



HAL
open science

Cheval, ergothérapie et rééducation des fonctions exécutives du jeune traumatisé crânien modéré à sévère

Claire Boyer

► **To cite this version:**

Claire Boyer. Cheval, ergothérapie et rééducation des fonctions exécutives du jeune traumatisé crânien modéré à sévère. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01831002

HAL Id: dumas-01831002

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831002v1>

Submitted on 5 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

BOYER Claire

**Initiation à la démarche
de recherche**

**Cheval, ergothérapie et rééducation des fonctions
exécutives du jeune traumatisé crânien modéré à sévère**

Remerciements

« Sous la direction de Claire Doucet, ergothérapeute,
centre de rééducation pédiatrique Romans Ferrari, Miribel-Jonage (Ain) »

Je tiens particulièrement à remercier Claire Doucet pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et la qualité des conseils donnés.

Je tiens à remercier les ergothérapeutes qui ont acceptées de participer aux entretiens me permettant ainsi de mener à bien ce travail de recherche.

Je remercie Fanny Germain pour son aide et ses conseils.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour leur accompagnement tout au long de notre parcours au sein de l'Institut.

Merci mon mari, mes enfants, mes proches pour leur patience, leur soutien et leurs encouragements durant ces trois années de formation.

Lilia, à bientôt chez Michel...

Sommaire

Remerciements.....	2
Introduction	4
1. Problématique pratique	5
1.1 Traumatisme crânien de l'enfant et impact sur les fonctions exécutives.....	5
1.1.1 Épidémiologie	5
1.1.2 Classification des traumatismes crâniens.....	6
1.1.3 Gravité des traumatismes crâniens	7
1.1.3.1 L'échelle de Glasgow	7
1.1.3.2 L'amnésie post-traumatique.....	7
1.1.3.3 Un champ élargi de séquelles	8
1.1.4 Particularité du traumatisme crânien chez l'enfant et l'adolescent.....	8
1.1.5 Plasticité cérébrale et récupération.....	9
1.1.5.1 Les mécanismes de la restauration.....	10
1.1.5.2 Les facteurs de récupération	10
1.1.6 Importance de la rééducation des fonctions exécutives	11
1.1.6.1 Définition des fonctions exécutives	11
1.1.6.2 Impact du TC modéré à sévère sur les fonctions exécutives	11
1.2 L'ergothérapie en rééducation fonctionnelle pédiatrique.....	12
1.2.1 Définition de l'ergothérapie	12
1.2.2 Rôle de l'ergothérapeute en réadaptation fonctionnelle.....	13
1.2.3 Rôle de l'ergothérapeute dans la rééducation des fonctions exécutives.....	14
1.2.3.1 Évaluations et bilans	14
1.2.3.2 Différents types de rééducation.....	16
1.3 Les activités équestres à intention thérapeutique (AEIT).....	19
1.3.1 Symbolique du cheval.....	19
1.3.2 Présentation des différents courants d'AEIT.....	19

1.3.2.1 L'équithérapie.....	20
1.3.2.2 L'hippothérapie.....	21
1.3.2.3 La thérapie avec le cheval (TAC).....	21
1.3.3 Le cheval « médiateur »	22
1.3.4 Les AEIT et l'ergothérapeute	23
2. Problématique théorique	24
2.1 Le modèle conceptuel MCRO-P	24
2.1.1 Définitions.....	24
2.1.2 Description du modèle.....	25
2.1.3 Applications du modèle.....	25
2.2 Potentiel thérapeutique de l'activité	27
2.2.1 L'ergothérapeute et l'activité	27
2.2.2 Quête du bien-être : la théorie du Flow de Csikszentmihalyi	27
2.2.3 Le potentiel thérapeutique de l'activité, théorie de Doris Pierce	28
2.3 Autonomie et indépendance	29
2.3.1 Définitions.....	29
2.3.2 Indépendance, dépendance et interdépendance.....	30
2.3.3 Autonomie	30
3. Méthodes et matériaux.....	33
3.1. Méthodologie de recherche	33
3.2. Typologie de l'entretien et construction de l'outil	33
3.3. Population ciblée	33
3.4. Déroulement des entretiens.....	34
3.5. Conception des grilles d'analyse des entretiens.....	34
4. Analyse des résultats	35
4.1. Présentation des personnes interrogées	35
4.2. Analyse longitudinale des résultats.....	35

4.3. Analyse transversales des résultats	42
5. Discussion.....	47
5.1. Liens avec la problématique théorique	47
5.2. Réponse à la question de recherche	52
5.3. Autocritique et limites de l'étude	53
5.4. Apport personnel du travail effectué	54
5.5. Apport pour la profession et perspective de recherche.....	55
Conclusion	56
Bibliographie	57
ANNEXES.....	60

Introduction

Attirée par les chevaux depuis mon plus jeune âge, cavalière, j'ai acquis très tôt la conviction que le cheval était un fantastique partenaire de vie. En 2013, durant plusieurs semaines, j'ai pu accompagner en tant que bénévole des groupes de personnes déficientes intellectuelles lors de séances d'équitation adaptée. Cette expérience riche de découvertes, d'échanges, a conforté en moi l'idée que le cheval pouvait également être un partenaire de soin. La genèse de ce devoir part d'une interrogation : ou comment l'ergothérapeute peut-il se saisir de la médiation équine pour l'utiliser en rééducation ? L'opportunité d'échanger avec différents professionnels de santé, médecin et ergothérapeutes, convaincus de l'utilité des activités équestres à intention thérapeutiques (AEIT) a permis d'orienter les recherches. Après consultation de la littérature scientifique, il apparaît que les AEIT sont marginalement utilisées par les professionnels du soin dans un cadre rééducatif. Les cas rencontrés concernent une rééducation purement motrice et/ou fonctionnelle ou des situations réadaptatives. De plus, il apparaît que les professionnels font appel à ces thérapies majoritairement pour un public de personnes présentant des Infirmités motrices cérébrales, des troubles du spectre autistique ou des pathologies psychiatriques. Durant notre parcours de formation, de nombreuses pathologies nous ont été présentées. Celles sur le traumatisme crânien (TC) et les lourdes conséquences cognitives qu'il peut laisser, notamment auprès d'un jeune public, ont été particulièrement marquantes. Les jeunes individus, atteints par cette pathologie, voient leur qualité de vie et leur participation sociale lourdement impactées. Le travail de croisement des sources scientifiques n'a pas permis de trouver d'articles décrivant l'utilisation d'AEIT auprès de patients TC, quelques-uns sur l'intérêt de ces thérapies en ergothérapies. Ces réflexions nous ont amenés à nous poser la question d'étude suivante : « ***En quoi l'activité équestre à intention thérapeutiques est-elle un outil pour l'ergothérapeute dans la rééducation des fonctions exécutives du jeune traumatisé crânien modéré à sévère ?*** »

Afin d'étayer la question d'étude, il conviendra de synthétiser les connaissances recueillies sur le traumatisme crânien de l'enfant et de l'adolescent, le rôle de l'ergothérapeute en pédiatrie et son action concernant la rééducation des fonctions exécutives, ainsi que la présentation et l'intérêt des AEIT concernant le soin. Ce travail conduira à établir une question de recherche qui guidera la construction de ce mémoire. Découleront de cette question le choix d'un modèle et deux concepts : la mesure canadienne du rendement occupationnel, le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce et la dualité autonomie/indépendance. Afin de traiter ce sujet nous nous appuierons sur une méthode clinique et tenteront d'établir les résultats de cette étude à partir de trois entretiens menés auprès d'ergothérapeute faisant appel aux AEIT dans leurs pratiques auprès de jeunes TC.

1. Problématique pratique

1.1 Traumatisme crânien de l'enfant et impact sur les fonctions exécutives

Le traumatisme crânien (TC) est une atteinte cérébrale, ou tronculaire brutale, qui induit une destruction ou dysfonctionnement du tissu cérébral. On peut le qualifier de lésion cérébrale acquise au même titre que l'accident vasculaire cérébral ou la tumeur cérébrale non évolutive. Le TC touche la boîte crânienne et le cerveau de l'individu qu'elle contient. Il intervient lorsque l'individu est en mouvement que ce soit de son propre fait ou non. Au cours de nos lectures, non exhaustives bien entendu, nous avons pris conscience que le cas des TC de l'enfant et de l'adolescent est un cas à part(1,2). Le présent chapitre va tenter de définir cette pathologie traumatique, de montrer la particularité qu'elle possède auprès d'un public infantile, l'impact qu'elle possède sur les fonctions cognitives et exécutives de la personne qui la subi.

1.1.1 Épidémiologie

En Europe, l'incidence serait de 235 cas pour 100.000 personnes par an (1). En France, le nombre de TC est estimé à environ 281/100.000 en 1986 (3). En 1996, l'incidence des TC sévères s'élève à 17,3/100.00 par an. Cela équivaut à dire que l'on compte environ 160.000 nouveaux cas par an. Néanmoins, les chiffres sont anciens et certainement vus à la baisse. En effet, de nombreux cas de TC légers ne sont pas toujours comptabilisés. Les enfants sont concernés au même titre que les adultes par cette pathologie traumatique. Par an, en France, un tiers des cas d'hospitalisations pédiatriques est dû à des TC (4). L'incidence des TC dans la population infantile est de 691/100.000 prise en charge à l'hôpital, 74/100.000 nécessitant une hospitalisation. Le TC touche plus les garçons que les filles notamment dans la population adolescente. Le ratio est de 1,4/1 avant l'âge de 10 ans, 2,2/1 après 10 ans. Deux pics d'incidence seraient répertoriés : entre 2 et 3 ans et entre 10 et 15 ans (3).

Chez les enfants, les causes du TC sont principalement de deux types : les accidents de la voie publique (AVP) et les chutes. Les enfants sont particulièrement concernés par les AVP. Piétons, et, quel que soit leur âge, ils peuvent être renversés par un véhicule. Plus âgés, à partir de 7-8 ans, ils peuvent être victimes d'accident de la circulation lorsqu'ils se déplacent à vélo ou en vélomoteurs pour les plus grands. À tout âge, en tant que passagers d'un véhicule à moteur, ils peuvent être victimes d'accident de la route. Les chutes sont les deuxièmes causes de TC. Pour les plus petits, les chutes sont fréquentes des tables à langer, des bras de l'adulte ou lors de l'apprentissage de la marche. Lorsqu'ils sont plus âgés, les chutes se déroulent à la maison, à l'école, lors d'accidents de jeux (chute de toboggan, de muret...) ou lors de pratiques sportives. Les adolescents sont plus

concernés par les accidents de la circulation. Les cas de maltraitance, avec notamment le syndrome du bébé secoué, concernent plus particulièrement les enfants de moins de deux ans.

1.1.2 Classification des traumatismes crâniens

Différents types de lésions existent pour cette pathologie traumatique acquise (2). Elles peuvent être **focales** suite à un choc ou un impact direct sur la boîte crânienne. Du fait de la vitesse et de l'onde de choc, les lésions focales peuvent créer des lésions focales à distance dites du « contrecoup ». Elles peuvent être également **diffuses**, consécutives à l'ébranlement du cerveau du fait d'un phénomène d'accélération – décélération comme lors d'un accident de voiture. Ce phénomène a lieu en deux temps. 1= le cerveau de l'accélération frappe dans sa région frontale l'avant de la boîte crânienne. 2= lors de la décélération, il frappe l'arrière de la boîte crânienne au niveau de la région occipitale ou pariétale (5). Les lésions diffuses peuvent engendrer des lésions axonales diffuses (LAD), ce qui signifie un étirement ou un cisaillement des axones dans la substance blanche et donc leur dégénérescence (1), ou des lésions lobaires focales. Ces dernières correspondent au choc du cerveau et donc de la substance grise contre la paroi de la boîte crânienne. Lésions focales et diffuses sont fréquemment associés. Enfin, on compte les lésions par pénétration lors de l'entrée d'un objet contondant dans la boîte crânienne. En fonction de l'impact, différentes zones du cerveau vont être touchées. Les zones frontales et temporales sont les plus vulnérables. Mais les zones pariétales et occipitales peuvent être touchées notamment lors des phénomènes d'accélération – décélération vus précédemment.

On dit d'une lésion qu'elle est **primaire** lorsqu'elle est inhérente au traumatisme avec des contusions, des destructions tissulaires, des hémorragies ; **secondaire** lorsqu'elle est consécutive à ce dernier. Ces dernières sont les témoins d'un traumatisme sévère (4) et constituent l'enjeu principal de la prise en charge aigüe. Les lésions secondaires prennent la forme d'œdème, d'hématomes sous-duraux - accumulation de sang entre la face interne de la dure-mère et la convexité externe du cerveau - et extra duraux, qui correspondent à une accumulation de sang entre la dure-mère et la voûte crânienne (3). Du fait de leur présence, la pression intracrânienne augmente et influe sur la circulation cérébrale et sur l'oxygénation cérébrale. L'hypertension intracrânienne (HTIC) peut être responsable d'engagements cérébraux, de compression du cerveau, mettant alors en jeu le pronostic vital de l'individu (4). La multiplicité des tableaux rencontrés n'autorise pas à prédire la forme exacte des possibles séquelles. Elles pourront s'exprimer de manière très variée en fonction des individus et inciteront à une prise en soin rééducative adaptée à chacun.

1.1.3 Gravité des traumatismes crâniens

Différents facteurs, associés ou non, permettent de définir la gravité d'un TC. L'échelle de Glasgow ou Glasgow Coma Scale (GCS), la durée de l'Amnésie Post-Traumatique (APT) et la présence de complications neurologiques sont les trois principaux critères. On peut leur associer la violence du choc (4) ou l'existence de lésions au niveau de l'encéphale. L'ensemble de ces critères permet de classer les TC en différents niveaux d'atteintes : léger, modéré ou sévère (1,2,6) et ainsi de définir une prise en soin adaptée.

1.1.3.1 L'échelle de Glasgow

Elle est utilisée dans les premières heures de la prise en soin du patient. C'est une échelle qui sert à indiquer l'état de conscience du patient pris en charge et qui prend en compte l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice de l'individu. Elle a été mise au point par G.Teasdale et B.Jennet en 1974. D'autres échelles existent comme l'échelle de Jovet ou l'échelle de Liège, mais l'utilisation de la GCS est largement répandue parmi les équipes de secours et de soins. La somme des points récoltés dans les trois catégories (E+V+M) permet d'établir une note totale comprise entre 3, synonyme de coma profond, et 15, relatant un état de conscience normal (Annexe I). Le GCS a été adapté pour les enfants âgés de la naissance à plus de cinq ans (Annexe II). En fonction de la note obtenue, on peut considérer que de 3 à 6, le coma est profond ; de 7 à 9, le coma est lourd ; de 10 à 14, le coma est léger. À 15, l'état de conscience est normal. Il est également possible de le retranscrire de la manière suivante : de 3 à 8, le TC est sévère, de 9 à 12, le TC est modéré, de 13 à 15, le TC est léger (1). Les patients victimes d'un TC sévère ont besoin d'être admis en service de réanimation, les TC modérés sont hospitalisés sans passer par le service de réanimation, les TC légers sont pris en charge en ambulatoire.

1.1.3.2 L'amnésie post-traumatique.

C'est une période de longueur variable suivant le coma durant laquelle le patient est confus, désorienté et souffre d'amnésie rétrograde. Il est incapable d'enregistrer et de se rappeler de nouvelles informations. *« Le début de l'APT pourrait en être fixé au dernier souvenir précis précédant l'accident ou encore au moment de l'accident lui-même. La fin pourrait être fixée au premier jour où le patient est de nouveau capable de mémoriser des événements d'un jour à l'autre »* (3)p64. La durée de cette lacune mnésique participe à l'estimation de la gravité du TC (Annexe III). Entre 20 à 30min d'APT, le TC est considéré comme léger. Entre 30mn-1h jusqu'à 24 heures, le TC est qualifié de modéré. Enfin, avec une APT supérieure à 24 heures, le TC est un TC sévère.

1.1.3.3 Un champ élargi de séquelles

Il est donc communément admis que lorsque l'APT est supérieure à vingt-quatre heures et que le GCS est compris entre 3 et 8, le TC est considéré comme sévère ou grave. Déterminer la gravité du TC permettra d'évaluer les possibles séquelles. La gravité de l'accident, l'âge de l'enfant (2), son comportement antérieur influeraient également notablement sur la présence de séquelles ou non. Comme le cerveau de l'enfant et de l'adolescent est en pleine construction ou maturation, il est très difficile de prédire quelle fonction sera touchée et comment celle-ci va s'exprimer sur le long terme. Les séquelles peuvent être d'ordre neurologique, avec des atteintes motrices, sensitives, hormonales, des troubles de l'équilibre, de la coordination gestuelle, des troubles visuels, auditifs, du langage. L'épilepsie, l'hydrocéphalie, les céphalées persistantes peuvent faire partie du tableau des séquelles présentes après un TC sévère (1,5). *«Le domaine le plus sévèrement atteint et porteur du plus grand handicap au quotidien est celui des déficits cognitifs et comportementaux. Ceux-ci ne sont pas toujours visibles d'emblée. Ils peuvent apparaître ou ne devenir visibles qu'à distance du TC, par retard des acquisitions ultérieures »* (1)p341. Il est possible de relier la gravité du TC et l'ampleur des déficits cognitifs séquellaires. Ces séquelles consistent en des troubles de l'orientation, de l'agitation psychomotrice, de troubles mnésiques. Sur le long terme, attention, mémoire, fonctions exécutives seront touchées. À l'atteinte des fonctions cognitives, on pourra donc relever régulièrement des troubles du comportement. Les troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives impactent le comportement de l'enfant ou de l'adolescent dans l'ensemble de ses AVQ, de ses relations sociales ou scolaires. Elles vont devenir un frein aux acquisitions ultérieures de l'enfant (7)

1.1.4 Particularité du traumatisme crânien chez l'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant, les structures crâniennes et cérébrales divergent de celles de l'adulte. Si l'on considère le nourrisson ou le tout petit, la consistance du cerveau est plus liquide, la myélinisation moins importante, les espaces arachnoïdiens sont plus larges (4). Le cerveau enregistre une forte croissance de taille jusqu'à l'âge de 5 ans (8). Le cerveau n'est pas mature pour autant. Le processus de maturation va se mener durant toute l'adolescence pour aboutir à son terme vers l'âge de 18-20 ans. Les gyrus et les lobes cérébraux vont finir de se former lentement. Ils permettront alors aux fonctions cognitives qui s'y rattachent de s'exprimer pleinement. Les volumes des lobes pariétaux et frontaux augmentent jusqu'à l'âge de 12 ans, la maturation du lobe temporal s'effectue vers 16 ans, celle du lobe occipital s'effectue tout au long de l'adolescence. La maturation différentielle des différentes zones du cerveau correspond au développement et au perfectionnement des capacités cognitives de l'individu qui se complexifient au fil des années.

Parallèlement, la quantité de matière blanche augmente jusqu'à l'âge de 20 ans. La myélinisation de la zone préfrontale n'intervient que vers l'âge de 17 ans. Cette dernière permet un traitement plus rapide de l'information et ainsi une acquisition plus optimale des fonctions cognitives associées. Au travers de ces données, on se rend compte que le cerveau de l'enfant et de l'adolescent n'est mature que très tardivement. Son inachèvement laissant ainsi supposer sa fragilité. Si le cerveau de l'enfant, du fait des structures particulières citées précédemment, possède de meilleures chances de récupération et une meilleure absorption des chocs ; il est plus vulnérable du fait de sa structure. De profonds remaniements de proportions tissulaires vont s'opérer durant toutes ces années entre matière grise, blanche et liquide céphalo-rachidien. Chaque zone du cerveau possède une période critique de maturation et de développement durant laquelle elle est particulièrement sensible et donc fragile (1,8). Si durant cette période, la zone ne reçoit pas de stimulation, elle ne s'activera pas et une carence s'installera. C'est ce qui fait la différence entre un TC chez un enfant ou chez un adulte. L'adulte victime d'un TC conservera ses acquis et ses compétences. Il aura par contre une capacité de réorganisation cérébrale réduite par rapport à l'enfant qui possède une plasticité cérébrale maximale. Nous développerons ce point dans le chapitre suivant. Chez l'enfant ou l'adolescent, certaines capacités et compétences cognitives pourront ne jamais être mises en place du fait du trauma. (1). Les déficits cognitifs ou comportementaux peuvent rester cachés durant plusieurs années, ne pas apparaître ou ne pas s'exprimer alors que l'enfant devenu adulte devrait pouvoir les manifester. La capacité d'apprentissage pourra s'en trouver affectée. De plus, certaines fonctions de cognition sociale et de jugement moral pourront ne pas se former. Des comportements importants comme le jugement moral, la métacognition, le raisonnement abstrait, la capacité à changer de perspective, à prendre en compte les conséquences de ses actes pour améliorer son comportement futur, et la capacité d'empathie pourront ne pas s'exprimer ou être déficitaires. Toutes ces particularités cérébrales font du TC modéré à sévère chez l'enfant une pathologie particulière. L'enjeu de la rééducation et de la réadaptation n'en devient alors que plus important.

1.1.5 Plasticité cérébrale et récupération

Le choc subi par l'individu correspond à un état de « sidération fonctionnelle globale » (3). Les gravités des atteintes varient en fonction de la gravité de l'accident. Néanmoins, quel que soit le degré de gravité, le cerveau de l'individu va opérer une réorganisation de sa structure qui va permettre progressivement une reprise fonctionnelle. Cet accommodement, ce remodelage du réseau neuronal est appelé plasticité cérébrale. La plasticité cérébrale intervient tout au long de l'existence de manière régulière, graduée et permanente. Le cerveau n'est pas un organe figé, il évolue de manière constante par un « modelage dynamique » (3, 239) permanent. Les neurones

sont configurés de telle manière qu'ils sont capables de s'accommoder aux différentes évolutions dictées par l'environnement du sujet (9). Le but de la régénération ne permet pas seulement de rétablir une structure lésée mais également la fonction qui s'y rattache, intégralement ou partiellement.

1.1.5.1 Les mécanismes de la restauration

Si le réseau n'est pas ou peu abîmé, les neurones vont de nouveau transmettre le message dont ils sont porteurs. En cas d'atteinte, on assiste à une réédification du système. Différents mécanismes ont été observés qui permettent une restauration plus ou moins partielle du SNC :

- Tout d'abord, si des structures neuronales ont été coupées ou touchées, les neurones fonctionnels deviennent plus sensibles et augmentent leurs connections avec les liaisons conservées.
- On observe également une **régénération axonale** qui fonctionne de manière identique à la repousse axonale propre au système nerveux périphérique.
- Les tissus lésés lors du traumatisme pourraient subir une « **neurogénèse** » correspondant à l'ensemble du processus de création d'un neurone fonctionnel du système nerveux à partir d'une cellule souche neurale, ou la capacité du cerveau de produire de nouvelles cellules. Le SNC est capable de conserver des propriétés embryonnaires même à l'âge adulte (9).
- On assiste à une **réorganisation synaptique**. Les réseaux de connections neuronales se recombinent. Ainsi, les neurones qui ont perdu leurs afférences en retrouvent de nouvelles grâce à cette restructuration du réseau neuronal.
- La récupération s'opère également par un phénomène de **vicariance des structures**. Selon le dictionnaire Larousse, la vicariance signifie « *qui remplace quelque chose d'autre* ». Ainsi peut se mettre en place « *une reconfiguration fonctionnelle à partir des zones cérébrales auparavant non engagées dans la fonction* » (3, 244).

1.1.5.2 Les facteurs de récupération

Il apparaît évident que la gravité des lésions, l'âge, la qualité et la précocité de la prise en charge sont des facteurs majeurs influant sur la récupération de l'individu. L'ensemble des études soulignent que la durée du coma ou de la phase végétative aura une influence directe sur le degré des séquelles finales. De plus, du siège de la lésion dépendra l'atteinte de la fonction correspondante. Pour Cohadon, « *à lésion comparable, la récupération est de manière globale inversement proportionnelle à l'âge* » (3, p249). Le phénomène de maturation du cerveau de l'enfant et de l'adolescent décrit précédemment influe sur la plasticité cérébrale et la favorise. Le dernier facteur majeur qui joue sur la restauration cérébrale est la prise en charge rééducative et réadaptative du patient. La stimulation multiple et de longue durée, dont bénéficie le patient atteint

de TC, assure l'activation de la plasticité cérébrale : « *la plasticité cérébrale dans tous ses mécanismes est activité-dépendant* »(3, p 251). Ainsi, la rééducation s'appuie sur les principes de la plasticité et la plasticité se nourrit de la rééducation pour offrir une restauration du SNC.

1.1.6 Importance de la rééducation des fonctions exécutives

1.1.6.1 Définition des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives appartiennent, comme l'attention, la mémoire, les phasies, les praxies, les gnosies... aux fonctions cognitives. Elles « *peuvent être envisagées comme des fonctions transversales, hiérarchiquement supérieures, qui administrent, et supervisent, les autres fonctions cognitives* » (10). On peut ainsi les définir comme l'ensemble des habiletés cognitives qui permettent d'adapter nos comportements selon le contexte. Ainsi, grâce aux fonctions exécutives, l'être humain est capable de s'intégrer à son environnement et de s'adapter aux situations de vie quotidienne notamment lorsque les situations rencontrées sont nouvelles ou complexes (10,11). Le fonctionnement exécutif intervient à chaque fois que l'ensemble des habitudes et réflexes ne peut prendre en charge la situation. Les fonctions exécutives guident ainsi la personne dans ses comportements. Elles couvrent une somme de processus cognitifs dont la fonction essentielle est de garantir l'adaptation du sujet aux situations nouvelles et/ou complexes comme « *l'inhibition de réponse prédominante, l'initiation de comportements nouveaux, la planification de l'action, la génération d'hypothèses, la flexibilité cognitive, jugement, la prise de décision, les contrôles des effets de l'action* »(11–13). Elles permettent donc l'idéation d'une tâche, sa planification, sa réalisation, la mise en œuvre de stratégie et d'adaptation à un environnement changeant si nécessaire. Ces fonctions sont primordiales pour que l'individu puisse évoluer favorablement dans son environnement en lui permettant de s'adapter aux situations nouvelles et en utilisant toutes les informations et réactions émotionnelles mémorisées. Dans le Traité de neuropsychologie clinique (10) elles sont définies comme un : « *ensemble complexe d'opérations cognitives nécessaires à l'accomplissement d'un but de manière flexible. Elles sont impliquées dans le contrôle cognitif intervenant dans les situations nécessaires à une articulation des actions ou des pensées dirigées vers un but finalisé* ». Les fonctions exécutives fonctionnent en interaction permanente avec les autres fonctions cognitives que sont l'attention, la mémoire, les réactions émotionnelles et les capacités de l'individu à appréhender son environnement social.

1.1.6.2 Impact du TC modéré à sévère sur les fonctions exécutives

Un traumatisme crânien sévère engendre toujours des troubles des fonctions exécutives sur le plan

des composantes cognitives et de régulation comportementale. C'est une des principales causes de handicap consécutif au TC. On nomme ces atteintes syndrome dysexécutif post-traumatique (1). Le syndrome dysexécutif se caractérise par une altération de l'analyse et du raisonnement, l'incapacité à faire des liens logiques, des déductions, des mises à jour. L'individu présente des troubles de la flexibilité, des difficultés d'adaptation à son environnement, des troubles de persévération. Les capacités de planification, d'organisation, de maintien des séries d'actions sont affectées. L'ensemble de ces atteintes va engendrer une modification de la personnalité, du caractère et du comportement de l'individu (6). Le patient atteint de syndromes dysexécutifs éprouve des difficultés à initier le mouvement et à passer à l'action. Il existe également une difficulté à vérifier les résultats, le patient perd ses capacités d'autocontrôle et d'autocorrections. Le patient peut persévérer dans ses erreurs. Les syndromes dysexécutifs ont tendance à évoluer vers une amélioration avec le temps (1). Ils peuvent être de forme et de gravité très variable en fonction des patients. Quelle que soit la forme prise, ils auront toujours un impact sur la vie quotidienne, sociale et scolaire de l'enfant ou de l'adolescent. Ils sont généralement associés à des troubles de l'attention, de la mémoire et des troubles du comportement. Une fatigue cognitive est régulièrement associée. Cette dernière est présente sur le long terme et peut causer des troubles importants (1)p346. Étant donné l'impact des troubles des fonctions exécutives, il est essentiel que leur rééducation fasse partie intégrante de la prise en charge du jeune patient traumatisé crânien. Pourtant, du fait de l'état de maturation du cerveau de l'enfant, ces atteintes ne sont parfois pas visibles, les fonctions s'y rapportant n'étant pas encore mises en place. Les troubles apparaissent lorsque la maturation a lieu, du fait de l'atteinte cérébrale, et que les pressions et les demandes d'adaptation de l'environnement se font plus intenses.

1.2 L'ergothérapie en rééducation fonctionnelle pédiatrique

1.2.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession de santé réglementée par le code de la Santé publique, articles L4331-1 et R4331-1. Les règles professionnelles sont définies par le référentiel de compétences de l'arrêté du 5 juillet 2010. Après trois années d'étude, l'ergothérapeute obtient un Diplôme d'État (DE) délivré par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. *Ergon*, en grec, signifie l'activité, le travail. De tout temps, l'activité a été reconnue comme vertueuse pour maintenir ou restaurer la santé des individus. L'ergothérapie contemporaine naît au début du XXe siècle en instaurant l'activité comme modèle thérapeutique (14). Littéralement, l'ergothérapie signifie : thérapie

par l'activité. L'ergothérapeute appuie donc sa pratique sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Le fondement de cette profession repose sur le triptyque suivant : personne, activité, environnement. En s'appuyant sur ce dernier, le thérapeute va tenter de restaurer, maintenir, et développer l'autonomie et l'indépendance des patients qu'il prend en soin.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (15) : « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* ». Le but de l'ergothérapeute est ainsi de permettre aux individus de devenir acteur et sujet de leur prise en soin.

Le réseau européen des écoles d'ergothérapie ou ENOTHE, son acronyme en anglais, définit l'activité de la manière suivante : « *une suite structurée d'actions ou tâches qui concourt aux occupations* » (16). L'occupation est décrite ainsi : « *un groupe d'activité, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs* ». Néanmoins, si l'activité se trouve au cœur de la profession de l'ergothérapeute, elle se doit d'être signifiante (16, p56) si on veut l'utiliser comme thérapie. Dans ce cas, elle a « *de l'intérêt et de l'importance dans la vie d'une personne (...). Elles doivent être en relation avec les intérêts de l'usager et avoir un but intelligible par lui pour l'intervention dont il est l'objet* », sous peine d'être abandonnée par le patient.

1.2.2 Rôle de l'ergothérapeute en réadaptation fonctionnelle

La rééducation du jeune patient victime d'un TC modéré à sévère est assurée dans des services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Le but des établissements est de permettre à l'enfant ou l'adolescent la réinsertion dans son milieu de vie. Les jeunes TC nécessitent une rééducation motrice et cognitive importante ainsi qu'une réadaptation adaptée au projet de l'enfant. C'est une étape essentielle faite pour assurer une meilleure réinsertion globale des patients à l'issue d'une hospitalisation. La réadaptation et la réinsertion sont les objectifs majeurs de la rééducation du patient TC (13). L'ergothérapeute, de par ses compétences, est un acteur clef de cette future réinsertion. « *Si l'ergothérapeute permet de nouveau à la personne d'interagir sur son environnement, à travers une activité significative, il lui redonne le pouvoir de gouverner sa vie par un retour à la participation sociale* »(17). Lors de cette rééducation au long cours, l'ergothérapeute va donc tenter de « *s'inscrire dans une pratique centrée sur l'enfant qui devient acteur de sa thérapie* » (18). Lors de la prise en soin d'un patient traumatisé crânien modéré à sévère, l'attention

des équipes porte sur l'ensemble des capacités motrices, cognitives et relationnelles. Il s'agit d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la sortie de la phase de coma à la réinsertion du patient. L'ergothérapeute y possède une place centrale (3)p 362. Les objectifs de ce dernier sont la restauration, le développement et le maintien des capacités fonctionnelles et cognitives du patient. L'attention est portée sur le transfert de ces dernières dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), l'élaboration d'un projet de vie familiale, sociale et scolaire. Le but est de pouvoir faire le bilan des restrictions de participation dans ses AVQ afin d'apporter les réponses les plus ciblées et individualisées possible. Le savoir-être ou attitude, et le savoir-faire - les habiletés - seront toutes deux prises en compte par le thérapeute. L'ergothérapeute se trouve donc pleinement associé à la rééducation du patient souffrant d'un TC sévère où l'un des points majeurs est celui des fonctions exécutives.

1.2.3 Rôle de l'ergothérapeute dans la rééducation des fonctions exécutives

1.2.3.1 Évaluations et bilans

Afin d'évaluer les capacités et incapacités des patients présentant un TC, l'ergothérapeute va mettre en place de nombreuses évaluations. Tout d'abord, il ou elle va s'intéresser aux bilans sensitifs, moteurs et orthopédiques, sans omettre l'étude de la marche et des transferts. Toute une batterie de tests cognitifs va également être utilisée. L'ensemble de ces bilans va permettre au thérapeute d'établir son plan d'intervention. Parmi eux se trouvent des bilans s'intéressant aux fonctions exécutives.

→ Des **bilans « papier crayon »** qui se déroulent en salle d'ergothérapie. On dénombre plusieurs bilans qui vont spécifiquement évaluer les fonctions exécutives des patients, notamment :

- le test des Six Éléments de Shallice et Burgess (1991),
- le Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome ou BADS de Wilson (1996) et Allain (2004) de 8 ans à 15 ans 11 mois. Le but est d'identifier les difficultés dans la vie quotidienne liée aux troubles des fonctions exécutives.
- le test du camion (Ménissier et Dal Molin-Lautel) à partir de 6 ans. La verbalisation, l'anticipation, la planification et la mémorisation sont observées.
- la NEPSY-II de Korkman, Kirk et Kemp (2012) est une batterie de tests neuropsychologiques validée jusqu'à 16 ans et 11 mois. Plusieurs items vont permettre de repérer les forces et d'évaluer les déficits de l'enfant notamment l'attention et les fonctions exécutives comme le test de la Tour, la fluidité de dessin, l'attention visuelle, auditive, le test des horloges.

→ Des **bilans écologiques** viennent compléter ces évaluations. Ils offrent plus de sensibilité que les

tests et bilans analytiques. En effet, certains patients semblent satisfaire aux exigences de bilans « papier crayon » alors qu'ils révèlent des difficultés et des incapacités lors des tests écologiques. « *L'objectif général de ces bilans est de mettre en évidence les difficultés dans la vie quotidienne de manière plus fiable pour mieux évaluer le retentissement réel des troubles cognitifs sur la vie quotidienne des patients* » selon Mathilde Chevignard (1)p343. On peut citer comme bilans écologiques :

- le test des errances multiples (TEM) de Shallice et Burgess (1991). Il s'agit d'une mise en situation adaptée, donc non standardisée, aux lieux d'hospitalisation et aux enfants et s'inspirant du TEM,
- le test du fondant au chocolat,
- le test de la bouilloire de Hartman Maeir, Armon, Katz (2005).

Grâce à ces différents bilans, le thérapeute va pouvoir apprécier plus finement une somme de capacités rattachées aux fonctions exécutives : « *Exprimer une intention, prendre des initiatives, faire des choix, commencer seul une activité, anticiper, ne pas se précipiter sur une tâche, séquencer une action en sous-étapes, élaborer une stratégie, maintenir une stratégie adaptée, changer de stratégie, raisonner autrement qu'en essai/erreur, faire des liens de cause à conséquence, justifier sa stratégie, se sortir seul d'un raisonnement qui n'existe pas* » (6). À ces bilans viendront s'ajouter des bilans des AVQ qui permettront d'apprécier le degré d'autonomie et d'indépendance du jeune patient ainsi qu'une observation attentive du jeune patient dans son cadre de vie que constitue le centre de rééducation. En prenant conscience des réelles capacités et incapacités de l'enfant, l'ergothérapeute va pouvoir planifier au mieux la rééducation de ce dernier. Si les patients révèlent des incapacités lors des bilans écologiques, il semble logique de pouvoir leur offrir une rééducation de même type afin de permettre une récupération et un transfert des acquis dans les gestes et activité de la vie quotidienne (11). La rééducation analytique s'appuyant sur de nombreux jeux sera mise en œuvre. Les objectifs de rééducation visent à la restauration, à la compensation ou à l'adaptation des fonctions déficitaires appliquées à des tâches dirigées vers un but précis. Il est donc important de s'appuyer sur des activités de la vie quotidienne, de loisirs, hors du champ de la salle d'ergothérapie pour compléter la rééducation de ces jeunes patients (17,19). Si l'on considère le modèle du système attentionnel superviseur (SAS) de Norman et Challice, les troubles dysexécutifs correspondraient à un dysfonctionnement de ce dernier. La flexibilité, les mises à jour et l'inhibition seraient alors particulièrement affectées lors d'un TC. Il convient de rechercher la mise en place de comportements routiniers alliés à l'intervention d'un contrôle mental volontaire introduisant des actions nouvelles et modulables. Les activités concrètes dites « écologiques » exposent le patient à des problèmes dont la résolution n'est pas forcément automatique, et permettent de tester et mettre en place ces techniques (3, p343) comme lors de la toilette,

l'habillement, l'organisation du quotidien, un atelier cuisine, de bricolage comme la construction de maquettes, de sorties, sportives... Les activités sont nombreuses pour peu qu'elles fassent appel aux fonctions exécutives et qu'elles soient attrayantes, significatives, pour le patient.

1.2.3.2 Différents types de rééducation

Comme nous l'avons vu précédemment, le syndrome dysexécutif est une perturbation des fonctions exécutives. Il est la conséquence de lésions diffuses de la substance blanche, il a tendance à s'améliorer grâce à la rééducation et peut prendre des formes de gravité très variable (1). Les thérapeutes disposent de différents outils pour leur prise en soin. Le but sera de restaurer les fonctions déficitaires, en les améliorant par l'entraînement, de réorienter l'individu vers des fonctions préservées et en utilisant des solutions nouvelles (12). L'action de l'ergothérapeute va s'orienter en deux axes.

1.2.3.2.1 Restaurer

Premièrement, il ou elle va tenter de restaurer les fonctions atteintes en tentant de les stimuler de manière intensive, le but étant de pouvoir transférer les acquis dans les AVQ. Les règles principales de la prise en charge des fonctions exécutives sont de faire comprendre à l'enfant que chaque activité peut se décomposer en étapes :

- quel est le but de l'activité ?
- quel plan je dois mettre en place pour y arriver ?
- je l'exécute
- je vérifie

À ce découpage, on ajoute une aide verbale, un indiçage, une implication du thérapeute et la vérification du résultat par rapport aux objectifs fixés. Pour permettre à l'enfant de réussir, le thérapeute doit aider l'enfant par un indiçage qui peut s'exprimer sous une multitude de formes (visuelle, verbale...). L'indiçage va diminuer au fur et à mesure des acquisitions pour finalement être supprimé. Plusieurs approches et méthodes peuvent aider l'ergothérapeute lors des séances de restauration de fonctions exécutives atteintes.

→ Depuis quelques années, la technique du **Goal Management Training** (GMT) est utilisée. Elle a montré son efficacité lors d'activités de la vie quotidienne, mettant en jeu les fonctions cognitives et exécutives chez l'adulte et semble prometteuse chez l'enfant. Cette méthode sert à augmenter les habiletés cognitives et leur mise en application dans les gestes de la vie quotidienne (11). Elle se décompose en plusieurs étapes qui permettent au patient de prendre conscience de ses troubles et de mettre en place des techniques restauratives (20). L'ensemble de cette technique est dirigé vers

la réalisation de buts et sous-buts. D'après les auteurs, le GMT peut se traduire de la manière suivante, « *Stop–Énonce ton Objectif–Décompose en sous-buts–Fais-le–Vérifie* ». Le patient apprend à sélectionner des objectifs pertinents, à les partager en buts et sous-buts. Il tente de les mémoriser, de les réaliser. Enfin, il convient de comparer les actions accomplies et leurs résultats aux objectifs initialement posés (20). Cette technique peut être appliquée à l'ensemble des tâches rééducatives et réadaptatives entreprises avec l'enfant ou l'adolescent. Petit à petit, les indices vont s'estomper dès que des comportements adaptés auront été adoptés par le jeune patient. Le thérapeute veillera à les réintroduire dès qu'il percevra un comportement défaillant. Le GMT aurait un intérêt particulier dans la réalisation de tâches de vie quotidienne (21).

→L'approche **CO-OP** ou Cognitive Orientation to daily Occupational Performance.

Occupational performance est la traduction en anglais de rendement occupationnel. C'est la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent satisfaction. L'approche CO-OP a été développée au Canada dans les années 2000 par Helen Polatajko et Angela Mandich. Elle a été créée pour rééduquer des enfants atteints de troubles praxiques. L'approche est de type top-down ou descendante, c'est-à-dire qu'elle s'intéresse au sujet dans les grandes lignes puis dans le détail, de plus en plus finement. Dans ce genre d'approche, on va tenter de comprendre comment l'activité est exécutée et comment remédier aux déficiences présentes. L'approche CO-OP est donc une méthode centrée sur les besoins de la personne, qui « *permet d'améliorer par un travail de collaboration, les performances de l'enfant, l'estime de soi et la participation sociale* »(22). L'approche est fondée sur la résolution de problème. Elle vise l'acquisition d'habiletés à travers un processus d'utilisation de stratégie et de découverte guidée. Le point important de cette approche est la motivation de la personne avec qui elle est appliquée. Ainsi, l'enfant choisi lui-même les activités à entreprendre, des tâches et des activités qui lui sont significatives.

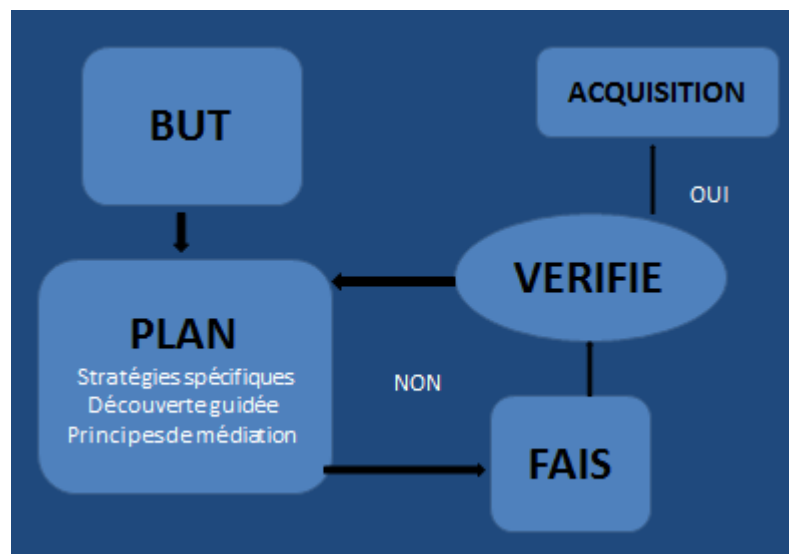
- Dans un premier temps, en utilisant la PACS (Pediatric Activity Card Sort), on peut identifier les activités que le patient est capable de faire et celles qu'il veut ou doit faire. Avec la MCRO-P (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel et de la Participation), on identifie les buts du patient. L'évaluation est fondée sur la perception de la performance, et sur la satisfaction (importance de réussir, performance, satisfaction).

- Dans un deuxième temps, on analyse la performance grâce à la Performance Quality Rating Scale (PQRS). C'est un outil d'évaluation de la performance basé sur des observations lors d'une mise en situation, utilisant une technique d'observation comportementale. Ensuite, grâce à la Dynamic Performance Analysis (DPA), on cherche à identifier les difficultés de réalisation et les stratégies pour les résoudre. La DPA « *reconnaît que la performance optimale est l'interaction entre la*

personne, l'environnement et l'occupation et par conséquent très personnalisée » (22, p162). On cherche ce qu'est ce qui ne fonctionne pas et quel est le problème.

- Dans un troisième temps, on va expliquer et faire mettre en application à l'enfant la stratégie suivante :

- 1- BUT: Qu'est-ce que je veux faire?
- 2- PLAN : Comment je compte m'y prendre ?
- 3- FAIS : Je fais, j'exécute mon plan
- 4- VERIFIE: Mon plan a-t-il réussi ?



Le but principal de l'approche CO-OP est de permettre une acquisition et un transfert de ces dernières dans les activités de la vie quotidienne. Il conviendra d'évaluer son efficacité au terme de l'intervention par une observation de l'enfant dans ses AVQ et au besoin par des entretiens avec ses proches pour cibler si oui ou non un transfert s'est réalisé (22, p 162).

1.2.3.2.2 Compenser

Deuxièmement, il ou elle va essayer de compenser les fonctions déficitaires en travaillant sur les fonctions conservées. Le but est de mettre en place des routines et de permettre à l'individu de pouvoir adopter un comportement adapté si besoin et de mieux fonctionner au quotidien. Enfin, il ou elle va substituer aux fonctions perdues des outils, des techniques, des aménagements de l'environnement pour tenter de pallier le manque de ces dernières. La mise en place d'aide humaine est également envisagée. La rééducation du jeune TC modéré à sévère est multiple et au long cours. Nous avons vu que les rééducations écologiques tiennent une place importante se révélant significatives pour le jeune patient. Parmi celles-ci, quelques unités spécialisées dans la rééducation des enfants et adolescents atteints de cette pathologie ont mis en place un travail spécifique autour

du cheval. La « thérapie avec le cheval » offre au jeune TC une nouvelle modalité de rééducation ou l'animal tient une place très particulière.

1.3 Les activités équestres à intention thérapeutique (AEIT)

1.3.1 Symbolique du cheval

Le cheval est un mammifère herbivore. Ce quadrupède appartient à la famille des équidés, et possède un mode de vie grégaire. Il noue en permanence des liens avec ses congénères, afin d'assurer sa propre survie et celle du troupeau. Les chevaux vivant en harde sont interdépendants les uns des autres. Naturellement, le cheval est donc un animal sociable (23). C'est pour cette raison que l'homme a pu l'appivoiser et développer sa relation avec lui. Animal de bât, de trait, de travail, de labour, de guerre, de transport... Les rôles qu'ont endossés les chevaux depuis leur domestication sont nombreux. Depuis la fin de la période d'industrialisation et surtout la Seconde Guerre Mondiale, le statut du cheval a évolué en Occident. Ce dernier est devenu majoritairement le partenaire d'une pratique sportive et de loisir. Cette transition n'est pas généralisée puisqu'il conserve dans de nombreux pays d'Afrique, d'Amérique du Sud, d'Asie, d'Océanie ses rôles initiaux.

Le cheval a toujours véhiculé une image et un statut particuliers dans l'inconscient collectif. Depuis sa domestication, difficilement datable, mais que l'on pourrait fixer entre 6.000 ans et 5.000 avant JC en Eurasie, chaque culture, chaque civilisation le côtoyant s'est approprié ce quadrupède à sa façon. Mythes et légendes témoignent de l'importance que l'animal a revêtue. Sa valeur symbolique est très forte et lui confère des rôles, des dons, des pouvoirs relevant de la magie. Le cheval est tout à la fois rattaché au bien mais aussi au mal ; solaire ou lunaire ; symbole de vie, de fertilité, mais également de mort ; représentant les quatre éléments... Le cheval endossera également aussi bien un rôle paternel que maternel. Avec sa force, sa fougue, sa majesté, il sera alors masculin, représentant le père et la Loi. Sa beauté, sa douceur, ses formes rondes, sa capacité à porter tendent d'un autre côté à le rapprocher d'une image féminine (24)p39. Les rois et les puissants se sont tous appropriés le cheval comme objet de domination militaire, de puissance, reflet de leur pouvoir sur leurs peuples (25,26). À delà de ces symboles, le cheval apparaît dans les légendes, les contes et les traditions populaires comme le compagnon de route, celui avec qui l'homme partage tout pour pouvoir aller au bout du chemin.

1.3.2 Présentation des différents courants d'AEIT

Depuis des siècles, l'être humain entretient avec le cheval une relation toute particulière(24). Déjà, Xénophon ou Hippocrate désignaient le cheval et l'équitation comme objets thérapeutiques

(27), mettant en avant les bénéfiques psychologiques du contact entre l'homme et l'animal. Des preuves d'utilisation du cheval comme support de thérapie et de rééducation sont attestées depuis le 17^e siècle. En 1670, un médecin anglais, Lord Thomas Sydenham encourage l'équitation pour ses bienfaits physiques et émotionnels. Attestant qu'*« Il n'y a pas de meilleur traitement pour le corps et l'âme que de monter plusieurs fois par semaine »* (28). En 1751, Diderot inclut dans son encyclopédie un traité défendant les aspects préventifs et curatifs de l'équitation déclarant : *« à chaque époque, on a reconnu que les exercices corporels étaient le moyen le plus sûr et le plus efficace, de maintenir en bon état une santé chancelante... Mais si les exercices présentent en général tous ces avantages, c'est bien l'équitation qui occupe la première place. Par son entremise, non seulement on peut soigner un grand nombre de maladies, on peut aussi les prévenir avant qu'elles ne se déclarent »* (24, p30). Aux 19^e et 20^e siècles, les expériences vont se multiplier en France comme à l'étranger pour donner naissance aux grands courants de formations et de pratiques existantes aujourd'hui. Ils sont nombreux, se critiquent et s'opposent souvent, cohabitent et collaborent parfois. Le Docteur Turmel-Turrou (27), les catégorise dans un grand ensemble commun, les *« activités équestres à intention thérapeutique »* que l'on synthétisera AEIT. Ces activités ne concernent pas seulement le fait de monter à cheval et peuvent se dérouler à pied, autour du cheval. Elles comprennent tous les moments qui se passent en compagnie du cheval. Elle les définit comme mettant *« l'accent sur l'action de soin, qui englobe des actes qui peuvent être faits autour du cheval sans forcément dans tous les cas de le monter »*. Les principaux courants, que nous allons décrire, sont très proches les uns des autres.

1.3.2.1 L'équithérapie

Le terme d'équithérapie est un terme générique pour désigner toute équitation à but thérapeutique. Elle ne vise pas l'apprentissage de l'équitation. Elle se pratique aussi bien à pied, qu'autour du cheval ou sur son dos. Elle est pratiquée par une personne possédant des compétences et connaissances aussi bien médicales qu'équestres. L'appellation équithérapie est un terme générique trop souvent galvaudée. Certains utilisent le terme d'*« équinothérapie »* depuis quelques années. Il qualifie une thérapie qui utilise les équidés dans leur ensemble : chevaux, ânes, mules... Un dernier terme est né depuis peu, l'équicie©. Le métier d'équicien a été reconnu par l'État par arrêté du 20 janvier 2014. L'équicien se définit comme un professionnel de la relation d'aide avec le cheval comme partenaire. Il a été créé conjointement par la Fédération Nationale Handi-Cheval et l'association Equit-Aide. Leur volonté était de créer un terme et un métier de la médiation animale tout en évitant d'engendrer une confusion avec la fonction de soignant. Pour le docteur Turmel-Turrou : *« Rien dans la définition ne sous-entend l'obligation de posséder des*

connaissances médicales même si, bien évident, qu'il y a des domaines où il serait utopique et dangereux de s'en passer... »(27, p32).

1.3.2.2 L'hippothérapie

L'hippothérapie est une branche de l'équithérapie. Elle peut se définir comme une rééducation fonctionnelle avec le cheval. Elle utilise la locomotion du cheval afin d'améliorer la posture, l'équilibre du patient et ainsi favoriser l'augmentation de la mobilité (28,29). Proprioception, système vestibulaire sont également mis en jeu lors de cette thérapie. « *Le principe de l'hippothérapie est de créer en permanence un déséquilibre où le cheval est générateur de stimuli rythmiques, de modifications posturales. Ce déséquilibre aboutit à des adaptations posturales* ». (24, p65).. La clef de cette thérapie est l'utilisation du pas. C'est la nature même de cette allure à quatre temps, lente et calme, qui en fait tout son intérêt. Les autres allures ne sont pas utilisées en hippothérapie pour des raisons de sécurité. Au pas, lorsque le cavalier est en selle, il doit ajuster en permanence son équilibre et son tonus musculaire dans les trois plans de l'espace pour accompagner au mieux les mouvements de dos du cheval, développant particulièrement ses muscles lombaires et abdominaux. Cet accompagnement a lieu que le cavalier soit actif ou passif sur le dos de l'animal. Si le but initial de l'hippothérapie est de favoriser la rééducation biomécanique du patient, la présence de l'animal peut permettre dans un second temps un travail sensitif, cognitif et relationnel.

1.3.2.3 La thérapie avec le cheval (TAC)

La Fédération Nationale de Thérapie avec le Cheval (FENTAC) a été mise en place en 1986 par Renée de Lubersac, psychomotricienne et psychothérapeute. Cette fédération promeut la TAC ou le cheval est le médiateur vivant de la relation entre le patient et le thérapeute. Ce qui prime dans cette thérapie, c'est la relation que la personne peut établir avec l'animal accompagné et aidé par le thérapeute. L'ensemble des sens de l'individu sont mis en jeu. Le but est d'améliorer et de conserver des acquis sur le plan physique et moteur, relationnel, affectif. Elle cherche à faire émerger des compétences et des habilités enfouies par divers blocages. La démarche est de permettre à l'individu concerné de gagner en autonomie afin d'améliorer son quotidien (30). « Cette formation est fondée sur des notions associées à l'animal cheval : odeur, douceur, bercement qui sont des qualités nécessaires à la pulsion d'attachement pour le développement de l'enfant »(27, p35). La TAC développe le contact à pied aussi bien qu'à cheval. La formation est destinée à des professionnels de soins.

Quels que soient le nom et l'approche qu'on lui donne, le fait d'utiliser le cheval comme partenaire pour la thérapie englobe de nombreuses possibilités. Les AIET permettent de s'intéresser

aux fonctions biomécaniques, cognitives, sociales et relationnelles du patient alliées à celles du cheval(27,31). L'ensemble de ces fonctions et notamment les fonctions exécutives peuvent être travaillés lors de séances axées autour du cheval. Cette médiation animale peut alors intéresser la prise en charge de patients présentant de nombreuses pathologies(27,29). L'enfant ou l'adolescent victime d'un TC moyen à sévère pourrait ainsi en bénéficier. L'ergothérapeute, dont la fonction principale est de permettre à la personne de retrouver autonomie et indépendance grâce à l'utilisation de médiation et d'activité signifiantes, peut pleinement se saisir de cette médiation animale (30).

1.3.3 Le cheval « médiateur »

Grâce à la relation et au contact très particulier que le patient peut tisser avec le cheval (24,32), la TAC offre un nouveau champ de possible pour l'ergothérapeute : « *La médiation animale est une pratique nécessitant l'intervention d'un tiers vivant et qui vise à favoriser la circulation d'informations (...) La médiation avec la présence d'un animal présente une vraie particularité. On fait appel à un être vivant qui a ses états propres, ses sensations, son histoire...* » (29, p107). Le cheval porte en lui plusieurs fonctions. Nous avons vu précédemment qu'il véhicule des mythes, une symbolique importante. Il porte également une fonction psychanalytique puissante. D.W. Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais (1896-1971), a déterminé que la « mère suffisamment bonne » rassemblait deux aspects majeurs. Le cheval peut-être rapporté à ceux-ci :

- « **le holding** : celle qui porte, chauffe, berce, élève au sens porte hors du sol donc protège. Le cheval nous porte et son pas produit un bercement qui renvoie à des sensations archaïques ». Le cheval porte sur son dos, il protège donc des agressions extérieures. Il procure également douceur et chaleur ce qui apporte un sentiment de sécurité maternant. Cela offre au patient comme au thérapeute un cadre relaxant et rassurant (24, p91).

- le **handling** (*to handle = prendre soin de*) est la capacité de donner les bons soins qui maintiennent en bonne santé : le toilettage, le massage, l'attention, le regard, le contact. On retrouve cette notion dans le soin apporté à l'animal quand on le brosse, que l'on veille à sa bonne santé » (29, p114). Le cheval entre dans ce concept de handling puisque le patient va être chargé de s'en occuper (24, p92). Ainsi, en prenant conscience du corps du cheval, l'individu peut avoir conscience de lui-même. On espère ainsi qu'il puisse intégrer ou réintégrer son propre schéma corporel. Le corps de l'autre devient ainsi le lieu de projection de son propre corps. Une des fonctions de base de la TAC, notamment, est d'établir une communication non verbale entre le patient et le cheval. Elle se sert du langage archaïque du corps pour permettre une entrée en relation (24, p88). En prenant contact avec le cheval, le patient va entrer en relation avec lui. Il va interagir. « *Il y a réaction et /ou*

adaptation en fonction de la situation, ce qui va créer des aptitudes qui participent à la régulation ou à l'expression de l'état intérieur » (29, p115). De plus, le cheval en tant qu'animal ne juge pas ; cela induit des relations authentiques où le caractère propre de l'animal, son vécu, l'environnement dans lequel il évolue vont s'exprimer. Ces relations justes vont « permettre à l'enfant de comprendre qu'il faut mettre en œuvre certaines actions pour obtenir satisfaction, c'est-à-dire qu'il faut tenir compte des circonstances extérieures et des lois imposées par le cheval, prendre en considération le principe de réalité » (24, p95).

1.3.4 Les AEIT et l'ergothérapeute

Grâce à toutes les notions qui viennent d'être exposées ci-dessus, le jeune patient trouvera peut-être dans la TAC une activité signifiante, porteuse de sens pour lui. Le charisme de l'animal, ce qu'il véhicule, l'environnement dans lequel il évolue, peuvent être perçus comme un moyen dynamique de traitement(33). Ils permettent à l'ergothérapeute de travailler de nombreuses fonctions ou capacités de l'individu. Le terme d'activité signifiante s'applique particulièrement aux AIEI. En effet, le fait d'être avec le cheval, dans son environnement, permet des acquisitions dans les domaines des perceptions, cognitifs, comportementaux, des émotions et de la socialisation. S'occuper des chevaux constitue rarement une activité solitaire et il nécessite de développer des compétences appropriées si l'on veut établir des relations de qualité avec les chevaux ou les autres cavaliers (33). Le patient peut naturellement être attiré par les chevaux. L'ergothérapeute va essayer de s'appuyer sur la motivation du patient pour mettre en place les techniques de rééducation décrite dans la deuxième partie. Cet élan de motivation oriente les actions de la personne vers la satisfaction de ses besoins. Le thérapeute va ainsi rechercher sa capacité de volition ou capacité de choisir de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire. Il va rechercher son engagement. Le processus de volitionnel conduit à l'engagement dans l'activité et donc dans le soin (34,35). Ces trois points pourraient se révéler particulièrement utiles lors de prise en charge au long cours. Lorsqu'elle s'essouffle, l'introduction du média cheval permettrait de relancer la volition et donc l'engagement du jeune patient dans sa rééducation. Les activités équestres à intention thérapeutique permettent de mettre en place une relation affective supplémentaire. L'enfant devient ou redevient acteur de sa prise en soin en prenant du plaisir lors de l'activité (31). Au terme de cette problématique pratique, la question de recherche suivante se pose : « **En quoi l'utilisation des activités équestres à intention thérapeutiques, lors de la rééducation des fonctions exécutives du jeune traumatisé crânien modéré à sévère, permettrait-elle un transfert plus aisé des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?** »

2. Problématique théorique

Une problématique théorique concerne l'explication d'un phénomène ou l'évaluation d'une théorie explicative qui traite d'une question dans une discipline donnée. Toute théorie repose sur un assemblage cohérent de concepts qui sont propres à un domaine précis. Le dictionnaire Larousse nous fournit les définitions de modèle et concept. **Modèle** : nom masculin (Italien modello, latin modulus) « *ce qui est donné pour servir de référence, de type* ». **Concept** : nom masculin (latin conceptus, conçu) « *idée générale et abstraite que se fait l'esprit humain d'un objet de pensée concret ou abstrait, et qui lui permet de rattacher à ce même objet les diverses perceptions qu'il en a, et d'en organiser les connaissances* ».

Afin d'étayer ma question de recherche, je m'appuierai sur le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) ainsi que sur deux concepts : celui du « potentiel thérapeutique de l'activité » et celui d' « autonomie et indépendance ».

2.1 Le modèle conceptuel MCRO-P

L'ergothérapeute, lors de sa pratique professionnelle, s'appuie sur des modèles conceptuels. Un modèle permet de cerner des points remarquables qui vont aider à comprendre les situations de soins vécues et vont éclairer la pratique du thérapeute (36). Marie-Chantal Morel-Bracq les qualifie de « *représentation mentale simplifiée d'un processus* »(37). Ainsi, les modèles s'appuyant sur les théories, la recherche, les idées philosophiques, tendent à dynamiser la pratique professionnelle de l'individu qui les utilise. Ils visent à « *procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité* »(37). Les modèles peuvent être généraux, appliqués ou de pratique.

Le MRCO-P est un modèle général élaboré par des ergothérapeutes. Il est applicable dans de nombreuses situations. Ce modèle a été créé en 1997 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes afin d'expliquer simplement le rôle des ergothérapeutes. Il a été revu en 2007 et la notion d'engagement y a été rajoutée pour le compléter.

2.1.1 Définitions

Nous allons tout d'abord définir les termes du modèle. Le **rendement occupationnel** est la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent satisfaction. Rendement occupationnel est traduit de l'anglais « occupational performance ». Sylvie Meyer et le réseau européen des écoles d'ergothérapie (ENOTHE) définissent **occupational performance** ou **performance occupationnelle** comme « *le choix, l'organisation et*

la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement »(16, p 82).

Dans le cadre du modèle, l'**occupation** peut être définie comme un « *groupe d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquels les individus et les cultures attribuent un nom, une structure, une valeur et un sens. L'occupation comprend tout ce que les gens font pour prendre soin d'eux-mêmes (soins personnels), se divertir (loisir) et contribuer à l'édifice social et économique de leurs communautés* »(38). Cette définition est très proche celle de Sylvie Meyer : « *groupe d'activités, culturellement dénommée, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs* » (16, p 59).

Elle définit le terme **participation** comme « *l'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées* »(16, p170). Afin de compléter ces définitions, il convient d'ajouter celle de l'**engagement** : « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* »(16, p155).

2.1.2 Description du modèle

Le MCRO-P est centré sur le patient. Il prend en compte sa subjectivité, ses désirs et ses besoins ainsi que l'engagement physique et psychologique de la personne dans ses occupations. Le modèle repose sur un triptyque : personne, occupation, environnement et détermine une relation dynamique entre ces trois pôles. Il peut être utilisé pour des patients de tous âges seuls ou en groupes.

Au centre du schéma (Annexe IV), le triangle représente la personne avec ses dimensions spirituelles, affectives, cognitives et physiques. La personne est prise en compte dans sa globalité. Autours du triangle, le cercle bleu désigne l'occupation de la personne. Comme il est défini ci-dessus, l'occupation est prise en compte pour l'ensemble des champs d'action de la personne : personnels, productifs et de loisirs. Enfin, l'environnement englobe la personne et ses occupations. Il est indiqué par le cercle vert. A travers l'ensemble des définitions, il en ressort que la personne, engagée, est en constante interaction avec son environnement qu'il soit physique, institutionnel, culturel ou social. Pour l'ergothérapeute, l'occupation des patients constitue le centre d'intérêt de sa pratique professionnelle lors de ses prises en soin, en interaction avec les choix du patient et l'environnement qui l'entoure. La notion de satisfaction et du degré d'importance est à prendre en compte si on analyse une situation à travers le modèle de la MCRO-P.

2.1.3 Applications du modèle

La mise en application de ce modèle est possible grâce à la **Mesure canadienne du rendement occupationnel (M.C.R.O.)**. Le but de la passation de ce bilan est de déterminer avec la

personne ce qu'elle veut ou doit faire, ce qui est important pour elle, ce qu'elle n'arrive pas à réaliser et ce qui ne lui donne pas satisfaction. Les activités ainsi deviennent des objectifs prioritaires pour l'ergothérapeute dans son plan d'intervention.

Pour chaque domaine d'occupation, le patient détermine les activités significatives et l'importance qu'il ou elle accorde à cette activité en les notant de 1 à 10. Il choisit cinq activités qui présentent un problème de rendement occupationnel. Il les classe par ordre d'importance, leur donne une note de rendement de 1 à 10 et une note de satisfaction de 1 à 10. L'évaluation initiale du bilan permet à l'ergothérapeute d'orienter son plan d'intervention en s'appuyant sur les besoins du patient. Au terme de la prise en soin, l'ergothérapeute demande à la personne d'évaluer de nouveau ces cinq activités en notant le rendement et la satisfaction (Annexe IV). L'évaluation finale permet au thérapeute de vérifier si son action a été efficace et de modifier au besoin ses objectifs. L'approche **CO-OP**, décrite dans la première partie de ce travail, a été créée directement à partir du modèle de la MCRO-P. C'est parce qu'elle est utilisée avec succès dans la rééducation des fonctions cognitives auprès d'enfants mais également d'adultes que nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle du MCRO-P pour développer notre problématique théorique. Nous avons décrit dans la première partie de ce travail les principes de cette approche centrée sur le patient. Elle *« s'appuie sur son engagement dans des activités qui sont importantes pour lui mais qu'il ne réalise pas de façon satisfaisante. L'ergothérapeute évalue la performance dynamique de l'enfant dans un environnement significatif, l'enfant est sollicité verbalement pour découvrir de nouvelles stratégies cognitives qui puissent lui permettre de réaliser ces activités. L'étape suivante est la généralisation et le transfert des acquis »*(36). Marie-Chantal Morel-Bracq définit clairement que l'un des objectifs de l'application de la CO-OP en rééducation est de permettre la généralisation et le transfert des acquis. Or, c'est à cette question que nous nous sommes proposé de répondre dans notre question de recherche. L'approche CO-OP, basée sur le MCRO-P, permettrait à l'ergothérapeute au travers d'une activité significative pour l'enfant de favoriser le transfert des acquis dans les AVQ.

Grâce au MCRO-P, l'ergothérapeute va pouvoir déterminer des activités significatives pour la personne qu'il accompagne. Il va pouvoir s'appuyer sur elles et compter sur le potentiel thérapeutique de ces activités pour atteindre les objectifs fixés et négociés de son plan d'intervention.

2.2 Potentiel thérapeutique de l'activité

2.2.1 L'ergothérapeute et l'activité

Comme nous avons vu dans la première partie, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé s'appuyant sur le triptyque suivant : personne, activité, environnement. Le référentiel d'activité relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute indique clairement que l'ergothérapeute « *exploite le **potentiel thérapeutique de l'activité** en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie.* » (38, p 170).

Nous pouvons retranscrire la définition du nom masculin **potentiel** comme un « *ensemble de ressources* » dont un individu peut disposer. **Thérapeutique** est un adjectif qui provient du grec *therapeutikos* qui signifie soigner et qui est « *relatif au traitement des maladies* ». L'**activité**, selon la définition du groupe ENOTHE est « *une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (16, p59). Comme nous avons défini dans le chapitre précédent, l'individu attribue une valeur, un sens aux occupations qu'il pratique qu'elles soient de l'ordre des AVQ ou non. L'activité est indispensable à l'individu pour lui permettre de vivre dans son environnement. Elle a un rôle primordial dans la quête du bien-être inhérente à chaque personne. Les activités deviennent signifiantes si elles ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne. Elles sont dites significatives lorsqu'elles répondent au sens social donné par l'entourage. Lorsqu'elles sont utilisées en thérapie, les activités doivent être en relation avec les intérêts du patient. Ce dernier doit trouver un but lorsqu'il s'engage dans celle-ci. But et intérêt sont personnels et varient d'un patient à un autre. Réaliser une activité signifiante ou significative permet à l'individu de s'investir pleinement et ainsi de rendre l'activité plus efficace, son résultat plus efficient. L'ergothérapeute utilise alors l'activité comme outil d'intervention et comme moyen de prise en charge. A terme, grâce à l'utilisation d'activité signifiante, le thérapeute peut espérer le développement des capacités de la personne accompagnée. Ainsi, on pourrait définir littéralement le potentiel thérapeutique de l'activité comme une ensemble de ressources disponible dans une activité ayant du sens pour la personne qui la réalise et « *utilisable afin de soulager, guérir, procurer ou maintenir un niveau d'autonomie et d'indépendance* »(39, p14).

2.2.2 Quête du bien-être : la théorie du Flow de Csikszentmihalyi

Mihaly Csikszentmihaly, psychologue américain d'origine hongroise né en 1934, a développé la théorie de l'expérience optimale ou Flow. L'individu qui implique ses capacités de manière optimum dans une activité atteint le Flow, un sentiment de bien-être, de revalorisation qui aura une influence sur sa qualité de vie et sa santé. La personne se sent alors pleinement impliquée

dans cette activité qui a du sens pour elle. Le flow possède huit composantes : 1. Défi mais chances de réussite ; 2. Capacité de concentration ; 3. Objectifs clairs ; 4. Feed-back immédiat ; 5. Investissement important ; 6. Sensation de contrôle de ses actions ; 7. Disparition du “souci d’être” (conscience de soi) ; 8. Altération du sens du temps.

En ergothérapie, il conviendra de rechercher l’implication de la personne pour tenter de développer cette expérience optimale. Le thérapeute cherchera à fixer des objectifs motivants et adaptés pour viser le développement des habiletés de son patient. Il ou elle veillera à élever le niveau des activités à un niveau de complexité adapté au patient et à ses capacités afin de favoriser un engagement optimal. Pour MC Morel-Bracq, « *la théorie du Flow peut nous aider à ajuster les activités proposées aux patients mais ne définit pas la qualité thérapeutique de cette activité* »(40, p 25).

2.2.3 Le potentiel thérapeutique de l’activité, théorie de Doris Pierce

Afin que le potentiel de l’activité puisse se développer, il convient de tenir compte de la part signifiante de l’activité pour le patient, du cadre naturel de l’activité et de la collaboration patient-thérapeute mise en place pour négocier les objectifs de prise en soin. Ces trois dimensions attrait – dimension écologique – collaboration constituent la théorie de Doris Pierce (Annexe V) sur le potentiel thérapeutique de l’activité.

Doris Pierce est américaine. Elle exerce la profession d’ergothérapeute depuis 1984, doctorante en Science de l’Activité Humaine en 1989 à l’Université de Californie du Sud. Doris Pierce est professeure d’université et tient la chaire d’ergothérapie de l’Eastern Kentucky University. Son enseignement est axé sur le Doctorat en Sciences de la Réadaptation(42). Pour Doris Pierce, le potentiel thérapeutique de l’activité se met en place grâce à la dimension subjective de l’activité, la dimension contextuelle et le processus de mise en place des activités signifiantes et significatives. →**Dimension subjective** : la productivité, le plaisir et le ressourcement définissent cette dimension. Associés, ils produisent de l’attrait pour l’activité. La production équivaut au résultat de l’activité. Le ressourcement peut être rapproché des soins personnels. Il souligne la capacité d’une activité à renouveler notre engagement et notre persévérance à l’accomplir. Le plaisir détermine l’engagement de la personne. Ainsi, une activité sera d’autant plus attirante que plaisir, ressourcement et productivité seront étroitement associés. C’est avec cette dimension que l’on peut faire un lien direct avec la théorie du Flow de Csikszentmihaly développée ci-dessus.

→**Dimension contextuelle** : ou écologique. Cette dimension prend en compte la part spatiale, temporelle et socio-culturelle (habitudes de vie, rôles sociaux de la personne) de l’activité. Pour Pierce, « *le potentiel thérapeutique de l’activité augmentera avec sa réalité écologique, c’est-à-dire*

sa cohérence avec l'espace, le temps, les liens familiaux, sociaux et culturels de la personne »(40, p27).

→ **Processus de mise en place des activités** : ce processus est dépendant du thérapeute, de ses compétences, de l'efficacité de sa prise en soin, du souci permanent du thérapeute d'ajuster les objectifs négociés avec le patient, de la relation qu'il a pu mettre en place avec la personne ou alliance thérapeutique.

C'est l'association de ces trois dimensions qui permet de favoriser le développement du potentiel thérapeutique de l'activité. Cette association est dynamique. Plus les dimensions seront présentes, en équilibre, plus les activités ciblées permettront au patient de lui procurer satisfaction dans ses AVQ. Avec le MRCO-P décrit plus haut, nous pouvons obtenir une vision holistique du patient, déterminer les intérêts, les envies de la personne, découvrir les activités qui auront du sens pour elles, son projet de vie. En tenant compte des trois dimensions de Doris Pierce, nous allons pouvoir élaborer un plan de prise en soin cohérents avec des objectifs négociés et acceptés par le patient. Nous pourrions proposer des activités significatives, développer le potentiel thérapeutique de ces dernières pour conserver ou augmenter les capacités de la personne accompagnée. Le niveau de compréhension de la personne est indispensable pour qu'elle puisse définir au mieux ses désirs, comprendre et accepter les objectifs posés, saisir le sens et les règles de l'activité proposée pour pouvoir s'y investir de manière optimale.

2.3 Autonomie et indépendance

En s'appuyant sur le potentiel thérapeutique de l'activité, l'ergothérapeute espère influencer sur les capacités de la personne, permettre un transfert de ces acquis dans les AVQ et augmenter leur autonomie et leur indépendance au quotidien. Le référentiel d'activité des ergothérapeutes retranscrit cette attente : « *Ces activités, (...) développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie* »(38, p170).

2.3.1 Définitions

Il convient de redéfinir clairement ces deux concepts. En effet, ils sont souvent utilisés de manière interchangeable alors qu'ils sont associés à des dimensions différentes. Le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE (CCTE) donne les définitions suivantes(16, p119) : **Autonomie** : La liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci. **Indépendance** : Le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de

tous les jours de manière satisfaisante. Autonomie et indépendance sont rattachées à la description d'une personne dans des situations spécifiques particulières. Les attentes vis-à-vis de ces deux concepts évoluent suivant les cultures et les traditions.

2.3.2 Indépendance, dépendance et interdépendance

Dans une vision biomédicale, l'Indépendance fait référence aux compétences fonctionnelles et psychologiques de la personne. Elle permet à l'individu de réaliser seul ses AVQ. Les activités peuvent concerner la personne en elle-même, la communication, les déplacements, les activités de vie personnelle et interpersonnelle. Il est sous-entendu que la personne indépendante ne reçoit aucune aide humaine mais qu'elle peut utiliser des aides techniques. L'indépendance est indissociable de la dépendance. A l'opposé de l'indépendance, la dépendance souligne le fait que la personne a besoin d'être aidée pour accomplir ses AVQ. La dépendance quantifie l'aide humaine dont la personne a besoin. Nicole Sève-Ferrieu avance une autre vision, sociale(43), de l'indépendance. Elle expose le fait que l'être humain, en tant qu'être sociable, est naturellement un être dépendant et que l'indépendance totale est impossible. Il faut constamment faire avec l'autre. De la dépendance naît l'interdépendance : « *un mode de relation universel entre les êtres vivants* ». La communication, les échanges entre individus font naître cette nouvelle notion. Ainsi, l'indépendance se construit tout au long de l'existence. Elle s'exprime grâce aux habilités et aux compétences de l'individu lui permettant de ne relever d'aucune aide dans son quotidien. Dans une situation équilibrée, « *l'indépendance dans la vie quotidienne est nécessaire ; la dépendance à l'autre l'est également si elle s'accompagne de réciprocité. Grâce à cette interdépendance, l'individu se développe, élabore sa personnalité et acquiert progressivement son autonomie* » (42, p6). Toujours dans une vision sociale, la dépendance apparaît dans une situation de handicap lorsque la nature du lien de dépendance crée une souffrance. L'interdépendance peut apparaître comme un concept qui englobe l'indépendance et la dépendance. Elle s'inscrit comme une vision systémique où « dépendance et indépendance deviennent des parties d'un tout représenté par l'interdépendance »(16, p124).

2.3.3 Autonomie

L'autonomie est présente dans la littérature ergothérapique depuis le début des années 1980. L'autonomie est une notion subjective et individuelle. Elle se construit au travers des apprentissages, des expériences de vie, grâce à la conscience de l'individu, à sa capacité à penser faisant de lui un être responsable. L'individu se différencie du groupe et devient alors capable de faire ses propres choix, d'agir en tenant compte de son environnement. L'individu, conscient des règles, des interdépendances et des dépendances, est autonome lorsqu'il peut appliquer, entretenir

et exercer ses choix et ainsi se réaliser pleinement. Elle prend tout son sens en pointant la manière dont les individus vivent et se représentent leurs rapports aux autres. Une personne dépendante, dans la vision biomédicale exposée ci-dessus, aura besoin d'aide humaine. Mais cependant, elle peut être autonome. En effet, elle sait alors comment faire face, « *vivre, accéder à une qualité de vie satisfaisante et répondre aux dépendances et interdépendances* » qui lui sont liées. Elle est alors pleinement responsable, motivée et engagée. Dès lors que l'individu n'a plus la liberté ou la possibilité d'exprimer sa volonté et d'agir en conséquence. L'autonomie permet à la personne d'exprimer ses capacités d'auto-détermination. Elle est révélée par le projet de vie de la personne. Ce dernier est négocié entre la réalité qui touche la personne et ses aspirations. « Il s'exprime par la qualité de vie qui apparaît comme la synthèse de l'indépendance, l'interdépendance et l'autonomie »(42, p14).

Marie-Agnès Hoffmans-Gosset, docteur en Sciences de l'éducation, définit l'autonomie selon trois axes. Elle pose « *les principes organisateurs de l'autonomie : la présence d'autrui, la présence de la Loi et la conscience de soi* »(44, p34).

→**Axe affectif et relationnel** : il aboutit à la socialisation et l'humanisation de l'individu. Cet axe permet à la personne d'évoluer de la dépendance à l'indépendance. Cette transformation crée le concept d'interdépendance. « *Pour moi autonomie et dépendance vont de pair, l'autonomie n'exclue pas la dépendance* » (44, p36). La personne est amenée à se dépasser tout en acceptant l'autre et en communiquant avec lui. La construction de l'autonomie se fait grâce à l'autre et aux relations que l'on noue avec lui.

→**Axe intellectuel et cognitif** : La loi construit la personnalité de l'individu. Etre autonome, c'est être plus libre ; c'est permettre à l'individu de se réaliser. Mais cette liberté est restreinte, régulée par la Loi. La Loi n'est pas uniquement limitatrice, elle permet la vie en communauté : « *elles demeurent érigées dans l'obligation du vivre ensemble, dans la complicité de la cohérence (nécessité naturelle) et dans celle de l'acquiescement (nécessité sociale)* »(44, p41). Pour Hoffmans-Gosset, les « *lois et les dépendances assumées viennent sous-tendre l'autonomie, la faire rebondir et la faire évoluer* ».

→**Axe psychologique et énergétique** : l'individu devient responsable et peut ainsi s'engager dans l'activité. Dans cet axe, le Moi devient sujet. L'individu, en s'engageant, évolue et change, il est un être réfléchissant et plus lucide. Le Soi peut être considéré comme différent. En effet, la personne autonome donne son avis sans le calquer à ceux des autres. Le Soi est authentique. La personne possède son mode de pensée propre. Il réfléchit à la Loi, peut la suivre ou non. L'autonomie ne se construit que si l'individu fait preuve de volition. Hoffmans-Gosset définit l'autonomie comme une organisation dynamique qui s'inscrit dans une modification de notre être et de notre rapport au réel.

Autonomie, indépendance et interdépendance varient selon les individus, leurs âges, leurs projets de vie. Elles sont trois entités interactives. L'ergothérapeute s'appuie sur le potentiel thérapeutique de l'activité pour développer ces deux concepts d'autonomie et indépendance ; concepts qui vont de pairs avec ceux de dépendance et interdépendance. L'indépendance peut être mesurée par de nombreux outils. L'autonomie, subjective et abstraite, « *se déduit des décisions communiquées par une personne, puis par les activités qu'elle conduit en conséquence. L'autonomie en devine à la manière dont la personne mène ses occupations sans se soumettre à un tiers* »(16, p125). En cela, elle se rapproche de l'indépendance. Le thérapeute doit prendre en compte la complexité du concept de dépendance. En effet, elle peut être la conséquence de facteurs internes tels la volition, les habiletés ou de facteurs externes comme l'environnement physique ou social. L'ergothérapeute devra prendre en compte l'ensemble de ces facteurs pour mettre en place un plan d'intervention efficace.

3. Méthodes et matériaux

3.1. Méthodologie de recherche

Afin de mener une recherche à bien, il convient d'utiliser une méthodologie, une démarche. Elle se base sur le choix d'une méthode toujours en lien et construite à partir d'une matrice théorisée (Annexe VI), sur le choix d'une population, sa réalisation, l'analyse des résultats et la critique de ces derniers. Afin de correspondre au mieux avec la question de recherche énoncée précédemment, la **méthode clinique** a été choisie. Elle équivaut à une approche **qualitative** axée sur la personne et son discours. Le recueil de leur récit s'opère à l'aide d'une grille d'entretien. Le choix de cette méthode apparaît pertinent par rapport au thème de cette recherche. En effet, les AIET sont encore peu utilisées comme outil de rééducation par des professionnels du soin. L'envoi de questionnaires à grande échelle aurait été une tâche vaine et complexe. Il convenait donc de s'appuyer sur l'avis de personnes expertes et précurseurs en ce domaine. L'entretien permettrait également d'affiner le discours, de dégager les nuances et les particularités inhérentes à la relation entre l'homme et l'animal. Le résultat de cette méthode est l'élaboration d'hypothèses qui pourront constituer le point de départ d'études futures.

3.2. Typologie de l'entretien et construction de l'outil

La typologie de l'entretien utilisée est celle de l'entretien **semi directif**. Il découle des critères et indicateurs constituant les matrices théoriques (Annexe VI). Ces dernières ont été construites à partir des modèles et concepts développés dans la problématique théorique. La grille d'entretien (Annexe VII) est composée de questions préparées à l'avance. La plupart des questions sont des questions ouvertes. La grille débute par une série de huit questions qui ont pour but de présenter la personne. L'entretien en lui-même est constitué de cinq questions, elle-même subdivisées en sous-questions de relance. Les sous-questions constituent des sous-thèmes. Elles ont pour but d'approfondir des sujets non évoqués de manière spontanée par les personnes interrogées.

3.3. Population ciblée

Le choix de la population interrogée s'est fixé exclusivement sur des ergothérapeutes. En effet, le but de cette étude est de montrer l'intérêt des AIET pour cette profession dans un cadre rééducatif précis et si elles peuvent favoriser le transfert des acquis obtenu grâce à l'activité dans les AVQ. Ce point constitue un des fondements de la pratique ergothérapique, il semblait donc important d'obtenir le point de vue d'ergothérapeutes sur cette question.

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute DE en activité menant ou ayant mené des AIET .
- Ergothérapeute DE prenant en soin des enfants, adolescent ou très jeunes adultes présentant un TC modéré à sévère et bénéficiant d'AIET dans le cadre d'un suivi rééducatif ou ré-adaptatif.

Critères d'exclusion :

- Ergothérapeute DE ayant suivi des enfants, adolescent ou très jeunes adultes qui ne présentaient pas un TC modéré à sévère.
- Ergothérapeute DE ayant suivi des adultes grâce aux AIET.
- Ergothérapeute DE ayant utilisé le cheval ou l'équitation dans un autre mode que thérapeutique.

3.4. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés individuellement. La rencontre en face à face a été possible pour deux d'entre eux. Le premier s'est tenu le 29 mars 2017, le second le 03 avril. Le troisième s'est déroulé par téléphone le 04 mai. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord préalable des personnes interrogées conformément aux règles de la méthode clinique. La durée des entretiens varie de 26 à 30 minutes. Les retranscriptions exactes de ces rencontres sont disponibles en Annexe VIII, IX, X.

3.5. Conception des grilles d'analyse des entretiens

Afin d'analyser les résultats des entretiens, il convient de mener deux analyses différentes et complémentaires. La première, longitudinale, permet de relever pour chaque personne les mots ou citations clés des réponses données pour chaque question. Ils sont rassemblés dans des tableaux de synthèse (Annexe...). La seconde, transversale, s'effectue en croisant et comparant les réponses des trois personnes interrogées, et ce, pour chaque question. Ce travail de synthèse, mis en lien avec le cadre théorique choisi pour ce travail de recherche, offrira des réponses et permettra, ou non, de valider la question de recherche posée précédemment.

4. Analyse des résultats

4.1. Présentation des personnes interrogées

Avant de pouvoir présenter l'analyse des résultats obtenus, il convient de présenter les trois ergothérapeutes interrogés lors des entretiens. Ces renseignements proviennent des huit questions préalables de présentation. Leur parcours, leur expérience professionnelle et des ALET conditionnent leurs réponses.

L'ergothérapeute n°1 est âgée de 37 ans et est diplômée depuis 2015. Elle travaille au sein d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) de la région Auvergne-Rhône Alpes. Ce service accompagne exclusivement des personnes ayant subi une lésion cérébrale acquise. L'ergothérapeute suit une très jeune adulte dans le cadre de son projet d'accompagnement. Cette dernière participe depuis quelques mois à des séances d'équie dérivées par un équilibriste diplômé dans un centre équestre proche de son lieu de vie.

L'ergothérapeute n°2 est âgée de 43 ans. Elle est diplômée depuis 1996. Elle travaille dans un centre de rééducation pédiatrique de la région Auvergne-Rhône Alpes. Elle a suivi une formation handi-cheval. Dans le cadre de ses prises en soin, elle suit plus particulièrement des enfants et adolescents présentant des lésions cérébrales acquises et plus particulièrement des TC modérés à sévères. Elle anime de manière hebdomadaire un atelier d'ALET en binôme avec un masseur-kinésithérapeute. Les séances se déroulent dans un centre équestre proche de la structure avec le soutien d'une monitrice d'équitation DE formée aux situations de handicap.

L'ergothérapeute n°3 est âgée de 29 ans. Elle est diplômée depuis 2000. Elle travaille également dans un centre de rééducation pédiatrique de la région Auvergne-Rhône Alpes. Elle a eu l'occasion de mener une ALET durant une année. Depuis, elle prend en soin régulièrement des enfants ou adolescents bénéficiant d'ALET dans le cadre de leur processus de rééducation en général, en ergothérapie en particulier.

4.2. Analyse longitudinale des résultats

Comme il est mentionné précédemment, les tableaux contenant mots et citations clés de chaque personne interrogée sont disponibles en Annexe XI, XII et XIII. Pour chaque grille d'entretien, les marqueurs relevés permettent d'établir une synthèse des réponses pour chaque ergothérapeute.

4.2.1. Grille ergothérapeute n°1

Question n°1 : Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

L'ergothérapeute n°1 souligne que l'utilisation des AEIT, l'équicie dans son cas, provient du besoin de proposer d'autres moyens d'accompagnement aux usagers pris en charge. Elle décrit cette thérapie comme différente, innovante, pour le milieu du soin. Au sein de son service, elle est proposée avant tout aux personnes présentant des troubles du comportement, des difficultés de communication. L'activité est proposée et jamais imposée. Une relation particulière se noue entre la personne et les thérapeutes qui l'accompagnent, notamment l'équicien qui gère l'activité.

Question n°2 : Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

L'ergothérapeute insiste sur le fait qu'il n'y a pas de généralité sur la manière d'appréhender l'environnement. Elle est propre à chaque usager. Les séquelles des lésions cérébrales, comme les anosognosies, peuvent altérer les ressentis et les perceptions mais elle n'est pas catégorique sur le fait qu'elles constituent un obstacle au déroulement de l'activité. Néanmoins, la prise de contact nécessite du temps, la réassurance souvent utilisée. Le cadre, rassurant, est un élément fondamental qui permet de limiter les agressions de cet environnement riche en stimulations et distractions de toutes sortes. Pour elle, il est important d'instaurer une progressivité dans la manière de mener l'activité, de respecter le temps d'apprentissage nécessaire à toute progression. La répétition, l'acquisition d'une expérience, associées à l'explication des comportements du cheval permettent d'espérer une progression.

Question n°3 : Les AEIT permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?

Si des changements sont notables, l'ergothérapeute souligne qu'il lui est impossible d'attribuer à la seule AEIT ces évolutions dans le comportement des personnes accompagnées. Elle fait appel à l'équicie depuis peu et, même si elle n'a pas encore le recul suffisant, cela ne l'empêche pas d'être convaincue de l'intérêt de cette thérapie. Elle permet à la personne, de s'ouvrir à autre chose, d'essayer de se comprendre. Les fonctions motrices, sensorielles, cognitives sont mises en jeu. L'idée étant d'arriver à ce que la personne puisse faire une auto-critique avec l'aide de l'équicien. Elle n'a pas encore eu l'occasion de réellement travailler des objectifs ergothérapeutiques et a plus axé son travail sur la confiance et la relation. Comme elle ne gère pas l'activité, puisqu'elle est menée

par un équilibriste, elle insiste sur la nécessité de travailler en lien, que tout soit bien coordonné pour éviter que l'utilisateur ne soit perdu, que les transmissions soient claires et facilement accessibles.

Question n°4 : L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

Grâce à l'AEIT, les personnes ont éprouvées un bien-être, un relâchement. Elles l'ont exprimé physiquement et verbalement. Certaines ont eu envie de poursuivre l'activité, d'autres non car ce n'était pas leur recherche. Elle souligne que la poursuite de l'activité passe essentiellement par le rapport et l'entente qu'ils ont avec l'équilibriste.

Question n°5 : L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

L'ergothérapeute revient sur le fait que l'AEIT fait partie d'un accompagnement global. Elle ne peut dire si l'augmentation du dynamisme remarqué chez l'utilisateur lui est uniquement dû. L'envie et la confiance en soi ont en tout cas sûrement joué à favoriser cette augmentation. Il lui est également difficile de dire si le fait de participer à une AEIT permettrait un transfert dans les AVQ. Le but de l'accompagnement par son service est que la personne puisse transférer des acquis dans les AVQ mais l'environnement de la personne, la prise en soin pluridisciplinaire font qu'il est impossible d'isoler l'effet d'un moyen plus qu'un autre. Elle semble plus catégorique et ne trouve pas que l'AEIT permette d'augmenter l'autonomie et l'indépendance des personnes accompagnées. L'équilibre est mise en place depuis peu de temps et les personnes n'en sont pas encore là dans leur évolution personnelle.

4.2.2. Grille ergothérapeute n°2

Question n°1 : Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

L'AEIT pratiquée dans le centre de rééducation de l'ergothérapeute n°2 est prescrite pour des jeunes cérébro-lésés, qui présentent des troubles moteurs ou cognitifs avec de gros troubles dysexécutifs. Cette thérapie s'attache également à un versant psychologique en abordant la valorisation et la confiance en soi. L'ergothérapeute souligne que certains enfants engagés dans l'AEIT ressentaient une lassitude de prise en charge, se trouvant démotivés, ne trouvant plus de sens à la très longue rééducation dans laquelle ils s'inscrivaient. La TAC leur a permis de retrouver motivation et volonté. Une partie des enfants suivis n'ont jamais côtoyé les chevaux et leur univers.

L'ergothérapeute part du postulat que cela ne pose aucun problème à la prise en soin. Elle souligne le fait que la participation à la TAC crée une relation un peu différente entre patient et thérapeute. L'activité engendre une réelle motivation chez certain. Les enfants entrent facilement et spontanément en contact avec l'ergothérapeute qui gère l'activité.

Question n°2 : Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

La gestion de l'environnement du cheval se fait de manière très disparate chez les jeunes patients. Certains sont très à l'aise, d'autres ont besoin de temps pour prendre contact. Il convient alors d'agir progressivement notamment vis-à-vis de enfants manifestant de la peur ou du dégoût. Le respect du cadre et des règles de sécurité est un élément essentiel des séances de TAC. Le stress des premières séances peut placer certains enfants dans des attitudes non adaptées. Les thérapeutes prennent alors le temps nécessaire pour rassurer l'enfant. Leur prise en charge s'adapte au cas par cas notamment lorsque les enfants sont anxieux ou font preuve de surcharge sensorielle. La relation à l'animal est également très variable d'un individu à un autre. Certains sont dans une relation tactile, englobante, d'autres se mettent en retrait car ressentent une certaine crainte. L'ergothérapeute insiste sur le fait que la peur n'est pas caractéristique du TC. Elle voit un intérêt tout particulier à emmener les enfants hors du centre de rééducation pour qu'ils puissent être confrontés à la vraie vie. Les enfants vont devoir, dans ce lieu nouveau, s'adapter aux personnes qu'ils rencontrent. Des personnes bienveillantes qui ne connaissant pas la pathologie et n'agissent pas toujours de manière adaptée. L'ergothérapeute et l'enfant pourront également se fixer comme objectif de travailler les relations sociales et la justesse des modes d'interaction.

**Question n°3 : Les AEIT permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ?
Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?**

L'absence de bilans ne permet pas d'évaluer exactement l'impact de l'AEIT. Néanmoins, l'ergothérapeute est convaincu de l'intérêt de la TAC notamment sur les fonctions motrices et les fonctions exécutives. Que ce soit pour des enfants qu'elle accompagne ou non en ergothérapie, elle note une évolution. D'une absence totale d'initiative dans l'activité au départ de la prise en soin, ils sont capables six mois plus tard de préparer leurs chevaux totalement seuls et de manière autonome. Ils arrivent un peu plus à adapter leur comportement vis-à-vis de celui, imprévisible, du cheval. L'ergothérapeute essaye de mettre en place lors de la TAC ce qu'elle apprend aux enfants

durant les séances d'ergothérapies au centre de rééducation, soit à décomposer une action en but, planification, exécution, vérification. Elle apprécie de pouvoir voir comment les enfants se saisissent de ce qu'ils ont vu en séances et comment ils l'appliquent durant la TAC. Malgré les progrès enregistrés et les changements de comportement, elle est catégorique sur le fait que les enfants n'arrivent pas à auto-évaluer leurs actions. L'auto-évaluation est l'objectif final de la prise en soin des fonctions exécutives et reste le dernier point que les enfants arrivent à comprendre.

Question n°4 : L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

Dans l'ensemble, les enfants prennent beaucoup de plaisir à se rendre à la TAC. En s'y investissant, ils arrivent à se projeter dans une activité. Pour certains, la motivation est plus difficile. Mais, l'équipe cherche alors à adapter l'activité, à instiller du plaisir pour l'enfant puisse continuer et répondre ainsi à la prescription médicale, aux objectifs fixés et à maintenir le cadre. En sortant de rééducation, certains enfants ont tenu à poursuivre l'activité, une équitation adaptée au rythme de l'enfant.

Question n°5 : L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

Pour l'ergothérapeute n°2, la TAC a pour bénéfice de permettre aux enfants lassés par leur prise en soins de retrouver un sens à leur rééducation, de comprendre l'objectif des prises en charges en ergothérapie. L'idéal étant que patient et thérapeute fixent ensemble cet objectif. Certains enfants restent réfractaires dans une attitude chronique de démotivation. Si de nombreux enfants ont été dynamisés par cette AEIT, ils n'ont pas pour autant adhéré à d'autres types d'activités. Sans évaluations, l'ergothérapeute se base sur son ressenti pour émettre l'hypothèse que la TAC favorise un transfert dans les AVQ. Si elle en semble convaincue, elle ne peut dire si c'est la TAC seule qui a un effet ou la TAC associée à l'ensemble des autres prises en charge. Elle déclare être intimement persuadée que c'est une action pluridisciplinaire qui permet de multiplier les situations de travail des fonctions exécutives, grâce au séquençage de l'activité et au principe d'auto-correction, et favorise un transfert dans les AVQ. Idem pour l'acquisition d'une autonomie et de l'indépendance. Elle est le fruit d'un tout. Le fait que l'enfant prenne du plaisir à réaliser l'activité est une des clefs de la progression. A s'occuper du cheval, de l'autre, l'enfant se sent valorisé. Il va « panser le cheval pour mieux penser à lui ». Une des autres clefs est de permettre à l'enfant de sortir du centre, de sa routine et ainsi de se ressourcer.

4.2.3. Grille n°3

Question n°1 : Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

L'activité proposée par l'ergothérapeute n°3 concerne des jeunes avec lésions cérébrales acquises, elle englobe les TC dans cette grande famille. Elle souligne que les objectifs sont adaptés à chacun. En terme moteur, le minimum requis est la capacité du jeune à se transférer. En terme cognitif, il est important que la personne soit stable et possède un minimum de repère pour pouvoir évoluer à l'extérieur du centre de rééducation. Certains jeunes éprouvent une lassitude de prise en soin notamment du fait de la longueur de ces dernières. La TAC permet à l'enfant de se redynamiser notamment grâce au changement de cadre. Les groupes de TAC sont très hétérogènes et elle indique que la connaissance du cheval et de son milieu n'est pas un postulat de départ. Cette activité de groupe, ludique, réalisée dans un cadre différent du centre de rééducation crée une relation différente, plus proche, de celle qui peut être construite en salle ergo. L'ergothérapeute insiste sur le fait que l'activité se réalise à l'extérieur, que les codes de l'établissement y sont estompés, notamment le port de la blouse.

Question n°2 : Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

La majorité des jeunes pratiquant la TAC appréhendent bien ce nouvel environnement. Néanmoins, il en reste certains qui manifestent de l'inquiétude. Les thérapeutes devront prendre le temps de rassurer, d'expliquer. Le centre équestre est à taille humaine, les séances se tiennent à des horaires peu chargés, l'ambiance y est tranquille. Le cadre de l'activité est bordé, les consignes notamment de sécurité, claires et tenues par l'ensemble des thérapeutes et des professionnels du centre. Certains enfants n'ont pas conscience du danger, du fait de la pathologie, et peuvent alors déborder le cadre. L'accompagnement, l'étayage, les répétitions de la part de l'ensemble des personnels vont les aider à accepter et respecter le cadre. Pour elle, la sur-stimulation produite par ce nouvel environnement ne représente pas un obstacle. La ritualisation de l'activité, le cadre, encadrent positivement les jeunes patients dans le déroulement de l'activité. Il arrive que certains soient déstabilisés et c'est toujours le temps, la patience, l'étayage qui vont leur permettre de se sentir à l'aise. Ce sont les plus grands qui éprouvent le plus de crainte par rapport à l'animal. Les plus petits sont dans un rapport affectif fort au poney. Elle souligne que la verbalisation, de la part du jeune, leur permet de mieux appréhender l'animal, son espace et de devenir plus facilement acteur. Le positionnement face à l'autre est pour le coup très variable. Certains s'isolent dans l'activité et n'entrent pas en interaction avec ceux qui les entourent. D'autres ont tendance à solliciter l'adulte, à

s'y référer. Ce sont les thérapeutes qui initient les interactions entre jeunes. Elles deviennent plus spontanées au fur et à mesure du déroulement de la TAC.

**Question n°3 : Les AEIT permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ?
Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?**

Pour l'ergothérapeute n°3, la TAC est un moyen comme un autre, elle permet de travailler les objectifs fixés au préalable et personnalisés. Mais elle souligne que la TAC seule ne permet pas d'atteindre les objectifs. Plusieurs moyens sont mobilisés pour les atteindre que ce soit au niveau moteur ou cognitif. Idem pour les troubles du comportement, le travail va s'effectuer dans la globalité. Elle revient sur le fait que la TAC étant pratiquée dans un cadre extérieur, elle aura forcément un impact sur son comportement. Certains, très toniques, deviennent plus calmes face à l'animal. Mais, il lui est impossible de généraliser sur un changement systématique des patients. Durant les séances de TAC, elle a régulièrement pu mettre en place ce qui a été vu en amont, lors des séances d'ergothérapie, notamment le travail de séquençage des activités lors de la TAC. De nombreux supports sont utilisés pour qu'ils puissent construire des trames avec l'ergothérapeute et permettre qu'il s'organise dans leur façon de séquencer l'action. Néanmoins, malgré le travail effectué, le jeune éprouve des difficultés à auto-évaluer son action. Elle est favorisée par les thérapeutes et proposée dans l'ensemble des activités auquel le jeune participe durant sa rééducation.

Question n°4 : L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

La TAC est une activité appréciée, où les jeunes expriment visuellement leur plaisir. Ils participent à un spectacle à la fin de la prise en charge de l'activité devant leur proches et les professionnels ce qui est particulièrement valorisant. Néanmoins, l'activité n'a été poursuivie que par ceux qui étaient déjà montés à cheval auparavant.

Question n°5 : L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

Au même titre que de nombreux enfants apprécient l'activité, certains la détestent. Néanmoins, participer à la TAC permet dans l'ensemble de dynamiser les jeunes patients, notamment ceux qui ressentaient une lassitude de prise en soin. Les ergothérapeutes espèrent développer autonomie et l'ensembles des actions qui se rapportent aux fonctions exécutives. L'ergothérapeute souligne qu'il existe une stimulation à double sens : la TAC redynamise le jeune pour sa prise en charge en centre et d'un autre côté, il peut être motivant d'appliquer ce qu'ils ont acquis en centre pour l'appliquer lors

de la TAC. Si pour elle l'activité est stimulante, elle ne lui permet pas de dire si les jeunes patients ont pu adhérer à d'autres types d'activité grâce aux effets de la TAC. Idem pour un possible transfert dans les AVQ. Cognitivement, les jeunes ne se rendent pas compte des enjeux de ce qui est travaillé en séance. Elle revient sur le fait que la TAC est un moyen parmi d'autre et qu'il est difficile d'isoler les effets spécifiques des AEIT par rapport aux autres prises en charges. D'autant plus que les professionnels intervenant auprès de l'enfant sont nombreux. Concernant l'autonomie, elle estime que l'intensité des stimulations opérées par les thérapeutes, la ritualisation des séances et des demandes peuvent contribuer à la développer. Quant à l'indépendance, ce sont le niveau moteur et la progression de chacun qui permettront son évolution.

4.3. Analyse transversales des résultats

La réalisation de l'analyse transversale des données collectées est la suite logique de l'analyse longitudinale. En s'appuyant sur les synthèses des questions de chaque personne interrogée réalisées ci-dessus, il convient maintenant de croiser et de comparer les points de vue pour chaque question de la grille d'entretien.

Question n°1 : Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

Les trois discours se rejoignent sur le fait que les AEIT sont prescrites, dans le cadre de leur exercice professionnel, pour des personnes ayant subi une lésion cérébrale acquise et notamment des TC pour des troubles moteurs, cognitifs, comportementaux. L'ensemble de ces troubles font parties intégrantes des séquelles d'un TC modéré à sévère. On retrouve également dans le discours de n°1 et n°2, la question de la valorisation et l'estime de soi. N°1 insiste sur la notion de mal-être ressenti par la personne accompagnée et qui pousse à l'orienter vers l'AEIT. Les objectifs de rééducation peuvent être moteurs, cognitifs ou comportementaux. Dans le cas de n°1, la prise en soin se fait dans un cadre réadaptatif, en service de soin à domicile, ce qui dénote par rapport aux deux autres professionnelles, ergothérapeutes en centre de rééducation pédiatrique. Pour les trois, les objectifs de prise en soins sont dépendants de chaque personne, de son atteinte, de sa récupération, des séquelles présentées. Pour n°1, l'AEIT entre dans le cadre d'une activité proposée par l'équipe à la personne, pour les deux autres, elle répond à une prescription médicale. Pour les trois ergothérapeutes, l'AEIT intervient après un long moment de prise en charge où certains jeunes

peuvent éprouver une certaine démotivation, une lassitude. Elles se rejoignent également sur le fait qu'il n'est pas important pour la personne d'avoir déjà été en contact avec les chevaux. Pour n°3 « *ce n'est pas un postulat de départ* », pour n°2 « *il n'y a aucune importance* » quand à n°1 « *il n'y a pas d'obligation, donc non* ». Le fait qu'une relation se crée entre patient et thérapeute est une évidence pour les trois ergothérapeutes. N°2 évoque la motivation des jeunes qui va favoriser le lien et aider à la communication. N°3 insiste sur le changement de cadre qui va rendre l'activité beaucoup plus ludique et dynamique qu'une séance de rééducation dite « papier-crayon ». Enfin pour n°1, la définition même de l'approche, différente de ce qui se fait d'habitude, va faire que le lien sera différent. Mais dans son cas, l'activité est réalisée par un équicien. Elle insiste que la qualité de la relation soit inhérente au rapport qui va se créer entre la personne accompagnée et l'équicien.

Question n°2 : Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

La manière d'appréhender l'environnement du cheval est très variable pour une personne suivie en AEIT d'une autre. C'est ce qui ressort au travers des trois entretiens. Certaines vont être à l'aise instantanément, ce que souligne n°2. Les notions d'inquiétude, de peur, de dégoût, apparaissent au travers des trois entretiens. Les trois ergothérapeutes adoptent alors une attitude semblable. Prendre le temps qu'il faut pour accompagner, expliquer, réassurer dans un positionnement calme et tranquille. La tranquillité ressort bien dans le discours de n°3. Elle décrit particulièrement celle qui règne au centre équestre lors de leurs visites. Cette attitude et cette ambiance sont essentielles pour évoluer favorablement auprès de chevaux, même si n°1 nous dit que les chevaux sont super cools, et pour le bon déroulement de l'AEIT. Le point qui rassemble également les trois propos est l'importance du cadre. Placé pour la réussite de l'AEIT mais également pour des notions évidentes de sécurité. Si pour n°3, beaucoup ne comprennent pas les enjeux de ces règles, il convient de rester calme, d'étayer et de répéter au besoin. Pour n°2, l'environnement du cheval offrant des stimulations importantes en terme sensoriel, des jeunes peuvent se retrouver en surcharge et adopter en conséquence un comportements inadaptés pouvant les mettre en danger. N°1 décrit le même phénomène : une stimulation « dans tous les sens » qui peut causer un sentiment d'agression et exacerber les émotions. Pour les trois, il est donc nécessaire de respecter le temps d'apprentissage, indispensable, pour l'ensemble des jeunes pratiquant l'AEIT. La ritualisation, la répétition, l'importance d'un cadre stricte mais rassurant, la progressivité dans l'introduction des demandes, favorisent l'acquisition d'une expérience et facilitent l'acceptation de l'activité et son bon déroulement. Pour n°1 et n°2, l'attitude des personnes face à l'animal est très variable. N°1 revient sur la notion de cadre rassurant qui permet la personne d'acquérir à son rythme un savoir-être spécifique en termes de relation. N °2 fait la distinction entre les jeunes qui vont de suite au contact

dans une relation de confiance et ceux qui se mettent en retrait par peu ou par méconnaissance. N°3 reprend cette dichotomie mais elle y ajoute une notion d'âge. Les plus petits sont dans une relation affective forte avec l'animal, les plus grands prennent instinctivement plus de recul. Elle indique l'utilisation de la verbalisation comme clef pour aider le jeune. Verbalisation de la part du thérapeute pour expliquer et faire baisser l'inquiétude potentielle, verbalisation de la part du jeune qui l'aide à extérioriser cette inquiétude et lui permet de « s'imposer un rythme d'action ».

L'attitude des personnes bénéficiant d'AEIT face au groupe, face à l'autre, donne différentes réponses de la part des ergothérapeutes interrogées. N°3 décrit des attitudes variables, certains centrés sur eux même, d'autres dans le besoin de solliciter l'adulte. L'AEIT se déroule en petit groupe et les thérapeutes vont inciter les jeunes à entrer en communication entre eux, à rechercher petit à petit à partager et s'entraider. N°2 trouve que le dépaysement des jeunes dans un nouvel environnement est un des points essentiels de la démarche. Elle souligne que se confronter à des personnes inconnues va obliger les jeunes à s'adapter à elles alors que depuis des semaines, il se passe le contraire car l'ensemble des personnels du centre de rééducation s'adapte à l'enfant. A l'inverse, N°1 insiste sur le fait qu'il y a très peu de contacts afin de « limiter les stimulations, interférences et les distractions ».

**Question n°3 : Les AEIT permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ?
Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?**

Grâce à l'AEIT, des changements s'opèrent dans le comportement des personnes accompagnées, notamment à travers l'investissement dans l'activité. C'est notable dans le discours de n°1 mais elle tempère son propos en argumentant le fait que l'activité est nouvelle au sein du service et qu'elle ne possède pas encore le recul nécessaire pour pouvoir apporter un avis catégorique à ce sujet. Elle note des changements mais ne peut dire si on peut l'attribuer à l'équicie où à la progression normale de l'individu à ce moment de prise en charge. On retrouve la même réserve dans le discours de n°3. Cette réserve va se porter sur la réalisation des objectifs et sur le changement de comportement. En effet, elle décrit la TAC comme un moyen comme un autre au sein de la prise en charge du jeune. Pour elle, la TAC contribue à une évolution mais elle ne peut pas suffire. Elle est en lien avec l'ensemble des thérapies et activités proposées. N°3 a pu apprécier le changement de comportements de certains jeunes, devenus plus calmes et attentifs, mais ne peut généraliser. N°2 est plus catégorique. Elle est intimement persuadée que les AEIT peuvent permettre d'atteindre des objectifs de rééducation, notamment dans le cadre de la rééducation des fonctions exécutives, mais pour elle, il aurait été intéressant de s'appuyer sur des évaluations et des bilans pour attester des

acquisitions et des progressions enregistrées. Elle note également un changement dans l'attitudes des jeunes, notamment une régulation de leur comportement face à celui de l'animal. N°2 et n°3 s'accordent sur le fait que l'AEIT a permis de mettre en application les méthodes travaillées lors des séances d'ergothérapies, en particulier celle pour les fonctions exécutives. N°2 décrit le besoin d'inculquer à la personne la capacité de découper l'activité en but, de la planifier, de l'exécuter et de la vérifier. Ce qu'elle peut aisément mettre en application lors des séances d'AEIT. N°3 tient le même discours. La construction de fiches de procédures, d'exercice de séquençage de l'activité, permet de travailler en amont et en aval des séances de TAC. Au contraire de n°1 qui jusqu'à présent était plus dans un accompagnement, une recherche d'alliance thérapeutique, que dans un travail d'objectifs à proprement parlé. En ce qui concerne l'auto-évaluation, les trois ergothérapeutes sont d'accord que c'est l'idée finale vers quoi elles veulent tendre en termes d'acquisition mais que le jeune ne le fait pas, pour n°2, ou pas seul pour n°1 et n°3. N°2 insiste même sur le fait que c'est vraiment le dernier point qu'ils arrivent à appréhender. N°3 souligne que ce sont les thérapeutes qui favorisent cette auto-évaluation. Idem pour n°1 puisque c'est l'équicien qui impose un temps d'échange en fin de séance et guide la personne grâce à un échange verbal pour l'amener à une auto-critique.

Question n°4 : L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

La réponse est unanime pour les trois ergothérapeutes interrogés. Les personnes suivies en AEIT ressentent du plaisir à se trouver près des chevaux et à participer à l'activité. Ils expriment un bien-être, verbalement ou physiquement. N°3 parle de valorisation quand n°2 indique que l'AEIT permet aux enfants de se projeter de semaines en semaines dans une activité qu'ils apprécient. Si la majorité des jeunes vivent une expérience positive, il en est certain pour qui c'est un échec. Pour n°1, cet arrêt peut tout simplement être l'expression d'une prise de conscience que l'activité ne plaît pas, qu'elle n'est pas leur recherche. Pour n°2, même si l'activité ne correspond pas, l'enfant est quand même maintenu dans le programme. A l'inverse de n°1, où l'activité n'est jamais imposée, la notion de prescription et d'objectif thérapeutique apparaît. L'activité est alors adaptée pour que l'enfant puisse bénéficier des apports jugés positifs de cette dernière. Les trois ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'activité n'est poursuivie hors de la prise en soin que dans peu de cas. Elle concerne les jeunes qui avaient déjà eu l'occasion de pratiquer l'équitation avant leur accident.

La pratique se fait alors dans le cadre d'une équitation adaptée, « au rythme de l'enfant », c'est ce que mentionne n°2.

Question n°5 : L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

Les trois ergothérapeutes notent un effet dynamisant sur les jeunes pratiquant une AEIT. N°2 les trouvent boostés, du moins ceux qui éprouvaient une lassitude de prise en soin. Cet effet dynamisant est peut-être dû à la « prise de conscience de pourquoi la rééducation ». Elle relève que ces jeunes comprennent l'intérêt de trouver un objectif partagé entre eux et l'ergothérapeute. Pour n°1, c'est l'envie, la confiance en soi et en l'autre qui se nouent et permettent à la personne de se réinvestir dans un processus de réadaptation. La stimulation, pour n°3, est à double sens. L'AEIT nourrit l'envie de se rendre en rééducation et les séances de rééducation permettent de mettre en place des outils pour la TAC. Elles se nourrissent donc l'une l'autre, ce qui crée un effet dynamisant. Aucune des trois ne peut trancher sur le fait que, l'AEIT à laquelle participent les jeunes qu'elles accompagnent, leur ait permis de s'investir dans une autre activité. Même accord pour un possible transfert des acquis dans les AVQ. Les trois ergothérapeutes sont catégoriques pour dire que l'AEIT fait partie d'une prise en soin globale et pluridisciplinaire ; qu'il est difficile d'isoler, de mesurer l'effet de la thérapie par rapport à la multitude d'activités et de prises en soins dont bénéficie la personne. N°2 détaille son propos. Pour elle, c'est la multiplication des d'activités - qui permettent au jeune d'établir des séquençages, de le sortir de sa routine quotidienne - qui vont favoriser un transfert dans les AVQ. Mais elle souligne que sans évaluations et bilans, cela reste son avis et son ressenti. N°1 note également que, même si la prise en soin pluridisciplinaire fait qu'on ne peut déterminer l'effet exact de l'équicie, tout est mis en place pour tenter de favoriser un transfert des acquis « si c'est travaillé en équicie et que derrière ça peut pas être transféré dans la vie quotidienne, ça sert à rien ». Les avis divergent par rapport à une augmentation de l'autonomie et l'indépendance chez le patient. N°1 est catégorique, pour elle, ce n'est pas possible d'affirmer cela. Les deux autres ergothérapeutes notent qu'on relève des évolutions à ce sujet. Pour n°3, le fait de stimuler le jeune, de lui demander de prendre des initiatives de manière répétée et ritualisée, peut permettre l'augmentation de l'autonomie. Mais elle reste prudente et utilise deux fois le mot « peut-être ». N°2 note que l'augmentation de l'autonomie et de l'indépendance est le résultat d'un tout. On retrouve la notion de plaisir, de motivation, de confiance en soi et de valorisation comme vecteurs de l'augmentation. Pour elle, la TAC inverse les rôles. Alors qu'au quotidien un panel de professionnel s'occupent d'eux, le jeune TC va pouvoir pendant un moment s'occuper de quelqu'un d'autre, le prendre en soin en retour. Cette activité leur permet ainsi de se ressourcer et de sortir de leur routine quotidienne.

5. Discussion

Après avoir analysé les résultats, il convient maintenant, dans une démarche ascendante, de les confronter aux matrices. Pour rappel, ces dernières découlent de la question de recherche et ont permis de construire la grille de questions utilisée pour mener nos entretiens. Matrice par matrice (Annexe VI), nous chercherons si les indices sont présents. Leur présence ou leur absence permettront de valider le choix des matrices et des concepts.

5.1. Liens avec la problématique théorique

→ Liens avec le MCRO-P

La Personne : Il existe une grande variation de comportement face au cheval, qui peut rester imprévisible, et à son environnement. Néanmoins, l'attitude commune des ergothérapeutes de donner un cadre strict, sécurisant, de réassurer, d'accompagner, d'étayer au rythme de l'enfant, permet au jeune de prendre confiance en lui et de s'investir dans l'activité même s'il éprouvait au départ de l'anxiété face au cheval. L'animal peut ne pas être reconnu en tant que tel notamment en cas de gnosies majeures consécutives à la pathologie. Mais dans la plupart des cas, les jeunes bénéficiant des AEIT reconnaissent le cheval comme être vivant. Certains sont immédiatement dans un rapport fusionnel, affectif ; d'autres éprouvent de la crainte, instaurent de la distance entre eux et l'animal. La peur peut également être ressentie. Ce panel d'attitude peut se retrouver aussi bien chez les plus jeunes comme chez les plus âgés. Elles marquent la capacité de l'individu à reconnaître le cheval comme animal vivant et sensible. Les jeunes, grâce à l'AEIT, vont apprendre à aller vers l'autre, au fur et à mesure des séances, que ce soit leurs camarades ou les personnes évoluant dans le centre équestre. La dimension affective est donc très présente au travers des AEIT menées par les ergothérapeutes. De même pour la dimension physique. En effet, les capacités motrices sont constamment mises en jeu lors de l'activité. Il est de même pour les cinq sens : vue, ouïe, toucher, odorat sont stimulés en permanence. Il n'y a que le goût qui ne soit pas directement mis en jeu. Ces capacités sensorielles englobent également les systèmes vestibulaires et proprioceptifs. La première contribue à la sensation du mouvement et de l'équilibre, la seconde concerne la perception, consciente ou non, de la position des différentes parties du corps dans l'espace. Ce sont elles qui permettent l'intégration neuro-sensorielle c'est-à-dire la gestion des stimuli de l'environnement et la délivrance d'une réponse adaptée face à ces derniers. Enfin, en ce qui concerne la dimension cognitive, l'ensemble des indices sont présents. Néanmoins, s'ils ne le sont pas de manière positive au début de la prise en soin, l'AEIT permet de les développer et de les mettre en application au fur et à mesure de son déroulement. L'activité est propice à mettre en application les méthodes de rééducation des fonctions exécutives. Ainsi, les ergothérapeutes

peuvent aisément travailler en amont et en aval des séances, le séquençage de l'activité, le déclenchement de l'initiative, la capacité à faire des choix, retravailler attitudes et comportement lorsqu'ils n'ont pas été adaptés. C'est la notion de conscience des troubles et des difficultés qui est lacunaire.

L'Occupation : La rééducation du sujet, pris en soin suite à un TC modéré à sévère, est grandement axée sur la rééducation des fonctions exécutives. Le but de celle-ci est qu'il puisse de nouveau réaliser ses AVQ, prendre soin de soi et favoriser ainsi la réinsertion. C'est l'ensemble de la prise en soin, la multiplicité des thérapies et des activités permettant à la personne de séquencer l'activité et d'être placée dans des situations non routinière qui vont favoriser ces acquisitions. L'AEIT en fait partie et il est difficile d'isoler l'effet exact de cette thérapie par rapport aux autres. La notion de plaisir est indéniable. Les jeunes éprouvent des difficultés à réaliser l'ensemble ou une partie des AVQ du fait des troubles cognitifs liés au TC. Cette capacité à réaliser ses AVQ va donc être très variable en fonction de la gravité de l'atteinte et de l'impact de la rééducation des fonctions exécutives sur celles-ci. L'AEIT pousse les personnes à poursuivre l'activité dans le cadre de la prise en soin. Une fois l'accompagnement terminé, ils sont peu nombreux à poursuivre sauf ceux qui ont déjà pratiqué l'équitation avant leur accident. Le sujet est capable d'acquérir de nouveaux savoir-faire notamment grâce aux méthodes spécifiques de rééducation des fonctions exécutives mis en application lors des séances d'AEIT. De nombreux enfants peuvent évoluer de manière indépendante, en fonction de leurs capacités motrices, en s'occupant seul de leurs montures. Ils sont capables, en fin de prise en soin, de panser et préparer seul leur cheval. Le rendement est donc évaluable. Il en est de même pour la satisfaction. Les jeunes qui participent au spectacle de fin d'année peuvent mesurer le chemin parcouru et se trouvent valorisés par la présence de leurs proches et la remise d'un diplôme. L'auto-évaluation, comme décrite dans l'analyse transversale, est diversement atteinte en fin de cycle de prise en soin en AEIT. Celle, correspondant à la capacité de dire en fin de séquence si oui ou non l'activité est réussie, n'est pas forcément atteinte. Elle reste l'objectif final mais la sévérité des atteintes, le temps de pratique de l'activité – une séance hebdomadaire durant six mois – ne peuvent permettent de l'atteindre complètement. Néanmoins, au fil des séances, le jeune parvient à apprécier tel ou tel comportement du cheval et à adapter immédiatement son action en conséquence. Le jeune peut voir sur l'instant s'il arrive à terminer un parcours dans le manège et à essayer de réajuster son comportement et son action au passage suivant. Toutes ces petites adaptations, même minimales, constituent des auto-évaluations.

L'Environnement : Les structures dans lesquelles sont pratiquées les AEIT sont à taille humaine. Si les sujets éprouvent des difficultés en terme cognitif, avec notamment des atteintes des fonctions

exécutives, ils sont suffisamment orientés temporellement et spatialement pour se mouvoir dans ce nouvel environnement. Ce dernier peut effrayer certains sujets ; ils peuvent de sentir débordés, agressés par la quantité de stimulus qu'il envoie. Comme pour la dimension affective, c'est la présence d'un cadre sécurisant, une approche progressive, qui vont leur permettre de s'habituer et de gérer petit à petit ce flot de nouvelles informations. L'environnement peut être considéré comme obstacle car hyper stimulant, mais également comme facilitateur car il va permettre au jeune de se confronter à un environnement extérieur différent du centre de rééducation, de son quotidien. Les chevaux sont choisis pour leurs caractères doux et éduqués en conséquence. Les personnes présentes au sein de l'environnement sont bienveillantes et agissent de manière à favoriser l'engagement du jeune dans l'activité. Le jeune va être poussé, dans un cadre sécurisant, à aller vers l'autre et à s'adapter, ce qui est un des objectifs de rééducation. Pour qu'il puisse évoluer lors des séances d'AEIT, il n'est pas nécessaire pour le sujet de maîtriser l'environnement culturel du cheval. Les codes, les consignes seront données à bon escient au fur et à mesure de la pratique, la relation qui va se tisser entre le sujet et l'animal dépendront du cadre posé et de l'implication de la personne à réaliser l'activité. Ainsi, l'environnement social est très présent. Même si les séances sont réalisées en individuel, la personne va devoir composer avec un animal, un thérapeute ou un professionnel du monde équestre, ce qui induit de fait une relation et une entrée en communication. Dans le cas de séances de groupe, l'AEIT va permettre au jeune de développer une relation d'entraide avec les autres membres du groupe. Elle va favoriser des contacts avec les personnels du centre équestre, personnels qui ne font pas partie ni de la famille, ni de la structure de soin. Enfin, la relation avec le thérapeute apparaît comme un peu particulière. En effet, le fait que l'activité soit réalisée à l'extérieur, en relation avec l'animal, sous une forme non conventionnelle, fait que la relation au thérapeute se crée de manière particulière. Les critères de Personne, Occupation, Environnement sont bien présents au travers des réponses recueillies lors des entretiens et valident donc le choix du modèle conceptuel MCRO-P.

→ Liens avec le Potentiel thérapeutique

Dimension subjective (attrait) : Comme dans le MCRO-P, on retrouve la notion de productivité. Tout au long de l'AEIT, le sujet va pouvoir mettre en pratique les méthodes de rééducation. Il va évoluer, acquérir de nouveaux savoir-faire et savoir-être. Il peut apprécier le résultat de son implication au fur et à mesure des séances, par les retours que les thérapeutes lui font sur les points positifs ou négatifs de la séance, par la réalisation du spectacle. La notion de plaisir, le ressenti d'un bien-être sont indéniables. Le plaisir perçu lors de la pratique de l'AEIT permet au sujet de se

projeter dans l'activité et ainsi de s'impliquer au fur et à mesure des semaines. Le plaisir permettrait donc l'engagement et pourrait pour certains sujets aboutir à l'apparition du Flow, sentiment de bien-être, de revalorisation qui aura une influence positive sur sa qualité de vie et sa santé. La personne se sent alors pleinement impliquée dans cette activité qui a du sens pour elle. Grâce à cette implication, certains sujets ont pu se trouver dynamisés notamment ceux qui ressentaient une lassitude de prise en soin. Un grand nombre ont vu leurs capacités motrices, cognitives, sociales augmenter. On peut raisonnablement penser que l'augmentation des capacités, l'introduction d'un environnement facilitateur, font baisser la situation de handicap et augmenter la participation sociale du sujet. La productivité, le plaisir et le ressourcement sont présents et confirment donc cette dimension subjective ou d'attrait de l'activité en lien avec notre recherche.

Processus de mise en place de l'activité (pertinence) : Les ergothérapeutes qui proposent l'activité la connaissent bien. Elles ont pu l'analyser et mesurer tout ce qu'elle pouvait mettre en jeu chez le patient TC, notamment en ce qui concerne les fonctions exécutives. Comme il a été mentionné plus haut, la relation patient-thérapeute se noue de manière particulière du fait de la présence de l'animal et de la forme atypique de l'activité. Les ergothérapeutes connaissent bien les personnes à qui elles proposent l'activité. Elles les accompagnent ou les côtoient au sein du service. De plus, l'AEIT n'intervient pas à court terme comme moyen de rééducation ou de réadaptation, il nécessite des prérequis notamment en terme moteur. L'équipe pluridisciplinaire prend le temps de voir évoluer la personne avant de lui proposer de participer à l'activité. L'AEIT permet de travailler une multitude d'objectifs dont les objectifs liés à la récupération des fonctions exécutives. Les ergothérapeutes accompagnant des personnes bénéficiant d'AEIT adoptent toutes une attitude d'écoute attentive, empathique. Une relation de confiance se noue entre patient et thérapeute nécessaire pour permettre au jeune d'accepter ce nouvel environnement et favoriser de nouveaux apprentissages. Associé au cadre sécurisant et stricte, il va permettre aux sujets de petit à petit s'investir dans l'activité, y prendre du plaisir. En retour, grâce à l'alliance thérapeutique, l'ergothérapeute va pouvoir mettre en application les objectifs de rééducation ou réadaptation définis pour le jeune et mieux, d'un commun accord avec lui ou elle. Toutes les personnes n'adhèrent pas à l'AEIT, l'activité n'étant alors pas signifiante pour eux. En fonction des structures de prises en soin, l'activité est maintenue ou non, suivant s'il existe une prescription ou non, si l'on est en rééducation ou non. Mais si l'activité est poursuivie, les thérapeutes l'adaptent pour que la personne puisse prendre du plaisir et essayer de profiter des apports bénéfiques de l'AEIT.

→ Liens avec le concept d'autonomie et indépendance

Autonomie : Comme pour la MCRO et le potentiel thérapeutique, les indices qui composent les différents axes de la matrice vont apparaître ou accroître, s'ils sont présents dès de le début, au fur et à mesure de la prise en soin avec les AEIT. Le sujet, grâce à l'application en séances des méthodes de rééducation des fonctions exécutives, va pouvoir évoluer et entrer en communication avec l'autre. Très dépendant de l'adulte et du thérapeute au départ de la prise en soin, il va acquérir des savoir-faire, apprendre à s'appuyer sur des relations d'entraide entre membres du même groupe. Il va cerner petit à petit ce qu'il peut faire seul et les tâches où il a besoin d'aide. Les indices de l'axe affectif et relationnel sont nombreux et valident le critère de la relation à autrui. Si le sujet peut s'investir dans l'activité et en retirer quelque chose, c'est parce que le cadre est posé et respecté. L'ensemble des personnes participant aux AEIT acceptent les règles strictes et sécuritaires liées au cheval, à son comportement et à son environnement. Si parfois les règles ne sont pas respectées, les contraintes de la vie en société non acceptées, cela ne provient pas de mauvaise volonté mais le plus souvent des troubles cognitifs dû à la pathologie. L'étayage et l'accompagnement personnalisé ont pour but d'aider le jeune à saisir l'importance de les respecter et de s'inscrire dans cette démarche. Néanmoins, l'importance des troubles et leur sévérité font que parfois le jeune ne peut saisir la déviance de son comportement par rapport à la norme et toujours réussir à l'adapter. Ce qui est certain, c'est que la majorité des sujets s'engagent dans l'activité. Les ergothérapeutes notent une évolution dans le comportement, dans l'investissement, dans les relations, dans la quantité et la qualité des savoirs, savoir-faire et savoir-être mis en jeu durant les séances d'AEIT. Il existe une prise de conscience de pourquoi la rééducation, la prise en considération de l'activité comme activité signifiante. La stimulation, les demandes ritualisées et répétées permettent de concourir à l'acquisition d'une certaine autonomie. Mais elle n'est pas constante. En ce qui concerne les indices de remise en cause de ses actions, d'adaptation, d'auto-correction, ils constituent le but final de la rééducation des fonctions exécutives mais ils sont difficilement atteints grâce à l'AEIT seul. C'est la multiplication des demandes de séquençage de l'activité au sein de prises en soins variées et complémentaires, d'une sortie régulière de la routine quotidienne qui vont aider à l'acquisition d'une autonomie. On se rend compte que les indices de l'axe psychologique et énergétique ne sont pas tous présents ce qui ne valide pas complètement le critère de conscience de soi et donc l'acquisition d'une autonomie telle que décrite dans la matrice.

Indépendance : Si les jeunes sont pris en soins, notamment grâce aux AEIT, c'est que les capacités cognitives sont déficientes et ont besoin de rééducation et/ou de réadaptation. Les jeunes ont néanmoins des capacités minimales qui leur permettent de se transférer et d'être orientés

spatialement et temporellement. Ils ont une pensée propre mais altérée et ont besoin d'un étayage important, notamment en terme d'indiçage, pour réaliser leurs AVQ. Les techniques de rééducations permettent l'acquisition de savoir-faire. Certains jeunes peuvent s'occuper seuls de leurs chevaux ou poneys dans les étapes qui précèdent et suivent la séance montée. En cela, ils acquièrent une certaine indépendance. Mais celle-ci est très variable en fonction du jeune, de ses atteintes et de ses capacités de récupérations. Au départ de l'activité, le sujet sera très dépendant. Le thérapeute va tenter de petit à petit diminuer son aide, son indiçage, les aides techniques comme les fiches de procédures, pour permettre au sujet d'acquérir de l'indépendance. Au fil des séances d'AEIT, les thérapeutes vont tenter de faire passer le sujet d'une relation de dépendance à une relation d'interdépendance naturelle et réciproque. Le but est que la personne puisse s'intégrer au milieu, être à l'aise avec le cheval, avec l'autre que ce soit les autres jeunes, les thérapeutes ou les professionnels de la structure équestre. C'est la notion de plaisir, d'engagement, de prise de confiance en soi et en l'autre, de l'augmentation des relations nouées qui vont venir valider cette vision sociale de l'indépendance. Comme pour l'autonomie, l'indépendance acquise est fonction de l'importance des troubles. Elle varie d'un individu à un autre et n'est pas forcément complète au terme de la prise en soin.

5.2. Réponse à la question de recherche

Aux vues des résultats exposés précédemment, il nous paraît difficile de répondre favorablement à la question de recherche, du moins de manière exhaustive. Les réponses apportées par les ergothérapeutes abondent dans le même sens. L'AEIT utilisée en rééducation ou réadaptation est très positive mais est considérée comme un moyen parmi d'autres. Elle prend place dans le large panel d'activités qu'il est possible de proposer au patient pour peu qu'elles soient pour lui significatives. Elle complète l'éventail des multiples thérapies assurée par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. L'AEIT permet grâce à la présence du cheval de travailler de nombreux objectifs de prise en soin. Il a été expliqué dans la problématique pratique la relation particulière qui pouvait se mettre en place entre l'homme et le cheval au travers de liens historiques, sociaux, mythologique, psychologiques. Avec les AEIT il est possible d'agir sur les fonctions motrices, sensorielles, cognitives, sociales, émotionnelles. L'enfant, l'adolescent ou le très jeune adulte peut pleinement s'engager dans l'activité grâce au plaisir et au bien-être ressenti, à la revalorisation, au lien de confiance envers soi-même et envers l'autre qui se crée au fur et à mesure des séances. Grâce au cadre bienveillant mais stricte qui est défini, les jeunes vont pouvoir s'investir et acquérir de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être. La ritualisation, la répétition, un étayage constant, une verbalisation, un accompagnement personnalisé et progressif permettent d'obtenir des résultats

notamment en termes d'autonomie et d'indépendance dans le déroulement des séances. Les méthodes de rééducation des fonctions exécutives, telle le Goal Management Training ou la CO-OP, peuvent être mises en application lors des séances d'AEIT au travers d'un travail constant de séquençage de l'activité, de la recherche du déclenchement de l'initiative et de la capacité de faire des choix adaptés. Les résultats sont visibles notamment lorsque les jeunes acquièrent la capacité de s'occuper intégralement et sans aide de leurs chevaux au début et en fin de séance. Petit à petit, l'enfant va de nouveau interagir avec son environnement en espérant un retour à la participation sociale. Mais si des progrès, ou du moins des changements, sont notés par les thérapeutes durant l'AEIT, puis au quotidien dans le déroulement des AVQ, il leur est impossible d'isoler l'effet exact de l'AEIT par rapport à la somme de ce qui est proposé à la personne dans le cadre de sa rééducation ou réadaptation ; en particulier l'influence de l'activité sur un possible transfert des acquis dans les AVQ. Au terme de la prise en soin, le jeune aura forcément évolué notamment dans la gestion de ses AVQ. La gravité de l'atteinte, ses capacités de récupération, la quantité d'activité offerte proposant un séquençage, l'engagement de la personne feront varier la récupération. Il est impossible d'isoler, de quantifier l'effet des AEIT, d'autant plus qu'il n'existe pas de bilans et d'évaluations, à part une observation attentive, qui pourrait venir confirmer ou infirmer s'il y a bien eu un transfert des acquis de rééducation grâce à l'AEIT dans les AVQ de la personne.

5.3. Autocritique et limites de l'étude

Le déroulement de ce travail respecte une méthode clinique et qualitative. Au terme de travail, il est possible de dire que ce choix reste satisfaisant. En effet, une méthode différentielle basée sur l'analyse d'un questionnaire aurait été trop difficile à mener. Très peu d'ergothérapeutes se saisissent des AEIT et les proposent dans le cadre de rééducation ou réadaptation et notamment auprès de patients présentant un TC modéré à sévère. Trouver des ergothérapeutes acteurs ou même indirectement concernés par le sujet n'a pas été chose facile. De plus, lorsqu'elles sont présentes, les AEIT et leur cadre d'application sont très différents. J'ai été en lien avec d'autres ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation pédiatrique. Certains thérapeutes pensaient que leur expérience ne pouvait pas correspondre à ma recherche. Ainsi, elles n'ont pas souhaité participer à l'entretien. Même si elles ne participaient pas du tout à l'AEIT, elles prenaient bien en soin des enfants bénéficiant d'AEIT et par conséquent leur avis aurait été enrichissant et complémentaire des propos déjà recueillis.

Le faible nombre d'entretiens, trois au total, ne peut rendre ce travail totalement pertinent. De plus, se baser sur des entretiens induit forcément une part de subjectivité dans les réponses recueillies. On s'appuie sur des réponses personnelles, des expériences et des formations

différentes. Les réponses données ne répondaient pas toujours aux questions posées. Il faut alors se poser la question de la pertinence de la grille d'entretien. Cette dernière mériterait une refonte, notamment en étant plus axée sur les fonctions exécutives. De plus, les réponses recueillies auraient pu être plus détaillées. Délibérément, je ne me suis appuyée uniquement sur les questions de relance de la grille. Des relances supplémentaires auraient sans doute permis d'approfondir et d'affiner les réponses. Il aurait fallu alors les prendre en compte pour l'ensemble des entretiens.

Les ergothérapeutes ne travaillent pas dans le même type d'institution, n'accompagnent pas le même public dans le même type de prise en soin. Ensuite, ce ne sont pas les mêmes types d'AEIT qui sont évoquées. Elles sont réalisées dans le même type de structure mais pas par le même type de professionnel : thérapeutes en accord avec un moniteur d'équitation d'un côté, professionnel du monde équestre formé aux AEIT de l'autre. L'une des ergothérapeutes interrogées travaille auprès d'un public adulte. Néanmoins, elle a accompagné de très jeunes adultes dans le cadre d'AEIT. C'est à ce titre que je l'ai intégrée dans mon panel d'entretien. L'âge des personnes suivies peut constituer un biais et sortir légèrement du champ d'étude. J'ai néanmoins pris le parti de l'interroger considérant que son témoignage était recevable et intéressant.

Il aurait été intéressant de rencontrer des enfants et/ou leurs proches afin de recueillir leurs avis sur les AEIT. Mener des entretiens avec des jeunes et/ou leurs parents aurait peut-être permis de vérifier s'ils percevaient des changements dans leur manière de s'investir dans les AVQ notamment durant les permissions de week-end ou après le retour à domicile.

5.4. Apport personnel du travail effectué

En menant cet exercice à son terme, il nous a été possible d'acquérir et de mettre en pratique une méthodologie de recherche. Même si ce travail ne constitue qu'une initiation, il nous a permis d'appréhender une facette indispensable des professions de santé auxquelles nous aspirons. La recherche et la lecture d'articles scientifiques de qualité, auquel nous aurons régulièrement à nous référer afin de mener une veille professionnelle pertinente, a été très enrichissante et a largement contribué à orienter la construction de ce travail. Nous avons pu approfondir des parts du vaste champ de connaissances acquis durant ces trois années de formation, faire des liens entre eux et avec nos travaux de recherche.

Ce travail de recherche m'a permis d'aborder une question qui était présente à mon esprit avant mon entrée en formation ou comment l'ergothérapeute peut-il se saisir des AEIT dans sa pratique professionnelle ? De plus, je m'interrogeais sur la pratique d'AEIT en relation avec d'autres types de pathologies que celle pour qui elles sont couramment utilisées, l'autisme et l'infirmité motrice cérébrale. En achevant ce devoir, je suis parvenue à répondre à mon interrogation.

5.5. Apport pour la profession et perspective de recherche

Au regard de ce qui a pu être développé dans ce travail, il apparaît que l'AEIT constitue un moyen parmi le très large panel des activités et thérapies que peuvent proposer les professionnels de soin. Mais elles correspondent bien à la recherche de l'ergothérapeute d'inscrire la personne dans un processus de rendement occupationnel, dans sa volonté de relier personne – activité – environnement grâce à des activités signifiantes et significatives. La pratique d'une AEIT met en jeu de nombreuses fonctions et peut-être travaillé dans un cadre moteur, fonctionnel, sensitif, sensoriel, social, relationnel, psychologique et de communication. Au travers des lectures et des entretiens, il en ressort qu'il serait particulièrement de les développer en interdisciplinarité mais cela reste un champ à investiguer. Il serait intéressant de mener une analyse précise de l'activité. L'AEIT permet à chaque professionnel de soins de s'investir pleinement grâce aux AEIT et apporter son expérience en accompagnant les jeunes pris en soins dans un processus de rééducation ou réadaptation. Néanmoins, il reste des frustrations. En effet, peu de professionnels de soins, appartenant à des structures médicales ou médico-sociales, se sont saisis des AEIT : en conséquence ce sont les professionnels du monde équestre qui ont investis ce champ. Quand bien même ils soient très professionnels, très bons connaisseurs des chevaux et de leurs modes de fonctionnement, ils ne sont pas thérapeutes. Mais à mon sens, il ne faut pas que ce soient uniquement des professionnels du monde équestre ou à l'inverse, uniquement des thérapeutes qui mènent ces AEIT. L'idéal serait de constituer des équipes interdisciplinaires spécifiques à ces AEIT où chaque professionnel aurait sa place. A l'exemple de structures qui se sont mises en place au Québec ou en Belgique. Elles rassemblent l'ensemble des professionnels du soin -ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues - associés à des professionnels du monde équestre formés aux AEIT. Leurs prises en soin, interdisciplinaire, se font autour du cheval et du poney, chacun trouvant avec ou autour de l'animal des moyens pour faire travailler les objectifs de rééducation ou réadaptation. L'interdisciplinarité prend alors toute son importance : aller vers le même objectif en apportant chacun ses spécificités propres.

Afin de mieux comprendre l'impact de l'AEIT sur la prise en soin rééducative des jeunes présentant un TC modéré à sévère, il serait intéressant de mener une enquête expérimentale plus poussée. Elle pourrait prendre en compte deux groupes de patients, le premier bénéficiant d'une prise en soin rééducative complète, le second bénéficiant de la même prise en soin auquel viendrait s'ajouter la participation à une AEIT. Il conviendrait de suivre les enfants durant toute la participation à l'AEIT et d'évaluer en fin de prise en soin si une différence apparaît au sein des deux groupes notamment sur un possible transfert des acquis dans les AVQ.

Conclusion

Le TC est une pathologie dont l'incidence sur la population pédiatrique est importante. Le panel des séquelles résiduelles est large, variable en fonction de la gravité de l'atteinte et de la récupération propre à chacun. Les fonctions cognitives sont très largement touchées par cette atteinte traumatique, et ce, quel que soit la gravité du TC. De l'admission aux services de soins intensifs ou en réanimation jusqu'à la réinsertion, le processus de rééducation et de réadaptation est très long. La prise en soin des enfants et adolescents en centre de rééducation se doit d'être pluridisciplinaire et la plus variée possible afin d'optimiser la récupération et la réadaptation de ces jeunes patients dont l'autonomie et la qualité de vie sont régulièrement altérées après un tel traumatisme. Réfléchir à l'utilité de nouvelles thérapies revêt un intérêt pour les équipes de soins. En effet, la rééducation des fonctions exécutives est primordiale pour assurer une qualité de vie décente et permettre à l'enfant ou l'adolescent de dessiner un projet de vie cohérent. L'ergothérapeute doit se saisir de toutes les thérapies et médiations possibles pour multiplier les chances du jeune patient à récupérer et favoriser ainsi la réinsertion dans son cadre de vie. C'est la multiplication des thérapies et des médiations qui va permettre d'utiliser le plus possible les méthodes de rééducation des fonctions exécutives, de séquençage de l'activité, d'initiation de choix et d'action. Elles permettront de favoriser la plasticité cérébrale et l'acquisition de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être. Les AEIT se prêtent bien à l'application de ces méthodes. L'ensemble des fonctions motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques, relationnelles de l'individu peut être prises en compte et travaillées avec les AEIT. La présence du cheval, être vivant, sensible, ajoute une plus-value indéniable et offre aux thérapeutes dans leur ensemble, aux ergothérapeutes en particulier, un partenaire de choix sur lequel ils peuvent s'appuyer pour construire leurs plans d'intervention. La notion de travail en interdisciplinarité apparaît bien au travers de la prise en soin des enfants présentant ce type de pathologie. Il serait donc intéressant de l'appliquer réellement aux AEIT pour tenter d'exploiter le potentiel thérapeutique de ces activités au maximum. D'un point de vue personnel, l'envie de poursuivre des recherches autour des AEIT et de leur intérêt pour l'ergothérapeute perdure ; celle de pouvoir se former aux AEIT et de pouvoir monter, un jour, un projet mêlant soins et chevaux en interdisciplinarité est en réflexion.

Bibliographie

1. Azouvi P, Vallat-Azouvi C, Aubin G. Traumatismes crânio-cérébraux. Paris, France: De Boeck - Solal; 2015. 454 p. (Neuropsychologie).
2. Closset A, Catale C, Marique P. Neuropsychologie des traumatismes crâniens chez l'enfant. In: Traité de neuropsychologie de l'enfant. Marseille: Solal; 2009. p. 431 - 48. (Neuropsychologie).
3. Cohadon F. Les traumatisés crâniens: de l'accident à la réinsertion. 3e édition. Rueil-Malmaison: Arnette; 2008.
4. Lena G, Paz-Paredes A, Scavarda D. Pathologie traumatique. Traumatismes crâniens chez l'enfant. In: Neurologie pédiatrique. Lavoisier. Paris; 2010. p. 946 - 55. (Médecine-Science Flammarion).
5. Pontier B. La prise en charge rééducative des traumatisés crâniens. Cour magistral présenté à; 2015 mai 20; IUFÉ Auvergne.
6. Belfy E. Prise en charge en ergothérapie d'une personne traumatisée crânienne. Cour magistral présenté à; 2016 févr; IUFÉ Auvergne.
7. Zesiger P. Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives. In: Traité de neuropsychologie de l'enfant. Marseille, France: Solal, DL 2009; 2009. p. 331 - 58. (Poncelet M, Majerus S, Van der Linden M. Neuropsychologie).
8. Eliez S, Schaer M. Aspects macroscopiques de la maturation normale et pathologique du cerveau humain de la naissance à l'âge adulte. In: Traité de neuropsychologie de l'enfant. Marseille: Solal; 2009. p. pp 13-27. (Neuropsychologie).
9. Vincent J-D, Lledo, Pierre-Marie. Le cerveau sur mesure. Paris: Odile Jacob; 2012.
10. Guillery-Girard B, Quinette P, Piolino P, Desgranges B, Eustache F. Mémoire et fonctions exécutives. In: Traité de neuropsychologie clinique Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte. de Boeck. Bruxelles; 2008. p. 307 - 65. (Neurosciences et cognition).
11. Pradat-Diehl P, Azouvi P, Brun V, éditeurs. Fonctions exécutives et rééducation. Issy-les-Moulineaux [France]: Masson; 2006. 122 p.
12. Jouvencel (de) M, Dziri C. Les innovations après un traumatisme cranio-cérébral (TCC). J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. sept 2014;34(3):85 - 7.
13. Groupe Ergothérapie neuropsychologie et cérébrolésion, Mahiant J-P. Vérification des compétences exécutives en résolution de problèmes: lignes de base appliquées à des situations de la vie quotidienne. Paris: ANFE ; De Boeck-Solal; 2013. 112 p. (Méthodes, techniques et outils d'intervention).
14. Caire J-M, et al. Nouveau guide pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. De Boeck Solal. Bruxelles; 2008. 358 p. (Ergothérapies).

15. ANFE. L'ergothérapie, la profession [Internet]. ANFE, Association Nationale des Ergothérapeutes Français. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
16. Meyer S. De l'activité à la participation. de Boeck Solal. Bruxelles; 2013. 274 p. (Ergothérapies).
17. Joseph P-A. La rééducation des troubles des fonctions exécutives chez l'adulte après une lésion cérébrale non progressive. *Ann Phys Rehabil Med.* oct 2013;56:e347.
18. Alexandre A, Lefèvre G, Palu M, Vauvillé B. Ergothérapie en pédiatrie. Solal. Marseille, France; 2010. (Ergothérapies).
19. Cantin R. Étude sur l'évolution des intérêts de loisirs, des pratiques de loisirs et de la perception de la qualité de vie chez les personnes atteintes d'un traumatisme crânien. *Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ.* déc 2004;24(4):118- 23.
20. Krasny-Pacini A, Limond J, Jessica M, Schrieff L, Evans J, Chevignard M. Adaptation à l'enfant de la technique du « Goal Management Training » pour la rééducation des fonctions exécutives*. *Ann Phys Rehabil Med.* oct 2011;54:e192.
21. Azouvi P, Couillet J, Le Bornec L, Vallat-Azouvi. Rééducation de l'attention et des fonctions exécutives après un traumatisme crânien sévère. In: *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphalique: De l'éveil à la réinsertion.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007. (Problèmes en médecine de rééducation).
22. Rouault L. Expérimentation de la méthode CO-OP avec un enfant dyspraxique. In *Montpellier: Sauramps médical; 2014.* p. 160- 9. (Expérience en ergothérapie; vol. 27e série).
23. Jordhoy MC. Horse assisted therapy and self-esteem. The impact of horse assisted therapy on self-esteem : a study involving youth in treatment for substance use disorder. [Norvège]: Université d'Oslo; 2014.
24. Di Ponio M, Desclefs S. Equithérapie et delphinothérapie, comparaison de deux méthodes de « zoothérapie » et approche éthique du bien-être animal [Thèse de doctorat]. [EnvA, France]: École nationale vétérinaire d'Alfort; 2006.
25. Symbolique du cheval. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 17 sept 2016]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Symbolique_du_cheval
26. Wagner M-A. Dictionnaire mythologique et historique du cheval. Editions du Rocher. Monaco; 2006. 201 p. (Cheval Chevaux).
27. Turmel-Turrou M-D. Les activités équestres à intention thérapeutique. Condé-sur-Noireau, France: C. Corlet, DL 2014; 2014. 145 p.
28. Jaspard V. Le cheval, atout maître de l'hippotherapeute ... Et de nos émotions ? Evaluation d'une formation en hippothérapie sur l'intelligence émotionnelle et l'empathie de ses participants. [Louvain-la-Neuve]: Université catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation; 2014.
29. Claude I. Le cheval médiateur. Paris, France: Belin, DL 2015; 2015. 191 p.

30. Lubersac R de, éditeur. *Thérapies avec le cheval*. Vincennes, France: F.E.N.T.A.C. (Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval); 2000. 276 p.
31. Vestis-Poré M. *Activité poney auprès d'enfants handicapés moteurs*. In Montpellier: Sauramps médical; 2012. p. 248- 54. (Izard M-H. *Expériences en ergothérapies*; vol. 25e série).
32. Ducommun N. *Les effets du cheval sur l'être humain en difficulté*. [Sion, Suisse]: Haute école Santé-Sociale du Valais; 2008.
33. Bracher M. *Therapeutic Horse Riding: What Has This to Do with Occupational Therapists?* Br J Occup Ther. 1 juin 2000;63(6):277- 82.
34. Boyer C. *La motivation et ses théories*. In: *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?* Paris: De Boeck-Solal; 2015. p. pp 89-95. (Morel-Bracq M-C. *Actualité en ergothérapie*).
35. Mignet G. *Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine*. In: *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Paris: De Boeck-Solal; 2015. p. pp 97-107. (Morel-Bracq M-C. *Actualité en ergothérapie*).
36. Morel-Bracq M-C. *Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique*. In: *Ergothérapie en pédiatrie*. Marseille: Solal; 2010. p. pp 27-39. (ergOTthérapies).
37. Morel-Bracq M-C. *Modèles conceptuels en ergothérapie introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille: Solal; 2009. 174p p. (ergOTthérapies).
38. Zhang C, Mc Carthy C, Craik J. *Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation* [Internet]. 2008 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.caot.ca/otnow/may08/mcrop.pdf>
39. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports. *Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, référentiel d'activité*. BO Santé. 15 août 2010;Protection sociale-Solidarité(2010/7):170.
40. Orsonneau C. *Potentiel thérapeutique d'activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle*. ANFE. juin 2009;(Hors série):52 p.
41. Morel-Bracq M-C. *Exploiter le potentiel thérapeutique de l'activité*. In Montpellier: Sauramps médical; 2011. p. pp 22-30.
42. Morel-Bracq M-C. *Occupational Science for Occupational Therapy*. Un Livre de Doris Pierce. Rev Francoph Rech En Ergothérapie. 25 janv 2015;1(1):71 - 3.
43. Sève-Ferrieu N. *Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations*. [Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ-65815](http://www.em-premium.com/sicdclermont-Univ-65815) [Internet]. 20 août 2016 [cité 17 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/sicd.clermont-universite.fr/article/1074569/resultatrecherche/3>
44. Hoffmans-Gosset M-A. *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. 3e éd. Lyon: Chronique sociale; 1996.

ANNEXES

Annexe I : Glasgow Coma Scale

Annexe II : Glasgow Coma Scale adaptée à l'enfant

Annexe III : Amnésie post-traumatique (APT)

Annexe IV : Modèle canadienne du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P)

Annexe V : Potentiel thérapeutique de l'activité - Théorie de Doris Pierce

Annexe VI : Matrices théoriques

Annexe VII : Grille d'entretien vierge

Annexe VIII : Grille d'entretien n°1

Annexe IX : Grille d'entretien n°2

Annexe X : Grille d'entretien n°3

Annexe XI : Grille d'analyse longitudinale - Ergothérapeute n°1

Annexe XII : Grille d'analyse longitudinale - Ergothérapeute n°2

Annexe XIII : Grille d'analyse longitudinale - Ergothérapeute n°3

Annexe I : Glasgow Coma Scale

Ouverture des yeux :	spontanée	4	Yeux
	stimulation verbale	3	
	À la douleur	2	
	Aucune	1	
Réponse verbale :	Orientée	5	Verbal
	Confuse	4	
	Inapproprié	3	
	Incompréhensible	2	
	Aucune	1	
Réponse motrice :	Obéissance aux ordres	6	Moteur
	Flexion adaptée	5	
	Flexion non adaptée	4	
	Décortication	3	
	Décérébration	2	
	Aucune	1	

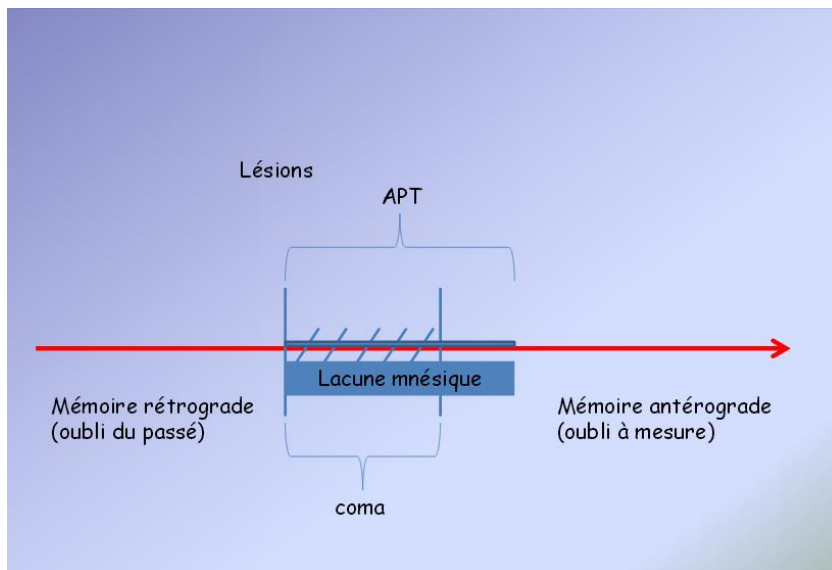
Annexe II : Glasgow Coma Scale adaptée à l'enfant

Appréciation de la profondeur du coma - GCS adaptée					
GCS = E+V+M = entre 3 et 15					
Critères		➤ 5 ans	2 - 5 ans	1 - 2 ans	< 1 an
Ouverture des yeux (E)	4	Spontané	Spontané	Spontané	Spontané
	3	À la parole	À la parole	À la parole	Au cri
	2	À la douleur	À la douleur	À la douleur	À la douleur
	1	Nulle	Nulle	Nulle	Nulle
Réponse verbale (V)	5	Orienté	Mots/phrases appropriées	Sourire/Interaction	Sourire/Interaction
	4	Confuse	Mots/phrases inappropriées	Cris irritables	Cris irritables
	3	Inapproprié	Cris ou pleurs persistants	Cris/pleurs inappropriés	Cris/pleurs inappropriés
	2	Incompréhensible	Gémissements	Gémissement/agitation	Gémissement/agitation
	1	Nulle	Nulle	Nulle	Nulle
Réponse motrice (M)	6	Obéit aux ordres	Obéit aux ordres	Mouvements spontanés/dirigés	Mouvements spontanés/dirigés
	5	Localisation douleur	Localisation douleur	Localisation douleur	Localisation douleur
	4	Retrait	Retrait	Retrait	Retrait
	3	Flexion	Flexion	Flexion	Flexion
	2	Extension	Extension	Extension	Extension
	1	Nulle	Nulle	Nulle	Nulle

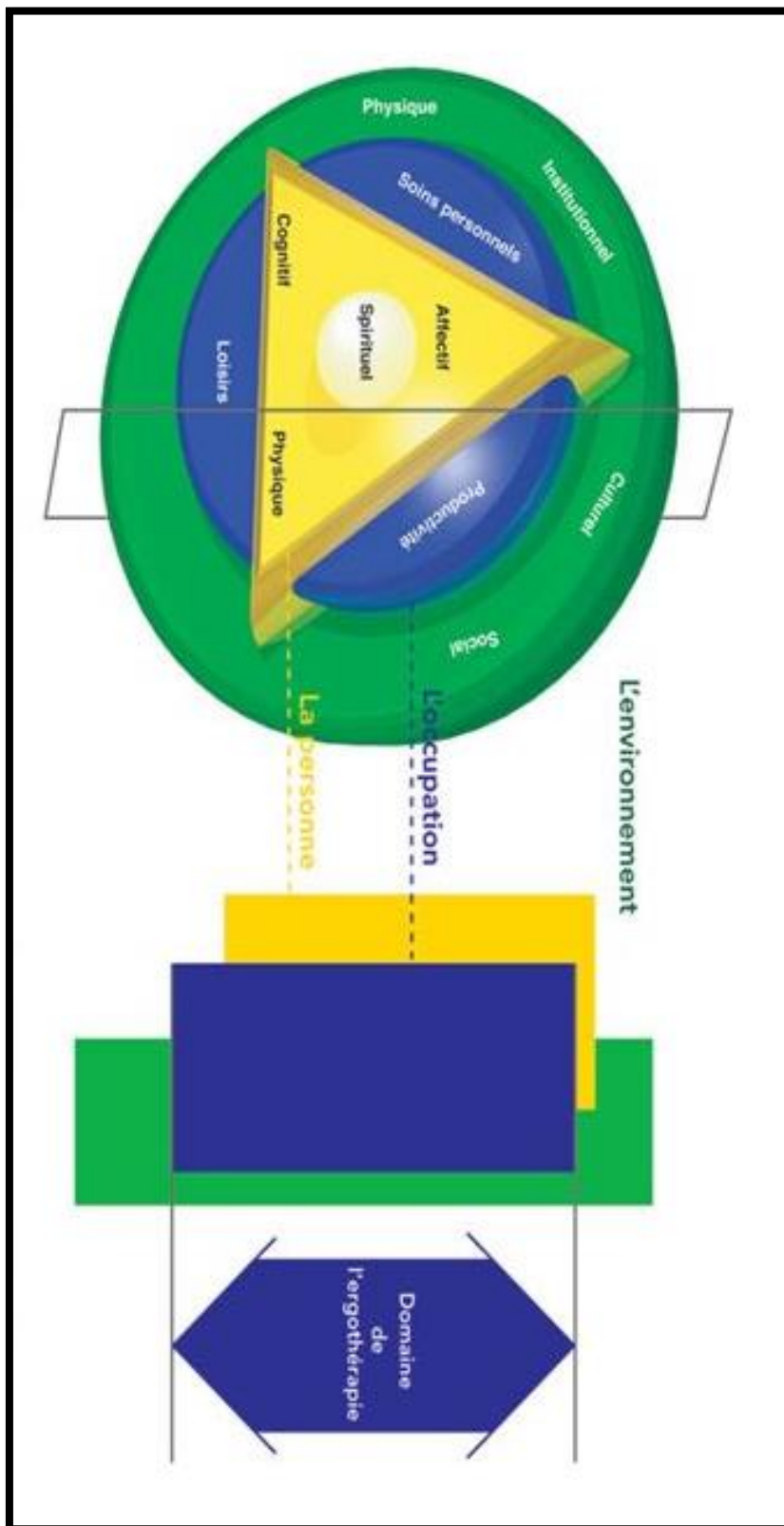
Annexe III : Amnésie post-traumatique (APT)

Traumatisme crânien graves	APT > 24 h
Traumatismes de gravité moyenne	APT entre 30mn-1h00 et 24 h
Traumatismes crâniens légers	APT < 20 – 30mn

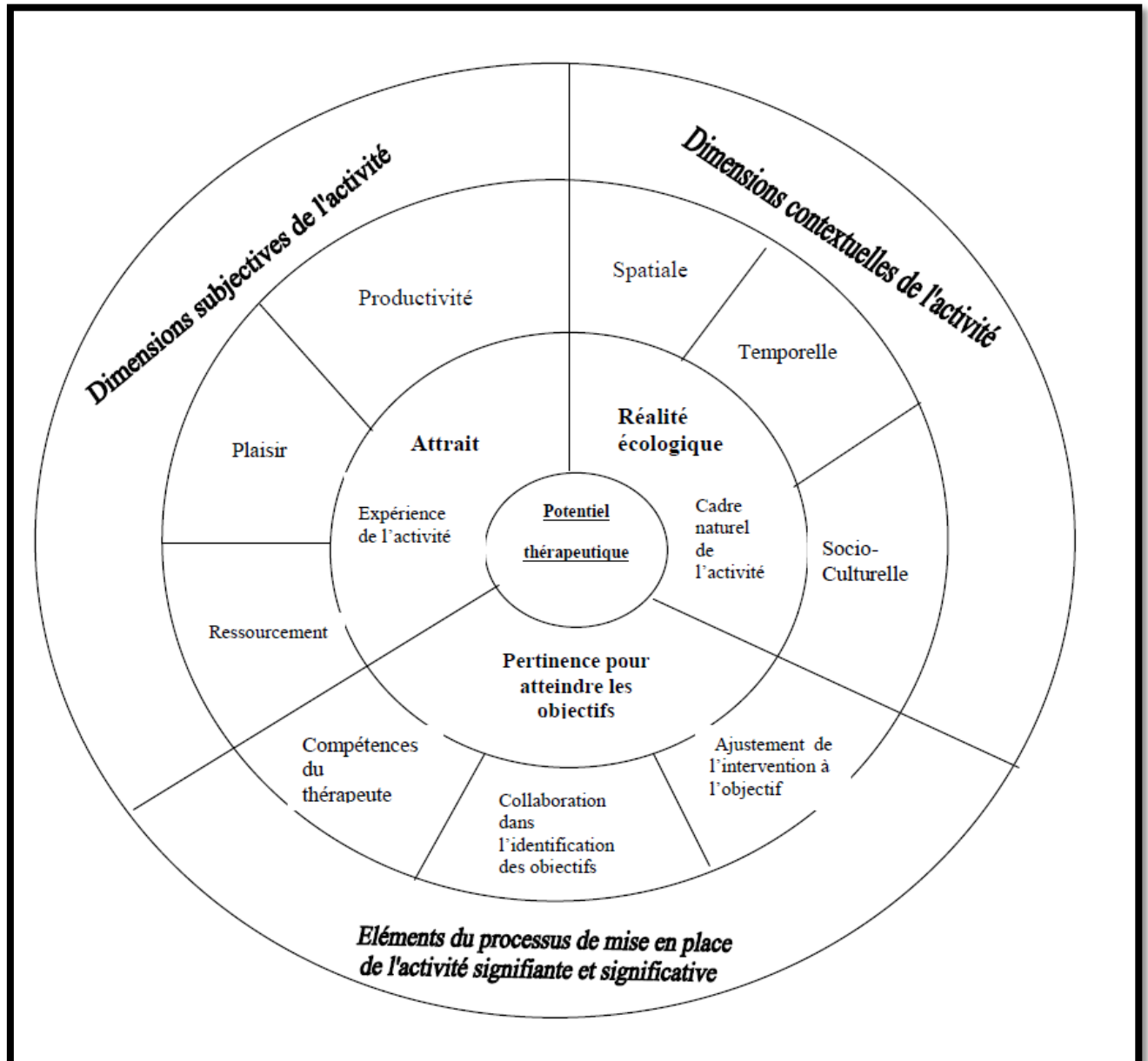
In Les traumatisés crâniens, de l'accident à la réinsertion. Cohadon... p64



Annexe IV : Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) ©CAOT / ACE



Annexe V : Potentiel thérapeutique de l'activité. Théorie de Doris Pierce.



Annexe VI : Matrices théoriques

MCRO-P

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Personne	Dimension affective	Gestion des affects et émotions, peur, attirance Besoin de sécurité, d'estime de soi. Capacité à accueillir l'autre. Reconnaissance de l'animal comme être vivant, sensible. Capacité du sujet à aimer, donner, recevoir.	2.3
	Dimension physique	Capacités motrices, proprioception. Mobilisation des cinq sens	1.1
	Dimension cognitive	Comportement adapté, capacité à modifier son comportement, à demander de l'aide. Compréhension du cadre, des consignes. Conscience des troubles, insight, identification des ressources et des difficultés. Application des méthodes de rééducation des fonctions exécutives : découpage en buts, sous-buts, vérification.	1.1, 2.1, 2.2, 3.2
Occupation	Soins personnels	Capacité du sujet à réaliser ses AVQ, à prendre soin de soi	5.3, 5.4
	Loisirs	Choix d'activité signifiante et significative. Plaisir à pratiquer ses activités de loisir. Envie de reproduire l'activité	4, 5.1, 5.2
	Productivité	Rendement ; satisfaction du sujet sur sa production. Auto-évaluation, capacité du sujet à adapter ses actions, à utiliser ses habiletés à bon escient.	3.1, 3.3, 5.1, 5.4
Environnement	Physique	Capacité du sujet à s'orienter dans le temps et dans l'espace, à tenir compte de la complexité de l'environnement. Gestion des stimuli. Environnement facilitateur ou obstacle.	2.1, 2.2
	Institutionnel	Type de structure accueillant l'enfant. Cadre d'application de l'AIET	

	Culturel	Connaissance du cheval, tradition, histoire, pratique.	1.3
	Social	Accès antérieur au milieu équestre capacité de l'enfant à se gérer au sein du groupe, à tisser des relations avec les autres patients, thérapeutes, animaux, cavaliers et moniteurs.	1.3, 1.4, 2.3, 2.4

Potentiel thérapeutique

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Dimension subjective = attrait	Productivité	Résultat de l'activité. Reflet des capacités et de l'identité du patient. Efficacité, rendement	1.1,3.1, 5.1, 5.4
	Plaisir	Nécessité, désir, envie de renouveler l'activité Apparition du Flow Implication, volition, engagement	4, 5.2
	Ressourcement	Restauration dynamisme, énergie, capacités physiques et cognitives Augmentation de la participation sociale.	1.1,1.2, 2.4, 5.1, 5.3, 5.4
Processus de mise en place de l'activité = pertinence	Compétence de l'ergothérapeute	Analyse de l'activité Connaissance ++ du patient dans sa globalité Choix d'activité centrée sur le patient, signifiante, capacité à fixer des objectifs pertinents en fonction du projet, de ses capacités et de ses attentes.	1.1, 1.4, 3.2
	Alliance thérapeutique	Ecoute attentive Confiance Qualité de l'engagement des acteurs, patient et thérapeute Collaboration, entraide	1.4

	Renégociation des objectifs	Poursuite ou arrêt de l'activité. Adaptation	2.2
--	-----------------------------	---	-----

Autonomie et indépendance

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Autonomie			
Autrui	Axe affectif et relationnel	Socialisation de l'individu. Humanisation Evolution de la dépendance à l'indépendance qui crée l'interdépendance. Communication avec l'autre. Quantité et qualité des relations nouées Gestion de ses dépendances, de son indépendance	1.4, 2.2, 2.3, 2.4, 5.1, 5.2, 5.4
La Loi et la liberté	Axe intellectuel et cognitif	Construction de l'individu, de sa personnalité Vie en communauté harmonieuse. S'affirme, respecte le cadre, les règles inhérentes aux lieux Respect des libertés de l'autre. Accepte les contraintes de la vie en société.	1.1, 2.1, 2.3, 2.4, 3.3, 5.3, 5.4
Conscience de soi	Axe psychologique et énergétique	Engagement dans l'activité. Evolution, changement de l'individu. Ne se calque pas sur l'avis des autres, possède son propre mode de pensée. Volition. Capacité de faire des choix, responsabilisation, remise en cause, adaptation	2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4
Indépendance			
Vision biomédicale	Indépendance	Réalise seul ses AVQ sans aide humaine → capacité et performance. Quantité et moment de l'utilisation de l'indigence	1.1, 3.1, 3.2,

Vision sociale	Dépendance	Utilisation d'aides techniques. Capacité cognitives et physiques suffisantes Pensée propre Quantité et qualité de l'aide apporté par un tiers. Environnement facilitateur ou obstacle. Présence d'obstacles non compensables. Incapacité à réaliser l'Activité et ses AVQ	3.3, 5.2, 5.3, 5.4 1.2, 1.4, 2.2, 3.1
	Interdépendance	Relation pourvoyeur-dépendant-objet Dépendance naturelle, réciprocité Satisfaction des besoins. Qualité de la relation à l'autre, intégration à son milieu, à l'environnement et au groupe. Capacité d'échanges, gestion des interdépendances. Acquisition d'une autonomie. Développement de l'individu, élaboration de la personnalité	1.4, 2.3, 2.4, 4, 5.2, 5.4

Annexe VII : Grille d'entretien vierge

Présentation du professionnel :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle profession exercez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Dans quel type de structure travaillez-vous ?
- Avec quelle population travaillez-vous ? Age ? Pathologie ?
- Utilisez-vous les AIET lors de votre prise en charge ?
- A quel type d'activité équestre à intention thérapeutique faite-vous appel ?
- Dans quel type de structure pratiquez-vous l'AIET ?

1- Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

- 1.1 - Quelles sont les capacités motrices et cognitives, les incapacités, qui orientent votre choix pour proposer l'activité ?
- 1.2 - Les personnes ayant bénéficié de cette médiation ressentent-elles une lassitude de prise en charge ? Pourquoi ?
- 1.3 - Est-il important que le public visé ait déjà été en contact avec le cheval ? Pourquoi ?
- 1.4 - Une relation particulière s'instaure-t-elle entre la personne et le thérapeute lors des AIET ? Comment ?

2- Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

- 2.1 - L'environnement du cheval offre un cadre particulier. Est-il facilement respecté ?
- 2.2 - La sur-stimulation produite par l'environnement du cheval est-elle un obstacle ? Comment les personnes arrivent-elles à adapter leur comportement et à gérer leurs émotions ?
- 2.3 - Comment les patients se positionnent-ils face à l'animal ?
- 2.4 - Comment les patients se positionnent-ils face au groupe ?

3- Les AIET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?

- 3.1 - Les patients atteignent-ils des buts grâce à cette activité ? Lesquels et comment ?

- 3.2 - Les patients ont-ils mis en pratique les méthodes travaillées en amont lors des séances d'ergothérapie ? Comment ?
- 3.3 - La personne auto-évalue-t-elle son action ? Comment ?

4- L'activité a-t-elle permis aux personnes de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

- 4.1 - Comment l'ont-ils exprimé ?
- 4.2 - Ont-ils eu envie de reproduire l'activité ?

5- L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

- 5.1 - Les AIET permettent-elles aux personnes de se réinvestir dans leur processus de rééducation ? Comment ?
- 5.2 - Ont-elles permis aux patients d'adhérer à d'autres types d'activités ? Lesquelles et comment ?
- 5.3 - Avez-vous remarqué un transfert dans les AVQ ?
- 5.4 - Permettent-elles de réduire l'aide apportée dans les AVQ, d'augmenter l'autonomie et l'indépendance des patients ? Comment et pourquoi ?

Annexe VIII : Grille d'entretien n°1

Présentation du professionnel :

- Quel âge avez-vous ?

37 ans

- Quelle profession exercez-vous ?

Ergothérapeute

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

2015

- Dans quel type de structure travaillez-vous ?

Dans un service d'accompagnement médico-social et d'insertion professionnelle

- Avec quelle population travaillez-vous ? Age ? Pathologie ?

Exclusivement, des adultes avec des lésions cérébrales acquises de 18 à 65 ans. Traumatisme crânien, AVC, SEP, cancers, tous ce qui peut amener une lésion cérébrale.

- Utilisez-vous les AIET lors de votre prise en charge ? Pas directement mais avec un partenaire au niveau de l'équipe qui accompagne régulièrement avec 3 personnes.

- A quel type d'activité équestre à intention thérapeutique faite-vous appel ?

Cela s'appelle de l'Equicie

- Dans quel type de structure pratiquez-vous l'AIET ?

Un centre équestre

1- Quel est le public visé par cette activité et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

- **1.1 - Quelles sont les capacités motrices et cognitives, les incapacités, qui orientent votre choix pour proposer l'activité ?**

« Nous, on a orienté les gens essentiellement lorsqu'il y a des troubles du comportement, quand on voit qu'il y a quelque chose qui est compliqué dans la communication avec la personne. Et aussi pour tout ce qui est en lien avec la confiance en soi, les déplacements aussi, la posture, le physique, la relation à l'autre. On les axes essentiellement là-dessus. Quand on sent qu'il y a un mal-être, quand on n'a pas nous quelque chose dans notre équipe à proposer, on va voir ailleurs... »

- **1.2 - Les personnes ayant bénéficié de cette médiation ressentent-elles une lassitude de prise en charge ? Pourquoi ?**

« Oui, une personne. On a essayé de trouver d'autre manière de faire ».

- **1.3 - Est-il important que le public visé ait déjà été en contact avec le cheval ?**

- **Pourquoi ?**

« Non, parce que ça ne pose pas de problème, sauf pour les allergiques. Non, non, c'est juste une proposition qui est faite, et la personne soit elle est d'accord, soit elle n'est pas d'accord. De toute façon, nous on propose toujours, on n'oblige à rien. Il faut toujours qu'il y ait un engagement de la part de la personne. Des fois, ça peut prendre un peu de temps, mais ce n'est pas grave. Il n'y a pas d'obligation. Donc non ».

- **1.4 - Une relation particulière s'instaure-t-elle entre la personne et le thérapeute lors des AIET ? Comment ?**

« De toute façon, c'est une approche qui est différente de tout ce qu'on peut voir en paramédical ou nous ce qu'on fait dans l'équipe, même le psychologue va avoir une autre approche. Donc, du coup forcément, c'est très particulier à la personne et à la profession. Pour moi c'est en lien avec la personne, les relations qu'on crée avec le patient c'est forcément une relation particulière. Je ne dirais pas qu'il plus de différence que ça ».

2- Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

- **2.1 - L'environnement du cheval offre un cadre particulier. Est-il facilement respecté ?**

« Ça dépend des personnes. Au départ, il y a déjà un premier contact avec le lieu, l'environnement physique, les champs, l'écurie, avant d'arriver en contact avec le cheval, des fois ça peut prendre un petit peu de temps. Cela va dépendre des personnes et puis des problèmes qu'ils peuvent avoir, s'ils ont peur ou pas du cheval. Si la personne équinienne arrive à prendre contact, à rassurer la patient. Et après il y a la perception aussi parce qu'avec des lésions cérébrales, il a des perceptions, des ressentis qui sont différentes. On a des personnes qui ont parfois des grosses, grosses agnosies et qui ne reconnaissent pas les objets, les animaux, donc un cheval, un chien, une théière c'est la même chose. Donc c'est forcément plus compliqué (...). Comme la personne ne reconnaît pas forcément que c'est un cheval. Est-ce que ça a un impact ou pas, je n'en sais rien. Il y a vraiment des questions à se poser. Comme, il faut quand même avoir une reconnaissance de ce que c'est, ça je ne sais pas ».

- **2.2 - La sur-stimulation produite par l'environnement du cheval est-elle un obstacle ? Comment les personnes arrivent-elles à adapter leur comportement et à gérer leurs émotions ?**

« Ben, je pense qu'après, cela dépend du cadre qui est mis dans la séance. Il y a beaucoup de chose, oui, parce que ça stimule dans tous les sens. Après, c'est la personne thérapeute qui s'occupe de réduire dans un premier temps un maximum d'éléments pour après en amener de plus en plus. Oui, il y a un temps d'apprentissage. Certains peuvent être vite débordés et sentir comme une agression, c'est un peu compliqué à gérer. Pour gérer les émotions, il faudrait leur demander ! De ce que j'en ai vu, de ce que j'en ai compris, c'est vraiment avec un regard extérieur, moi j'ai peur des chevaux, mais ça s'est bien passé, comme quoi même si on peur des chevaux finalement ça se passe très bien. Les chevaux sont super cools. C'est comprendre l'autre, comprendre ce que c'est, c'est quoi ce truc à quatre pattes qui sent mauvais, comment on fait pour rentrer en contact avec. C'est l'expérience en fait, à force d'être en présence, la répétition et le fait d'y aller très progressivement. Le cadre de la séance, s'il est rassurant ...».

- **2.3 - Comment les patients se positionnent-ils face à l'animal ?**

« Ça dépend où ils en sont, de leurs situations. Il y en a au départ qui vont partir en courant. Sur ce que j'ai vu, je ne peux pas faire plus précis. La personne que j'accompagne moi au départ, elle ne voulait pas en entendre parler, maintenant elle s'occupe des chevaux, il n'y a plus besoin qu'on lui dise ce qu'il y a à faire. Je pense que c'est une question d'apprentissage et des répétitions. Limiter les chances d'inconnu, ce qui pourrait comme éléments parasites, ce qui pourrait surprendre, interroger. Ce public-là, pas que en Equicie, de manière générale quand on les accompagne, il y a quand beaucoup de personnes c'est de la répétition, si le cadre est rassurant, toujours le même, en introduisant des variables tout doucement qu'ils arrivent à s'adapter. Par rapport, au fait que l'animal soit imprévisible, c'est vraiment l'importance de la thérapeute de bien expliquer ce que le patient peut faire et ne pas faire, les réactions du cheval et d'expliquer pourquoi il réagit comme ça, pourquoi il avance, pourquoi il hoche la tête, c'est une explication des choses, ça permet de rassurer. Quand on connaît, on a moins peur».

- **2.4 - Comment les patients se positionnent-ils face au groupe ?**

« Ils sont seuls. En fin de séance, il peut y avoir des croisements mais en général ils sont seuls. Ou alors ils sont deux maximums sur des temps très, très courts. Il n'y a pas beaucoup de contacts : le cheval, l'équicienne, la personne, l'auxiliaire de vie si elle est là où le parent si c'est un enfant. C'est très limité pour limiter les stimulations, interférences, les distractions ».

3- Les ALET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?

- **3.1 - Les patients atteignent-ils des buts grâce à cette activité ? Lesquels et comment ?**

« Oui, il y a des changements qui apparaissent, après c'est toujours le problème : qu'est ce qui vraiment en fait qu'il y a un changement, est-ce que c'est à un moment de la PEC qui fait que c'est le moment où la personne commence à s'ouvrir aux autres par exemple ; ou est-ce que parce que l'équicienne à ce moment-là qui a fait que la personne s'est ouverte aux autres, on peut pas dire c'est ça. C'est quelque chose qui apporte dans la relation à l'autre, ça permet d'ouvrir à d'autre chose, d'être dans le ressenti pour travailler sur le schéma corporel par exemple, tout ça ce sont des choses qui sont très, très intéressantes. La personne va être sur elle, à essayer de se comprendre. Dans ce sens-là, c'est un bénéfice dans l'accompagnement. Pour une personne. A un moment donné, il y a eu un réel changement sur la démarche par exemple, au niveau moteur, par rapport à un objectif qui avait été stipulé par l'équicienne. Après, c'est compliqué par ce que nous, c'est assez naissant dans notre service cet accompagnement, parce que jusqu'à présent on en avait pas. C'est arrivé depuis l'automne. Avant on n'en avait pas connaissance. Il y avait déjà des choses qui avaient été mises en place, des objectifs qui avaient déjà été fixés. Mais ça avait été fait en parallèle. On s'est rapproché, parce qu'à un moment il fallait qu'il y ait du sens et du lien. Je dirais oui, certainement, après on n'a pas le recul nécessaire parce que c'est tout nouveau. Je pense que oui et c'est pour ça qu'on commence à travailler plus en lien. Moi je l'ai rencontrée (l'équicienne), il y a eu l'IDE coordinatrice qui l'a rencontrée ; il y a un petit peu tout le monde qui a rencontré cette dame là pour bien comprendre sa pratique, savoir ce qui a été fait. Qu'elle comprenne aussi comment on fonctionne au sein du service. Par ce que le problème, il est là, il faut que ça soit tout bien coordonné sinon la personne dedans elle est complètement perdue ».

- **3.2 - Les patients ont-ils mis en pratique les méthodes travaillées en amont lors des séances d'ergothérapie ? Comment ?**

« Moi, je ne fais pas de la, comment dire, ... ce n'est pas de l'ergo pure et dure que je fais avec cette personne. Je suis sa référente, on a une autre relation, un autre rôle aussi. Je commence juste, cela fait un an qu'elle est rentrée, à pouvoir aller tendre vers des choses en ergo. Avant, c'était plus travailler sur le lien de confiance, la relation ».

- **3.3 - La personne auto-évalue-t-elle son action ? Comment ?**

« L'idée c'est ça. C'est qu'à chaque fin de séance, il y a un temps d'échange sur justement ce qui s'est bien passé, ce qui a été difficile. Et puis après faire une auto-critique. Un partage entre le thérapeute et la personne, avec un cahier tout est noté. Chaque début de séance, ils reprennent ce qui a été fait en fin de séance d'avant et de repartir. En même temps, ça permet de travailler tout ce qui est mémoire. C'est avec l'équicienne, c'est dans leur travail à eux. Nous ce qu'on essaye de faire surtout, c'est que chacun ne travaille pas dans son coin. Le problème est plus là-dedans. Chaque professionnel n'a pas envie d'être grignoté sur son terrain, alors que de tout façon, en travaillant là-dedans, il faut les choses soient bien claires et que l'information soit pas dispatchée sur 5 ou 6 supports. Il faut un seul support pour que la personne elle sache où aller chercher l'information ».

4- L'activité a-t-elle permis aux personnes de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

- **4.1 - Comment l'ont-ils exprimé ?**

« Oui, un bien-être, du relâchement, ce qui est énorme. Le bien-être, elles l'ont dit verbalement, pas physiquement, pas possible, mais verbalement. Après, il y a des choses qui se voyaient dans son attitude, sa manière, dans sa posture, le relâchement se voyait ».

- **4.2 - Ont-ils eu envie de reproduire l'activité ?**

« Oui, parce qu'elles continuent. Tout simplement. D'autre non, parce que ce n'était pas leur recherche. Ça peut être essayé deux-trois fois, et ça s'arrête là parce que ça ne passe pas. Il y a aussi le relationnel, il faut que ça passe bien avec la personne, la malheureusement, on peut avoir la meilleure activité, la plus adaptée, si avec la personne ça passe pas, ça passe pas ».

5- L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

« Oui, mais après pour cette question et celle d'avant, est-ce qu'on peut l'imputer que à l'équicie ou est-ce que c'est l'ensemble de l'accompagnement qui fait que la personne à ce moment-là va commencer à avancer, à progresser, je ne sais pas... Je ne pourrais pas dire si c'est l'activité en elle-même mais je peux dire effectivement elle en fait partie ».

- **5.1 - Les AIET permettent-elles aux personnes de se réinvestir dans leur processus de rééducation ? Comment ?**

« En réadaptation je dirais comme il y a eu dynamisation, il y a eu peut-être plus d'envie à un moment donné qui se crée, et puis de la confiance, surtout de la confiance. Ça aide pas mal sur la confiance ».

- **5.2 - Ont-elles permis aux patients d'adhérer à d'autres types d'activités ? Lesquelles et comment ?**

« Si, il y a d'autres activités mais je ne sais pas si c'est plus ça qu'une autre action d'un autre professionnel. Je ne sais pas. Est-ce que à ce moment-là le traitement a été mieux adapté, ..., il y a plein, plein, plein de choses, est-ce que dans sa vie perso, à la maison ça allait mieux ? Voilà, il y a plein de choses qui font que il y a eu un plus mais on ne peut pas dire si ça a été inhérent à ça ou pas. Non je peux pas ».

- **5.3 - Avez-vous remarqué un transfert dans les AVQ ?**

« Par rapport à la confiance en soi mais près, je ne sais pas. Je ne pourrais pas répondre à cette question. C'est toujours le problème quand tu as une prise en soin pluridisciplinaire, c'est que on ne peut pas dire, c'est tel truc qui fait que là ça a tout débloqué. Il y a tellement d'autres choses et en plus l'environnement, ça ne peut pas être une chose. Je pense que oui, ça apporte parce que de fait c'est une activité en plus, c'est une autre manière de voir les choses. Après, il faut toujours faire attention que ce soit des choses qui soit transférables, parce que si c'est travaillé en équilibre et que derrière ça peut pas être transféré dans la vie quotidienne ça sert à rien. Pour moi ça ne sert pas à grand-chose. C'est juste ça. C'est pour ça que c'est important que ce soit fait dans une bonne communication ».

- **5.4 - Permettent-elles de réduire l'aide apportée dans les AVQ, d'augmenter l'autonomie et l'indépendance des patients ? Comment et pourquoi ?**

« Non, non, on n'en est pas là. Non, c'est pas possible. Non je ne crois pas encore en tout cas. Et puis, pour les deux personnes qui y ont été le plus, c'est pas... parce ce qu'on n'en n'est pas là aussi, parce qu'il y a plein de choses, non».

Annexe IX : Grille d'entretien n°2

Présentation du professionnel :

- Quel âge avez-vous ?

43 ans

- Quelle profession exercez-vous ?

Ergothérapeute

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

Depuis 1996

- Dans quel type de structure travaillez-vous ?

Dans un centre de rééducation pédiatrique

- Avec quelle population travaillez-vous ? Age ? Pathologie ?

Des enfants cérébro-lésés, brûlés, des pathologies orthopédiques lourdes, de 0 à 18 ans avec un groupe de jeunes adultes actuellement.

- Utilisez-vous les AIET lors de votre prise en charge ?

Oui

- A quel type d'activité équestre à intention thérapeutique faite-vous appel ?

On appelle ça, la thérapie avec le cheval. J'ai eu la formation d'Handi cheval mais qui est un peu loin de ma pratique actuelle.

- Dans quel type de structure pratiquez-vous l'AIET ?

On se rend dans un centre équestre qui est à une vingtaine de minutes du centre de rééducation.

1- Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

« On emmène des patients essentiellement cérébro-lésé qui ont soit des TC soit des tumeurs cérébrales, des AVC, essentiellement ces pathologies-là. Les objectifs, ça va être des objectifs moteurs dans un 1^{er} temps et puis également cognitifs avec tout le travail des fonctions exécutives, de la mémoire et puis également un domaine plus psychologique avec un valorisation, confiance en soi ».

- **Quelles sont les capacités motrices et cognitives, les incapacités, qui orientent votre choix pour proposer l'activité ?**

« C'est vrai, les déficiences qui entraînent le plus facilement le médecin à nous prescrire la TAC, c'est essentiellement tout ce qui est moteur, hémiplégie ou syndrome cérébelleux. Et puis pour tout

ce qui est cognitifs, c'est souvent pour les enfants qui ont des grosses difficultés des fonctions exécutives et qui ont du mal à initier une action, qui ont du mal à séquencer leurs actions, qui ont du mal à exécuter leurs actions plus par des difficultés cognitives que motrices ».

- **Les personnes ayant bénéficié de cette médiation ressentent-elles une lassitude de prise en charge ? Pourquoi ?**

« Pas toutes, mais certaines oui. J'ai en tête une jeune, il y a quelques années, qui refusait toute prise en charge dans l'établissement, qui était démotivée. Cette activité-là lui a permis de retrouver un petit peu de motivation et de volonté de prise en charge. Elle était complètement démotivée, lassée par toutes ces PEC qui s'enchaînaient. Surtout elle ne voyait aucun sens dans ces rééducations »

- **Est-il important que le public visé ait déjà été en contact avec le cheval ? Pourquoi ?**

« Ah non pas du tout, pas du tout. Certains patients n'ont jamais touché un cheval de leur vie, viennent de cité, n'ont pas vu de vache dans les champs, de chevaux dans les prés. Voilà, il n'y a aucune importance ».

- **Une relation particulière s'instaure-t-elle entre la personne et le thérapeute lors des AIET ? Comment ?**

« Il y a une relation, forcément. Dès qu'on met en lien deux personnes, il y a forcément une relation qui s'instaure. Et puis, je pense les patients qui sont vraiment motivés par cette activité, même si je ne les revoie pas moi en séance d'ergothérapie dans le centre, on sent quand même... C'est des patients qui viennent spontanément me dire bonjour et qui même quand ils rentrent dans le service, disent bonjour bien sûr à leur ergo mais viennent me parler de leur cheval, de leur poney, me poser des questions : quand est-ce qu'on y retourne, quand est-ce qu'on fait ci, quand est-ce qu'on fait ça, qu'est-ce qu'on va faire la prochaine fois ? On sent dans cette relation quelque chose d'un peu différent, oui ».

2- Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

« C'est complètement différent des patients. On a des patients qui vont rentrer dans les écuries. C'est une grande écurie avec les têtes de chevaux qui sortent des deux côtés. C'est un grand couloir avec les boxes des deux côtés. Il y a des patients qui vont être tout de suite très à l'aise, qui vont être curieux, qui vont essayer de dire bonjour à tous les chevaux, qui vont découvrir leur poney, prendre du temps, faire des câlins, à leur parler... Et puis d'autres pour qui cette relation est plus compliquée à établir et on va y aller progressivement. Il y en a qui sont apeurés, il y en a qui sont dégoutés même, de l'odeur, de tout ça. On va prendre le temps pour ces enfants-là ».

- **L'environnement du cheval offre un cadre particulier. Est-il facilement respecté ?**

« Les premières séances, on leur explique les quelques règles de sécurité qu'on impose, du style ne pas courir dans les écuries, ne pas crier dans les écuries, ne pas passer derrière le cheval sans le prévenir ou en passant loin derrière. Voilà, c'est le cadre essentiel qu'on leur demande de respecter, de sécurité surtout. Après, il y a certains enfants qui devant toutes ces informations visuelles mais aussi auditives. Le cheval qui va faire du bruit, qui va hennir. Ça peut augmenter dans un premier temps en tout cas, le stress et dans ce cas-là les mettre dans une attitude pas toujours adaptée. Il faut prendre le temps, les rassurer ».

- **La sur stimulation produite par l'environnement du cheval est-elle un obstacle ? Comment les personnes arrivent-elles à adapter leur comportement et à gérer leurs émotions ?**

« On essaye de trouver des solutions qui sont adaptées pour chaque patient. Là, j'ai en tête une jeune fille qui est en panique devant le bruit, devant la multitude d'informations qu'elle voit à côté d'elle. En fait, elle est en surcharge sensorielle. Mais constamment. Pour elle, ça a été très simple. On a tout simplement pris son poney, enlevé de l'écurie. On est allé dehors l'accrocher à un endroit où il n'y avait pas toutes ces têtes qui sortaient et on progressivement essayé de la faire toucher cet animal. Ça n'a pas été simple parce que les sensations tactiles étaient pour elle très, très désagréables. Il a fallu prendre ce temps. On adapte vraiment à chaque personne... Il y en a beaucoup qui n'ont pas cette agression sensorielle. Cette enfant, c'est flagrant ».

- **Comment les patients se positionnent-ils face à l'animal ?**

« De façon très différentes les uns des autres encore. Ça peut-être au contraire très tactile, très englobant à faire des câlins, leur parler, ou au contraire se mettre un petit peu en retrait. Rien que de toucher le cheval peut-être très compliqué pour eux. Sans pour autant, même si c'est quelque chose de compliqué, on ne les sent pas non plus ... ils ont quand même envie. Ils ont très peur donc il faut vraiment adapter. Mais la peur n'est pas représentative de cette pathologie, pas du tout, pas du tout ».

- **Comment les patients se positionnent-ils face au groupe (à l'autre) ?**

« C'est ça qui est super intéressant. C'est d'emmener ces enfants-là dans une structure différente de l'établissement. C'est -à-dire que sur place, ils vont rencontrer d'autres cavaliers, ils vont rencontrer une monitrice d'équitation. Dans le centre, l'environnement, tout le personnel un peu s'adapte à eux, sont constamment en train de s'adapter à eux. Là, quand ils vont sur un lieu nouveau, un lieu lambda à l'extérieur, ce n'est pas aux personnes de s'adapter à eux, c'est les enfants qui vont devoir

s'adapter aux personnes. Et donc c'est super intéressant de travailler justement cette relation avec les gens extérieurs qui connaissent pas forcément très bien la pathologie, qui essayent d'être bienveillant mais des fois pas toujours de façon très adaptée mais c'est la vie de tous les jours çà. Du coup, c'est intéressant de voir la réaction que vont avoir ces enfants et peut-être de retravailler ça avec eux. Pas forcément dans le lieu mais de retravailler à postériori. Je pense à une jeune qui était très agressive face aux questions que pouvait lui demander la monitrice. C'était intéressant de reprendre avec elle que la monitrice d'équitation lui posait telle ou telle question, ça avait un objectif bien particulier et que la réaction qu'elle pouvait avoir, qu'elle avait eu à ce moment-là n'était pas forcément adaptée. D'essayer de comprendre qu'est-ce qui n'était pas adapté et comment elle aurait pu faire autrement ».

3- Les ALET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?

« Alors oui. On n'a pas d'évaluation proprement dite pour évaluer l'impact que peut avoir cette prise en charge. C'est bien dommage mais en tout cas moi je suis persuadée que oui, oui. Déjà le travail moteur proprement dit, c'est efficace quand on va à la TAC sur la motricité fine, sur la coordination, sur l'équilibre, sur la dissociation des ceintures. Enfin sur plein de choses. Puis également sur les fonctions exécutives. Moi je les vois évoluer dans le temps de la PEC de la TAC. Ce n'est pas toujours le cas mais ce qui est intéressant c'est quand je les suis également en ergo, mais c'est pas toujours le cas. Des fois, c'est des patients que je ne suis pas du tout en ergo. Dans ces cas-là j'échange avec mes collègues ergo qui suivent ces patients. C'est intéressant de voir en effet l'évolution. C'est des enfants qui la première séance peuvent se montrer inquiets, qui n'initient rien du tout dans l'activité, qui n'ont aucune initiative dans l'activité qui font ce qu'on leur dit sans avoir d'initiative ni quoi que ce soit. Et puis en fin de séance, 6 mois après, ça peut-être des enfants qui sont complètement autonomes dans cette activité-là, qui peuvent préparer leur cheval totalement seul, qui peuvent faire tout ce qu'on peut leur demander au niveau de la PEC réelle sur le cheval et qui peuvent changer un petit peu leur comportement face au comportement du cheval, face à la réponse du cheval qui n'est pas toujours en attente, cela reste un animal. Voir comment ils peuvent adapter leur comportement face à la non-réaction du cheval. Et du coup, on voit le changement de comportement ».

- (Les patients atteignent-ils des buts grâce à cette activité ? Lesquels et comment ?)

- **Les patients ont-ils mis en pratique les méthodes travaillées en amont lors des séances d'ergothérapie ? Comment ?**

« Oui, j'espère, je pense ! Quand je suis les patients en ergo, les patients qui ont des grosses difficultés des fonctions exécutives, ce que je leur apprend à faire en séance c'est de réfléchir à quand ils commencent une action : quel est le but, comment est-ce que je vais m'y prendre, quel séquençage je vais avoir, comment je vais planifier mon action, je l'exécute et après une fois que je l'ai exécuté, est-ce que je l'ai bien exécuté, je me corrige... Voilà, c'est ce qu'on apprend en séance d'ergo. C'est également ce qu'on essaye de mettre en place dans les séances de thérapie avec le cheval. Alors, ce n'est pas aussi verbalisé que ça dans la thérapie avec le cheval mais en tout cas c'est intéressant de voir comment eux prennent ce que l'on a pu faire et comment ils l'intègrent ».

- **La personne auto-évalue-t-elle son action ? Comment ?**

« Non, il ne faut pas abuser. Sauf s'ils sont en fin de prise en charge. C'est ce vers quoi on tend. L'auto-évaluation, c'est vraiment le dernier point qu'ils arrivent à comprendre ».

4- L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

« Oui. Pas tous malheureusement. Il y a eu quelques échecs à ce niveau-là mais d'une façon générale oui. Ils expriment beaucoup de plaisir à venir. Là encore ce matin, j'ai une jeune fille qui a dit à son ergo, je ne la suis pas, cet après-midi je vais au cheval, je suis trop contente, je vais retrouver Nala. Ils se projettent en plus dans quelque chose. C'est super. Après, il y a des jeunes pour qui la motivation est plus difficile à obtenir mais on continue quand même l'activité. On essaye de trouver des biais pour que ce soit quelque chose de l'ordre du plaisir. Il y a eu quelques enfants pour qui ça a été loupé. Mais on est encore là quand même dans une prescription médicale et avec des objectifs. On essaye de pas sortir de ce vers quoi on tend. On essaye de garder un cadre ».

- (Comment l'ont-ils exprimé ?)

- **Ont-ils eu envie de reproduire l'activité ?**

« Certains oui. Certaines ont été, j'ai en tête deux-trois TC pas sévère, on va dire modéré qui ont pu reprendre une activité équestre, vraiment des cours d'équitation. Et puis d'autres qui ont dans le centre équestre où on va, il y a, une maman qui a continué à accompagner son enfant. La monitrice le prenait en individuel. C'était plus de l'équitation mais à son rythme et au rythme de l'enfant. C'était une situation particulière ».

5- L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

- **Les AIET permettent-elles aux personnes de se réinvestir dans leur processus de rééducation ? Comment ?**

« Les personnes qui étaient désinvesties des PEC en effet dans l'établissement... pour certaines oui, en effet, boostées ; fait prendre conscience de pourquoi la rééducation... ça a donné un sens à la rééducation. Donc ça leur a permis de comprendre qu'en ergo, en kiné, il y avait vraiment un objectif. Qu'il fallait qu'on arrive à trouver l'objectif ensemble, ce qui n'est pas toujours simple. En général, c'est plus le thérapeute qui donne l'objectif mais quand il y a un lien c'est quand même mieux ! Pour d'autres, ce n'est pas toujours simple. Il y a quand même de temps en temps des enfants qui restent réfractaires, qui ont cette démotivation qu'on sent un peu chronique ».

- **Ont-elles permis aux patients d'adhérer à d'autres types d'activités ? Lesquelles et comment ?**

« ...blanc... Non, après il y a des patients qui, mais ça ne leur permet pas d'adhérer, non... En fait on a deux activités de ce type dans l'établissement, il y a la thérapie avec le cheval puis il y a une activité aviron. Alors on ne va pas dire que ça leur a permis d'adhérer à l'activité aviron, pas du tout. Non, je n'ai pas en tête ».

- **Avez-vous remarqué un transfert dans les AVQ ?**

« Pour avoir remarqué ça, il aurait fallu faire des évaluations, sûrement. Chose qu'on ne fait pas. Donc, ce n'est que mon avis et mon ressenti. Oui, en fait, plus on fait des activités, il y a l'animal qui est là mais c'est aussi la quantité d'activité dans laquelle on va permettre à l'enfant d'établir des séquençages, qu'il trouve lui-même ses objectifs, qu'il exécute, qu'on lui apprenne à s'auto-corriger, la quantité d'activité qu'il le sorte de sa routine quotidienne, à mon avis, oui, ça a des impacts sur les AVQ, sur le transfert des acquis. Mais, je suis incapable de dire que c'est la TAC qui a permis ça ou si c'est les séances d'ergo accompagnées avec la TAC, accompagnées de toutes les autres séances... Je n'ai fait aucune recherche scientifique là-dessus. Et malheureusement, je crois qu'il n'y a en a pas. Je pense qu'en effet, je suis intimement persuadée que c'est ce travail pluridisciplinaire et de pluriactivité qui permet de travailler ces fonctions exécutives et de le transférer dans les AVQ ».

- **Permettent-elles de réduire l'aide apportée dans les AVQ, d'augmenter l'autonomie et l'indépendance des patients ? Comment et pourquoi ?**

« Ben oui, mais c'est compliqué à... C'est un tout qui fait qu'on en arrive à une progression, c'est ce que je pense. Ce n'est pas la solution miracle mais après c'est une solution avec lequel l'enfant y va avec plaisir, avec motivation et prend du plaisir dans cette activité-là ! Du coup, oui on travaille les fonctions exécutives mais on ne va pas travailler que ça. On va travailler sur la confiance en soi, sur le fait d'être valorisé. Sur le fait aussi que : ils ont eu leur accident ou leur maladie et depuis ce moment-là, tout le monde s'occupe d'eux. Là c'est aussi un moment où eux vont s'occuper de quelqu'un d'autre, du cheval en l'occurrence, c'est le cheval. Je pense que pour eux, c'est quand même aussi hyper important, à un moment donné se poser et dire voilà là je vais panser le cheval pour pouvoir mieux penser à moi. Oui, ça rentre dans toute une série d'activité qu'on peut utiliser, mais en tout cas c'est une activité dans laquelle ils sont à fond, ils ont plein de plaisir sauf exception. Dans ces cas-là il faut arriver à les accompagner quand même parce qu'on a un contrat qu'on fait ça pendant une durée délimitée. Mais sinon pour les autres, c'est en général plein de plaisir et un moment dans lequel ça va leur permettre de sortir de l'établissement, de leur routine quotidienne, du train-train, de la monotonie ici de leur planning, ergo-ortho-psychomot-école-machin... Ça leur permet aussi de se ressourcer ».

Annexe X : Grille d'entretien n°3

Présentation du professionnel :

- Quel âge avez-vous ?

29 ans

- Quelle profession exercez-vous ?

Ergothérapeute

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

7 ans

- Dans quel type de structure travaillez-vous ?

Centre de rééducation pédiatrique et libéral

- Avec quelle population travaillez-vous ? Age ? Pathologie ?

En neurologie avec des lésions cérébrales acquises, brûlologie et orthopédie. 0-20 ans en neurologie ; TC, tumeurs cérébrales, AVC.

- Utilisez-vous les AEIT lors de votre prise en charge ?

Ce n'est pas moi qui fais thérapie avec cheval en ce moment et actuellement je n'ai pas d'enfants qui bénéficient de la thérapie. Mais cela arrive régulièrement. J'en ai eu et j'en aurais encore. Sur le groupe qui a été constitué à ce moment-là, je n'en n'avais pas. Pour autant j'avais des jeunes qui s'y prêtaient mais d'un point de vue soit moteur soit aussi médical, j'avais des jeunes en chimio. Du coup d'un point de vue médical ils n'étaient pas aptes à pouvoir être sur ce terrain-là.

- A quel type d'activité équestre à intention thérapeutique faite-vous appel ?

Thérapie avec le cheval

- Dans quel type de structure pratiquez-vous l'AIET ?

Centre équestre, petit centre à petite échelle

1- Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?

« Principalement pour les jeunes avec des lésions cérébrales acquises. Au niveau des objectifs, cela va dépendre de chaque jeune ».

- **Quelles sont les capacités motrices et cognitives, les incapacités, qui orientent votre choix pour proposer l'activité ?**

« Il faut une certaine capacité généralement à faire des transferts, ou en tout cas il faut que l'aide aux transferts soit envisageable en fonction des conditions pratiques. Après cela on a déjà envoyé par exemple des tétras à la thérapie avec le cheval. Mais du coup, c'est sur une autre notion, sur

des installations en calèche, sur d'autres objectifs. Après en ce qui concerne les TC principalement, je fais un peu d'abus de langage, mais je parlerais plus de TC que de lésion cérébrale acquise parce que c'est plus cours à dire au fait. Généralement on englobe ces lésions cérébrales acquises de façon générale. Après nous au niveau cognitif, il n'y a pas forcément de minimum requis. On part du principe qu'il faut que le patient soit éveillé. A partir du moment où il a été orienté, stable. Je vous dis orienté, on a des patients qui n'étaient pas forcément à l'aise dans l'espace ou dans le temps mais il faut qu'il ait un minimum de repère ».

- **Les personnes ayant bénéficié de cette thérapie ressentait-elles une lassitude de prise en charge ? Pourquoi ?**

« Alors, ça peut arriver, pas forcément. Déjà, vous allez avoir des jeunes qui ne seront pas forcément en capacité de vous dire qu'ils en ont marre ou qu'ils s'en lassent. Il y en a qui vont pouvoir nous le dire, il y en a pour qui nous ou la famille ou les équipes vont pouvoir le ressentir. Parce que c'est vrai quand les durées de prises en charge sont longues, on se dit que ça peut aussi dynamiser justement cette ouverture sur l'extérieur. Mais ça peut en tout cas être un facteur favorisant pour motiver l'intégration dans le groupe TAC, en parallèle bien sûr des objectifs précis pour le jeune qui seront travaillés mais ce n'est pas obligatoire pour autant ».

- **Est-il important que le public visé ait déjà été en contact avec le cheval ? Pourquoi ?**

« Non pas forcément. On leur demande en fait au jeune s'ils ont déjà pu faire de l'équitation ou au moins approcher l'animal, quelle représentation ils en ont. C'est des groupes souvent très hétérogènes. Voilà, il n'y a pas forcément de près requis. On n'attend pas un minimum de connaissance de ce milieu-là. Ce n'est pas un postulat de départ ».

- **Une relation particulière s'instaure-t-elle entre la personne et le thérapeute lors des AIET ? Comment ?**

« Il y a une relation qui se crée forcément. Généralement, déjà, on les connaît quand même tous avant. Même si on ne les connaît pas forcément sur un terrain très proche. Après nous c'est encadré par un ergo et un kiné. L'organisation de nos services est très petit. C'est qu'en fait les jeunes on les connaît déjà tous, enfin tous ceux qui sont suivis en ergo on les connaît parce qu'on est un peu les uns sur les autres. Donc on a quand même déjà un lien avec les jeunes même si ce n'est pas nos patients. On a un lien qui est déjà un petit peu créé. Après bien sûr que la TAC ça permet de créer un autre lien quand on encadre un atelier parce que même si c'est de la rééducation et que c'est vraiment présenté comme pour le jeune, ça reste une activité qui est faite en dehors. C'est quelque chose quand même de plus ludique, on n'est pas dans la même dynamique. C'est sur un

fonctionnement de groupe donc le lien est forcément pas le même. On est aussi dans une proximité avec le jeune qui est autre que quand on peut faire un travail sur table en ergo par exemple. Après c'est aussi une proximité qu'on va retrouver quand on va faire d'autres activités à partir du moment où on n'est pas sur table. Après là, le fait qu'on soit hors centre joue aussi sur ce terrain-là. C'est des choses bêtes mais on n'a pas nos blouses. Et puis c'est quand même la sortie extérieure, on va se balader. Ce n'est pas pareil, c'est forcément sur un autre versant ».

2- Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?

« Généralement, avant d'y aller les jeunes ne savent pas trop. Il y a en a qui n'ont pas forcément de représentations, c'est un peu le flou. Il y en a qui sont un petit peu inquiets. On leur explique déjà qu'il n'y a pas raison d'être inquiet, et puis qu'on va tout leur montrer, qu'on va leur expliquer, qu'ils vont voir. Et finalement ils ne le vivent plutôt pas mal sachant qu'en plus on y va sur des créneaux où il y a peu de monde. Comme ce n'est pas sur un mercredi il n'ay pas d'enfants, ça reste des personnes qui viennent monter la journée tranquillement leur cheval. Donc il n'y a pas grand monde. Ça peut nous arriver de croiser par exemple un groupe d'un autre centre qui va partir quand on arrive ou inversement. Mais ça s'arrête là donc c'est plutôt bien appréhendé par le jeune en fait. Et puis une fois qu'ils sont là-bas, ils se rendent compte que ce n'est pas non plus immense. On est sur une échelle d'espace et de représentation visuelle quand vous êtes sur le parking à côté du véhicule vous voyez autant les boxes que le manège. Donc on reste sur un truc qui n'est pas non plus immense ».

• **L'environnement du cheval offre un cadre particulier. Est-il facilement respecté ?**

« Oui. L'année où je l'ai fait, je n'ai pas du tout eu le sentiment que les jeunes pouvaient déborder. Les consignes sont expliquées dès le début par nous et par la monitrice qui participe également à l'atelier et qui fait partie du centre équestre, qui représente aussi l'autorité du centre par rapport à nous. Du coup on est pas au même niveau si on encadre ensemble. Après c'est répété au jeune. Bien sûr il y a en a qui ont besoin de beaucoup de répétitions, beaucoup de rappels. Il y en a qui ne comprennent pas forcément non plus les enjeux en termes de sécurité. Quand on vous dit de ne pas passer derrière un poney, il y en a qui ne vont pas trop comprendre. Mais voilà, une fois saisi, répété, puis après il faut les accompagner et étayer. Si les choses ne sont pas respectées généralement ce n'est pas une question de volonté. Ça va être une question de problème de mémoire, de manque d'initiative ou de distractibilité, des choses comme ça, ou des troubles comportementaux. Des choses qu'on se doit nous aussi d'accompagner, d'étayer ».

- **La sur-stimulation produite par l'environnement du cheval est-elle un obstacle ?**

« Je n'ai pas forcément cette impression-là. Ça peut avec certain jeune je pense. Le bruit et l'agitation c'est vrai que ça peut pour certain. Mais globalement moi j'ai l'image l'année où on l'avait fait d'un environnement assez calme. C'est très ritualisé en fait sur le déroulement de notre activité. Ils ont globalement 3 et 3 à peu près. C'est trois jeunes alignés avec leur cheval ou leur poney pour le préparer, faire tout ce qui est en amont. Tout est tellement ritualisé et cadré. Les déplacements sont contrôlés : on court pas dans tous les sens, on crie pas, tout ça l'est rappelé aussi donc ça ne me paraît le plus... »

Comment les personnes arrivent-elles à adapter leur comportement et à gérer leurs émotions ?

« Moi je n'ai pas forcément été confronté à des jeunes qui ont été chamboulés on va dire du point de vue niveau émotionnel. Certains on peut être eu besoin d'un accompagnement un peu plus proche de nous, de notre part pardon, ceux qui étaient peut-être un petit peu plus anxieux. Sinon, ils s'ajustent assez facilement en fait ».

- **Comment les patients se positionnent-ils face à l'animal ?**

« De ce que j'en ait vu du coup j'en ai pas vu non plus quinze milles, les plus grands sont peut-être plus en retrait ou plus à distance. Ils ont peut-être plus notion justement de la crainte de l'animal qu'on peut avoir en tant que personne plus grande. Les petits, ils sont contents. Ils ont un petit poney, c'est mignon, c'est doux. Les plus grands, sur le mouvement, ils sont quand même plus inquiets. On se dit tiens, il peut avoir une réaction imprévue. Un cheval qui tourne la tête, ça fait quand même plus..., ils peuvent quand plus avoir des mouvements de retrait. Après, on leur explique qu'il faut essayer d'être plus calme, de faire des gestes doux, calmes, plus lents, de verbaliser aussi. Quand on leur demande de verbaliser les étapes ça peut aussi leur imposer du coup un rythme d'action ».

- **Comment les patients se positionnent-ils face au groupe ?**

« Ça, ça va vraiment dépendre je pense du jeune. Il y en a qui vont plutôt être dans leur tâche justement centrés sur ce qu'ils peuvent faire eux sans forcément une grande prise en compte de leur environnement que ce soit humain ou matériel, même tout ce qui se passe autour. Il y en a après qui vont beaucoup plus solliciter l'adulte. Après entre eux, ils sont peut-être moins dans la sollicitation. Nous on va peut-être les inciter à s'interpeller entre eux pour demander des choses, pour s'aider mais prioritairement ce n'est peut-être pas forcément ce qui se met en place. Après je

pense aussi que le cadre très précis de l'activité fait qu'ils ont plus tendance à se référer peut-être à l'adulte. Au début, ça se passe comme ça, au fur et à mesure que le groupe se crée, que les jeunes se connaissent mieux, ils ne viennent pas forcément du même groupe, ils prennent plus confiance en l'activité, en nous aussi, c'est une relation avec nous. Après ils sont plus à l'aise, ils se permettent plus de s'interpeller entre eux, de se solliciter. Après, il faut le temps que le groupe se crée et trouve du sens ».

3- Les ALET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?

« Au niveau des objectifs en tout cas, ça nous permet de travailler sur les objectifs, du coup c'est un moyen utilisé comme un autre. Après, est-ce que ça nous permet d'atteindre l'objectif... L'objectif est rarement en lien uniquement avec la TAC. Enfin, on va mettre en place plusieurs moyens pour essayer d'atteindre l'objectif. Donc après est-ce que... La TAC contribue sûrement sur certains objectifs, après la TAC en elle seule je pense ne peut pas suffire à ça mais en tout cas elle contribue à travailler les objectifs. C'est bien pour cela qu'on le met en place de toute façon, on définit les objectifs pour chaque patient et en fonction on se dit tient lui peut intégrer la TAC par ce que, au sein de la TAC, on pourrait travailler des choses qui sont en lien avec les difficultés qu'on a pu évoquer et ce qu'on veut essayer de développer en objectif. Après, au niveau du comportement, c'est pareil ça va être un travail dans la globalité aussi. Alors bien sûr on peut voir des changements, par ce qu'on amène le jeune à l'extérieur, dans un autre cadre... ça a forcément un impact. Après, ça dépend des jeunes mais ne serait-ce que la monitrice de la TAC qui est une des premières personnes qui est rencontrée de l'extérieur, en dehors du cadre familial en fait, il y a des retours en permissions le week-end... Peut-être qu'il peut y avoir des changements, après, moi je ne serais pas non plus catégorique. Autant, au sein même de l'atelier on peut voir des changements de comportements. On va avoir certains jeunes qui vont être bien plus calmes face à l'animal alors que ça va être des jeunes qui vont être très actifs, très bougeons, très agités... Après, voilà, à ce que ce soit généralisé, non, moi je n'ai pas pu l'observer ».

- (Les patients atteignent-ils des buts grâce à cette activité ? Lesquels et comment ?)
- **Les patients ont-ils mis en pratique les méthodes travaillées en amont lors des séances d'ergothérapie ? Comment ?**

« Oui, ça je sais que c'est des choses qu'on a pu mettre en place avec certains jeunes, notamment par exemple quand on travaillait sur des fiches de procédures, sur des séquençages d'activités, c'est des choses qu'on a pu transférer au sein de la TAC. Notamment sur toutes les étapes de préparation, en amont, avec certains jeunes on avait pu faire tout le déroulé, prendre des photos, réaliser des séquençages, faire des films pour certains... Et puis essayer après de dire : On a fait une fiche par exemple pour passer telle brosse, essayer de faire le déroulé pour les autres sachant qu'il y a des trames qu'il connaît, qu'il commence à s'organiser dans sa façon de séquencer ».

- **La personne auto-évalue-t-elle son action ? Comment ?**

« C'est nous qui la favorisons l'auto-évaluation globalement. C'est nous qui allons dans ce sens-là. Après c'est pareil, c'est un objectif global aussi qu'on aura avec les jeunes de justement essayer d'assurer une auto-évaluation, de rétrocontrôle, de réajuster, mais ce sera du coup travaillé à la TAC comme dans les autres activités proposées ».

4- L'activité a-t-elle permis aux personnes de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?

« Oui. Ça généralement, les jeunes sont très contents. C'est quand même très valorisant d'autant plus pour ceux qui étaient inquiets au début. A la fin, il y a un spectacle aussi où les parents sont conviés. Les autres professionnels du centre peuvent aussi venir. Donc c'est plutôt sympa comme procédé de valorisation final ».

- **Comment l'ont-ils exprimé ?**

« Ils sont contents ! Verbalement, ils sourient, ils sont contents. Il y a la médaille aussi à la fin du groupe. Il y a un goûter. On remet à chacun une médaille, on leur fait un diplôme avec une photo, forcément ils sont très contents ».

- **Ont-ils eu envie de reproduire l'activité ?**

« Moi, je n'en n'ai pas forcément eu qui avait ce souhait-là. Ceux qui ont continué ce sont ceux qui ont déjà fait de l'équitation avant. En termes de nouvelle activité, non pas forcément. On fait une activité aviron aussi. J'avais surtout des jeunes qui faisaient partis de l'aviron et ce n'est pas forcément non plus des activités que les jeunes souhaitaient reprendre après ».

5- L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?

- **Les AIET permettent-elles aux personnes de se réinvestir dans leur processus de rééducation ? Comment ?**

« Oui, ça peut arriver, je pense que ça arrive aussi qu'il y ait des enfants qui détestent l'activité. Dans ceux qui l'apprécient, bien sûr que ça peut arriver. Nous on va quand même faire en sorte aussi de justement de développer tout ce qui va être prise initiative, l'autonomie, l'anticipation, la programmation des tâches, le séquençage et tout ça. Quand nous on va les pousser dans cette voie là et qu'au fur et à mesure ils y arrivent, que, en parallèle on peut se dire tiens on va le bosser en rééducation, en centre ; qu'ils peuvent essayer après d'utiliser ce qu'ils ont bossé en centre au sein de l'activité TAC. Je pense qu'il y a un côté stimulation mais à double sens ».

- **Ont-elles permis aux patients d'adhérer à d'autres types d'activités ? Lesquelles et comment ?**

« Ça, je n'aurai pas de recul pour vous dire ça. Après, je ne sais pas si ça peut mais en tout cas, moi je ne saurais pas le dire ».

- **Avez-vous remarqué un transfert dans les AVQ ?**

« Je ne saurais pas vous dire non plus. C'est difficilement mesurable. L'effet d'un moyen, réalisé un fois par semaine pendant deux heures, sur le transfert des acquis, me paraît compliqué. Oui, je trouve que c'est difficilement mesurable. Sachant qu'en plus les jeunes ne se rendent pas non plus forcément compte de tout ce qui est travaillé lors de la TAC donc c'est compliqué pour eux... Surtout du point de vue cognitif je pense. A la limite du point de vue moteur, il y a peut-être plus de facilité. C'est difficile d'isoler surtout quand on est dans un centre où il y a des prises en charges pluri professionnelles, ou pluridisciplinaire, je ne sais pas je ne suis pas très au point là-dessus. On est quand même kiné, ergo, neuro, neuro-psycho, psychomot, psycho, on est tellement à intervenir que c'est vrai, ça peut être difficile d'isoler ».

- **Permettent-elles de réduire l'aide apportée dans les AVQ, d'augmenter l'autonomie et l'indépendance des patients ? Comment et pourquoi ?**

« Puf... Alors, peut-être qu'on va contribuer à développer l'autonomie, au fur et à mesure des séances, par ce que du coup on les stimule pour qu'ils prennent plus d'initiatives et que c'est ritualisé, on leur demande régulièrement les mêmes séquences et les mêmes tâches. Peut-être que ça tend effectivement à conduire à une amélioration en matière de l'autonomie.... Euh, l'indépendance ça va dépendre de leur niveau moteur aussi et de la progression ».

Annexe XI : Grille d'analyse longitudinale - Ergothérapeute n°1

Question 1	Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?
Ergothérapeute n°1	Troubles du comportement ; quelque chose qui est compliqué dans la communication avec la personne ; trouver d'autres manières de faire ; ça ne pose pas de problème ; nous on propose, on n'oblige à rien ; une approche qui est différente de tout ce qu'on peut voir en paramédical ; particulier à la personne et à la profession ; c'est forcément une relation particulière.

Question 2	Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?
Ergothérapeute n°1	Ça dépend des personnes ; un premier contact avec l'environnement physique ; un petit peu de temps ; à prendre contact, à rassurer le patient ; avec des lésions cérébrales, il y a des perceptions, des ressentis qui sont différents ; grosses agnosies ; Est-ce que ça a un impact ou pas, je n'en sais rien ; dépend du cadre mis dans la séance ; ça stimule dans tous les sens ; réduire ; pour après amener ; temps d'apprentissage ; débordés et sentir une progression ; peur ; finalement ça se passe bien ; les chevaux sont super cools ; comment on fait pour rentrer en contact avec ; expérience, répétition ; y aller très progressivement ; le cadre de la séance s'il est rassurant ; ça dépend ; je ne peux pas faire plus précis ; elle ne voulait pas en entendre parler, maintenant elle s'occupe des chevaux ; d'apprentissage et de répétition ; limiter ; le cadre est rassurant ; en introduisant des variables tout doucement qu'ils arrivent à s'adapter ; l'animal est imprévisible ; c'est une explication des choses, ça permet de rassurer ; quand on connaît, on a moins peur ; ils sont seuls ; pas beaucoup de contacts ; limiter les stimulations, interférences, les distractions.

Question 3	Les AIET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?
Ergothérapeute n°1	Changements ; un moment de la prise en charge qui fait que c'est le moment ;

	<p>est-ce parce que l'équicie à ce moment-là qui a fait que la personne s'est ouverte aux autres, on peut pas dire ça ; ouvrir à autre chose ; ressenti ; très, très intéressantes ; être sur elle, à essayer de se comprendre ; bénéfice ; c'est assez naissant dans notre service ; il fallait qu'il y ait du sens et du lien ; on n'a pas le recul nécessaire parce que c'est tout nouveau ; il faut que ça soit tout bien coordonné sinon la personne dedans, elle est complètement perdue ; pas de l'ergo pure et dure ; référente ; une autre relation ; avant, c'était plus travailler sur le lien de confiance, la relation ; l'idée c'est ça ; temps d'échange ; faire une autocritique ; partage entre le thérapeute et la personne ; tout est noté ; travailler tout ce qui est mémoire ; que chacun ne travaille pas dans son coin ; il faut que les choses soient bien claires ; un seul support ; aller chercher l'information.</p>
--	---

Question 4	L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?
Ergothérapeute n°1	Bien-être ; relâchement ; énorme ; verbalement ; le relâchement se voyait ; oui parce qu'elles continuent ; tout simplement ; ce n'était pas leur recherche ; relationnel ; il faut que ça passe bien avec la personne.

Question 5	L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?
Ergothérapeute n°1	Est-ce qu'on peut l'imputer que à l'équicie ou est-ce que c'est l'ensemble de l'accompagnement ; à progresser ; effectivement elle en fait partie ; plus d'envie à un moment qui se crée ; confiance ; il y a plein de choses qui font que il y a eu un plus mais on ne peut pas dire si ça a été inhérent à ça ou pas ; confiance en soi ; je ne pourrais pas répondre à cette question ; prise en soin pluridisciplinaire ; tellement d'autre choses ; l'environnement ; une autre manière de voir les choses ; si c'est travaillé en équicie et que derrière ça peut pas être transféré dans la vie quotidienne, ça sert à rien ; bonne communication ; non, c'est pas possible ; parce qu'on n'en est pas là ; non.

Annexe XII : Grille d'analyse longitudinale - Ergothérapeute n°2

Question 1	Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?
Ergothérapeute n°2	Cérébro-lésé ; objectifs moteurs ; cognitifs ; tout le travail des fonctions exécutives ; mémoire ; valorisation ; confiance en soi ; prescrire la TAC ; moteur, hémiplégié ou syndrome cérébelleux ; cognitifs ; grosses difficultés des fonctions exécutives ; ont du mal à initier une action ; plus par des difficultés cognitives que motrices ; pas toutes ; qui refusait ; démotivée ; permis de retrouver un petit peu de motivation et de volonté de prise en charge ; lassée ; prise en charge qui s'enchaînaient ; pas du tout ; viennent de cité ; aucune importance ; forcément ; met en lien deux personnes ; vraiment motivés ; des patients qui viennent spontanément me dire bonjour ; viennent me parler de leur cheval, de leur poney , me poser des questions ; quelque chose d'un peu différent.

Question 2	Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?
Ergothérapeute n°2	C'est complètement différent des patients ; il y a des patients qui vont être tout de suite très à l'aise ; et puis d'autres pour qui cette relation est plus compliquée à établir ; progressivement ; apeurés ; dégoutés ; prendre le temps ; on leur explique les quelques règles de sécurité qu'on impose ; le cadre essentiel ; respecter ; sécurité ; informations visuelles mais aussi auditives ; stress ; les mettre dans une attitude pas toujours adaptée ; prendre le temps, les rassurer ; trouver des solutions qui sont adaptées pour chaque patient ; en panique ; surcharge sensorielle ; on a tout simplement pris son poney, enlevé de l'écurie ; il a fallu prendre ce temps ; on adapte vraiment à chaque personne ; beaucoup n'ont pas cette agression sensorielle : très différents les uns des autres ; très tactile, très englobant ; se mettre un petit peu en retrait ; peut-être très compliqué ; ils ont quand même envie ; peur ; il faut vraiment adapter ; la peur n'est pas représentative ; super intéressant ; structure différente de l'établissement ; un lieu nouveau, un lieu lambda à l'extérieur ; ce n'est pas aux personnes à s'adapter à eux, c'est les enfants qui vont devoir s'adapter aux

	personnes ; connaissent pas forcément très bien la pathologie ; bienveillant ; pas toujours de façon adaptée ; c'est la vie de tous les jours ça ; retravailler à postériori ; comprendre qu'est-ce qui n'était pas adapté et comment elle aurait pu faire autrement.
--	---

Question 3	Les AIET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?
Ergothérapeute n°2	Pas d'évaluation proprement pour évaluer l'impact ; je suis persuadée que oui ; travail moteur ; fonctions exécutives ; ce qui est intéressant ; intéressant de voir en effet l'évolution ; qui n'ont aucune initiative dans l'activité ; complètement autonomes ; préparer leur cheval totalement seuls ; changer un petit peu leur comportement face au comportement du cheval ; cela reste un animal ; grosses difficultés de fonctions exécutives ; réfléchir à quand ils commencent une action ; but ; planifier ; je l'exécute ; je me corrige ; séance d'ergo ; ce qu'on essaye de mettre en place dans les séances de TAC ; comment eux prennent ce que l'on a pu faire et comment ils l'intègrent ; non, il ne faut pas abuser ; l'auto-évaluation, c'est vraiment le dernier point qu'ils arrivent à comprendre.

Question 4	L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?
Ergothérapeute n°2	Beaucoup de plaisir à venir ; trop contente ; ils se projettent ; motivation est plus difficile ; mais on continue ; biais ; quelque chose de l'ordre du plaisir ; loupé ; prescription médicale et avec des objectifs ; garder un cadre ; certains ; activité équestre ; maman ; accompagner son enfant ; en individuel ; au rythme de l'enfant.

Question 5	L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?
Ergothérapeute n°2	<p>Boostés ; fait prendre conscience de pourquoi la rééducation... ; a donné un sens ; trouver l'objectif ensemble ; quand il y a un lien c'est quand même mieux, enfants qui restent réfractaires ; démotivation qu'on sent un peu chronique ;ça ne leur permet pas d'adhérer, non... ; il aurait fallu faire des évaluations ; mon avis et mon ressenti ; il y a l'animal ; quantité d'activité ; séquençages ; ses objectifs ; s'autocorriger ; sorte de sa routine quotidienne ; impacts sur les AVQ, sur les transferts des acquis ; incapable de dire si c'est la TAC qui a permis ça ; travail pluridisciplinaire et de pluriactivité qui permet de travailler ces fonctions exécutives et de les transférer dans les AVQ ; c'est compliqué ; un tout qui fait qu'on arrive à une progression ; plaisir ; motivation ; prend du plaisir dans ces activités là ; fonctions exécutives ; confiance en soi ; être valorisé ; un moment à eux où ils vont s'occuper de quelqu'un d'autre ; je vais panser le cheval pour penser à moi ; ils sont à fond, ils ont plein de plaisir sauf exception ; contrat, durée délimitée ; plein de plaisir ; sortir de leur routine quotidienne ; ça leur permet aussi de se ressourcer.</p>

Annexe XIII : Grille n°analyse longitudinale - Ergothérapeute n°3

Question 1	Quel est le public visé par cette médiation et quels sont vos objectifs de prise en charge ?
Ergothérapeute n°3	Jeunes avec des lésions cérébrales acquises ; cela va dépendre de chaque jeune ; capacités à faire des transferts ; l'aide aux transferts ; conditions pratiques ; au niveau cognitif, il n'y a pas forcément de minimum requis ; orienté, stable ; un minimum de repères ; ça peut arriver ; les durées de prises en charge sont longues ; dynamiser ; ouverture sur l'extérieur ; facteur favorisant pour motiver l'intégration dans le groupe ; non pas forcément ; quelle représentation ; hétérogènes ; ce n'est pas un postulat de départ ; il y a une relation qui se crée forcément ; tous ceux qui sont suivis en ergo, on les connaît ; un autre lien ; ça reste une activité qui est faite en dehors ; ludique ; pas dans la même dynamique ; fonctionnement de groupe ; proximité avec le jeune qui est autre que quand on peut faire un travail sur table ; hors centre ; c'est des choses bêtes mais on n'a pas nos blouses ; on va se balader.

Question 2	Comment la personne appréhende-t-elle l'environnement du cheval ?
Ergothérapeute n°3	Les jeunes ne savent pas trop ; c'est un peu le flou ; un petit peu inquiets ; on va tout leur montrer ; finalement ; tranquillement ; c'est plutôt bien appréhendé ; ce n'est pas non plus immense ; je n'ai pas du tout eu le sentiment que les jeunes pouvaient déborder ; consignes ; qui représente l'autorité du centre ; beaucoup de répétitions ; il y en a qui ne comprennent pas les enjeux en terme de sécurité ; il faut les accompagner, étayer ; problème de mémoire, de manque d'initiative ou de distractibilité, des troubles comportementaux ; je n'ai pas forcément cette impression là ; le bruit et l'agitation ; c'est très ritualisé ; les déplacements sont contrôlés ; certains ont peut-être besoin d'un accompagnement un peu plus proche de nous ; ils s'ajustent assez facilement en fait ; les plus grands sont peut-être plus en retrait ; crainte de l'animal ; les petits, ils sont contents ; calme ; verbaliser les étapes ça peut aussi leur imposer du coup un rythme d'action ; ça va vraiment dépendre ; dans leur tâche ; centrés sur ce qu'ils peuvent faire ; solliciter l'adulte ; les inciter à s'interpeller entre eux pour demander des choses, pour

	s'aider ; ils ont plus tendance à se référer à l'adulte ; après ils sont plus à l'aise ; le temps que le groupe se crée et trouver du sens.
--	---

Question 3	Les AIET permettent-elles d'atteindre les objectifs de prise en charge ? Percevez-vous des changements dans le comportement des patients, lesquels ?
Ergothérapeute n°3	Travailler sur les objectifs ; un moyen utilisé comme un autre ; rarement en lien uniquement ; la TAC en elle seule je pense ne pas suffire ; au niveau du comportement ; travail dans la globalité ; un autre cadre ; des changements des comportements ; plus calmes ; à ce que ce soit généralisé, non ; fiches de procédures ; séquençage d'activité ; c'est des choses qu'on a pu transférer au sein de la TAC ; en amont ; essayer de faire le déroulé des autres ; c'est nous qui la favorisons l'auto-évaluation ; globale ; travaillé à la TAC comme dans les autres activités proposées.

Question 4	L'activité a-t-elle permis aux patients de ressentir du plaisir ou d'exprimer un bien-être ?
Ergothérapeute n°3	Les jeunes sont très contents ; valorisant ; spectacles ; parents ; autres professionnels ; valorisation finale ; ils sont contents ! ; ils sourient ; ceux qui ont continués ce sont ceux qui ont déjà fait de l'équitation avant ; en terme de nouvelle activité, pas forcément.

Question 5	L'activité a-t-elle eu sur la personne un effet stimulant ?
Ergothérapeute n°3	ça peut arriver ; des enfants qui détestent l'activité ; de développer ; le bosser en rééducation ; d'utiliser ce qu'ils ont bossés en centre au sein de l'activité TAC ; stimulation à double sens ; je n'aurai pas de recul pour vous dire ça ; je ne saurai pas vous dire ; difficilement mesurable ; l'effet d'un moyen réalisé une fois par semaine pendant deux heures sur le transfert des acquis, me paraît compliqué ; les jeunes ne se rendent pas non plus forcément compte de tout ce qui est travaillé ; du point de vue cognitif ; difficile d'isoler ; prises en charges pluri professionnelle ; tellement à intervenir ; difficile d'isoler ; peut-être qu'on va contribuer à développer l'autonomie ; plus d'initiatives ; c'est ritualisé ; l'indépendance ça va dépendre de leur niveau moteur

Résumé

Introduction : Le traumatisme crânien touche chaque année de nombreux enfants. L'atteinte des fonctions exécutives est l'une des principales conséquences de la pathologie. L'ergothérapeute peut rééduquer cette fonction grâce à de nombreux moyens. L'activité équestre à intention thérapeutique est l'un d'entre eux. Le but de cette étude était de déterminer si l'AEIT pouvait favoriser le transfert de nouvelles compétences dans les AVQ.

Méthode : Une méthode clinique basée sur des entretiens a été utilisée. Trois entretiens ont été menés avec trois ergothérapeutes différents. Entre autres critères, deux ont été retenus pour choisir les ergothérapeutes. Premièrement : ils devaient avoir accompagné des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant un TC modéré à sévère. Deuxièmement : l'AEIT devait avoir été utilisée dans les programmes de rééducation.

Résultats : L'AEIT a dynamisé les enfants. Ils ont pris du plaisir à participer et ainsi se sont investis dans l'activité. Ils ont acquis de nouveaux savoir-faire, ont réussi à adapter leur comportement face au cheval et à développer une certaine autonomie et indépendance durant l'activité. Mais il est impossible d'isoler l'impact de l'AEIT au sein de la prise en soin pluridisciplinaire.

Conclusion : Au terme de la PEC, les enfants gagnent en autonomie et indépendance dans les AVQ. Mais on ne peut pas être certain que ce soit grâce à l'AEIT. Il serait intéressant de mener une enquête de cohorte pour déterminer l'impact réel de cette thérapie. Un des deux groupes bénéficierait d'AEIT en plus de la prise en charge classique.

Mots-clefs : activité équestre à intention thérapeutique (AEIT) ; ergothérapeute ; fonctions exécutives ; traumatisme crânien (TC) ; transfert des acquis ; activité de la vie quotidienne (AVQ)

Abstract

Introduction: TBI affects a lot of children each year. One of the main consequences of this pathology is the impact on executive functions. The occupational therapist can rehabilitate these functions with different tools. EAT is one of them. The purpose of the study was to determine if EAT could make the transfer of new skills easier in the ADL.

Methods: A clinical method with interviews was used. Three interviews were led with three different OTs. Among others, two criteria were selected to choose these OTs. First: they must have supported children, adolescents or young adults with moderate-to-severe TBI. Second: EAT must have been used in the rehabilitation programs.

Results: EAT boosted the children. They enjoyed participating and therefore committed themselves to the activity. They acquired new know-hows, managed to adapt their behaviour to the horse and developed autonomy and independence during the activity. But it was impossible to isolate the impact of EAT in the overall rehabilitation.

Conclusion: Children gained autonomy and independence in their ADL after receiving care. But we can't be sure it's due to EAT. It would be interesting to lead a cohort study to determine the real impact of this therapy. One of the two groups would receive EAT besides standard care.

Key words : equine-assisted therapy (EAT) ; occupational therapist (OT) ; executive function ; traumatic brain injury (TBI) ; new skills transfer ; activity of daily living (ADL)