles et est intéressée par ce qui se passe.</p> <p>Le cheval est très calme et obéissant.</p> <p>Laura est présente parmi d'autres cavaliers du centre équestre mais la communication et les interactions avec eux sont quasi inexistantes.</p>
	Pansage	A	A	F	A	I	I	A	F	F	A	<p>Se déroule à l'extérieur du box.</p> <p>Laura parle beaucoup, notamment de cheval. Elle paraît « accepter » son nouveau cheval (exprime qu'elle le trouve beau).</p> <p>Durant l'activité, le thérapeute est présent à ses côtés mais il la laisse gérer seule la manipulation des brosses. Leur utilisation, l'ordre et les gestes</p>

												<p>sont adéquates : les objectifs sont verbalisés et réalisables pour elle. Cependant, le thérapeute est là pour la stimuler quelques fois : ne pas se laisser distraire par ce qu'il y a autour, respect des règles de sécurité, passer à l'étape suivante.</p> <p>Durant cette activité, le thérapeute se sert de l'environnement externe pour stimuler Laura et l'intéresser d'avantage : le chien qui joue, les parties du corps, les saisons...</p>
	Préparation du matériel (harnais)	A	I	F	A	I	I	I	F	I	A	<p>Laura continue de parler beaucoup. Cependant, elle paraît moins participative sur cette activité, elle se laisse d'avantage distraire par les autres enfants, elle ne prend pas d'initiative et a besoin d'être guidée par le thérapeute. En effet, celui-ci la recadre et l'aide verbalement et physiquement à plusieurs reprises.</p> <p>Cette activité semble plus difficile pour Laura car cela nécessite la manipulation des harnais qui demande une bonne dextérité fine.</p>
	Longer cheval	F	A	A	F	A	I	F	F	F	F	<p>Laura semble prendre confiance en son nouveau cheval et l'exprime : « Je me sens très à l'aise »,</p>

													<p>« J'aime bien marcher avec lui ». De plus, elle affirme son envie de le longer plus longtemps dans le manège. Le thérapeute respecte ses choix et lui fait faire quelques exercices à pied (ex : faire demi-tour).</p> <p>Laura est curieuse, elle s'intéresse à ce qui l'entoure et pose des questions sur les chevaux au pré.</p>
Activité équestre : monte dans le manège couvert	Installation	A	F	A	F	F	R	F	F	F	F	F	<p>La suite de la séance se déroule dans le manège : milieu circulaire, couvert et fermé.</p> <p>Pour monter à cheval, Laura grimpe sur un grand escalier. Elle réalise cette étape seule, pas de difficulté pour enjamber le cheval. Le thérapeute est présent pour assurer sa sécurité.</p> <p>L'échauffement se fait par un/deux tours de manège au pas.</p> <p>Les activités se déroulant à l'intérieur du manège ne favorisent pas l'item de l'appartenance à un groupe car la séance est individuelle : le thérapeute et Laura sont seuls dans le manège.</p>
	Activité	F	F	F	F	F	R	F	F	A	F	F	L'activité au pas se déroule avec le cheval tenu en

	au pas											<p>longe par le thérapeute. Son attitude est rassurante, à l'écoute et patiente. Laura apprécie de plus en plus être avec son cheval et elle l'exprime : « je m'habitue à lui », « je suis contente de moi ».</p> <p>Laura a un bon équilibre à cheval, sa posture est correcte.</p> <p>Quelques exercices équestres sont réalisés comme s'arrêter/repartir.</p> <p>Le thérapeute utilise l'environnement matériel pour proposer une activité ludique à cheval et « faire travailler la main droite et la main gauche ». Le jeu consiste à attraper des objets (petits chevaux) situés dans des paniers suspendus le long de la piste et de les déposer dans les paniers suivants (en fonction des couleurs).</p>
	Activité au trot	F	F	F	F	F	R	A	F	F	F	<p>Tout le long de la séance (et notamment sur cette activité), le thérapeute exprime clairement les objectifs et le déroulement de la suite de l'activité.</p>

												<p>C'est Laura qui exprime ses choix : si elle a envie de trotter ou pas et à quel moment.</p> <p>Il s'agit d'un exercice réalisé à toutes les séances, c'est pourquoi Laura est en confiance, se tient correctement et adopte la bonne attitude.</p> <p>Le trot est un exercice qui nécessite un bon équilibre et un redressement du tronc, un ajustement postural et tonique beaucoup plus important qu'au pas. Les capacités de rendement sont donc beaucoup sollicitées.</p>
	Fin d'activité : descente	A	A	A	F	A	I	A	F	F	F	<p>Le temps de détente est minime. La descente de cheval se fait un peu rapidement. A la fin de l'activité, il n'y a pas de marques d'affection envers le cheval pour le féliciter.</p> <p>A la fin de l'activité, il y a l'arrivée d'un autre enfant et son poney. Mais pas d'interaction avec eux.</p>
Travail à pied	Après-séance : rangement	F	A	F	F	A	I	I	F	A	F	<p>Laura ramène son cheval en longe dans son box. Devant les box, il y a d'autres cavaliers mais ne communiquent pas avec elle. Seulement un aurevoir à tous en partant, sur demande du</p>

Annexe XIV : Observation de Valentine

Fiche d'informations

Titre : *La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral*

Recueil de données sur l'enfant dans le cadre d'un mémoire de fin d'études d'ergothérapie.

L'enfant

Nom et prénom : Valentine

Age : 7 ans

Pathologie : IMC (Infirmité motrice cérébrale)
 Polyhandicap

Troubles moteurs :

_ Préciser l'atteinte topographique (hémiplégie, diplégie, quadriplégie...) : Quadriplégie

_ Préciser (si possible) la forme (spastique, ataxique, dyskinétique ou mixte) : Non spastique

Troubles associés : Aucuns troubles associés
 Retard mental : léger
 Troubles du langage : parle peu, avec difficultés
 Epilepsie
 Déficience sensorielle : visuelle et auditive
 Troubles du comportement : tendance à se refermer
 Autres : ...

Note : Troubles moteurs légers, Valentine se déplace en marchant, l'équilibre est précaire.
Retard global.

Sa participation à la Thérapie avec le Cheval :

La demande à participer à des séances de Thérapie avec le Cheval provient :

- De l'enfant
- De la famille : parents, avec une prescription médicale
- D'une institution, quel type ? ...
- D'un prescripteur médical
- Autre : ...

Depuis quand pratique-t-il de la Thérapie avec le Cheval au sein de l'association ? Depuis Juin 2011.

L'accompagnement est à visée :

- Thérapeutique : rééducation...
- Educatif/pédagogique
- Loisir

Précisez les objectifs fixés pour cet enfant dans la Thérapie avec le Cheval :

- Travailler l'équilibre, la proprioception, la psychomotricité
- Travailler le comportement (respect du cadre), de la relation, et de la communication : respect, écoute et compréhension des consignes
- Travailler la psychomotricité : découvrir de nouvelles sensations
- Améliorer son autonomie
- Prendre du plaisir

Les séances de Thérapie avec le Cheval :

Utilise-t-il du matériel adapté lors des séances ? Si oui, lequel ? Non

A-t-il l'habitude d'effectuer les séances avec le même cheval ? Change souvent de cheval, en général elle choisit.

Fréquence et durée des séances : Séance individuelle de 45 min, une fois par semaine

Contexte de l'observation :

Date et heure : le mercredi 09 Avril 2013, de 13h45 à 14h30

Conditions météorologiques : Nuageux et températures froides

Grille d'observation Valentine

Date : le mardi 09 Avril 2013

Séance individuelle de 45min.

Personnes présentes : Valériane, la thérapeute, et d'autres membres de l'association + observatrice (Julie Mabboux)

		Volition			Habituation/Rôle			Capacités de rendement				Commentaires Eléments principaux du cadre d'intervention qui influencent la participation de l'enfant.
		Emotions	Concentration	Objectifs	Attitude	Habitudes	Groupe	Motrices	Intellectuelles	Objets	Orientation	
Accueil		F	A	F	A	F	A	A	A	A	F	La séance commence par un moment « rituel » de préparation. Valentine s'installe dans le bureau pour changer de chaussures avec l'aide de la thérapeute. Elle parle beaucoup, rigole, et s'amuse avec les chiens (la thérapeute me dit qu'elle en avait peur auparavant).
Travail à pied	1ère approche cheval	F	F	A	A	F	R	A	A	A	F	C'est un poney qu'elle a déjà monté : elle exprime verbalement qu'elle est contente. Elle prend des initiatives, va le chercher dans son box et l'attacher à l'extérieur, va prendre son seau de

												<p>brosses. Je ressens qu'elle a ses habitudes, elle a peu besoin de l'aide de la thérapeute.</p> <p>Le poney est calme et réceptif aux gestes de l'enfant.</p> <p>Elle sourit souvent et rigole à plusieurs reprises.</p>
	Pansage	F	A	I	I	F	I	A	I	I	A	<p>Se déroule à l'extérieur du box.</p> <p>La thérapeute encourage le contact et la relation entre Valentine et son poney. Elle lui suggère de le caresser, de lui gratter le cou : gestes qu'elle réalise volontiers et auxquels le poney est très réceptif.</p> <p>La thérapeute est présente tout le long de l'activité avec Valentine : elles réalisent la tâche ensemble, en parallèle. La thérapeute la valorise à chaque fois qu'une tâche est correctement effectuée.</p> <p>Valentine a besoin à plusieurs reprises de rappels verbaux concernant son attitude et sa concentration sur l'activité car elle se laisse distraire par les autres chevaux et cavaliers. Elle paraît curieuse et veut explorer son</p>

												<p>environnement. Quand le cadre est plus fermé où la thérapeute l'encadre de manière importante (moment de curer les sabots), Valentine reste concentrée sur ce qu'elle fait.</p> <p>Elle a besoin d'aide physique pour brosser son poney, l'élaboration des gestes est difficile pour elle ainsi que se rappeler l'ordre des brosses.</p> <p>Quelques membres de l'association passent près d'elle et communiquent (un peu).</p>
	Préparation du matériel (harnais)	A	A	A	I	A	R	I	A	I	A	<p>Valentine garde le sourire tout le long de l'activité et parle beaucoup.</p> <p>Elle est à l'aise et active sur cette activité. Elle sait où ranger et chercher le matériel.</p> <p>Cependant, elle se laisse parfois distraire par son environnement proche (cheval dans son box). La thérapeute est toujours présente avec elle pour la stimuler verbalement quand cela est nécessaire : Valentine est d'avantage cadrée sur cette activité.</p> <p>L'élaboration des gestes dans l'utilisation des objets est difficile, elle s'énerve un peu pour accrocher la sangle. Elle demande de l'aide sur</p>

												stimulation verbale.
	Longer cheval	F	A	F	A	A	I	F	F	I	F	<p>Valentine exprime sa volonté d’emmener son poney toute seule, sans l’aide de la thérapeute. De plus, elle exprime sa joie en rigolant souvent.</p> <p>Cette activité correspond à un travail d’échauffement à pied : cela commence depuis les box jusqu’au manège, puis le travail à pied se poursuit dans le manège (environ 10 min) : milieu circulaire, couvert et fermé.</p> <p>La thérapeute respecte son choix de vouloir faire toute seule, mais reste à proximité pour maintenir le cadre.</p> <p>L’exercice consiste à faire plusieurs tours au pas en tenant le poney en longe puis d’aller chercher les images placées le long de la piste du manège (indiquées par la thérapeute). Cette activité ludique stimule les capacités intellectuelles en ajoutant un objectif motivant pour Valentine.</p> <p>Puis l’exercice se poursuit sans la longe (car difficile pour Valentine de manipuler les différents objets). Cela permet d’insister sur un</p>

													travail de communication et de relation avec le poney : stimulations verbales pour qu'il la suive au pas. L'animal se prend au jeu et obéit.
Activité équestre : promenade à l'extérieur	Installation	A	A	F	I	F	R	A	F	F	F	F	<p>Valentine monte avec un tapis (sans étriers) avec une poignée et des rênes adaptées.</p> <p>Pour monter à cheval, elle respecte les consignes énoncées par la thérapeute. Le cadre et les objectifs de la tâche sont bien précis.</p> <p>Valentine s'installe toute seule sur son poney avec l'aide d'un escabeau en bois, elle n'a pas de difficulté.</p> <p>Il n'y a pas d'étape d'échauffement à cheval.</p> <p>Ces deux dernières activités se déroulant à l'intérieur du manège en individuelles ne favorisent pas l'appartenance à un groupe.</p>
	Promenade	F	F	I	A	A	R	A	A	A	A	A	<p>Le déroulement de cette activité a été perturbé par ma présence, car nous avons discuté ensemble avec la thérapeute.</p> <p>La promenade se déroule à l'extérieur du manège, dans un environnement naturel et rural (champs et animaux). Le poney est tenu en longe par la</p>

												<p>thérapeute.</p> <p>Valentine a un bon équilibre à cheval, d'autant plus qu'il s'agit d'un terrain non uniforme. Sa posture et la tenue des rênes sont correctes.</p> <p>Durant l'activité, Valentine rigole et parle beaucoup, notamment de ce qui l'entoure. L'environnement extérieur offre une multitude de stimulations sensorielles, elle s'intéresse aux autres chevaux, veut voir la mare... Ceci est source de motivation pour elle. Cela lui permet de s'ouvrir sur l'extérieur, découvrir son environnement d'un autre point de vue et de stimuler ses sens.</p> <p>L'objectif de l'activité est peu précis, la destination n'est pas claire. Cependant, Valentine semble avoir l'habitude de l'itinéraire car elle repère où se situe la mare.</p>
	Fin d'activité : descente	A	A	A	I	A	I	A	A	F	F	<p>La fin de l'activité et le temps de détente est très rapide car le taxi attend déjà Valentine.</p> <p>La promenade se termine directement devant les box et la descente s'effectue à cet endroit.</p>

												Il n'y a pas de temps pour marquer la fin de l'activité. Valentine est peu concentrée et ne fait pas vraiment attention à son poney.
Travail à pied	Après-séance : rangement	A	I	A	I	I	I	A	A	A	F	<p>Valentine s'occupe de son poney devant les box, celui-ci n'étant pas attaché (peu pratique car il bouge un peu). Cela lui pose quelques difficultés car il faut gérer plusieurs éléments à la fois : le poney, le matériel, les autres participants.</p> <p>En effet, il y a d'autres personnes présentes qui s'occupent des chevaux mais Valentine n'interagit pas avec elles.</p> <p>Valentine se laisse distraire par l'environnement un peu « chargé » qui l'entoure (personnes, chevaux, passages encombrés) et a besoin de stimulations verbales à plusieurs reprises pour qu'elle range le matériel correctement et qu'elle reste attentive sur ce qu'elle fait.</p> <p>Le départ est un peu rapide mais Valentine exprime son affection envers son poney en lui faisant un gros câlin avant de partir (sans stimulation de la thérapeute). Cela montre son</p>

												attachement à l'animal malgré son empressement et les nombreuses choses à réaliser.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Annexe XV : Observation de Pierre

Fiche d'informations

Titre : *La Thérapie avec le Cheval et l'enfant paralysé cérébral*

Recueil de données sur l'enfant dans le cadre d'un mémoire de fin d'études d'ergothérapie.

L'enfant

Nom et prénom : Pierre

Age : 8 ans

Pathologie : IMC (Infirmité motrice cérébrale)
 Polyhandicap

Troubles moteurs :

_ Préciser l'atteinte topographique (hémiplégie, diplégie, quadriplégie...) : Quadriplégie

_ Préciser (si possible) la forme (spastique, ataxique, dyskinétique ou mixte) : Spastique

Troubles associés : Aucuns troubles associés
 Retard mental : profond
 Troubles du langage : ne parle pas
 Epilepsie
 Déficience sensorielle
 Troubles du comportement : traits autistiques
 Autres : ...

Note : Troubles moteurs lourds. Pierre se déplace en fauteuil roulant manuel propulsé par une tierce personne, maintenu dans une coquille. Il peut faire quelques pas de marche avec soutien.

Sa participation à la Thérapie avec le Cheval :

La demande à participer à des séances de Thérapie avec le Cheval provient :

- De l'enfant
- De la famille : parents, avec une prescription médicale
- D'une institution, quel type ? ...
- D'un prescripteur médical
- Autre : ...

Depuis quand pratique-t-il de la Thérapie avec le Cheval au sein de l'association ? Depuis Juin 2012.

L'accompagnement est à visée :

- Thérapeutique : rééducation...
- Educatif/pédagogique
- Loisir

Précisez les objectifs fixés pour cet enfant dans la Thérapie avec le Cheval :

- Découvrir son corps autrement que dans un fauteuil roulant
- Entrer en relation et communication avec autrui (cheval et thérapeute)
- Réguler le tonus : maîtriser et contrôler les gestes parasites
- Travailler l'équilibre (assis et debout)

Les séances de Thérapie avec le Cheval :

Utilise-t-il du matériel adapté lors des séances ? Si oui, lequel ? Non

A-t-il l'habitude d'effectuer les séances avec le même cheval ? Change souvent de cheval

Fréquence et durée des séances : Séance individuelle de 45 min, une fois par semaine

Contexte de l'observation :

Date et heure : le mercredi 09 Avril 2013, de 14h30 à 15h15

Conditions météorologiques : Nuageux et températures froides

Grille d'observation Pierre

Date : le mardi 09 Avril 2013

Séance individuelle de 45min.

Personnes présentes : Pierre, la thérapeute, la stagiaire, et d'autres membres de l'association + observatrice (Julie Mabboux)

	Volition			Habituation/Rôle			Capacités de rendement				Commentaires Eléments principaux du cadre d'intervention qui influencent la participation de l'enfant.
	Emotions	Concentration	Objectifs	Attitude	Habitudes	Groupe	Motrices	Intellectuelles	Objets	Orientation	
Accueil / 1 ^{ère} approche cheval	F	A	F	A	I	R	R	R	R	R	<p>Pierre arrive en transport adapté depuis le Centre d'Education Motrice.</p> <p>Il est installé dans une coquille en fauteuil roulant manuel propulsé par une tierce personne. Pierre se balance beaucoup d'avant en arrière dans son FRM.</p> <p>Cette première étape d'accueil consiste à mettre en relation Pierre et son poney. Elle se déroule à l'extérieur, devant le manège. La thérapeute approche le poney de Pierre. L'animal vient poser</p>

												sa tête sur ses genoux pour se faire caresser : cela permet d'avoir un premier contact. Pierre paraît intéressé par ce qui se passe, son regard se porte vers l'animal.
Travail à pied	Pansage	NA										Ces trois activités ne sont pas cotables car le poney est déjà prêt quand Pierre arrive au centre équestre. Son handicap et ses troubles étant trop importants, il ne peut pas effectuer le travail à pied concernant les soins et la préparation du poney. L'entrée en relation avec l'animal s'effectue tout de même par le temps d'accueil, et se poursuit dans la suite de l'activité. La séance ne consiste pas seulement à monter sur le poney sans travailler la mise en relation.
	Préparation du matériel (harnais)	NA										
	Longer cheval	NA										
	Exercice debout	F	I	A	I	I	R	A	I	I	R	L'activité se déroule dans le manège : environnement clos, circulaire et couvert. L'exercice consiste à sortir du FRM, faire quelques pas de marche avec le soutien de la thérapeute et venir s'installer debout contre le

												<p>flanc du poney. Cela permet de travailler l'équilibre en station debout et la découverte du corps en dehors du FRM. De plus, cela permet un travail relationnel avec le poney : l'animal sert de soutien et d'objet de caresses. Pierre sourit beaucoup quand il est en contact avec le poney. Il ne porte pas de tenue adéquate et n'est pas en interaction avec d'autres membres participants.</p> <p>Pendant l'exercice, Pierre perd l'équilibre et s'assoit sur le sol. La thérapeute en profite pour le laisser quelques instants découvrir le revêtement du sol et travailler le relevé du sol : utilisation de l'environnement extérieur.</p> <p>Le poney reste très calme et attentif, il ne bouge pas.</p>
<p>Activité équestre : monte en manège</p>	<p>Installation</p>	<p>NA</p>										<p>Cette étape d'installation sur le poney n'est pas cotable car Pierre est totalement passif. C'est la thérapeute qui le porte pour le monter sur l'animal. Le handicap moteur et les troubles associés étant trop importants pour réaliser cette activité.</p>

	Echauffement	A	I	A	I	I	R	I	I	R	R	<p>La suite de la séance se déroule dans le manège. Il s'agit d'un environnement circulaire et fermé, facilitateur pour Pierre car cela l'aide à prendre des repères : son regard se porte vers les images autour de la piste.</p> <p>Pierre monte à cru (sans selle), avec un surfaix pour se tenir, il ne prend pas les rênes pour diriger le poney. La monte à cru permet d'avoir un contact direct avec le poney : stimulations sensorielles (chaleur, douceur...) et travail de l'équilibre. La stagiaire dirige le poney au pas dans le manège et la thérapeute reste à hauteur de Pierre pour le maintenir à la ceinture.</p> <p>Son équilibre assis est précaire. Dans les premiers moments qu'il est à cheval, Pierre se penche et fait un câlin au poney.</p> <p>Durant les premiers temps, Pierre est moins expressif mais reste souriant. Les balancements avant/arrière s'estompent en station assise à califourchon.</p>
	Travail	F	I	A	I	I	R	I	R	R	R	Il s'agit d'un travail au pas, dans la même

	au pas										<p>installation et dans la continuité de l'échauffement. Ce travail à l'arrêt et au pas est associé à des exercices de « gymnastique » à cheval.</p> <p>Cette activité est d'avantage à visée de rééducation fonctionnelle pour le travail de l'équilibre et de redressement du tronc. La thérapeute exerce des pressions avant/arrière et latérales pour déstabiliser Pierre. Ses capacités motrices sont fortement sollicitées. La thérapeute le laisse allongé sur l'encolure et sur la croupe quelques instants et l'incite à se redresser tout seul.</p> <p>En fin de séance, Pierre a des pertes d'équilibre plus fréquentes, ce qui signe une fatigue musculaire.</p> <p>Les balancements avant/arrière de Pierre ont quasiment disparu pendant l'activité.</p> <p>Pierre exprime sa joie et sa satisfaction par des sourires et des rires (de plus en plus pendant l'activité). Cependant, il n'exprime pas de choix</p>
--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

											<p>ni de préférences. Il essaie de verbaliser quelques syllabes, « pom pom ».</p> <p>Il n'y a pas ou peu d'utilisation de l'environnement extérieur, seulement la relation triangulaire entre la thérapeute, Pierre et le poney. En effet, la relation avec la thérapeute est très tendre (câlins...) et elle le valorise beaucoup dès qu'il participe plus.</p> <p>Pierre semble être attentif à l'activité. Son regard se fixe sur des éléments à l'extérieur de la piste (images sur les murs, extérieur du manège...). Cela semble le stimuler. De plus, la thérapeute fait attention à changer de côté et de main régulièrement pour stimuler les deux côtés dans l'espace. A un moment donné, Pierre effectue des gestes et un appel de langue évocateur pour faire avancer son poney étant arrêté.</p> <p>Dans le manège, il y a la présence d'un autre groupe avec un cavalier mais il n'y a aucune interaction entre eux.</p>
	Fin	NA									Il n'y a pas de temps de détente. La fin d'activité

	d'activité : descente											<p>se déroule progressivement.</p> <p>Cela n'est pas cotable car, comme pour l'installation, Pierre est totalement passif. La thérapeute le porte et l'installe dans son FRM.</p>
Travail à pied	Après-séance	F	A	F	A	I	R	R	R	R	R	<p>Cette dernière activité se déroule dans le manège, Pierre étant installé dans son FRM.</p> <p>Ce temps permet de marquer la fin de la séance et de ne pas couper de manière trop brusque la relation avec le poney.</p> <p>La thérapeute approche le poney prêt du FRM pour qu'il puisse lui faire un câlin. Elle approche les naseaux prêts de son visage pour lui faire sentir le souffle chaud. A ce moment, Pierre exprime beaucoup d'émotions positives.</p> <p>Puis il est ramené à son taxi, les balancements avant/arrière dans le FRM ont repris.</p>

Annexe XVI : Grille d'analyse des résultats

Critères analysés		Laura	Valentine	Pierre
Contexte de l'observation	Conditions météorologiques	Nuageux et température froide	Nuageux et température froide	Nuageux et température froide
	Informations temporelles : - Quelle est la date ? Le jour ? - Quels sont les horaires ?	Le Mercredi 27 Mars 2013 De 13h30 à 14h15	Le Mardi 09 Avril 2013 De 13h45 à 14h30	Le Mardi 09 Avril 2013 De 14h30 à 15h15
	Le lieu : - Dans quelle infrastructure se déroule la TAC ?	Dans un centre équestre, au sein de l'association « ... ».	Dans un centre équestre, au sein de l'association « ... ».	Dans un centre équestre, au sein de l'association « ... ».
L'enfant paralysé cérébral	Quel âge a-t-il ?	12 ans	7 ans	8 ans
	Est-ce une fille ou un garçon ?	Fille	Fille	Garçon
	Quelle est sa pathologie (IMC, IMOC...)?	IMC	IMC	Polyhandicap
	Les troubles moteurs : - Quelle est l'atteinte topographique ?	Atteinte quadriplégique, spastique. Troubles moteurs légers,	Atteinte quadriplégique, pas de spasticité. Troubles moteurs légers,	Atteinte quadriplégique, spastique. Troubles moteurs lourds.

	<p>-Quelle est le type d'atteinte (spastique, ataxique...)?</p> <p>-Sont-ils importants ?</p>	<p>Laura se déplace en marchant. Manque d'équilibre sur plan instable, besoin de stimulation pour le redressement du tronc.</p>	<p>Valentine se déplace en marchant, l'équilibre est précaire.</p>	<p>Pierre se déplace en fauteuil roulant manuel propulsé par une tierce personne, maintenu dans une coquille. Il peut faire quelques pas de marche avec soutien.</p>
	<p>Les troubles associés :</p> <p>-Existe-t-il des troubles associés ?</p> <p>-Lesquels ?</p> <p>-Sont-ils importants ?</p>	<p>Troubles du comportement : manque d'attention, gestion des émotions et du stress difficile.</p>	<p>Retard mental léger, troubles du langage (parle peu, avec difficultés), déficiences sensorielles (visuelles et auditives), troubles du comportement comme une tendance à se refermer.</p>	<p>Retard mental profond, troubles du langage (ne parle pas), troubles du comportement comme des traits autistiques.</p>
<p>L'enfant paralysé cérébral et la TAC</p>	<p>L'origine de la démarche :</p> <p>-De qui provient la demande de participer à des séances de TAC ?</p> <p>-Depuis combien de temps l'enfant pratique de la TAC ?</p>	<p>Provient des parents car c'est une activité à la fois ludique et sportive.</p> <p>Sur prescription médicale</p> <p>Pratique depuis 2009 = 4 ans.</p>	<p>Provient des parents.</p> <p>Sur prescription médicale</p> <p>Pratique depuis juin 2011 = 2 ans</p>	<p>Provient des parents (même s'il vient en taxi depuis le CEM).</p> <p>Sur prescription médicale</p> <p>Pratique depuis juin 2012 = 1 an</p>
	<p>Ses objectifs en TAC :</p>	<p>Les séances sont à visée</p>	<p>Les séances sont à visée</p>	<p>Les séances sont</p>

	<p>-Quelle est la visée de ses séances ? Thérapeutique, éducative, loisir...</p> <p>-Ses objectifs en TAC sont-ils clairs et bien défini ?</p> <p>-Quels sont-ils ?</p>	<p>thérapeutiques, éducatives, loisir, un peu d'équitation adaptée (apprentissage équestres).</p> <p>Objectifs :</p> <p>-Respecter le cadre et les consignes : maintenir sa concentration et son attention.</p> <p>-Apprendre à être en relation avec l'adulte</p> <p>-Travailler l'équilibre du tronc et de l'ajustement tonique.</p> <p>-Prendre du plaisir</p>	<p>thérapeutiques, éducatives, loisir.</p> <p>Objectifs :</p> <p>-Travailler l'équilibre, la proprioception, la psychomotricité</p> <p>-Travailler le comportement (respect du cadre), de la relation, et de la communication : respect, écoute et compréhension des consignes</p> <p>-Travailler la psychomotricité : découvrir de nouvelles sensations</p> <p>-Améliorer son autonomie</p> <p>-Prendre du plaisir</p>	<p>principalement à visée thérapeutique.</p> <p>Objectifs :</p> <p>-Découvrir son corps autrement que dans un fauteuil roulant</p> <p>-Entrer en relation et communication avec autrui (cheval et thérapeute)</p> <p>-Réguler le tonus : maîtriser et contrôler les gestes parasites</p> <p>-Travailler l'équilibre (assis et debout)</p>
	<p>Ses séances de TAC :</p> <p>-Quelle est la fréquence de ses séances ?</p> <p>-Quelle est la durée de chaque</p>	<p>Séances de 45 min, 1 fois par semaine</p>	<p>Séances de 45 min, 1 fois par semaine</p>	<p>Séances de 45 min, 1 fois par semaine</p>

	séance ?			
Le contexte thérapeutique de la TAC	<p>L'environnement physique :</p> <p>-Est-ce un environnement urbain ou rural ?</p> <p>-Dans quel(s) lieu(x) du centre se déroule la séance ?</p> <p>-L'enfant utilise-t-il du matériel adapté ? Comment est-il installé à cheval ?</p> <p>-Est-ce un environnement calme ? (bruyant, agitations...)</p> <p>-Y-a-t-il la présence d'autres animaux dans l'environnement proche de l'enfant ?</p>	<p>Environnement rural, proche des champs, de chemins de campagne et d'un petit village.</p> <p>Présence de plusieurs animaux : chevaux, chiens, canards...</p> <p>La séance se déroule dans différents lieux du centre équestre : à l'intérieur et à l'extérieur des box (où le cheval est attaché pour le pansage, à proximité de la sellerie) et dans le manège couvert.</p> <p>Pas de matériel adapté, sauf un escalier pour aider à monter à cheval. Sinon</p>	<p>Environnement rural, proche des champs, de chemins de campagne et d'un petit village.</p> <p>Présence de plusieurs animaux : chevaux, chiens, canards...</p> <p>La séance se déroule dans différents lieux du centre équestre : à l'intérieur et à l'extérieur des box (où le cheval est attaché pour le pansage, à proximité de la sellerie), dans le manège couvert et sur les chemins de campagne.</p> <p>Pas de matériel adapté, sauf un escalier pour aider à</p>	<p>Environnement rural, proche des champs, de chemins de campagne et d'un petit village.</p> <p>Présence de plusieurs animaux : chevaux, chiens, canards...</p> <p>La séance se déroule : seulement dans le manège couvert.</p> <p>Pas de matériel adapté.</p> <p>Pour monter à cheval : à cru (sans selle), avec un surfaix pour se tenir, il ne prend pas les rênes pour diriger le poney.</p> <p>Environnement calme et peu</p>

	matériel classique d'équitation. Pour monter à cheval : selle classique avec un licol et des rênes sans mort. Environnement calme et peu bruyant qui présente toutes sortes de stimulations sensorielles comme les odeurs de chevaux/de campagne, l'aspect visuel (dans le manège...), l'aspect auditif (hennissements...), l'aspect tactile (différents animaux...).	monter à cheval. Sinon matériel classique d'équitation. Pour monter à cheval : tapis (sans étriers) avec une poignée et des rênes adaptées. Environnement calme et peu bruyant qui présente toutes sortes de stimulations sensorielles comme les odeurs de chevaux/de campagne, l'aspect visuel (dans le manège...), l'aspect auditif (hennissements...), l'aspect tactile (différents animaux...).	bruyant qui présente toutes sortes de stimulations sensorielles comme les odeurs de chevaux/de campagne, l'aspect visuel (dans le manège...), l'aspect auditif (hennissements...), l'aspect tactile (différents animaux...).
L'environnement humain : Le thérapeute : -Est-ce le même à chaque	Le thérapeute est toujours le même à chaque séance. Il est formé à la TAC. Il est moniteur d'équitation,	La thérapeute est toujours la même à chaque séance. Elle est formée à la TAC. Elle est équicienne accompagnante,	La thérapeute est toujours la même à chaque séance. Elle est formée à la TAC. C'est la fondatrice et la

<p>séance ?</p> <p>-Est-il formé à la TAC ?</p> <p>-Quelle est sa profession ?</p> <p>-Le thérapeute est-il beaucoup présent ou non pendant la séance auprès de l'enfant ?</p> <p>Les autres participants :</p> <p>-La séance est-elle individuelle ou en groupe ?</p> <p>-Les parents assistent-ils à la séance ?</p> <p>-Y-a-t-il la présence d'autres personnes dans l'environnement proche de l'enfant ?</p>	<p>DU coaching, DU éthologie du cheval.</p> <p>Il est présent tout le long de la séance aux côtés de Laura.</p> <p>Séance individuelle mais présence ++ d'autres membres de l'association (autres thérapeutes, stagiaires, cavaliers) lors du travail à pied et dans le manège.</p> <p>Pas de parents présents.</p>	<p>en formation d'ostéopathie équine, possède le BAFA.</p> <p>Elle est présente tout le long de la séance avec Valentine.</p> <p>Séance individuelle, présence de quelques membres de l'association (autres thérapeutes, stagiaires, cavaliers), en fin de séance.</p> <p>Pas de parents présents.</p>	<p>directrice d'EquiSens. Elle est éducatrice spécialisée, équicienne, thérapeute avec le cheval et possède la BPJEPS Equitation.</p> <p>Elle est présente tout le long de la séance avec Pierre, avec l'aide d'une stagiaire.</p> <p>Séance individuelle, présence d'un autre groupe de trois personnes dans le manège durant la deuxième partie de la séance.</p> <p>Pas de parents présents.</p>
<p>Le cheval/le poney :</p> <p>-Est-il dressé spécialement pour la TAC ?</p> <p>-L'enfant a-t-il l'habitude</p>	<p>Pas de dressage spécifique mais choisi pour son caractère docile et gentil auprès des enfants.</p>	<p>Pas de dressage spécifique mais choisi pour son caractère docile et gentil auprès des enfants.</p>	<p>Pas de dressage spécifique mais choisi pour son caractère docile et gentil auprès des enfants.</p>

	<p>d'être avec le même cheval ou change-t-il à chaque séance ?</p> <p>-Quel est le comportement de l'animal envers l'enfant ? calme, agressif, affectueux...</p>	<p>Laura change souvent de cheval, en général elle choisit. Lors de la séance : nouveau cheval qu'elle ne connaît pas.</p> <p>Comportement de l'animal calme, obéissant, docile.</p>	<p>Valentine change souvent de poney, en général elle choisit. Lors de la séance : poney qu'elle connaît déjà.</p> <p>Comportement de l'animal calme, obéissant, docile, joueur.</p>	<p>Pierre change souvent de poney. Lors de la séance : poney qu'il connaît déjà.</p> <p>Comportement de l'animal calme, obéissant, docile, rassurant.</p>
	<p>Les différentes activités :</p> <p>-Quel est le déroulement de la séance ?</p> <p>-Quelles sont les activités équestres effectuées ?</p> <p>-Comment sont réparties les différentes activités dans le temps ?</p>	<p>Déroulement de la séance :</p> <p>-Temps d'accueil</p> <p>-Travail à pied : 1^{ère} approche cheval, pansage, préparation du matériel et du cheval, longer le cheval.</p> <p>-Travail à cheval : temps d'installation, d'activité équestre et descente.</p> <p>-Travail à pied : rangements du matériel et du cheval.</p>	<p>Déroulement de la séance :</p> <p>-Temps d'accueil</p> <p>-Travail à pied : 1^{ère} approche cheval, pansage, préparation du matériel et du cheval, longer le cheval.</p> <p>-Travail à cheval : temps d'installation, d'activité équestre et descente.</p> <p>-Travail à pied : rangements du matériel et du cheval.</p>	<p>Déroulement de la séance :</p> <p>-Accueil et première approche cheval</p> <p>-Travail à pied : exercice debout contre le poney</p> <p>-Travail à cheval : temps d'installation, d'activité équestre et descente.</p> <p>-Travail à pied : temps « après-séance ».</p> <p>Activité équestre : monte et</p>

		<p>Activité équestre (à cheval) : travail au pas avec activité ludique et travail au trot dans le manège.</p> <p>Répartition dans le temps : Environ 30 min de travail à pied et 15 min de travail à cheval.</p>	<p>Activité équestre : promenade à l'extérieur.</p> <p>Répartition dans le temps : Environ 35 min de travail à pied et 10 min de travail à cheval.</p>	<p>travail au pas dans le manège.</p> <p>Répartition dans le temps : Environ 10 min de travail à pied, 25 min de travail à cheval et 10 min de travail relationnel en fauteuil roulant.</p>
<p>Les comportements et attitudes de l'enfant à la séance</p>	<p>La volition :</p> <p>-Sur quelle tâche la volition est-elle la plus importante ?</p> <p>-Sur quelle tâche la volition est-elle la moins importante ?</p> <p>-Comment est-elle exprimée ?</p>	<p>-La plus marquée : Activités à cheval (au pas et au trot), plutôt ludiques.</p> <p>-La moins marquée : Accueil et première approche cheval (travail à pied de début de séance)</p> <p>-Laura exprime de manière légère ses émotions qui diffèrent selon les activités. Surtout, elle parle beaucoup</p>	<p>-La plus marquée : Accueil, 1^{ère} approche cheval, longer cheval (activités ludiques et peu complexes).</p> <p>-La moins marquée : sur le temps après la séance au moment du rangement.</p> <p>-Valentine exprime beaucoup sa joie par des rires et beaucoup de paroles, sur toute la séance. Elle fait part à</p>	<p>-La plus marquée : 1^{ère} approche cheval et temps après la séance (contacts avec le poney).</p> <p>-La moins marquée : Echauffement : activité débutant sur le poney</p> <p>-Pierre montre des signes d'expressions positives (sourires...) sur différentes activités mais n'exprime pas</p>

		et exprime clairement ses choix et préférences.	plusieurs reprises de ses choix.	ses choix verbalement. Il tente à plusieurs reprises de s'exprimer par langage oral (ex : claquement de langue).
L'habituatation : -Sur quelle tâche l'habituatation est-elle la plus importante ? -Sur quelle tâche l'habituatation est-elle la moins importante ? -Comment est-elle manifestée ?	-La plus marquée : Accueil (travail à pied + participation à la vie du centre) et activité équestre au pas et au trot. -La moins marquée : Pansage et préparation du matériel (travail à pied) -Laura est à l'aise et a ses repères au sein du centre équestre. Elle respecte les règles de sécurité et a une attitude adaptée. Cependant, elle interagit peu avec les autres participants.	-La plus marquée : Accueil (activité ritualisée). -La moins marquée : Pansage et préparation du matériel, rangements. -Valentine a ses habitudes au sein du centre, elle prend des initiatives. Cependant, elle interagit peu avec les autres participants.	-La plus marquée : 1 ^{ère} approche cheval et temps après la séance (contacts avec le poney). -La moins marquée : Exercice debout, Echauffement, travail au pas. -Pierre montre peu de signes d'habituatation, ni dans son attitude, ni dans ses habitudes. De plus, il n'interagit pas avec les autres participants.	
Les capacités de rendement :	-Les plus facilitées : Longer	-Les plus facilitées : Longer	-Les plus facilitées :	

	<p>-Sur quelle tâche les capacités sont-elles les plus importantes ?</p> <p>-Sur quelle tâche les capacités sont-elles les moins importantes ?</p> <p>-Comment sont-elles sollicitées ?</p>	<p>le cheval et installation</p> <p>-Les plus limitées : Préparation du matériel et des harnais (travail à pied)</p> <p>-Laura sollicite tout le long de la séance ses capacités de rendement, elles ne sont jamais un frein à la réalisation des tâches.</p>	<p>le cheval, l'installation/descente.</p> <p>-Les plus limitées : Pansage et préparation du matériel (travail à pied)</p> <p>-Valentine sollicite beaucoup ses capacités de rendement plus ou moins selon les activités, elles ne sont jamais un frein à la réalisation des tâches.</p>	<p>Exercice debout.</p> <p>-Les plus limitées : Activités de contact avec l'animal : 1^{ère} approche cheval et après-séance.</p> <p>-Pierre sollicite fortement ses capacités de rendement sur les activités où il n'est pas passif. Cependant, elles peuvent être un frein à la réalisation des tâches.</p>
--	---	---	--	---

Le cheval, un partenaire de la thérapie ?

Analyse de la participation de l'enfant atteint de paralysie cérébrale à des séances de Thérapie Avec le Cheval, selon le Modèle d'Occupation Humaine.

Auteur : Mabboux Julie

Sujet : L'enfant paralysé cérébral se retrouve en situation de handicap à chaque fois que sa participation à des activités est restreinte. Afin de favoriser son engagement dans des activités, l'ergothérapeute utilise diverses stratégies dont la Thérapie Avec le Cheval pourrait faire partie.

Problématique : Dans le cadre d'un accompagnement en ergothérapie, comment la participation de l'enfant paralysé cérébral serait-elle influencée dans des séances de Thérapie Avec le Cheval ?

Intérêt de la recherche : La littérature scientifique identifie le plus souvent cette thérapie à une prise en charge en kinésithérapie. De plus, la participation est souvent associée aux capacités et incapacités de l'enfant. La réalisation de cette étude permet d'apporter une vision globale de la thérapie et de la participation par le biais d'une analyse en ergothérapie basée sur le Modèle d'Occupation Humaine.

Hypothèse : Comme étant définie dans le Modèle d'Occupation Humaine, la participation de l'enfant paralysé cérébral serait favorisée dans des séances de Thérapie Avec le Cheval. Son cadre d'intervention influencerait positivement, non seulement les capacités de rendement, mais aussi la volition et l'habituation chez l'enfant.

Méthode : La méthode consiste à réaliser une observation de séances de Thérapie Avec le Cheval auprès de trois enfants. Elle est basée sur une grille d'observation qui reprend les composantes du modèle.

Résultats : La Thérapie Avec le Cheval permet aux enfants d'être participatifs dans l'activité. Le cadre d'intervention est propice à une plus grande volition et au développement d'un rôle chez deux des enfants mais cela est moins évident pour le troisième.

Mots clés : Ergothérapie, participation, enfant paralysé cérébral, Thérapie Avec le Cheval, Modèle d'Occupation Humaine

The horse, a partner in therapy ?

Analysis of the child with cerebral palsy's participation in therapy sessions with a horse, using the Model of Human Occupation.

Topic: The child with cerebral palsy finds him or herself in a situation of being handicapped by the interplay of disability and environment, each time participation in activities is restricted. To promote involvement in activities, the occupational therapist uses different strategies. Therapy with a horse could be part of this strategy.

Research problem: During occupational therapy, how can the child with cerebral palsy's participation be influenced in therapy sessions with a horse?

Original contribution: In the scientific literature, this therapy is often identified more readily in physiotherapy. In addition, participation is often associated with the child's capacities and impairments. This study provides a global vision of this therapy and of the child with cerebral palsy's participation, due to an occupational therapy analysis using the Model of Human Occupation.

Hypothesis: As defined in the Model of Human Occupation, the child's participation with cerebral palsy could be promoted in therapy sessions with a horse. This intervention framework can influence positively not only performance, but volition and habituation as well.

Method: The method consisted of conducting observations on three children during therapy sessions with a horse, based on a grid that summarises the model's components.

Results: Therapy with a horse allowed these children to be more participatory in this activity. The intervention framework was more conducive to greater volition and development of a role in two of the children but this was less evident with the third.

Keywords: Occupational therapy, participation, child with cerebral palsy, Therapy with a horse, Model of Human Occupation