HAL
open science

Utilisation du cheval lors de la prise en charge des personnes post-AVC en ergothérapie

Célia Goutain

To cite this version:

Célia Goutain. Utilisation du cheval lors de la prise en charge des personnes post-AVC en ergothérapie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02024656

HAL Id: dumas-02024656

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024656v1

Submitted on 19 Feb 2019

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.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Goutain Célia

Evaluation de l'UE 6.5 S6 :
Evaluation de la pratique professionnelle et recherche
28 mai 2018

Utilisation du cheval lors de la prise en charge des personnes post-AVC en ergothérapie.

Remerciements

« *Sous la direction de Mme Nicollet, ergothérapeute en soins de suite et de réadaptation à Pionsat, Maître de mémoire.* »

Je tiens à remercier particulièrement Lucile Nicollet pour son suivi, sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils tout au long de mon travail.

Je remercie également les formatrices de L'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie (IUFE) d'Auvergne pour leurs accompagnements durant ces trois années de formation.

Je remercie les ergothérapeutes pour le temps qu'ils m'ont accordé lors de mes entretiens.

Je tiens à remercier les personnes ayant pris le temps de relire mon mémoire et de me conseiller.

Je remercie mes camarades et futurs collègues de promotion pour ces trois années.

Et je tiens spécialement à remercier ma famille et mes amis pour leurs patiences, leurs soutiens et leurs encouragements tout au long de ces trois années et durant la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction 2
1. Problématique pratique 3
1.1 L'accident vasculaire cérébral 3
1.2 Prise en charge de l'AVC en ergothérapie 7
1.3 L'apport du cheval dans la prise en charge des personnes post-AVC 13
Question de recherche 17
2. Problématique théorique 18
2.1 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner 18
2.2 Le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce 22
2.3 Concepts d'indépendance et d'autonomie développés par N. Sève Ferrieu 25
3. Méthodologie 30
3.1 Méthode de recherche 30
3.2 Population cible 30
3.3 Outil de l'enquête 31
3.4 Déroulement des entretiens 32
4. Résultats 33
4.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés 33
4.2 Analyse longitudinale des résultats 34
4.3 Analyse transversale des résultats 42
5. Discussion 47
5.1 Liens avec la problématique théorique 47
5.2 Synthèse des résultats 52
5.3 Autocritique et limites de l'étude 54
5.4 Apports personnels du travail 55
5.5 Perspectives de recherche 56
Conclusion 58
Bibliographie 59
Annexes

Introduction

Chaque année, on compte plus de 130 000 Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) en France. Il est la première cause de handicap et la troisième cause de mortalité en France (De Morand, 2014). L'Accident Vasculaire Cérébral est donc un problème de santé publique. Du fait de son incidence, les ergothérapeutes sont régulièrement amenés à prendre en charge des personnes atteintes de cette pathologie. Les déficiences qui en découlent entrainent une diminution de l'indépendance, de l'autonomie et de la qualité de vie de ces personnes.

Lors de mes stages, j'ai rencontré des personnes de tous âges victimes d'accidents vasculaires cérébraux. La récupération motrice, sensitive et cognitive m'a particulièrement intéressée. La recherche d'activités signifiantes permettant le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne a été enrichissante. D'après Leontiev, « *le terme de signifiant évoquant le sens donné par la personne à l'activité.* » (Cité par Morel-Bracq, 2009). En parallèle, étant moi-même cavalière, j'ai pu voir, à travers des années de pratique, les bienfaits du cheval notamment lors de séances avec des personnes en situation de handicap. J'ai donc la conviction que les activités avec le cheval peuvent être utilisées en tant que moyen lors de la prise en charge de personnes en situation de handicap. Après avoir fait de nombreuses recherches et lu des articles scientifiques, il s'avère que ces activités sont utilisées comme moyen de rééducation le plus souvent auprès d'enfants atteints de paralysie cérébrale, de troubles du spectre autistique ou de personnes atteintes de troubles psychiatriques, mais peu auprès de personnes post-AVC.

Je me suis donc posée la question d'étude suivante : **Le cheval a-t-il sa place lors de la prise en charge des personnes post-AVC en ergothérapie ?**

Dans une première partie, je présenterai ma problématique pratique, composée de recherches bibliographiques sur mon sujet, et qui m'a permis d'élaborer ma question de recherche. Dans une seconde partie, je développerai ma partie théorique servant de base scientifique à l'élaboration de mon outil de recherche. Après avoir présenté la méthodologie choisie, je développerai l'analyse des résultats et les mettrai en lien avec la théorie afin de répondre à ma question de recherche. Pour finir, je ferai une analyse réflexive de mon travail en présentant les limites et points forts, les apports personnels et les perspectives de recherche. Je terminerai par une conclusion.

1. Problématique pratique

1.1 L'accident vasculaire cérébral

1.1.1 Quelques définitions

« *Parfois nommé « attaque cérébrale », l'accident vasculaire cérébral (AVC) correspond à l'obstruction ou à la rupture d'un vaisseau qui transporte le sang dans le cerveau* » (INSERM, 2017b).

« *Un accident vasculaire cérébral (AVC) résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux.* »(OMS, 2017).

Il arrive que le déficit neurologique, d'origine ischémique, arrive brutalement et que les symptômes disparaissent totalement en moins de 24 heures sans laisser de séquelles, c'est l'Accident Ischémique Transitoire (AIT). (ANAES, 2017).

1.1.2 Épidémiologie

D'après la Haute Autorité de Santé, l'Accident Vasculaire Cérébral en France représente « *40 000 décès environ chaque année, la 1ère cause de handicap non traumatique, 30 000 patients présentant des séquelles lourdes à 1 an et 30 à 50% de risque de récidive à 5 ans* » (HAS, 2013).

« *L'accident vasculaire cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la troisième cause de mortalité en France.* » (Fery-Lemonnier, 2009). Après les cancers et les affections cardiovasculaires, l'AVC « *est la troisième cause de décès dans les pays industrialisés et un tiers des survivants gardent des séquelles neurologiques majeures* ». (Daviet et al., 2002). C'est pourquoi cette pathologie est un problème majeur de santé publique.

L'AVC représente 130 000 nouveaux patients par an en France et cette incidence augmente avec l'âge. Il tend à devenir la 2ème cause de mortalité en France. (INSERM, 2017a).

L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 73 ans : 70 ans chez l'homme et 76 ans chez les femmes. Les AVC touchent plus souvent les personnes âgées de plus de 60 ans et les femmes (surtout au Canada et en Amérique du Nord). Les

femmes ont les mêmes facteurs de risque que les hommes, mais à cela s'ajoute la prise de contraception orale et le diabète gestationnel entre autres.

D'après le registre dijonnais, « *L'âge moyen de survenue des AVC a significativement reculé de cinq ans chez l'homme, de huit ans chez la femme, confirmant l'augmentation de l'espérance de vie sans AVC ; les taux de mortalité des AVC à 28 jours ont baissé de 10 % chez l'homme âgé de moins de 75 ans et ont baissé de 10 % chez la femme âgée de moins de 65 ans.* » (Bejot et al., 2008).

Concernant le pronostic, la mortalité est de 20% à 1 mois et 40% à 1 an. Quant à la morbidité, un tiers des survivants sont dépendants, un tiers gardent des séquelles, mais sont indépendants et un tiers retrouvent leur état antérieur.

1.1.3 Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque des AVC :
L'hypertension artérielle, le tabagisme, les dyslipidémies athérogènes, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'alcoolisme chronique, la migraine, la contraception orale surtout associée au tabac, l'obésité et les antécédents familiaux.

Grâce à la prévention primaire (dépistage et traitement des facteurs de risque), la prévalence des AVC a diminué malgré une tendance à la stabilisation depuis les années 90. (INSERM, 2017a).

1.1.4 Causes

Les causes sont multiples : l'une des principales causes d'AVC est l'athérosclérose (formation de plaques lipidiques sur la paroi des vaisseaux sanguins). Viennent ensuite l'hypertension artérielle, l'anévrisme, les traitements antithrombotiques, les tumeurs cérébrales, l'alcoolisme chronique et aigu, les toxiques et les anomalies de coagulation.

Même si les causes ne sont pas toujours faciles à déterminer, il est important de rechercher la cause afin de diminuer le risque de récidive (prévention secondaire).

1.1.5 Les différents types d'AVC

Il existe deux catégories d'Accident Vasculaire Cérébral :

1. Les atteintes artérielles :

- L'AVC ischémique, représentant 80% des cas, est induit par un infarctus cérébral dans un territoire artériel. Deux sortes d'AVC ischémique sont identifiés (INSERM, 2017a) :
    - La thrombose cérébrale (40 à 50% des cas) souvent causée par l'athérosclérose.
    - L'embolie cérébrale (30% des cas) survient lors d'un blocage d'une artère cérébrale, mais, contrairement à la thrombose, le caillot a ici été transporté par la circulation sanguine (provenant le plus souvent du cœur ou d'une artère carotide).
- L'AVC hémorragique, moins fréquent (20% des cas), est la conséquence d'une hémorragie spontanée. Ce type d'AVC est la forme la plus grave et est souvent la conséquence d'une hypertension artérielle ou de la rupture d'une artère du cerveau où se situe un anévrisme. Cette forme est la plus grave car l'hémorragie peut détruire les cellules nerveuses adjacentes en plus de la zone atteinte.

2. Il existe aussi, plus rarement, des atteintes veineuses se manifestant par des thrombophlébites cérébrales.

1.1.6 Les déficiences post-AVC

L'AVC est une urgence médicale car les cellules nerveuses ne se régénèrent pas après privation d'oxygène, même très courte. Plus le temps de prise en charge médicale est grand, plus le risque de séquelles graves augmente. Plus de la moitié des personnes gardent des séquelles et seulement une personne sur 10 récupère complètement suite à un AVC. « *Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte. Un AVC très grave peut entraîner la mort subite.* » (OMS, 2017).

« *Le cerveau est divisé en deux parties : l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche. Si l'AVC se produit dans l'hémisphère gauche, il peut en résulter une faiblesse ou une paralysie du côté droit du corps, un comportement plus lent, de la difficulté à lire, à parler, à penser, à calculer, à acquérir de nouvelles connaissances ou à retenir de nouvelles informations. La personne a souvent besoin de directives pour terminer ses tâches. Si l'AVC se produit dans l'hémisphère droit, il peut en résulter une faiblesse ou une paralysie du côté gauche du corps ainsi que des problèmes de vision et de mémoire à court terme. Fréquemment, la personne ne remarquera pas ou oubliera les objets et les gens qui se trouvent à sa gauche : c'est*

ce que nous appelons souffrir de « négligence visuelle ». Enfin, on pourra noter des problèmes de jugement : par exemple, la personne agit de façon impulsive ou ne reconnaît pas ses limites. » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

L'AVC est donc un facteur important d'incapacités qui dépendent de l'hémisphère atteint.

Après un AVC, les déficiences peuvent être les suivantes :

- Des déficiences sensitivo-motrices :
    - Déficit moteur ou déficit de la commande entrainant une hémiplégie droite ou gauche (en fonction de la localisation de la lésion cérébrale),
    - L'hypertonie pyramidale ou spasticité « *augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire (tension musculaire) d'un muscle au repos* » (Vulgaris Médical, 2017). La spasticité est vitesse-dépendante et entraine une exagération des réflexes ostéo-tendineux, un clonus, une hypertonie musculaire et une résistance élastique à l'étirement du muscle,
    - Déficit sensitif : dépend de la localisation de l'atteinte cérébrale. Si ce territoire est le même que le déficit moteur, nous parlons d'hémianesthésie. Ce déficit concerne la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde. Il a « *des conséquences majeures sur la fonction gestuelle et manuelle, l'équilibre, la posture et la marche* ». (Daviet et al., 2002),
- Des déficiences cognitives dépendant de l'hémisphère atteint :
    - Déficiences du langage, du geste et de la communication (aphasie),
    - Apraxie (trouble acquis de l'exécution du mouvement volontaire),
    - Déficiences de la reconnaissance et de l'exploration de l'espace extracorporel et de l'espace corporel,
    - Héminégligence (incapacité de percevoir ce qui est situé d'un côté sans atteinte motrice ou sensorielle de l'œil). « *Ce syndrome peut aussi se manifester dans le domaine moteur par une sous-utilisation ou une non-utilisation du membre supérieur controlatéral à la lésion en particulier au cours d'activités bimanuelles* ». (Yelnik, Bonan, & Raillon, 2014). La négligence entraîne un mauvais pronostic fonctionnel.

    - Hémiasomatognosie, agnosie, anosognosie (méconnaissance par la personne de sa pathologie),
    - Troubles mnésiques.
- Des déficiences au niveau des paires crâniennes : troubles oculomoteurs, atteinte sensitive de la face, atteinte motrice de la face, atteinte vestibulaire, troubles de la déglutition,
- Des déficiences visuelles telles que l'hémianopsie latérale homonyme,
- Des déficiences génito- sphinctériennes.

Des complications peuvent apparaitre comme des escarres, des phlébites et embolies pulmonaires, des problèmes digestifs, une algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe, des rétractions tendineuses, un syndrome anxiodépressif… (De Morand, 2014).

Malgré la mort de certaines cellules nerveuses, certaines cellules saines peuvent prendre le relai si elles sont stimulées. Ceci est la plasticité cérébrale. « *Chaque fois que nous apprenons quelque chose, des circuits nerveux sont modifiés dans notre cerveau. Ces circuits sont constitués d'un certain nombre de cellules nerveuses (ou neurones) qui communiquent entre elles par des jonctions particulières appelées synapses […] Ce sont ces synapses qui augmentent leur efficacité suite à un apprentissage […] et de nouvelles connexions entre certains de nos neurones sont sollicitées […] c'est cette nouvelle association durable entre certains neurones qui formera le souvenir* ». (Université Mc Gill, 2017).

Les personnes atteintes de cette pathologie neurologique ont besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire complet afin stimuler la plasticité cérébrale et ainsi suppléer les fonctions perdues suite à l'AVC.

1.2 Prise en charge de l'AVC en ergothérapie

De nombreux professionnels de santé sont concernés par le suivi des personnes après un AVC. En particulier les médecins, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les neurologues, les aides-soignants, les orthophonistes, les psychomotriciens, les assistantes sociales et les ergothérapeutes. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), « *La rééducation motrice de l'AVC est définie comme l'application de méthodes thérapeutiques pratiquées manuellement ou à l'aide d'instruments dont l'objet est la prévention secondaire, la conservation, le rétablissement, l'optimisation ou la suppléance des troubles de la fonction motrice*

consécutifs à un accident vasculaire cérébral avéré ». « *Il est recommandé de débuter la rééducation motrice dès que possible*. » (HAS, 2012).

Il existe trois phases d'évolution suite à un AVC :

- La phase aigüe : avant le 14ème jour,
- La phase subaigüe : entre le 14ème jour et six mois,
- La phase chronique : après six mois.

Selon les recommandations de la HAS, la rééducation de la sensibilité et la rééducation de la fonction motrice doivent se faire dès la phase aigüe.
Les mobilisations (actives ou passives) doivent se faire durant toutes les phases.
La répétition de tâches et la rééducation assistée par robotique doivent être réalisées à partir de la phase subaigüe.
Les activités physiques sont recommandées « *pour améliorer l'adaptation à l'effort, l'état physique et l'indépendance fonctionnelle* ». « *Les exercices d'équilibre et les techniques visant à améliorer la distribution du poids du corps vers le côté atteint sont recommandés, avec ou sans matériel d'équilibration* ».
Le renforcement musculaire, la rééducation intensive, la contrainte induite et l'imagerie mentale motrice doivent être réalisés à la phase chronique. (HAS, 2012)

D'autres méthodes de prise en charge existent comme les techniques sensitivo-motrices (Bobath, Perfetti), l'électrostimulation, la confection d'orthèses, les prises en charge médicamenteuses et chirurgicales, etc.

La récupération se fait du proximal au distal. Il est important de prendre en compte les objectifs du patient et l'implication de la famille et de l'entourage lors de l'accompagnement de la personne.

1.2.1 L'ergothérapie

Selon l'ANFE, « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». Cette profession, appelée occupational therapy en anglais, est règlementée par le code de la santé publique (L4331-1 et R4331-1) et par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapie. Les actes essentiels (toilette, habillage, repas…), les déplacements, la communication, les loisirs, les études ou le travail, etc. peuvent être limités du fait d'une pathologie, d'une déficience ou d'une blessure. « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ». L'ergothérapeute prend en compte

l'environnement (familial, physique…), les habitudes de vie, et tous les facteurs influençant la personne et ses capacités à agir, afin de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap. Les activités des personnes ou occupations sont utilisées en ergothérapie afin d'améliorer la qualité de vie des personnes. « *L'ergothérapie (occupational therapy) prend alors toute sa dimension en agissant sur les liens étroits entre la personne, l'activité et le contexte dans lequel elle est réalisée* ». (ANFE, 2017). La base de l'ergothérapie est l'activité et celle-ci se doit d'être signifiante et significative pour être efficace.

Afin de pouvoir établir un diagnostic ergothérapique, et donc, de mettre en place un plan de traitement en fixant des objectifs de prise en charge, l'ergothérapeute doit déterminer les capacités et incapacités de la personne à travers des évaluations et bilans.

1.2.2 Évaluations et Bilans

Les évaluations vont permettre de connaitre les déficiences, les restrictions de participation et les limitations d'activité. Ces évaluations vont aussi permettre de fixer des objectifs de prise en charge spécifique à chaque personne et d'évaluer l'efficacité pendant ou à la fin de celle-ci.

Tout d'abord, il est important de prendre connaissance du dossier médical du patient, puis d'instaurer une relation thérapeutique et de confiance au cours du premier entretien afin de fixer des objectifs.

Un bilan cutané-trophique et un bilan articulaire peuvent être effectués au début de la prise en charge. La douleur peut être évaluée grâce à une échelle visuelle analogique.

1.2.2.1 Bilans sensitifs

Le déficit sensitif se divise en deux parties. La sensibilité superficielle est évaluée grâce, par exemple, au test de Weber et au test de Dellon (discrimination de deux points statiques et mobiles) ou aux monofilaments de Semmens et Weinstein. La sensibilité profonde est évaluée, entre autres, par la désignation de la position du corps dans l'espace les yeux fermés.

1.2.2.2 Bilans de la spasticité

« Il semble raisonnable d'évaluer la spasticité car elle est la seule manifestation vraiment quantifiable de l'hyperactivité musculaire ». (Daviet et al.,

2002). Elle est évaluée grâce à l'échelle d'Ashworth modifiée, l'échelle de Tardieu ou l'échelle de Fugl-Meyer.

1.2.2.3 Évaluations du membre supérieur

La préhension ainsi que les capacités motrices du membre supérieur peuvent être évaluées grâce à de nombreux tests et exercices comme le Box and Blocks Test, le Nine Hole Peg Test, le Purdue Pegboard, l'Action Research Arm Test, le Wolf Motor Functional Test, le Motor Activity Log, le Frenchay Arm Test, le Score d'Enjalbert, un bilan de force, l'aire de July…

La marche et les évaluations concernant les membres inférieurs seront elles réalisées par les kinésithérapeutes.

1.2.2.4 Bilans des déficiences cognitives

La Batterie d'Évaluation de la Négligence (BEN) permet d'évaluer l'héminégligence spatiale unilatérale. Elle comporte différents tests comme le test de bissection de ligne, le test de barrage, le test de dessin, le test de l'horloge, l'échelle de Catherine Bergego, etc. Une étude « *a permis d'apporter des normes utilisables pour décider du caractère pathologique de la performance de sujets cérébrolésés dans des épreuves visuomotrices et représentationnelles* ». (Rousseaux et al., 2001).

Des bilans, plus spécifiques, permettent d'évaluer les fonctions praxiques, gnosiques, exécutives, etc. Afin d'évaluer les capacités cognitives, le neuropsychologue peut faire passer le MMSE (Mini Mental State Examination).

L'aphasie observée lors de communication sera bilantée plus spécifiquement par un orthophoniste.

1.2.2.5 Bilans fonctionnels

La capacité à réaliser des actes de la vie quotidienne est primordiale. Les tests sont réalisés entre autres avec la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (« *outil générique évaluant les incapacités dans la vie quotidienne* »), l'Index de Barthel (« *mesure l'indépendance fonctionnelle des personnes hémiplégiques.* ») et le Score de Rankin (« *permets de classer les patients hémiplégiques en six catégories en fonction de leur capacité de déambulation et leur dépendance lors des activités de vie quotidienne.* »). (Gellez-Leman, Colle, Bonan, Bradai, & Yelnik, 2005).

1.2.3 Prise en charge rééducative en ergothérapie

« *L'objectif principal de la rééducation est de stimuler les processus de plasticité cérébrale, pour maintenir ou restaurer les fonctions altérées* ». (Yelnik et al., 2014). Il est donc important d'inclure dans les principes de rééducation en ergothérapie les règles de l'apprentissage.

La désadaptation à l'effort est l'une des causes principales de fatigue et de perte d'autonomie. Le modèle Physical and Biopsychosocial Deconditioning programme after AVC « PBDS » est une approche améliorant l'endurance globale, la participation active et la qualité de vie de l'individu. Il « *suit les principes de la Classification internationale du fonctionnement (CIF) décrit par l'OMS, mettant l'accent sur la participation active de la personne atteinte* ». « *Le but de la réadaptation face au syndrome de déconditionnement physique est d'augmenter la résistance à la fatigue, tout en diminuant le temps de récupération après un effort. Pour cela, un programme complexe de réadaptation focalisant sur la participation active de la personne est proposé. Les thérapies individuelles de kinésithérapie et d'ergothérapie et de neuropsychologie font partie intégrante du programme de base, de même qu'un réentraînement dans les ateliers socioprofessionnels* ». (Gerber & Imhof, 2007). Il est donc aussi important de prendre cette désadaptation à l'effort en compte tout au long de la prise en charge des personnes post-AVC en ergothérapie.

La prise en charge en ergothérapie se fait sur prescription médicale. Lors de celle-ci, il est important de faire la différence entre les déficiences et les incapacités qui en découlent. La finalité est de réduire la dépendance et de favoriser la reprise de l'autonomie. Les bilans et évaluations vont permettre de fixer des objectifs généraux puis spécifiques de la prise en charge.

À court terme, l'ergothérapeute va effectuer un accompagnement initial. L'ergothérapeute va installer la personne au lit et au fauteuil afin de lutter contre les complications (escarres, rétractions, douleurs, syndrome douloureux régional complexe…) et va modifier la configuration de la chambre en fonction d'une éventuelle héminégligence. Les rétractions musculaires « *peuvent s'installer rapidement, surtout lorsque la spasticité est elle-même d'apparition précoce* ». (Yelnik et al., 2014). Il va aussi aider la personne à être autonome et indépendante, dans la mesure du possible, en lui apprenant les transferts, la manipulation du fauteuil et certains actes de la vie quotidienne. Dans le cas d'une épaule

douloureuse, le membre supérieur hémiplégique sera immobilisé à l'aide d'une écharpe. Aussi, les stimulations sensorielles et motrices doivent être précoces.

À moyen terme, au cours de la phase de rééducation et de réadaptation, l'ergothérapeute va aider au maintien des amplitudes articulaires et va continuer à solliciter les fonctions motrices et sensitives. Cette rééducation est faite par une stimulation sensitive superficielle et profonde, par la rééducation motrice (préhensions, rééducation bimanuelle, thérapie miroir, thérapie par contrainte induite, rééducation robotisée, diverses activités…), par l'initiation d'un renforcement musculaire et par la confection d'orthèses. Il est important, lors d'activités, d'intégrer le membre supérieur déficient au schéma corporel et d'éviter son exclusion. D'après l'étude comparant l'entrainement fonctionnel et l'entrainement spécifique, « *les entraînements fonctionnels et spécifiques semblent comparables pour améliorer la fonction du membre supérieur atteint et la plasticité cérébrale post-AVC* ». (Milot et al., 2013). L'ergothérapeute va, conjointement avec l'équipe pluridisciplinaire, rééduquer la posture, la tenue du tronc et l'équilibre. « *Le travail du tonus et de l'orientation du tronc en position assise puis debout doit être débuté le plus précocement possible. Puis le maintien de l'équilibre doit être entrainé dans les positions les plus simples vers les plus déstabilisantes (…) d'abord en statique puis dès que possible en dynamique* ». (Yelnik et al., 2014).

« *La rééducation de la cognition en situation de vie réelle et en séance de rééducation neuropsychologique, orthophonique et ergothérapique a une efficacité démontrée sur les fonctions exécutives, l'aphasie et l'héminégligence* ». « *Lorsqu'il existe une héminégligence, il est important de stimuler l'hémi-espace négligé* ». (Oujamaa et al., 2012). Dans ce cadre, l'ergothérapeute met en place des exercices tels que la reconnaissance d'objets, l'indiçage spatio-moteur, la décomposition d'actions, l'exploration visuelle, etc. afin de travailler sur la mémoire, les gnosies, les praxies, la négligence...

L'ergothérapeute continuera à aider la personne à devenir de plus en plus autonome et indépendante grâce à l'apprentissage des transferts, le choix d'un fauteuil roulant adapté, la mise en place d'aides techniques et de l'aide aux activités de la vie quotidienne. Dans le cas où le côté atteint est le côté dominant, et que la récupération n'est pas suffisante, une relatéralisation pourra être mise en place. De plus, si la restauration fonctionnelle n'est pas suffisante, il faudra envisager des stratégies de compensation. (De Morand, 2014).

A plus long terme, durant la phase de réinsertion, l'ergothérapeute pourra proposer des exercices de renforcement musculaire, de dextérité, d'habileté et d'endurance. Si possible, il fera des mises en situation en milieu écologique et effectuera une visite à domicile afin de préparer le retour à domicile de la personne dans des conditions optimales.

1.3 L'apport du cheval dans la prise en charge des personnes post-AVC

1.3.1 Les différentes pratiques

Il existe différentes pratiques utilisant le cheval comme support de thérapie et de rééducation. Les principales sont la thérapie assistée par le cheval, l'hippothérapie, l'équithérapie et l'équicie. Il est important de bien les différencier et les définir.

1.3.1.1 La thérapie assistée par le cheval

D'après la Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval (FENTAC), « *Les séances de thérapie avec le cheval ne sont pas des moments d'acquisitions équestres ni des séances de loisir, mais des temps d'accompagnement thérapeutique qui sont prescrits ou indiqués par un médecin* »(FENTAC, 2014). La thérapie assistée par le cheval est pratiquée uniquement par des professionnels de santé ou médico-sociaux ayant eu une formation spécifique. Cette thérapie peut être utilisée pour toutes personnes, de l'enfant à l'adulte, ayant des pathologies physiques, mentales ou psychiques. Cette thérapie se fait sur prescription médicale. Le thérapeute doit donc rédiger des rapports et effectuer des évaluations afin de rendre compte des évolutions de la personne. Cette thérapie comprend aussi bien le travail à pied, monter, le pansage et tout le travail autour du cheval. Les objectifs sont fixés par le thérapeute et les moyens sont donc adaptés aux objectifs de prise en charge. La formation afin de pratiquer cette thérapie est délivrée par la FENTAC, mais n'est pas diplômante.

1.3.1.2 L'hippothérapie

L'hippothérapie est un « *terme international qui définit la rééducation fonctionnelle avec le cheval* ». (FENTAC, 2014). « *L'hippothérapie est une stratégie de réadaptation qui se base sur le mouvement tridimensionnel du cheval, lequel reproduit le mouvement de marche de l'humain. Cette discipline est pratiquée par*

des ergothérapeutes, physiothérapeutes et orthophonistes qui ont reçu une formation préalable. L'hippothérapie permet l'intégration de plusieurs patrons neuro-moteurs et de processus sensoriels. Le rapport avec le cheval est d'une importance primordiale et devient le moteur de la relation thérapeutique ». (Fondation Hippo, 2017). L'hippothérapie s'adresse à toutes personnes, de l'enfant à l'adulte ayant une déficience entrainant une perte d'autonomie et d'indépendance. L'hippothérapie est prescrite pour toutes sortes de pathologies dont, entre autres, les personnes ayant eu un AVC.

Cependant, aucune formation qualifiante règlementée par la loi française ne règlemente la pratique de l'hippothérapie et ne garantit les compétences des professionnels.

1.3.1.3 L'équithérapie

« *L'équithérapie est un soin psychique médiatisé par le cheval et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle* ». Les objectifs de soins se fixent exclusivement par rapport à l'appareil psychique des personnes. (SFE, 2017). De même que pour les autres thérapies citées ci-dessus, la formation n'est pas diplômante.

1.3.1.4 L'équicie

L'équicie est une médiation équine accompagnant les personnes en situation de handicap avec un cheval. Le but est de mener « *des projets à visée éducative, thérapeutique ou de loisir selon la demande, et le champ d'action du prescripteur* ». (Fédération Nationale Handi Cheval, 2017a). « *L'équicien construit son accompagnement sur la méthodologie de projet de l'action sociale* ». (Fédération Nationale Handi Cheval, 2017b). Pour pratiquer l'équicie, il est nécessaire de suivre une formation qualifiante de trois ans, reconnue par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle.

Comme dit précédemment, l'ergothérapeute se base sur des activités signifiantes lors de sa prise en charge. On peut supposer que les ergothérapeutes aient beaucoup à apporter dans lors d'activités utilisant le cheval car les termes « activité signifiante » et « activité significative » sont particulièrement pertinents pour l'équitation thérapeutique. (Bracher, 2000).

1.3.2 Revue de littérature sur l'apport du cheval lors de la prise en charge

Les informations proprioceptives apportées à cheval permettent une amélioration de l'équilibre et une détente musculaire chez les personnes atteintes de spasticité. (Peres, 1999).

1.3.2.1 Études auprès de personnes ayant eu un AVC

Proust, Cottalorda, Alamartine et Gautheron ont mené une étude sur trois personnes, âgées de 16 à 20 ans, une atteinte d'infirmité motrice cérébrale, une atteinte de trisomie 21 et une atteinte d'hémiparésie droite et de dysarthrie suite à un accident vasculaire cérébral. En plus de rééducations dites « standards » avec kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc. ces trois personnes ont bénéficié d'hippothérapie pendant 4 ans, encadrée par des professionnels rééducateurs spécialisés. Les résultats montrent que la personne atteinte d'hémiparésie commence à récupérer une légère motricité au niveau du coude droit et arrive à tenir les rênes à deux mains au bout de quatre mois. Concernant les deux autres personnes, l'hippothérapie permet « *une diminution de la spasticité, une régression des mouvements athétosiques, une lutte contre les syncinésies, une amélioration du tonus postural, la mise en place de schémas moteurs nouveaux, une acquisition de la latéralisation droite/gauche, une amélioration du schéma corporel, une meilleure orientation dans le temps et dans l'espace, une acquisition de la notion de vitesse, une amélioration de l'état psychique, ainsi qu'une amélioration de l'activité musculaire, associée à une diminution de la dépense énergétique* ». (Proust, Cottalorda, Alamartine, & Gautheron, 2004).

Une étude a voulu démontrer les effets de l'exercice stimulé de l'équitation sur l'équilibre, la démarche et les activités de la vie quotidienne chez les personnes atteintes d'AVC. Vingt personnes ayant eu un AVC 6 mois avant le début de l'étude ont été séparées dans deux groupes aléatoirement. Un groupe témoin et un groupe ayant reçu un programme d'exercices d'équitation pendant 6 semaines, 30 minutes 5 jours par semaine. Chaque groupe était composé de cinq hommes et cinq femmes de 70 ans d'âge moyen. Des améliorations significatives de l'équilibre (plus particulièrement de la proprioception et du système vestibulaire) et de la démarche ont pu être observées dans le groupe expérimental. Ainsi, une augmentation de

l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne a été mesurée à l'aide de l'index de Barthel modifié. (Kim & Lee, 2015).

Une étude sur des patients post-AVC atteints d'hémiparésie montre des améliorations, dans le groupe expérimental, de l'équilibre, de la motricité des membres inférieurs et de la démarche après des séances d'hippothérapie. La démarche et l'équilibre contribuent à l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, ces améliorations contribuent donc au processus de réadaptation. (Beinotti, Correia, Christofoletti, & Borges, 2010).

Chez des enfants atteints de lésions cérébrales acquises (dont l'Accident Vasculaire Cérébral), « *la spasticité, la vitesse de marche, l'équilibre, […], les capacités d'approche et de pointage du membre supérieur étaient améliorés chez les enfants hémiplégiques. […] Les parents rapportaient une amélioration de la marche, de l'utilisation du bras déficitaire et des capacités de concentration et d'attention* ». (Bocq, Blanchard, Gellez, & Schill, 2013).

1.3.2.2 Études auprès de deux autres types de population

Des études auprès de personnes atteintes de sclérose en plaques suggèrent que l'hippothérapie peut avoir un effet sur la stabilité posturale et des effets positifs sur l'équilibre. (Silkwood-Sherer & Warmbier, 2007). Les mouvements du cheval génèrent une entrée vestibulaire continue, la personne doit continuellement s'adapter à ces mouvements. Les réactions de redressement et d'équilibre sont donc stimulées et peuvent conduire à une augmentation du contrôle postural, en facilitant également le renforcement musculaire du tronc et des membres. (Hammer et al., 2005).

D'autres études ont été effectuées auprès de personnes souffrant de lésion de la moelle épinière, les résultats montrent que l'hippothérapie provoque un effet immédiat de réduction de la spasticité des membres inférieurs et améliore temporairement le bien-être mental. (Lechner et al., 2003). Concernant les enfants atteints de paralysie cérébrale, en plus d'une augmentation de la confiance en soi et d'une amélioration des capacités fonctionnelles, les données de recherche suggèrent que les cliniciens et les thérapeutes peuvent recommander l'hippothérapie dirigée par un thérapeute comme thérapie efficace, médicalement indiquée pour la réhabilitation motrice d'enfants atteints de paralysie cérébrale. (Sterba, 2007).

Question de recherche

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sont un problème de santé publique car on compte chaque année plus de 130 000 Accidents Vasculaires Cérébraux en France. Ils sont la première cause de handicap, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité en France.

L'ergothérapeute est un professionnel essentiel lors du suivi des personnes atteintes d'AVC, que ce soit lors des phases de rééducation ou de réadaptation.

L'ergothérapeute utilise des activités (préférablement signifiantes) lors de son accompagnement afin d'atteindre des objectifs clairs et précis. L'activité avec le cheval peut être utilisée en ergothérapie comme moyen de rééducation. Cette activité sera d'autant plus efficace si elle est signifiante pour la personne, mais peut être également préconisée dès lors qu'elle apparait pertinente pour celle-ci. D'après plusieurs études, l'utilisation du cheval permet l'amélioration de l'estime de soi, mais aussi des capacités motrices et fonctionnelles des membres supérieurs et inférieurs, de l'équilibre, de la démarche et une diminution de la spasticité. Même si toutes ces études n'ont pas été faites auprès de personnes atteintes d'AVC, les effets positifs observés chez les personnes atteintes de troubles ayant des déficiences ou origines similaires pourraient sans doute être observés chez les personnes post-AVC.

Néanmoins, cette pratique doit être dispensée par un professionnel de santé agréé grâce à un diplôme fédéral ou universitaire et ne doit pas remplacer les thérapies conventionnelles.

On peut donc considérer que le cheval peut être utilisé en ergothérapie lors de la prise en charge des personnes post-AVC. L'utilité de ce travail est de savoir dans quelle mesure la prise en charge en ergothérapie avec le cheval peut améliorer l'indépendance et l'autonomie des personnes post-AVC.

Les études précédemment évoquées ont conclu que l'amélioration de l'équilibre et des capacités motrices et fonctionnelles augmente l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Il peut être intéressant de se pencher plus particulièrement sur le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne suite à l'utilisation du cheval. Ma question de recherche est donc : **Comment l'ergothérapeute peut-il améliorer l'indépendance et l'autonomie des personnes post-AVC dans les activités de la vie quotidienne au travers d'activités thérapeutiques avec le cheval ?**

2. Problématique théorique

2.1 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner

Comme précisé précédemment, l'ergothérapeute utilise des activités signifiantes et significatives afin d'atteindre des objectifs de prise en charge. De plus, les activités thérapeutiques avec le cheval doivent être pertinentes pour la personne et apparaissent d'autant plus efficaces si elles sont signifiantes pour celle-ci.

Le modèle de l'occupation humaine, élaboré aux Etats-Unis par Gary Kielhofner dans les années 1975, est centré sur les activités humaines signifiantes et significatives. D'après Kielhofner, « *l'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique* ». (Gary Kielhofner Cité par Bizier et al., 2006). C'est pour ces raisons que ce modèle me parait le plus approprié dans le cadre de ma recherche.

L'objectif principal de ce modèle est de comprendre l'importance et le processus de l'engagement dans l'activité en prenant en compte, en plus des données médicales, les habitudes de vie, la motivation, les forces, les faiblesses, et l'environnement.

« *Le MOH permet de préciser nos observations en proposant un guide de compréhension du rapport de la personne aux activités et à l'environnement.* » (Mignet, 2015).

Les êtres humains sont considérés comme des systèmes dynamiques dont le comportement occupationnel permet l'organisation et le développement. L'hypothèse de ce modèle est que la performance occupationnelle est au centre de la santé, du bien-être, du développement et du changement. « *Autrement dit, en étant engagés dans le travail, les loisirs, et les activités de la vie quotidienne, les êtres humains maintiennent, renforcent, influencent et changent leurs propres capacités, croyances, disposition* ». (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017).

Trois notions se dégagent du MOH : l'être, l'agir et le devenir.

Les activités humaines signifiantes et significatives permettent une adaptation et une auto-organisation basées sur les interactions entre les personnes, la motivation, le style de vie, les capacités et l'environnement. (Annexe I). L'occupation humaine résulte de l'interaction entre l'être et l'environnement.

2.1.1 L'Etre

Les trois composantes principales de l'être qui permettent de comprendre comment les activités sont réalisées et choisies par la personne sont : la volition, l'habituation et les capacités de rendement. (Annexe II)

2.1.1.1 La Volition

La volition représente le besoin d'agir, la motivation à faire et choisir l'activité en fonction de la conscience des capacités, de sa causalité personnelle (sentiment d'efficacité), des valeurs et des centres d'intérêt personnel. Elle va favoriser l'engagement de la personne dans l'occupation. (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017). Sa fonction est d'adopter ou d'initier une action. La volition est le niveau auquel l'action est librement et consciemment choisie. (Kielhofner & Burke, 1980).

2.1.1.2 Habituation

L'habituation représente les habitudes et les rôles sociaux et culturels de la personne. Ces habitudes sont les comportements et performances occupationnelles automatiques. La performance occupationnelle est reflétée par les rôles et la position sociale que la personne se donne. L'habituation permet une structuration de la vie quotidienne par la mise en place de routines et correspond aux processus d'acquisition et de répétition des modèles de performance occupationnelle. (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017).

2.1.1.3 Capacités de rendement

Les capacités de rendement correspondent aux sensations et au vécu de la personne sur le plan des systèmes organiques (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel et cognitif). Ce sont les capacités d'action de base et la possibilité d'atteindre ses buts en fonction des moyens dont elle dispose. Ces capacités rendent possible la performance.

La personne va pouvoir exprimer ses habiletés dans l'occupation grâce aux interactions entre les aptitudes (capacités de rendement, de performance) et l'environnement.

2.1.2 L'environnement

Les composantes de l'être sont interdépendantes et indissociables de l'environnement humain et matériel. Il représente l'environnement physique (objet, espace physique) et social (humain, socio-culturel). « *L'environnement influence la participation occupationnelle en offrant des opportunités et des ressources, mais aussi en créant des conditions contraignantes et exigeantes pour la personne* ». Cet environnement a un impact sur la personne et sur ses activités. Selon le modèle, la participation occupationnelle d'une personne nait de sa propre coopération avec les conditions environnementales. (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017). La personne interagit avec l'environnement et s'adapte à lui au moyen d'un processus continuel.

Les trois composantes de l'Être affectent les actions, les pensées et les émotions : c'est le dynamisme de base du MOH. Grâce à celles-ci, la personne va pouvoir s'adapter à son environnement : c'est l'agir.

2.1.3 L'agir

L'agir se définit selon trois niveaux : les habiletés, la performance (le rendement obtenu lors des activités de la vie quotidienne) et la participation (agir au sens large). (Kielhofner Cité par Morel-Bracq, 2009).

2.1.3.1 Les Habiletés

Les habiletés ne font pas référence aux aptitudes sous-jacentes, mais elles sont les actions fonctionnelles, distinctes, observables, orientées vers un but et elles constituent la performance occupationnelle.

Les trois types d'habiletés sont les habiletés motrices, opératoires et d'interaction et de communication.

2.1.3.2 Performance occupationnelle

« *La performance occupationnelle correspond à la réalisation d'une forme occupationnelle* ». C'est le rendement observable dans l'activité. (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017).

2.1.3.3 Participation occupationnelle

La participation occupationnelle représente l'engagement de la personne dans ses activités dans un contexte social. « *Elle ne correspond pas seulement à la performance occupationnelle ; elle correspond au fait de faire quelque chose ayant*

une signification personnelle et sociale ». (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017). (Annexe III).

2.1.4 Le devenir

La dynamique du MOH s'appuie sur l'identité, la compétence et l'adaptation occupationnelle. « *L'accumulation des différentes occupations génère une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles, qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations* ». (Mignet, 2015). Cette théorie permet de comprendre le choix et l'engagement d'une personne dans ses activités en s'intéressant aux activités de la personne et à son processus de changement.

2.1.4.1 Identité occupationnelle

L'histoire de la participation occupationnelle va créer l'identité occupationnelle. Cette identité prend en compte les expériences de vie de la personne, sa perception et sa compréhension d'elle-même, mais aussi la personne qu'elle souhaite devenir à l'avenir.

2.1.4.2 Compétences occupationnelles

La compétence occupationnelle est la mise en action de l'identité occupationnelle. Elle inclut entre autres les valeurs de la personne, le maintien d'une routine, la participation à des activités entraînant un sentiment de contrôle, de compétence, d'accomplissement et de satisfaction, et la mise en œuvre de valeurs afin d'atteindre les objectifs désirés.

2.1.4.3 Adaptation occupationnelle

« *L'adaptation occupationnelle correspond à la construction d'une identité occupationnelle positive et à la réalisation de la compétence occupationnelle, au fil du temps, dans le contexte environnemental* ». (Kielhofner, Forsyth, & Parkinson, 2017).

2.1.5 En pratique

Les objectifs thérapeutiques seront d'accompagner la personne dans un processus de changement afin de retrouver un équilibre dans sa vie quotidienne.

L'engagement de la personne donne la mesure du travail effectué dans ce processus de changement. La relation patient/thérapeute doit être humaniste et centrée sur le patient qui doit être accompagné. (Morel-Bracq, 2009).

La perturbation d'une des 3 composantes principales de ce modèle a une incidence sur les deux autres. « *Le processus thérapeutique doit permettre à la personne de choisir, s'engager, explorer, identifier les informations utiles, négocier, planifier, mettre en pratique, réexaminer la situation, soutenir ses efforts* ». (Morel-Bracq, 2009). Il doit permettre à la personne de s'engager dans ses activités afin de moduler ses capacités, sa conscience personnelle et son identité. Selon ses problématiques, nous devons chercher le développement des capacités à travers l'activité afin de retrouver un style de vie satisfaisant. Il faut privilégier la manière personnelle de faire l'activité par rapport aux normes. Le raisonnement thérapeutique se fait en 6 étapes : comprendre la personne, recueillir des données, expliquer la situation à la personne, élaborer les objectifs et stratégies thérapeutiques, mettre en place la thérapie et évaluer les résultats.

Ce modèle analyse l'activité dans un objectif fonctionnel dans l'environnement de la personne. Il existe de nombreux outils d'évaluation dans le cadre du MOH. Ce sont soit de l'observation, soit des entretiens, soit des auto-évaluations.

Selon Bruce, « *le modèle de l'occupation humaine avance que le moyen privilégié pour restaurer les fonctions d'une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne consiste à ramener sa participation dans des occupations significatives* ». (Cité par Bizier et al., 2006).

2.2 Le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce

2.2.1 En ergothérapie

Selon l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, une des composantes de la compétence 2 du référentiel des compétences *« concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* » est d' « *élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité.* ». Et une des composantes du référentiel d'activité est 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.* » (Ministère du Travail, de la Solidarité et

de la Fonction publique & Ministère de la Santé et des Sports, 2010). L'activité est utilisée en ergothérapie et il est important de pouvoir en exploiter le potentiel thérapeutique. « *En effet, la réalisation d'activités permet de donner du sens à sa vie, d'éprouver de la satisfaction et du plaisir, de développer ses centres d'intérêt, sa volition et ses capacités* ». (Orsonneau, 2009).

2.2.2 L'activité

Le terme « activité » peut avoir plusieurs sens : « *1) Faculté d'agir, de produire un effet […] 2) Qualité d'une personne active. 3) Ensemble des actes coordonnés et des travaux de l'être humain […] ensemble des phénomènes psychiques et physiologiques correspondant aux actes de l'être vivant, relevant de la volonté, des tendances, de l'habitude, de l'instinct, etc. 4) Situation d'une personne qui exerce son emploi.* ». (Petit Robert cité par Meyer, 2013). D'après le Cadre Conceptuel du groupe de Terminologie ENOTHE, une activité est « *une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* ». (Meyer, 2013). Selon Fisher, « *l'occupation est une activité intentionnelle ayant du sens pour la personne qui s'y engage* » (Cité par Meyer, 2013). Nous pouvons donc en déduire que l'activité est la faculté, à l'aide des capacités physiques et mentales de la personne et en parallèle avec sa volonté et ses habitudes, de réaliser une performance. « *La performance est l'engagement effectif dans la réalisation d'une occupation ou d'une activité.* » (Meyer, 2013). L'activité est composée d'une succession de tâche ayant pour objectif principal de réaliser cette activité, elle est la partie objectivable de l'occupation.

Le but premier de l'activité en thérapie est que la personne soit active et non passive. *« Les activités, qu'il s'agisse d'exercices ou d'activités artisanales avaient pour rôle de rééduquer les fonctions physiques, mentales ou émotionnelles nécessaires à la récupération de l'indépendance dans la réalisation des activités de la vie de tous les jours. »* (Kielhofner cité par Meyer, 2013).

Pour qu'une activité ait un but thérapeutique, il faut qu'elle soit, entre autres, délimitée dans le temps, objectivable, mesurable, et qu'elle ait un cadre environnemental et social défini. Parfois, l'environnement physique ou social peut entraîner des contraintes pour l'activité, mais peut parfois être modulable.

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

L'ergothérapeute utilise des activités signifiantes et significatives lors de sa prise en charge et se doit d'exploiter le potentiel thérapeutique des activités. Afin que les activités utilisant des chevaux aient un intérêt lors de la prise en charge des personnes, il me paraît important que leur potentiel thérapeutique soit exploité. C'est pour cette raison que j'ai choisi de développer ce concept.

Doris Pierce est une ergothérapeute américaine et chercheuse en science de l'occupation. Elle est également présidente de la chaire d'ergothérapie à l'université du Kentucky de l'Est. (Pierce, 2016).

Afin d'utiliser plus efficacement les activités ou occupations lors de la thérapie et de comprendre leurs effets naturels, Doris Pierce divise le potentiel thérapeutique de l'activité en trois parties.

Les dimensions subjectives ou attrait : les dimensions subjectives se divisent en trois sous parties : le plaisir, la notion de productivité et le ressourcement. Le plaisir est la clef de l'engagement, il se centre sur le processus et a un effet bénéfique sur l'humeur, la santé, le rétablissement et la valorisation de soi. C'est un facteur d'interprétation positive de l'activité. La productivité quant à elle est liée au résultat de l'activité et reflète le travail fourni, l'identité et la capacité de la personne dans l'activité. Enfin, le ressourcement permet le maintien de l'engagement grâce au maintien du niveau d'énergie (sommeil, alimentation, méditation…), la satisfaction des besoins primaires et le choix de l'activité. L'ergothérapeute doit prendre en compte cette dimension qui a un impact sur la relation et qui accroît le potentiel thérapeutique de l'activité en la rendant attrayante.

Les dimensions contextuelles : les trois contextes sont le contexte spatial, le contexte temporel et le contexte socio-culturel. « *La réalité écologique de l'activité reflète le degré d'adéquation de l'activité thérapeutique avec des contextes spatial, temporel et socioculturel habituels* ». (Orsonneau, 2009). Le contexte spatial représente les objets et le corps dans l'espace (sensation, perception, kinesthésie et proprioception). Le contexte temporel va lui concerner la structure temporelle de l'activité et le cycle circadien (moment de la journée pendant lequel l'activité est réalisée). Selon notre engagement dans l'activité, le temps va s'écouler différemment. Le contexte socio-culturel est composé des habitudes de vie, des rôles sociaux et des interactions, relations et communication de la personne.

L'ergothérapeute se doit de s'appuyer sur les sciences sociales afin de prendre en compte ces dimensions contextuelles.

La pertinence : La pertinence est la concordance entre les moyens mis en place, les objectifs définis, les capacités de la personne, et le contexte. Le niveau de pertinence va dépendre de l'ergothérapeute, de la relation thérapeutique et de l'ajustement de l'intervention aux objectifs (compréhension des schémas fonctionnels d'activité et du concept d'identité, lien entre activité et santé, motivation, analyse et mise en place de l'intervention). (Pierce, 2001). (Annexe IV).

Les trois composantes du potentiel thérapeutique de l'activité décrites par Doris Pierce permettent d'augmenter les performances d'une personne lors d'une activité. L'augmentation de ces performances se fait grâce à l'augmentation des capacités et à l'amélioration de l'estime de soi entre autres. Le potentiel thérapeutique de l'activité est étroitement lié à la relation entre ces trois composantes, mais aussi aux objectifs définis, au niveau d'adaptation par rapport aux capacités et au feedback. C'est ainsi que le potentiel thérapeutique pourra être exploité.

2.3 Concepts d'indépendance et d'autonomie développés par N. Sève Ferrieu

2.3.1 En ergothérapie

D'après son référentiel d'activité, l'ergothérapeute doit exploiter le potentiel thérapeutique d'une activité afin de « *conserver ou développer le potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie* » des personnes prises en charge. (Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique & Ministère de la Santé et des Sports, 2010). D'après ce même référentiel, l'ergothérapeute va permettre le développement de l'indépendance et de l'autonomie de la personne grâce au processus de changement. L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre aux personnes de retrouver une indépendance fonctionnelle et une autonomie suffisante.

Ma question de recherche est axée sur le transfert des acquis et le développement de l'indépendance et de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne au travers d'activités avec les chevaux. Il me paraît donc pertinent de développer ces concepts.

2.3.2 Indépendance

2.3.2.1 Vision biomédicale

Lorsqu'une personne est dépendante, elle ne peut réaliser seule, partiellement ou totalement, ses activités de la vie quotidienne. La dépendance est « *l'aide qualitative et quantitative apportée par un tiers à une personne pour la réalisation de ses activités* ».(Sève-Ferrieu, 2016) . « *On dit qu'il y a dépendance si, en raison d'un obstacle non compensable, qui peut relever d'une déficience, perdure une incapacité à exécuter une activité de la vie quotidienne indispensable pour la personne, habituellement réalisable.* ». Elle est étroitement liée à l'environnement, « *son analyse repose sur les activités et la participation, dont en particulier les capacités et la performance* ».

L'indépendance s'acquiert progressivement au cours de l'enfance. Elle est directement liée aux capacités et « *repose sur les capacités fonctionnelles et neuropsychologiques de la personne* ». L'indépendance est le fait de pouvoir effectuer les activités de la vie quotidienne sans l'aide d'un tiers. En revanche, l'utilisation d'aides techniques ne remet pas en cause cette indépendance. (Sève-Ferrieu, 2008). La dépendance et l'indépendance sont étroitement liées au contexte environnemental.

L'ergothérapeute va pouvoir redonner de l'indépendance grâce par exemple à une aide technique, à l'aménagement de l'environnement, mais aussi grâce à la récupération des capacités et habiletés nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'indépendance est l'un des buts principaux de la prise en charge de l'ergothérapeute, mais en prenant toutefois en compte les facteurs sociaux et l'âge de la personne. En revanche, une personne peut être indépendante pour une activité, mais dépendante pour une autre. Le fait de dire qu'une personne retrouve son indépendance serait dans ce cas un abus de langage. L'indépendance va pouvoir être retrouvée grâce à l'amélioration des capacités motrices et sensorielles nécessaires, mais aussi aux capacités cognitives. Dans le cadre de la réadaptation, l'indépendance découle de la relation entre la tâche à réaliser, les habiletés nécessaires et l'environnement dans lequel cette tâche se situe.

Le degré d'indépendance peut s'évaluer à l'aide, entre autres, de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF), à l'aide de l'indice de Barthel, de l'activities of daily living (ADL), de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) ou de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources).

Toutes ces évaluations vont permettre de quantifier ou de qualifier la performance dans les différentes tâches représentant les activités de la vie quotidienne.

2.3.2.2 Vision sociale

La dépendance ne peut être abordée autrement que sous l'angle d'une relation réciproque et nécessaire qui implique trois dimensions : le pourvoyeur, le dépendant et l'objet de pourvoyance. L'interdépendance découle de cette relation qui permet le développement de la personnalité et de l'autonomie. « *Ces interdépendances, affectives, intellectuelles, professionnelles, financières, culturelles, etc., sont le mode de relation entre les hommes et permettent leur structuration* ». (Sève-Ferrieu, 2016).

« *La dépendance au sens social du terme devient situation de handicap lorsque la nature du lien de dépendance crée une souffrance* ». (Sève-Ferrieu, 2008). Le but de l'ergothérapeute est d'éviter la dépendance à un tiers dans les activités de la vie quotidienne, il est néanmoins primordial de ne pas écarter l'interdépendance entre les êtres humains. L'être humain a besoin d'un environnement social pour se structurer tout au long de sa vie. Dès sa naissance il est dépendant de l'autre, puis cette dépendance se transforme en interdépendance dans sa relation aux autres. (Sève-Ferrieu, 2008).

2.3.3 Autonomie

L'autonomie est souvent confondue avec l'indépendance comme définie précédemment. L'autonomie est la faculté de gérer sa vie, se diriger et se gouverner, en prenant en compte les différentes contraintes. Selon le Cadre Conceptuel du Groupe Terminologie, l'autonomie est *« la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci* ». (Meyer, 2013). « *Autonomie signifie littéralement le droit pour un individu de se gouverner lui-même par ses propres lois* ». (Sève-Ferrieu, 2008).

2.3.3.1 Construction de l'autonomie

L'autonomie n'est pas innée, mais elle se construit avec la conscience de soi et la capacité de penser, de faire des choix et prendre des décisions. Elle permet la responsabilisation de soi-même, de différencier ce qui est intérieur et extérieur de soi, de maîtriser, contrôler des situations et d'avoir conscience de ses capacités et incapacités. Elle est liée aux fonctions exécutives.

2.3.3.2 Processus de mise en œuvre

L'autonomie est un processus en perpétuel changement et se nourrit des interdépendances. Elle structure la personnalité et permet à la personne d'avoir des capacités de raisonnement et de jugement. Ce processus se caractérise par le passage de la dépendance à l'indépendance.

2.3.3.3 Autonomie individuelle et collective

L'autonomie individuelle se traduit par la capacité de faire des choix personnels et gérer ses dépendances, interdépendances et indépendances. Mais cette autonomie s'articule avec l'autonomie collective qui se traduit par la prise en compte de l'autre, des valeurs, des lois sociales et leurs respects. Elle permet la socialisation.

2.3.3.4 Manifestation de l'autonomie

« *L'autonomie se manifeste par des actions ou des comportements […] l'autonomie est un processus interactif d'adaptation réciproque de la personne avec son environnement pris au sens large basé sur des réponses en termes d'action […] et de comportements* ». Ces comportements ne sont pas normalisables.

L'autonomie va donc concerner le choix des activités, des occupations, le contrôle de l'environnement, l'accommodation en fonction des facteurs et la manière dont l'activité est réalisée. Une personne autonome est en capacité de penser par elle-même, d'émettre des jugements et des idées, d'exprimer ses envies et ses besoins.

D'après Rogers, « *l'autonomie est une condition pour l'indépendance car pour être indépendant, il faut à la fois des compétences pour agir et de l'autonomie pour juger des conditions de son indépendance* ». (Meyer, 2013).

« *L'autonomie se manifeste par des actions ou des comportements […] l'indépendance est souvent réduite aux capacités fonctionnelles et l'autonomie associée aux capacités neuropsychologiques. Ces frontières sont artificielles, inadaptées, et réductrices puisque ces éléments sont en interaction.* » (Sève-Ferrieu, 2008). L'autonomie s'apparente donc à la liberté de penser puis de décider et d'agir par soi-même. Une personne peut être autonome dans les décisions qui concernent sa vie, mais peut être dépendante de quelqu'un quant à la réalisation d'activités. L'autonomie est donc une fonction supérieure permettant de donner un sens à sa vie et étroitement liée à la motivation et aux fonctions cognitives.

L'autonomie va inclure l'intention de faire l'action, la volonté de l'accomplir et la capacité à anticiper, analyser et à s'accommoder en fonction de celle-ci.

Il est important lors de la prise en charge de toujours prendre en compte la volonté et les choix de la personne même si ses capacités sont altérées. Comme évoqué lors de la présentation du Modèle de l'Occupation Humaine, la prise en charge doit être centrée sur la personne, ce qui entraîne le respect de ses objectifs personnels ou de ses désirs. Il reste tout de même nécessaire de vérifier la concordance entre les capacités de la personne et ses objectifs et désirs. L'ergothérapeute doit se servir du processus qu'est l'autonomie pour obtenir un développement progressif des capacités de la personne.

L'autonomie ne semble pas être un concept évaluable, néanmoins, le GEVA et les modèles conceptuels tels que le MOH de Gary Kielhofner et le Processus de Production du Handicap de Fougeyrollas prennent cette notion en compte.

Les notions d'autonomie et d'indépendance, bien que différentes sont des notions souvent confondues. En ergothérapie, elles sont particulièrement importantes et doivent être bien définies et différenciées. L'ergothérapeute aura pour but de redonner de l'indépendance aux personnes dans leurs activités de la vie quotidienne en prenant en compte tous les facteurs sociaux, environnementaux, mais aussi l'autonomie, la volonté et la motivation. Si l'autonomie est altérée, il faudra veiller à la développer au même titre que toutes les habiletés nécessaires à l'indépendance.

3. Méthodologie

Mon étude a pour objectif de comprendre l'impact des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux en ergothérapie sur l'autonomie et l'indépendance des personnes post-AVC. Dans le cadre de ma démarche de recherche et afin de mener à bien cette étude, je vais présenter la méthode utilisée, la population cible et l'outil d'enquête utilisé.

Après l'élaboration de ma question de recherche qui découle de ma problématique pratique, le développement de ma partie théorique m'a amené au choix d'une méthode précise afin de pouvoir répondre à ma question de recherche.

3.1 Méthode de recherche

Dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche concernant l'utilisation d'activités thérapeutiques à l'aide des chevaux en ergothérapie auprès de personnes post-AVC, je pars sur l'hypothèse selon laquelle les personnes post-AVC qui bénéficieraient d'activités thérapeutiques à l'aide de chevaux en ergothérapie verraient une amélioration de leur autonomie et indépendance dans les activités de la vie quotidienne grâce aux développements de leurs capacités motrices, cognitives et de leur équilibre.

Cette pratique étant très peu utilisée, la méthode de recherche la plus appropriée selon moi est la méthode clinique. Cette approche qualitative, centrée sur la personne et son discours, me permettra d'interroger les ergothérapeutes sur cette pratique et de m'appuyer sur leur avis, connaissances et expertises dans le domaine. De plus, cette méthode me permettra de recueillir leurs expériences et de voir comment chacun utilise ces activités auprès de cette population.

3.2 Population cible

Ma question de recherche est axée sur la manière dont l'ergothérapeute peut, à travers ces activités, améliorer l'indépendance et l'autonomie des personnes post-AVC. Il m'a donc paru nécessaire d'interroger des ergothérapeutes Diplômés d'État (DE) afin de pouvoir confronter leurs points de vue et pratiques et de voir comment chacun pouvait utiliser ces activités auprès de personnes post-AVC.

3.2.1 Critères d'inclusion

- Ergothérapeutes Diplômés d'État (DE) utilisant ou ayant utilisé des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux.
- Ergothérapeutes (DE) utilisant ou ayant utilisé ces activités auprès de populations post-AVC, enfants ou adultes.

3.2.2 Critères de non-inclusion

- Autres professionnels que des ergothérapeutes (DE).
- Ergothérapeutes (DE) n'utilisant ou n'ayant jamais utilisé des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux
- Ergothérapeutes (DE) n'utilisant ou n'ayant jamais utilisé ces activités auprès de personnes post-AVC.

3.3 Outil de l'enquête

La méthode qualitative nécessite d'avoir des entretiens auprès de la population cible. Les entretiens nécessitent une préparation en amont et se veulent semi-directifs. Tout d'abord l'élaboration d'une matrice basée sur les modèles théoriques utilisés a été nécessaire (Annexe V). Puis une trame d'entretien fidèle à cette matrice a été rédigée (Annexe IV).

La matrice a été élaborée grâce au modèle conceptuel et aux deux concepts développés dans ma partie théorique (le modèle de l'occupation humaine, le potentiel thérapeutique de l'activité et le concept d'indépendance et d'autonomie). Cette matrice déclinée en critères, indicateurs et indices m'a permis de construire une trame d'entretien ayant pour finalité de répondre à ma question de recherche.

Ma trame d'entretien est composée de cinq questions principales. Les questions de relances permettent de relancer sur un sujet, de préciser une idée ou d'approfondir un point non évoqué spontanément par la personne. Mon entretien débute par quelques questions de présentation de la personne interrogée.

Chaque question fait référence à un modèle ou concept. Ce sont des questions ouvertes qui permettent d'entretenir un dialogue avec l'ergothérapeute contacté. Après analyse, les réponses vont donc me permettre de répondre à ma question de recherche.

3.4 Déroulement des entretiens

Les interlocuteurs ont eu connaissance, en amont, du thème de mon mémoire.

Les entretiens se sont déroulés individuellement et une rencontre a été possible pour l'un d'entre eux. Le premier entretien a eu lieu par téléphone le 23 mars 2018 avec une ergothérapeute travaillant en Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en libéral. Cet entretien a duré 42min40. Le second était une rencontre le 23 avril 2018 avec une ergothérapeute travaillant dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Cet entretien a duré 29min01. Enfin, le troisième a eu lieu par téléphone le 2 mai 2018 avec une ergothérapeute travaillant dans une association créée par elle-même. Cet entretien a duré 44min43. Tous ont été enregistrés anonymement avec accord préalable des intéressés. Les retranscriptions sont disponibles en annexe VII, VIII et IX.

Les ergothérapeutes interrogées ont été recrutées par réseaux sociaux, mail, internet ou annuaire.

Deux analyses différentes vont être réalisées afin de présenter les résultats. La première, longitudinale, permettra d'analyser ce que chaque personne a répondu pour chaque question. La seconde, transversale, permettra d'analyser les réponses aux questions en croisant les réponses de chacune des personnes.

4. Résultats

4.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés

Il me semble important de présenter préalablement les ergothérapeutes interrogés avant de débuter l'analyse. Au début de chaque entretien, sept questions de présentation ont été posées aux ergothérapeutes afin connaître leur âge, formations complémentaires, etc.

La première ergothérapeute interrogée, âgée de 25 ans, est diplômée depuis 2015. En plus de son Diplôme d'Etat (DE), elle a été formée à la société Française d'Equithérapie (SFE) puis au domaine d'Hippios pour une spécialisation sur l'autisme. Elle s'est également intéressée à l'hypnose afin de pouvoir travailler sur des situations de relaxation à cheval plus particulièrement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Actuellement elle travaille au sein d'un EHPAD et en libéral (elle n'a pas de cabinet). Elle effectue aussi des remplacements au sein d'EHPAD et d'un hôpital psychiatrique. Elle pratique des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux en libéral, mais aussi avec certaines personnes de l'EHPAD.

La deuxième ergothérapeute interrogée, âgée de 43 ans, est diplômée depuis 1999. Elle n'a réalisé aucune formation complémentaire en plus de son DE. Elle travaille actuellement dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Les activités thérapeutiques à l'aide des chevaux sont proposées aux résidents du foyer. Ces activités sont réalisées conjointement par l'ergothérapeute et l'éducatrice sportive. Malgré le désintérêt de l'ergothérapeute pour le cheval, accompagner les résidents à ces activités ne la dérange pas.

La troisième ergothérapeute interrogée, âgée de 39 ans, est diplômée depuis 2000. Elle a créé une association dans laquelle elle travaille. En plus de son DE, elle a obtenu un Brevet d'éducateur sportif 1er degré option équitation en 2003. Elle a également été à l'origine du Brevet fédéral équihandi permettant aux moniteurs d'équitation de mettre à cheval des personnes en situation de handicap. Elle a aussi obtenu son Brevet fédéral équihandi éthologie et a suivi une formation complémentaire sur les troubles « DYS » en ergothérapie.

4.2 Analyse longitudinale des résultats

Pour permettre une synthèse des réponses de chaque ergothérapeute à chacune des questions, des tableaux contenant les points clés et citations des ergothérapeutes ont été réalisés. Ils sont disponibles en annexe X, XI et XII.

4.2.1 Ergothérapeute n°1

Question 1 : Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

Elle utilise ces activités auprès de personnes âgées, dont une ayant eu un AVC, de personnes atteintes d'autisme, de déficience intellectuelle, de personnes adultes ayant des troubles d'ordre psychiatriques, et de personnes post-AVC. Ces activités regroupent le pansage du cheval (qui peut se faire à partir du fauteuil), la marche en promenant le poney, la monte etc. Pour elle, le cadre est constitué par le manège dans lequel elle fait ces activités, le cheval et la durée de la séance. Elle réalise ses séances au sein d'écuries du haras national et utilise des poneys ou chevaux de club, mais aussi son propre cheval lors de certaines séances de relaxation. Elle utilise comme matériel un lève-personne adapté pour mettre les personnes à cheval, un surfaix et un tapis de monte à cru. Ses séances sont individuelles, mais peuvent être faites en groupe pour les personnes de l'EHPAD. Lorsque ses prises en charge sont en groupe, elle est accompagnée soit par une psychologue, soit par l'animatrice poney, soit par la présidente de l'ISPE. En plus de leur prise en charge à l'aide du cheval, ces personnes peuvent être prises en charge dans une structure, une institution, un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) ou en libéral avec un kinésithérapeute ou un orthophoniste. Selon elle, son intervention ne remplacera jamais un autre accompagnement et toutes les prises en charge sont complémentaires. Il lui semble important que la demande de faire ces activités émane de la personne elle-même. Les capacités d'attention et de concentration des personnes doivent être prises en compte tout au long de l'activité.

Question 2 : Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?

Selon elle, pour pratiquer ces activités il faut que la personne soit capable de tenir et de gérer son équilibre au niveau du bassin et de se réajuster. Ces activités sont toujours réalisables à condition que le thérapeute fixe des objectifs en accord avec les compétences du patient. Si l'objectif est de monter à cheval et de travailler

le tonus postural, il faut que le patient ait un minimum d'équilibre ou qu'il y ait plus d'accompagnants pour l'encadrer. L'ergothérapeute doit être l'écoute du patient et du cheval, poser des objectifs adéquats, s'adapter constamment, être attentif au positionnement et savoir gérer une cavalerie. L'un des objectifs lors de ces activités va être le renforcement musculaire progressif à l'aide des mouvements du cheval. Les objectifs sur les plans moteurs, sociaux, cognitifs sont définis en fonction de l'évolution du patient dans la rééducation. En pratique elle peut mettre en place un pansage avec une contrainte induite du bras hémiplégique, marcher à côté du poney avec une prise sur le surfaix en terrain varié, des temps de relaxation, d'échanges ou de réassurance. À cheval, des exercices de déplacements d'objets avec le bras hémiplégique ou d'exploration visuelle peuvent être réalisés, toujours en tenant le cheval. Il faut transférer la séance de rééducation à l'aide d'exercices ludiques avec le cheval. L'activité avec le cheval reste pour elle juste un moyen de soin, de rééducation, un outil comme un autre.

Question 3 : Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?

L'ergothérapeute souligne que la personne doit adhérer d'elle-même à l'activité pour qu'elle ait un sens. Leur motivation rend leur vision différente. Elle se traduit de différentes manières comme aller donner une carotte au cheval, ou se lever tôt pour ne pas être en retard. Ce qui implique le repérage dans le temps par rapport à l'activité. Selon elle, les personnes n'ont pas conscience de leurs capacités, c'est le dynamisme, la motivation et le contact avec l'animal qui permet le développement de compétences, parfois déjà existantes. Ils travaillent souvent plus que ce qu'ils ne voulaient travailler à la base. Les personnes sont souvent actrices pendant l'activité et sont rarement insatisfaites, car elles viennent sans attentes particulières. Seules les personnes ayant trop d'attentes peuvent être insatisfaites. La thérapie avec le cheval n'est jamais répétitive et permet une variation d'exercices par rapport à la rééducation en salle.

Question 4 : Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?

L'ergothérapeute peut constater, à l'issue de ses prises en charge, une meilleure marche avec un meilleur déroulement du bassin, un passage du pas allant plus loin, une amélioration de la commande motrice, de l'amplitude articulaire, de la sensibilité au niveau du membre supérieur, du moral, de l'investissement et du

dynamisme. Elle insiste sur le fait que le cheval aide à se remuscler sans épuiser le corps, ce qui permet aux personnes, même après leur séance, d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne.

Question 5 : Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

Après ces activités, l'une des patientes a repris un emploi aidé autour des animaux. Une amélioration concernant ses prises de décisions et d'initiatives dans sa vie quotidienne a été constatée. Néanmoins l'ergothérapeute insiste sur le fait que les progrès et le retour dans la vie active de cette personne suite à son AVC, sont un ensemble de lien entre la thérapie avec le cheval, les autres prises en charge et le caractère de la personne. Une autre patiente parvenait à marcher à côté du poney une vingtaine de mètres alors qu'elle n'y arrive pas ailleurs. Dans ce cas-là les capacités observées avec le cheval ne se transfèrent pas dans sa vie quotidienne.

L'ergothérapeute a précisé que c'est à elle de mettre en lumière ce que la personne est capable de faire avec le cheval et de faire le lien avec sa vie quotidienne. Ainsi, le pansage du cheval peut mettre en lumière des capacités du patient lui permettant de faire sa toilette. L'amélioration des capacités motrices du membre supérieur d'une patiente a permis une meilleure utilisation dans sa vie quotidienne.

4.2.2 Ergothérapeute n°2

Question 1 : Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

L'ergothérapeute accompagne les personnes du foyer lors des activités thérapeutiques avec les chevaux. Ce sont des personnes atteintes de polyhandicap à dominante motrice, d'infirmité motrice cérébrale, ayant des séquelles d'accidents de la voie publique, d'AVC ou de traumatismes crâniens. Les personnes pratiquant cette activité sont toutes volontaires et en ont fait spontanément la demande. L'idée de débuter l'activité vient, entre autres, de séjours vacances réalisés dans un centre adapté avec diverses activités possibles (monte, calèches, balades…). L'activité est réalisée une fois par semaine durant deux heures dans un centre équestre. Deux groupes d'environ quatre personnes ont été formés et alternent chaque semaine. L'un des deux groupes est accompagné par l'éducatrice sportive et la monitrice du

club. L'autre groupe, composé de personnes plus lourdement handicapées, est accompagné de l'éducatrice sportive, la monitrice d'équitation et l'ergothérapeute interrogée. Les stagiaires de l'établissement peuvent être amenés à accompagner les patients lors de ces activités. Le matériel utilisé est un montoir pour permettre aux personnes de monter à cheval avec de l'aide, un surfaix de voltige et deux poignées. L'ergothérapeute cherche actuellement un matériel permettant d'installer les patients directement sur le cheval. La monitrice guide le cheval avec une longe. Les personnes passent une par une avec un accompagnant de chaque côté pour éviter les chutes (en particulier pour les personnes hémiplégiques), ou, deux par deux pour les plus doués. Pour ces activités, un certificat médical de non contre-indication est réalisé. En cas de mauvais temps, des activités se déroulent dans les écuries.

En parallèle de ces activités, les personnes peuvent avoir, au sein du foyer, des séances avec une neuropsychologue, une psychologue, une éducatrice spécialisée, une éducatrice sportive, une kinésithérapeute, un aide-kinésithérapeute, l'ergothérapeute, une assistante sociale, et peuvent participer à diverses animations.

Question 2 : Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?

Selon l'ergothérapeute, la limite pour faire cette activité est le type de handicap. Si la personne est dans l'incapacité de monter à cheval, elle réalisera uniquement le pansage. Les préalables requis pour monter à cheval sont d'avoir un équilibre assis suffisant, et de pouvoir se tenir avec au moins une main à la selle. Selon elle, l'ergothérapeute ne doit pas obligatoirement aimer le cheval, mais avoir au moins une appétence pour l'activité. Elle doit être attentive à l'installation du patient, à son bien-être et pouvoir mettre en place des adaptations en tout genre. La monitrice, durant les séances, propose soit des jeux dans le manège, soit des balades en extérieur.

D'après l'ergothérapeute, les objectifs de cette activité sont de procurer du plaisir aux résidents, d'améliorer leur quotidien en termes de qualité de vie, de calme, d'échanges, de bien-être et de rapport à l'autre. Le gain d'autonomie n'est pas un objectif, mais le cheval permet une valorisation des capacités de la personne et donc entraîne un gain de confiance.

Question 3 : Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?

L'ergothérapeute pense que les résidents sont contents de faire cette activité et sont capables de faire part de leurs peurs, mécontentement, lassitude, ou leur manque de motivation un jour donné. Mais en général, même si cette activité est planifiée, tous les mardis hors vacances scolaires, les résidents sont dans la demande et viennent vérifier si l'activité a lieu et quel groupe va être accompagné. Ce sont eux qui prennent l'initiative et ils sont en général motivés pour le faire. Des séjours vacances ont même été réalisés afin de regrouper des gens intéressés par l'activité.

Les résidents conscients de leurs capacités ont des objectifs en adéquation avec celles-ci et sont satisfaits. Leurs implications tout au long de l'activité est mise en place lors du pansage du cheval, en les laissant assister aux séances lorsque chaque résident monte à cheval, et en demandant d'accompagner les résidents à cheval en balade.

Question 4 : Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?

L'ergothérapeute a pu constater des évolutions pour plusieurs personnes. Une personne très dystonique au quotidien reste calme sur le cheval. Une autre, au début maintenu de chaque côté, ne l'est maintenant que d'un côté voire même parfois lâchée.

La relation avec l'animal, l'échange et le fait de passer un moment agréable enrichit le quotidien du patient et lui permet de ne pas rester enfermé dans son studio. De plus, grâce à ces activités, l'ergothérapeute a pu observer un gain au niveau de l'équilibre des personnes, mais aussi un gain de motivation à être actif.

Question 5 : Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

Pour l'ergothérapeute, cette activité participe à l'évolution de la personne. Toutes les sensations proprioceptives, le gain de confiance, la valorisation et la prise de confiance en l'équilibre assis à cheval vont permettre, de manière inconsciente, de transposer les acquis dans la vie quotidienne et donc d'améliorer la qualité de vie. Ainsi, une personne qui marchait auparavant à l'aide d'un déambulateur marche aujourd'hui avec deux cannes. L'activité participe donc à la rééducation. Elle pense

que si l'expérience se poursuivait, ils pourraient observer une autonomie dans les choix, dans la prise de décision, dans la confiance, dans l'affirmation de soi et dans l'image de soi. Malgré le fait que le cadre soit défini et que la monitrice prenne les décisions lorsque les personnes sont à cheval, elle essaye de les responsabiliser. Néanmoins, l'objectif n'est pas de les rendre autonomes, mais de leur faire plaisir.

4.2.3 Ergothérapeute n°3

Question 1 : Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

Son association accueille environ 150 cavaliers par semaine, de 18 mois à 80 ans, tous en situation de handicap. Les populations accueillies sont des personnes schizophrènes, lourdement handicapées psychiques, personnes atteintes de troubles du spectre autistique (enfant, adolescent ou adulte), personnes souffrant de handicap social (troubles du comportement, troubles de l'affect, hyperactivité), personnes souffrant de troubles neurocognitifs (dyslexie, dyspraxie), personnes souffrant de troubles moteurs et neurologiques (maladie neurodégénérative type myopathie, maladie de Charcot, paralysie cérébrale, paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, traumatisme crânien amputé, post-AVC). Ces personnes sont soit indiquées par un médecin de rééducation et ont d'autres prises en charge comme de la kinésithérapie, de l'ergothérapie, et de l'orthophonie, soit viennent avec un foyer de vie ou une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), soit en font eux-mêmes la demande. Si les personnes viennent avec une institution, la prise en charge est en groupe (maximum 2 à 4 personnes) une fois par semaine. Si la personne vient seule, la prise en charge est individuelle dans un premier temps, puis elle peut être ensuite intégrée à un groupe. Une convention est signée avec les institutions pour qu'une personne référente soit toujours présente afin d'accompagner les groupes (infirmiers, kinésithérapeutes).

Dans les centres de rééducation, la demande émane des patients, et une prescription médicale avec les objectifs de prise en charge est donnée à l'ergothérapeute. Dans les foyers, l'activité est proposée et ce sont les personnes qui demandent à voir et accéder à l'activité. Afin d'avoir un lieu rassurant et fermé et d'avoir accès à un équilève® (plateforme permettant le transfert pour monter sur le cheval), les premières séances se font toujours dans le manège. Par la suite, une fois une bonne équilibration acquise dans le manège, les prises en charge peuvent se faire en extérieur avec un terrain irrégulier. En début de séance les personnes s'occupent de leurs chevaux afin d'avoir une relation étroite avec l'animal et de

prendre confiance. Puis, la première séance se fait toujours individuellement afin de permettre à l'ergothérapeute de faire son bilan et son diagnostic. À la suite de la première séance, l'ergothérapeute peut faire des binômes en fonction des capacités pour ensuite pouvoir mettre quatre personnes simultanément à cheval et aller à l'extérieur du manège.

Question 2 : Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?

Avec 17 ans d'expérience, l'ergothérapeute pense que rien n'empêche de mettre une personne à cheval avec du matériel adapté. L'assise à cheval étant dynamique, une personne, même avec l'impossibilité de tenir sur une chaise, peut tenir à cheval. Biomécaniquement la personne va se redresser grâce aux mouvements du cheval. Les seules raisons pour lesquelles elle ne mettra jamais un patient à cheval sont l'allergie aux poils de chevaux ou la présence de plaies ouvertes (contre-indication médicale). Concernant les personnes atteintes de tétraplégies hautes ou de maladies neuromusculaires trop avancées avec une diminution de la force musculaire trop importante, elle peut les mettre à cheval une fois, mais elle propose en parallèle de l'attelage adapté. Pour elle, l'important c'est d'avoir une relation patient thérapeute. Elle pense que l'ergothérapeute qui pratique ces activités doit avoir une double qualité, c'est-à-dire être formé en ergothérapie, mais aussi être formé dans l'équitation. Elle trouve important de comprendre le fonctionnement d'une personne valide sur le cheval, le fonctionnement biomécanique du cheval, adapter et savoir monter le cheval si besoin, et avoir confiance en son cheval avant de pouvoir faire monter des personnes en situation de handicap. Si l'ergothérapeute n'est pas formé dans l'équitation, il lui semble nécessaire d'être en binôme avec une monitrice d'équitation concernée par le handicap.

Ses objectifs de prise en charge sont par exemple l'intégration du membre supérieur atteint, même juste en aide ou en appui sur le cheval, se mettre debout pour faire une activité, se remettre debout et s'appuyer sur le cheval, en comptant combien de temps la personne a pu se mettre debout. La dissociation des ceintures et l'intégration du membre supérieur dans le schéma corporel font également partis de ses objectifs, ainsi que l'équilibration longitudinale et latérale, car, à chaque pas, la personne doit pouvoir se rééquilibrer. L'amélioration de la marche est aussi l'un

de ses objectifs, car, les mouvements du cavalier et du cheval au pas impliquent au niveau du bassin à peu près le même mouvement que lors de la marche, et peuvent donc passivement faire travailler tous les petits muscles stabilisateurs du bassin, ce qui permet une meilleure appropriation du schéma de marche et la réintégration d'un schéma moteur correct.

Les personnes peuvent être amenées à l'association lorsqu'il y a un essoufflement thérapeutique afin de relancer la rééducation et le projet de vie de la personne. L'important pour elle est de détourner l'attention des personnes pour atteindre les mêmes objectifs fonctionnels qu'en ergothérapie avec comme finalité d'améliorer le quotidien de la personne. Elle définit les mêmes objectifs qu'en ergothérapie, mais son outil est l'activité avec le cheval.

Question 3 : Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?

L'ergothérapeute explique l'intérêt de la prise en charge aux personnes, mais elle ne sait pas s'ils ont des objectifs personnels. La plupart du temps les personnes ne sont pas forcément motivées au début, car elles ne connaissent pas cette activité, mais par la suite la perspective de sortir du centre de rééducation ou du foyer de vie les motive à poursuivre cette activité. Parfois les personnes sont tellement motivées qu'elles reviennent en individuels. Les patients trouvent même parfois les séances trop courtes. Si elle observe un manque d'adhésion, c'est souvent qu'il y a un autre souci non avoué derrière.

Les patients peuvent voir leurs évolutions à travers des vidéos des séances. Le moindre de leurs mouvements ayant une incidence sur le cheval, ils constatent qu'ils sont capables de contrôler un animal imposant. Lorsqu'elle prépare la séance, elle fait en sorte que le patient puisse se fixer des objectifs réalisables, avec une progression au cours de la séance, et éviter qu'il ne se mette en échec. Il peut donc s'autoévaluer, voir ses réussites et être plus acteur.

Question 4 : Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?

Les objectifs sont, selon elle, vite atteints. Elle fait régulièrement des retours aux médecins afin de leur montrer les effets bénéfiques sur leurs patients. D'après elle, ces évolutions se traduisent par une progression plus rapide de réacquisition de la marche, une amélioration de leurs confiances en soi, car ils sont capables de faire des activités, une amélioration du maintien à cheval en fin de séance, des

fonctions cognitives et neurocognitives, de la mémorisation d'informations et la capacité à prendre des décisions. Mais selon elle c'est un ensemble, le cheval n'est qu'une rééducation en plus des autres thérapies. Par exemple un de ses patients, qui oubliait son membre supérieur, a réussi à se tenir à cheval avec les deux mains sur une barre et à avoir un mouvement d'épaule suffisant pour diriger son cheval. Les personnes ont une valorisation de leurs capacités grâce notamment aux vidéos faites des séances, mais aussi grâce à ce que l'ergothérapeute leur dit régulièrement. La remise en mouvement grâce au cheval suffit pour voir une évolution.

Question 5 : Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

Pour l'ergothérapeute, le fait que les patients prennent confiance en leurs capacités à utiliser le membre supérieur lésé, pour faire un transfert cheval, pour marcher, etc. peut se transposer dans leur vie quotidienne. À cheval, à l'aide de consignes simples, l'ergothérapeute responsabilise les patients et les met face à eux même afin qu'ils puissent prendre des initiatives. Pour elle, ces évolutions se voient lorsque par exemple les codes sociaux sont revenus (avoir le réflexe de dire bonjour et prendre des nouvelles), lorsque les personnes se dirigent d'elles-mêmes vers le cheval, qu'elles prennent l'initiative de le préparer seules ou lorsque les personnes sont capables de prévenir lors de la prise d'un nouveau traitement, de faire part d'une complication ou d'une peur, de proposer d'aller en extérieur. Elle peut aussi être amenée à laisser une personne faire un parcours seul ou s'effacer lors d'une balade en extérieur afin de les responsabiliser. Le changement le plus important pour elle est la valorisation des capacités et de l'image de soi. Elle donne l'exemple d'une patiente qui s'est maquillée et coiffée uniquement pour aller à sa séance et pouvoir prendre des photos à montrer à ses proches, et elle a réussi à faire trois pas pour se rendre jusqu'au montoir.

4.3 Analyse transversale des résultats

L'analyse transversale consiste au croisement des réponses de chaque ergothérapeute pour chaque question afin de pouvoir comparer leurs points de vue.

Question 1 : Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

Les trois ergothérapeutes travaillent dans des structures différentes, mais elles prennent en charge des personnes de tous âges, de l'enfant à la personne âgée. Elles prennent en charge tous types de population ayant des troubles psychiatriques ou moteurs. Les trois ergothérapeutes ont déjà pris en charge des personnes ayant des séquelles d'AVC. Pour les trois, les activités ne sont pas uniquement le fait de monter à cheval, mais concernent aussi par exemple le pansage du cheval, la mise en place d'une relation de confiance avec le cheval ou une promenade avec le cheval. En ce qui concerne la mise à cheval, la première prend les personnes une par une et ne lâche jamais le cheval. Pour la deuxième, les chevaux sont guidés à l'aide d'une longe par la monitrice. Les personnes passent une par une maintenues de chaque côté par un accompagnant afin d'éviter les chutes, ou deux par deux pour les plus indépendants. Enfin, la troisième met les personnes une par une à cheval pour la première séance afin de pouvoir faire un diagnostic, puis deux par deux en fonction des capacités et ensuite par quatre pour aller en extérieur. Les trois ergothérapeutes ont à leur disposition un manège. Les deuxième et troisième peuvent être amenées à aller à l'extérieur une fois une meilleure équilibration acquise. La première souligne l'importance de la durée de la séance en fonction des capacités de concentration et d'attention. Pour la deuxième, ces activités ne sont pas prescrites, mais un certificat de non contre-indication est demandé. Pour la troisième, les personnes lui sont indiquées par un médecin, une prescription avec des objectifs lui est fournie. Les trois ergothérapeutes utilisent du matériel adapté pour la monte (surfaix, poignées …), mais aussi pour faire le transfert sur le cheval (équilève®, montoir). Pour la première et troisième, les séances peuvent être individuelles ou en groupe. Si elles sont en groupe, elles sont toujours accompagnées par d'autres soignants. La deuxième encadre uniquement des séances de groupe à l'aide de deux autres personnes. Dans tous les cas, toutes les personnes ont d'autres prises en charge. Les trois ergothérapeutes sont formelles sur le fait que le cheval ne remplace aucunement d'autres prises en charge, mais est un atout supplémentaire. Elles soulignent toutes trois l'importance du volontariat et du fait que la demande doit venir des patients, qu'ils doivent avoir envie de participer.

Question 2 : Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?

Les trois ergothérapeutes sont en accord sur le fait que rien n'empêche de mettre quelqu'un à cheval avec du matériel adapté, mais il faut que la personne ait tout de même un minimum d'équilibre assis, de capacité à se réajuster au niveau du bassin, de tonus postural ou puisse se tenir avec une main. L'important est de fixer des objectifs adaptés à la situation et de proposer d'autres activités autour du cheval s'il est difficile de le monter. La troisième insiste sur le fait qu'il est en revanche impossible de faire des activités autour du cheval si la personne est allergique aux poils de chevaux ou qu'elle présente des plaies ouvertes. Les trois ergothérapeutes pensent qu'une des compétences importantes à avoir est de prêter attention à l'installation des personnes et de savoir s'adapter constamment. La première parle aussi de l'écoute du patient et du cheval ainsi que de la capacité à définir des objectifs adéquats. La troisième ajoute l'importance de la relation thérapeutique et insiste sur la primordialité pour elle que l'ergothérapeute ait une formation sur l'équitation ou soit accompagné par une monitrice concernée par le handicap. En revanche, la deuxième ne pense pas important d'aimer le monde du cheval.

Les objectifs de prise en charge de la première et troisième sont d'ordres moteurs, cognitifs et sociaux et s'adaptent à l'évolution du patient lors de sa rééducation. Pour la troisième, les objectifs fonctionnels sont les mêmes qu'en ergothérapie avec comme finalité d'améliorer le quotidien de la personne. L'activité avec le cheval est donc son moyen pour atteindre ses objectifs. En revanche pour la deuxième, les objectifs ne sont pas d'avoir un gain en autonomie, mais plutôt de leur procurer du plaisir et de leur amener quelque chose en termes de qualité de vie. La première et la deuxième mettent en place de nombreux exercices afin d'atteindre leurs objectifs de prise en charge, le cheval est donc un outil pour la rééducation. Pour la troisième, c'est la monitrice qui met en place divers exercices.

Question 3 : Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?

Les trois ergothérapeutes sont en accord sur cette question. Les personnes doivent adhérer d'elles-mêmes pour pratiquer ces activités. Elles sont souvent motivées à faire et refaire l'activité, ou, en tout cas, même si la motivation n'est pas présente dès le début, elle se manifeste par la suite. Et c'est entre autres cette

motivation qui permet le développement de capacités. Les personnes sont la plupart du temps satisfaites. Cette thérapie permet un changement par rapport aux prises en charge en institution et les patients y sont impliqués. L'initiative vient des patients et ils sont capables, en règle générale, de faire part de leurs sentiments. Seule la deuxième ergothérapeute pense que les patients ont conscience de leurs capacités. La troisième explique qu'elle implique le patient dans la mise en place d'objectifs adaptés lors de la préparation de la séance et lui permet de s'autoévaluer. Pour elle, ils peuvent voir leur évolution à travers les vidéos des séances, mais aussi des réactions du cheval en réponse à leurs mouvements.

Question 4 : Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?

Les trois ergothérapeutes ont pu voir une évolution des capacités des personnes prises en charge. La première a pu constater une amélioration de la marche, de la commande motrice, du moral, etc. et un renforcement musculaire qui n'épuise pas le corps. La deuxième a pu observer une personne dystonique plus calme à cheval, une personne être de moins en moins encadrée et une autre avoir amélioration du quotidien du fait de ne pas être restée enfermée. Elle a pu aussi voir une amélioration de l'équilibre, de la motivation, une valorisation des capacités et un gain de confiance en soi. La troisième, quant à elle, fait régulièrement un retour aux médecins pour montrer les bénéfices de la prise en charge notamment au niveau de la marche, de la confiance en soi, du maintien à cheval, des fonctions cognitives, des fonctions motrices, de la valorisation des capacités et tous les bénéfices qui découlent de la remise en mouvement.

Question 5 : Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

Les trois ergothérapeutes ont pu observer une évolution des personnes. La première a pu noter qu'une patiente a repris un emploi aidé autour des animaux, a pu avoir une amélioration concernant ses prises de décision et d'initiative dans sa vie quotidienne. Et, même si cela ne se transposait pas par la suite dans la vie quotidienne, une patiente a pu marcher une vingtaine de mètres à côté du cheval. La deuxième pense que toutes les sensations proprioceptives permettent un gain de confiance, la valorisation et la prise de confiance, une amélioration de l'équilibre

assis… Et pour elle, inconsciemment cela peut se transposer dans les activités de la vie quotidienne et améliorer la qualité de vie. Malgré le cadre, la monitrice essaie de responsabiliser les patients et l'ergothérapeute pense qu'en poursuivant les activités les personnes pourraient avoir une amélioration de l'indépendance dans leurs choix, leurs prises de décision, leur confiance, l'affirmation et l'image de soi. Pour la troisième, lorsque les patients prennent confiance en leurs capacités pour utiliser le membre supérieur lésé, pour faire un transfert cheval, pour marcher, etc. cela peut se transposer dans leur vie quotidienne. Elle essaye aussi de les responsabiliser et leur permettre de prendre des initiatives. Ces évolutions peuvent se voir à travers divers actes durant les séances. Elle pense que le changement le plus important pour les personnes est la valorisation des capacités et de l'image de soi.

Pour les trois ergothérapeutes, cette activité participe à la rééducation et est à mettre en lien avec les autres prises en charge et tout ce qui peut influer sur la personne. Les première et troisième affirment qu'elles mettent en lumière les capacités de la personne et font le lien avec leur quotidien. Ainsi, une amélioration des capacités motrices du membre supérieur lésé d'une personne peut lui permettre d'être plus indépendante dans les activités de la vie quotidienne.

5. Discussion

Ma question de recherche m'a permis de définir trois concepts théoriques et de les développer. Une matrice a été créée à partir de ces concepts et m'a permis d'établir une trame pour les entretiens réalisés précédemment. Les résultats ayant été analysés, il convient maintenant de les rapprocher avec chaque concept et de les confronter avec les indices présents dans chaque matrice.

5.1 Liens avec la problématique théorique

5.1.1 Le modèle de l'occupation humaine

Être : Les personnes prises en charge à l'aide des chevaux en ergothérapie sont à l'origine de la demande. Il semble important que la demande de faire l'activité vienne de la personne afin qu'elle puisse y adhérer. On voit donc l'apparition de la motivation à faire l'activité, partie intégrante de la volition. Le fait d'être volontaire pour faire cette activité et de prendre l'initiative de la faire montre qu'il y a un intérêt pour le cheval. Il n'est pas certain que les personnes soient conscientes de leurs capacités à faire cette activité ni que leurs objectifs soient en adéquation avec celles-ci. Néanmoins, le patient peut participer à l'élaboration d'objectifs avec une progression dans la séance, sans mise en échec, et la possibilité de mettre en place des exercices permettant de s'autoévaluer. L'habituation est perçue à travers l'habitude qu'ont certaines personnes de se lever tôt pour ne pas manquer la séance par exemple. En retour, les patients semblent dans l'ensemble apprécier ces activités et être satisfaits.

Environnement : Ces activités sont réalisées en général dans des lieux qui puissent accueillir des chevaux. Cela peut être des clubs, centres équestres ou des structures construites expressément pour des activités thérapeutiques. Ces activités nécessitent un cadre physique et social défini comme la sélection des chevaux, la durée des séances et la fréquence de celles-ci. Dans un premier temps, elles se déroulent en manège car ce lieu fermé est plus rassurant. Si le lieu est adapté et si le patient en a les capacités et en manifeste le désir, des promenades en extérieur peuvent être envisagées. En fonction des capacités des personnes, l'activité se fait individuellement, ou en groupe de quatre personnes, maximum. Dès que l'activité se fait en groupe, des accompagnateurs sont présents afin d'aider lors

de cette activité. Une convention avec les structures peut même être signée afin d'être sûr qu'au moins un accompagnant sera présent avec le patient.

Agir : pour pouvoir monter à cheval, certaines habiletés sont nécessaires. Il faut pouvoir tenir et gérer son équilibre assis au niveau du bassin, pouvoir se réajuster, pouvoir se tenir avec une main au niveau d'une poignée. Il semble aussi important de prêter attention aux capacités d'attention et de concentration de la personne afin de pouvoir gérer la fatigabilité. En revanche, certains paramètres empêchent la pratique de l'activité à cheval. L'allergie aux poils de chevaux ou la présence de plaies ouvertes contre-indiquent la mise en place d'activité à l'aide de chevaux, car cela mettrait en danger le patient. D'autres activités autour du cheval seront mises en place si le patient présente une diminution trop importante de la force musculaire. Les habiletés de la personne se voient à travers divers exercices ou comportements lors de l'activité.

Au niveau de leur performance occupationnelle, il y a présence d'un rendement observable dans l'activité, car il y a une évolution des capacités pour cette activité. Par exemple le cheval calme les personnes, elles ont de moins en moins besoin d'encadrement au fil des séances, l'assise dynamique du cheval permet aux personnes de se redresser, elles sont capables de faire part de leurs sentiments, elles ont une amélioration du maintien à cheval en fin de séance, de la mémorisation d'informations, de la prise de décision, elles arrivent à se tenir avec les deux mains malgré le membre lésé ou à avoir un mouvement d'épaule suffisant pour diriger le cheval, elles se dirigent d'elles-mêmes vers le cheval pour le préparer, etc. Cette activité leur permet d'être actifs et de ne pas rester enfermés dans leur studio. La relation avec le cheval permet une prise de confiance. Ces évolutions peuvent être appréciées et valorisées à l'aide de vidéos, les patients se rendent compte qu'ils peuvent contrôler un animal imposant et la moindre de leurs actions va influencer le cheval.

Les personnes sont engagées, motivées et impliquées pendant l'activité. Les ergothérapeutes font en sorte qu'elles restent actrices de leurs prises en charge. La motivation n'est pas toujours présente au début, mais elle apparait souvent par la suite, notamment car ces activités font sortir les personnes des centres dans lesquels elles sont. Cette activité a une signification plus ou moins importante en fonction des personnes.

Devenir : Cette activité permet une évolution de l'identité occupationnelle, car elle change de la rééducation en centre et elle prend en compte les expériences de chaque personne et ce qu'elle souhaite devenir à travers son projet de vie. La prise en charge est centrée sur la personne. L'activité inclut la compétence occupationnelle à travers la prise en compte des valeurs de la personne. L'activité permet le maintien d'une routine grâce à la régularité des séances et entraîne un sentiment de contrôle, d'accomplissement et de satisfaction grâce à la réussite du contrôle du cheval.

L'évolution est constatée à travers le dynamisme, la motivation et la satisfaction que procure le contact avec l'animal. L'activité a permis l'amélioration et le développement de compétences comme la marche, le passage du pas, le déroulement du bassin, la commande motrice, l'amplitude articulaire ou la sensibilité au niveau du membre supérieur. Elle a aussi permis une amélioration du moral, de l'investissement, de la confiance en soi, de l'image de soi, de la responsabilisation, de la prise de décision, d'initiatives et du dynamisme. Cette activité permet de se remuscler sans épuiser le corps et permet donc aux personnes d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne même après une séance. Les sensations proprioceptives que procure le cheval permettent d'améliorer l'équilibre assis et de le transposer inconsciemment dans les la vie quotidienne. Toutes ces évolutions permettent une amélioration de la qualité de vie. Les ergothérapeutes doivent valoriser les capacités observées lors des séances et de faire le lien avec les activités de la vie quotidienne. Toutes ces évolutions s'adaptent ensuite à l'environnement de la personne à travers le transfert des acquis dans la vie quotidienne : c'est l'adaptation occupationnelle.

5.1.2 Le potentiel thérapeutique de l'activité

Dimensions subjectives : L'adhésion et la motivation des patients sont importantes afin de prendre du plaisir au cours de cette activité, d'être engagé et d'avoir une interprétation positive de l'activité. Le choix de l'activité vient d'eux. Cette implication permet d'être acteur de sa prise en charge, de comprendre son intérêt, de pouvoir s'autoévaluer et voir ses progrès. La mise en place d'objectifs adaptés permet une évolution pendant la séance et évite la mise en échec. L'implication pendant l'activité se voit à travers diverses actions, si un manque d'adhésion se fait sentir, une autre cause doit être recherchée. Les retours sont le plus souvent positifs, les personnes sont satisfaites et prennent conscience de leurs capacités.

Les séances permettent de changer le quotidien des personnes d'autant plus lorsqu'il y a présence d'un essoufflement thérapeutique. Ces activités semblent être productives car le dynamisme, la motivation et les sensations proprioceptives impliquées par le mouvement du cheval ou les exercices proposés entraînent l'amélioration de compétences. Entre autres, les ergothérapeutes ont pu observer l'amélioration des capacités motrices du membre supérieur, de la marche, de l'équilibre, du moral, des fonctions supérieures, de la prise de décision ou d'initiative et des capacités pour effectuer les transferts. L'amélioration des capacités à cheval permettent une prise de confiance, une meilleure affirmation et image de soi. Ces capacités peuvent se transposer inconsciemment dans la vie quotidienne et entraîner un changement dans les habitudes de vie et une évolution de la qualité de vie. Les patients prennent conscience de leurs capacités car chacun de leurs mouvements a une incidence sur le cheval, ils ont une amélioration de leur maintien à cheval au fil des séances et ils sont capables de diriger un animal à l'aide de leurs membres supérieurs. Les séances peuvent être filmées afin que la personne puisse voir son évolution. Cette valorisation permet une prise de confiance. Toutes ces composantes rendent l'activité attrayante pour les personnes.

Dimensions contextuelles : au niveau spatial et temporel, le cadre de ces activités est défini à travers le lieu où est réalisée l'activité (écuries, centre équestre), l'endroit où elles sont réalisées (manège ou extérieur), la durée de la séance, le matériel adapté utilisé et la fréquence des séances. Ce cadre est différent en fonction des structures, des objectifs et des capacités des personnes. Au niveau socio-culturel, cette activité est faite en individuel ou en groupe avec la présence ou non d'accompagnants. Les prises en charge des patients au sein des structures font partie de leurs habitudes de vie et sont aussi à prendre en compte.

Pertinence : l'ergothérapeute définit en général des objectifs de prise en charge en amont et en fonction de l'évolution du patient. Les objectifs sont les mêmes qu'en ergothérapie « classique », mais le moyen utilisé pour répondre à ces objectifs est l'activité à l'aide du cheval. La finalité de la prise en charge est d'améliorer le quotidien des personnes. Les capacités et les compétences de la personne doivent être prises en compte lors de la mise en place du cadre, du nombre d'accompagnants et des exercices. Le type de handicap, la force musculaire et l'équilibre sont des points importants à ne pas négliger. Les objectifs peuvent se situer sur le plan moteur et cognitif, par exemple ils peuvent concerner

le renforcement musculaire progressif à l'aide des mouvements du cheval, l'intégration du membre supérieur, la dissociation des ceintures, le schéma corporel, la marche, l'équilibre, la confiance en soi à travers la valorisation des capacités, le plaisir, le changement par rapport à la routine, etc. La relation thérapeutique est organisée grâce à l'écoute du patient et une relation de confiance s'installe. L'ergothérapeute se doit aussi de définir des objectifs adaptés après avoir fait un bilan et un diagnostic de la situation. Il doit en permanence s'ajuster, mettre en place des adaptations, être attentif au positionnement et au bien-être de la personne et de faire le lien entre les capacités obtenues à cheval, les activités de la vie quotidienne et les autres prises en charge du patient. Concernant le cheval, l'ergothérapeute doit être à l'écoute de son cheval, gérer une cavalerie, instaurer une relation de confiance entre le patient et le cheval. En outre, l'ergothérapeute doit être formé à l'équitation, connaître le fonctionnement du cheval et du cavalier valide à cheval avant de mettre une personne en situation de handicap à cheval. Si l'ergothérapeute n'est pas formé dans ce domaine-là, la présence d'un moniteur d'équitation sensibilisé au handicap est nécessaire. L'ergothérapeute doit donc avoir un minimum d'appétence pour l'activité.

5.1.3 Concept d'indépendance et d'autonomie

Indépendance : l'amélioration de l'indépendance est constatée à travers différents éléments. Tout d'abord par une évolution de la personne lors des activités avec les chevaux. Certaines personnes sont capables de marcher à côté du poney alors qu'ils ne le faisaient pas auparavant, d'autres vont être capables d'effectuer le pansage à l'aide de leur membre hémiplégique ou de voir une amélioration de leur maintien à cheval au fil des séances. Ces activités permettent l'amélioration des capacités fonctionnelles (marche, déroulement du bassin, passage du pas, équilibre, commande motrice et amplitude articulaire du membre supérieur, sensibilité et intégration du membre supérieur dans le schéma corporel, dissociation des ceintures…) et neuropsychologiques de la personne, nécessaires à l'indépendance. Les sensations proprioceptives que procure le cheval permettent de se remuscler sans épuiser le corps et permettent donc à la personne de faire ses activités de la vie quotidienne, même après une séance. Les compétences acquises durant les séances sont à valoriser par l'ergothérapeute afin que la personne puisse prendre confiance en ses capacités et les transposer par la suite dans ses activités de la vie quotidienne. Par exemple, une amélioration de l'utilisation du membre

supérieur lors du pansage peut permettre une amélioration de son utilisation dans les activités de la vie quotidienne, ou, une amélioration de la marche peut permettre l'utilisation d'aides techniques différentes, ou encore les transferts sur les chevaux permettent de prendre confiance pour les autres transferts. Tous ces éléments peuvent entraîner une évolution de la qualité de vie. Concernant la vision sociale de ce concept, l'interdépendance peut se traduire par la relation avec l'ergothérapeute ou le moniteur, qui évolue au fil des séances. L'aide apportée par celle-ci devient de moins en moins importante pour laisser la personne devenir autonome.

Autonomie : l'autonomie de la personne se construit au fil des séances. Premièrement le choix de l'activité et la demande de la faire vient de la personne, ce qui prouve sa capacité à prendre des initiatives. Lors de ces activités, les ergothérapeutes ont, de plus, observé une amélioration du moral, de l'investissement, du dynamisme, de la prise d'initiatives, de décisions, de l'affirmation, l'image et la confiance en soi.

L'implication durant l'activité leur permet d'être actifs, de s'autoévaluer et de se responsabiliser, pour ensuite être capables de se débrouiller seuls sans indications.

L'activité peut être parfois faite en groupe ce qui implique la prise en compte de l'autre pendant l'activité et donc la socialisation.

Au fur et à mesure, les personnes prennent l'initiative de dire bonjour, de demander comment va l'ergothérapeute ou le cheval et de préparer spontanément leur cheval sans consignes particulières. Ceci montre que les codes sociaux se mettent en place. Ils sont aussi capables d'exprimer leurs peurs, envies, mécontentements ou besoins, mais aussi de proposer des activités.

Cette autonomisation permet d'observer un changement dans les habitudes de vie de la personne et se voit à travers diverses actions ou comportements comme la reprise d'un emploi par exemple.

5.2 Synthèse des résultats

L'objectif de mon étude était de savoir dans quelle mesure la prise en charge en ergothérapie avec le cheval pouvait améliorer l'indépendance et l'autonomie des personnes post-AVC. Ma question de recherche était : Comment l'ergothérapeute peut-il améliorer l'indépendance et l'autonomie des personnes post-AVC dans les activités de la vie quotidienne au travers d'activités thérapeutiques avec le cheval ?

Les résultats ont montré que l'activité à l'aide du cheval pouvait être utilisée comme moyen lors de la prise en charge des personnes post-AVC en ergothérapie. L'ergothérapeute, après avoir effectué un diagnostic sur la situation, met en place divers exercices ou activités afin de répondre à des objectifs définis en amont. La finalité de la prise en charge semble être d'améliorer le quotidien des personnes soit en termes de gain en autonomie et indépendance, soit en termes de prise de plaisir lors d'une activité. Les ergothérapeutes m'ont fait part de l'amélioration des capacités sensorielles, sensitives, motrices, sociales, cognitives et émotionnelles à travers les activités thérapeutiques à l'aide de chevaux. De plus, les recommandations de la HAS sur la prise en charge des personnes post-AVC, présentées dans ma problématique pratique, sont bien respectées à travers les activités avec le cheval.

Les mots qui ressortent le plus lors de ces trois entretiens sont : cheval, activité, patient, objectif, marcher, équilibre. La marche et l'équilibre ressortent comme des éléments importants lors de ces activités. Un minimum d'équilibre assis est un prérequis à l'activité, et l'amélioration de la marche et de l'équilibre après ces activités semble être un élément en commun entre les trois entretiens.

Les déficiences qui découlent de l'AVC sont différentes en fonction des personnes. Néanmoins, les activités à l'aide des chevaux ont permis à ces personnes d'être valorisées et de ne plus avoir la sensation d'être en situation de handicap en présence du cheval. Ces activités ont donc amélioré la confiance en soi, l'image de soi et l'affirmation de soi pour ces personnes. Lorsqu'il y a présence d'un essoufflement thérapeutique, cette activité semble être une solution, à condition d'être pertinente, afin d'effectuer un changement dans le quotidien de la personne et procurer à nouveau du plaisir.

Ces activités semblent donc améliorer l'indépendance et l'autonomie des personnes grâce à l'amélioration de capacités décrites ci-dessus et à leur motivation. En revanche, on ne peut pas connaître l'impact de ces activités sur la personne. En effet, les personnes ont, en plus de ces activités, d'autres prises en charge au sein d'institutions ou en libéral. On ne peut donc pas quantifier l'impact qu'ont ces activités sur l'évolution des personnes ou sur le transfert des acquis dans leur vie quotidienne. De plus, aucune évaluation ne semble être réalisée par les ergothérapeutes avant, pendant ou en fin de prise en charge à l'aide de ces activités.

Il semble primordial de souligner l'importance d'un travail pluridisciplinaire lors de la prise en charge des personnes ayant subi un AVC. Les activités à l'aide des chevaux sont un moyen de rééducation et de réadaptation et font partie des nombreuses activités thérapeutiques élaborées lors d'une prise en charge pluridisciplinaire. Elles ne peuvent donc pas se substituer aux prises en charge dites conventionnelles.

Ces résultats obtenus au terme de mes entretiens coïncident avec les résultats des études présentées dans ma problématique pratique.

5.3 Autocritique et limites de l'étude

Au niveau de la population cible, trois ergothérapeutes diplômées d'état et utilisant des activités à l'aide des chevaux auprès de personnes post-AVC ont été interrogées. Néanmoins, des différences importantes sont à noter. Une des ergothérapeutes a créé l'association dans lequel elle exerce. Elle est donc très impliquée dans ses prises en charge et est convaincue de leurs intérêts. La première utilise ces activités depuis peu. En revanche, la deuxième n'aime pas les chevaux et fait cette activité uniquement pour faire plaisir aux résidents. Malgré des similitudes, le discours de la deuxième ergothérapeute diffère des deux autres car, n'étant pas impliquée personnellement dans ces activités, elle a une vision différente. Les trois entretiens ont été enrichissants car les ergothérapeutes ont des visions différentes et travaillent dans des structures ou institutions distinctes. De ce fait, les résultats sont intéressants, mais ont pu être plus difficiles à analyser.

La méthode utilisée est une méthode qualitative. Ces activités sont peu utilisées et développées en France. Les difficultés pour trouver des ergothérapeutes les utilisant auprès de personnes post-AVC me montrent que le choix de la méthode a été pertinent. Cette méthode a de plus permis, à l'aide d'une trame d'entretien identique pour les trois ergothérapeutes, de comparer leurs avis et pratiques. Pour des raisons de distance géographique, seul un des trois entretiens a pu se réaliser en face à face. Les deux autres ont été réalisés par téléphone. Les entretiens téléphoniques ont été aussi enrichissants que celui réalisé en face à face, néanmoins, le langage corporel, non présent par téléphone, peut parfois apporter certaines informations complémentaires.

Aucune trame d'entretien validée n'existe déjà sur le sujet. Je me suis donc appuyée sur des concepts et théories afin d'établir celle utilisée lors de mes

entretiens. Malgré cette trame, les ergothérapeutes ne répondent pas forcément aux questions posées et expriment plutôt ce qui leur paraît important de savoir sur leur pratique. Même si ces informations sont intéressantes, elles ne sont pas forcément pertinentes pour ma recherche. Je me suis donc demandée si mes questions étaient assez précises. L'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne sont un vaste sujet. Il est donc difficile de cibler davantage la recherche. En revanche, ma question de recherche aurait pu être plus centrée sur l'amélioration d'une capacité en particulier, par exemple l'amélioration de l'équilibre ou de la motricité du membre supérieur à l'aide d'activités avec le cheval.

De plus, au fil de mes entretiens je me suis aperçue que mes deux dernières questions entraînaient des réponses similaires. Ces deux questions auraient pu être regroupées afin d'éviter cet effet de répétition.

J'ai remarqué lors de mon deuxième entretien que mes questions pouvaient orienter les réponses. Au début de ce deuxième entretien, l'ergothérapeute m'informe que pour elle cette activité est réalisée uniquement pour faire plaisir et en aucun cas pour un quelconque gain en autonomie ou indépendance. Néanmoins, au fil de l'entretien, son discours change et elle finit par me dire que cette activité permet un gain en autonomie et indépendance. Je pense donc que mes questions ont orienté ses réponses, ce qui est un biais à ma recherche.

Concernant l'analyse des résultats, le choix des concepts théoriques me semble pertinent car ces concepts m'ont permis d'analyser les résultats et de faire le lien entre la pratique et la théorie. Néanmoins, la qualité de vie est un élément qui ressort de mes entretiens et aurait pu être utilisée dans mes concepts théoriques.

Les ergothérapeutes n'utilisent pas ces activités uniquement pour les personnes post-AVC. Ce n'est d'ailleurs pas l'utilisation la plus fréquente. Leurs réponses ne sont donc pas forcément représentatives pour cette population.

5.4 Apports personnels du travail

Ce travail m'a apporté beaucoup de connaissances sur l'AVC, sur les recommandations de la HAS spécifiques à cette pathologie, la prise en charge en ergothérapie auprès de personnes atteintes de troubles neurologiques, et sur les effets que peut avoir l'activité avec le cheval sur des personnes en situation de handicap en général.

La confection d'une trame d'entretien fidèle aux matrices théoriques, puis l'analyse des résultats à travers les concepts théoriques m'ont permis de comprendre le lien qui pouvait être fait, à travers le discours des ergothérapeutes, entre les différents concepts ou modèles et la pratique en ergothérapie.

Tout au long de ce travail, j'ai respecté une méthode précise et ai fait preuve de rigueur. La gestion du stress et l'organisation ont aussi été nécessaires afin de pouvoir mener au mieux cette recherche et assurer le bon déroulement des différents partiels ou stages.

Ce travail a été très enrichissant pour moi, j'ai pu améliorer mon anglais professionnel, apprendre comment rechercher des données probantes et des articles scientifiques, développer mon esprit critique et découvrir de nombreuses choses lors de mes recherches.

L'importance de la recherche se basant sur des articles scientifiques tout au long de ma vie professionnelle future m'apparait aujourd'hui comme essentielle.

De plus, lorsque j'ai présenté le sujet de mon mémoire aux ergothérapeutes interrogées pour mes entretiens, plusieurs d'entre elles m'ont demandé de leur envoyer mon mémoire une fois rédigé car le sujet les intéresse. Ce qui m'a conforté dans le choix de mon sujet.

5.5 Perspectives de recherche

Si ces activités étaient plus utilisées et développées auprès des personnes post-AVC, je pense qu'il serait intéressant de réaliser une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire précis diffusé à plusieurs ergothérapeutes. Cela permettrait d'avoir une vision plus représentative de l'effet que peuvent avoir ces activités auprès de cette population. Il me paraît aussi intéressant d'interroger les patients pour avoir leur ressenti, ou leurs proches afin de savoir s'ils voient une différence d'indépendance et d'autonomie depuis la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques utilisant des chevaux.

Ces activités semblent être plus développées dans d'autres pays, interroger la pratique d'ergothérapeute dans ces pays pourrait compléter les connaissances sur le sujet. Aussi, je pense nécessaire, à terme, de pouvoir comparer les objectifs de prise en charge et les effets de ces activités auprès des personnes post-AVC avec ceux réalisés et observés auprès de personnes atteintes d'autres troubles neurologiques comme la sclérose en plaques ou la paralysie cérébrale par exemple.

J'ai constaté que l'on ne peut pas montrer si les améliorations observées viennent des activités utilisant les chevaux ou viennent de paramètres extérieurs. Il me semble donc très intéressant de réaliser une étude clinique avec un groupe contrôle pris en charge uniquement à l'aide de thérapies conventionnelles et un groupe expérimental pris en charge en plus à l'aide d'activité thérapeutique utilisant les chevaux. Pour plus de crédibilité, il sera primordial d'évaluer les évolutions à l'aide de bilans validés et standardisés pour l'ensemble des participants, au début, au milieu puis à la fin de la prise en charge. Des bilans pourront être faits pour évaluer l'équilibre, la marche ou la fonction du membre supérieur par exemple. Mais il me semble important que l'indépendance et l'autonomie soient évaluées, à l'aide d'échelles validées. Ce type d'étude auprès de personnes post-AVC a été très peu réalisée. Afin de voir le réel impact de ces activités sur des personnes post-AVC, il me semble nécessaire que plusieurs études cliniques soient menées.

Conclusion

Comme évoqué en introduction, l'accident vasculaire cérébral, avec 130 000 nouveaux cas par an en France, représente la 1ère cause de handicap acquis de l'adulte, ce qui en fait un problème de santé publique. Cette pathologie, régulièrement prise en charge par les ergothérapeutes, entraîne une diminution de l'indépendance, de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes. A l'aide de la stimulation de la plasticité cérébrale, la finalité de la prise en charge en ergothérapie est de réduire la dépendance et de favoriser la reprise de l'autonomie. La récupération étant propre à chacun, il est nécessaire que ces personnes aient une prise en charge pluridisciplinaire. D'après plusieurs études, l'utilisation du cheval permet l'amélioration de l'estime de soi, des capacités motrices et fonctionnelles des membres supérieurs et inférieurs, de l'équilibre, de la marche et permet une diminution de la spasticité.

Il est pour moi intéressant de rechercher comment de nouvelles thérapies multiplieraient les chances de récupération des personnes. L'utilité de mon travail était, à travers ma question de recherche, de savoir dans quelle mesure la prise en charge avec des activités utilisant le cheval en ergothérapie pouvait améliorer l'indépendance et l'autonomie de ces personnes. Pour répondre à ma question de recherche, j'ai utilisé une méthode qualitative basée sur des entretiens auprès d'ergothérapeutes utilisant ces activités, avec cette population. À travers l'analyse des résultats et la mise en lien avec la théorie, j'ai collecté des informations en faveur de l'amélioration des fonctions cognitives, sensorielles, motrices, relationnelles et psychologiques, grâce à ces activités. Ces améliorations sont essentielles pour le développement de l'indépendance et l'autonomie, c'est pourquoi l'ergothérapeute peut utiliser l'activité avec le cheval comme moyen de rééducation et de réadaptation auprès des personnes post-AVC. Néanmoins, les effets restent à prouver et ces activités ne peuvent en aucun cas se substituer à une prise en charge pluridisciplinaire.

Je pense que ces activités mériteraient d'être étudiées davantage afin de confronter leurs réels bénéfices.

Ce travail a été pour moi très enrichissant tant sur le plan professionnel que personnel.

Bibliographie

ANAES. (2017). Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ait_recos_2006.pdf

ANFE. (2017, juillet). L'ergothérapie. Consulté à l'adresse http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession

Beinotti, F., Correia, N., Christofoletti, G., & Borges, G. (2010). Use of hippotherapy in gait training for hemiparetic post-stroke. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *68*(6), 908-913. https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000600015

Bejot, Y., Rouaud, O., Benatru, I., Fromont, A., Couvreur, G., Caillier, M., … Giroud, M. (2008). Les apports du registre dijonnais des accidents vasculaires cérébraux en 20 ans d'activité. *Revue Neurologique*, *164*(2), 138-147.

Bizier, V., Emard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Lauzon, G., & Provencher, H. (2006). Volition et motivation en santé mentale. *Le partenaire*, *13*(1), 8-15.

Bocq, C. L., Blanchard, A., Gellez, M.-C., & Schill, A. (2013). Rééducation motrice par l'équitation : à propos d'une expérience chez quatre enfants présentant des lésions cérébrales acquises. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *56*(S1), e302.

Bracher, M. (2000). Therapeutic Horse Riding: What Has This to Do with Occupational Therapists? *British Journal of Occupational Therapy*, *63*(6), 277-282. https://doi.org/10.1177/030802260006300606

Daviet, J.-C., Dudognon, P.-J., Salle, J.-Y., Munoz, M., Lissandre, J.-P., Rebeyrotte, I., & Borie, M.-J. (2002). Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. In *Encyclopédie Médico-chirurgicale* (Scientifiques et médicales). Paris : Elsevier SAS. Consulté à l'adresse http://www.em-consulte.com/article/10270/rééducation-des-accidentés-va

De Morand, A. (2014). Le patient hémiplégique. In *Pratique de la rééducation neurologique* (2éme éd., p. 1-76). France: Elsevier Masson SAS.

Fédération Nationale Handi Cheval. (2017a). Equicie – équicien(ne) – Les crins des liens. Consulté 24 août 2017, à l'adresse https://www.lescrinsdesliens.fr/?page_id=2

Fédération Nationale Handi Cheval. (2017b). Métier équicien. Consulté 24 août 2017, à l'adresse http://www.handicheval.asso.fr/equicien/

FENTAC. (2014). La thérapie avec le cheval • FENTAC • Thérapie avec le cheval - Equithérapie - Médiations thérapeutiques - Formation professionnelle. Consulté 24 août 2017, à l'adresse http://www.fentac.org/tac.php

Fery-Lemonnier, E. (2009). *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France* (Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports No. ISRN SAN-DHOS/RE-09-2-FR). Consulté à l'adresse http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf

Fondation Hippo. (2017). L'hippothérapie | Fondation Hippo. Consulté 24 août 2017, à l'adresse http://www.fondationhippo.org/hippotherapie-quebec/

Gellez-Leman, M.-C., Colle, F., Bonan, I., Bradai, N., & Yelnik, A. (2005). Évaluation des incapacités fonctionnelles chez le patient hémiplégique : mise au point. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *48*(6), 361-368. https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.03.008

Gerber, M. ., & Imhof, U. . (2007). Syndrome du déconditionnement physique et biopsychosocial après avc : modèle «PBDS» et programme de rééducation. *Kinésthér Scient*, (479), 21-30.

Hammer, A., Nilsagård, Y., Forsberg, A., Pepa, H., Skargren, E., & Oberg, B. (2005). Evaluation of therapeutic riding (Sweden)/hippotherapy (United States). A single-subject experimental design study replicated in eleven patients with multiple sclerosis. *Physiotherapy Theory and Practice*, *21*(1), 51-77.

HAS. (2012, Juin). Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. Consulté 23 août 2017, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/11irp01_synt_avc_methodes_de_reeducation.pdf

HAS. (2013). Haute Autorité de Santé - Accident Vasculaire Cérébral (AVC) - Parcours de soins. Consulté 16 août 2017, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505260/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-parcours-de-soins

INSERM. (2017a). Accident vasculaire cérébral (AVC) | Inserm. Consulté 29 janvier 2018, à l'adresse https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc

INSERM. (2017b). AVC - Accident vasculaire cérébral. Consulté 13 novembre 2017, à l'adresse https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral

Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and Application* (4ème éd.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy*, *34*(9), 572-581. https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572

Kielhofner, G., Forsyth, K., & Parkinson, S. (2017). *MOHOST* (1ère éd.). Paris: De boeck Supérieur. Consulté à l'adresse http://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353274314-mohost

Kim, Y.-N., & Lee, D.-K. (2015). Effects of horse-riding exercise on balance, gait, and activities of daily living in stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, *27*(3), 607-609. https://doi.org/10.1589/jpts.27.607

Lechner, H. E., Feldhaus, S., Gudmundsen, L., Hegemann, D., Michel, D., Zäch, G. A., & Knecht, H. (2003). The short-term effect of hippotherapy on spasticity in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, *41*(9), 502-505. https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101492

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1ère éd.). Belgique: De boeck Supérieur.

Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement : éclairage du Modèle de l'occupation humaine. In *L'activité humaine : un potentiel pour la santé* (1ère éd., p. 97-107). Paris: De boeck Solal.

Milot, M.-H., Cloutier, A.-C., Gagné-Lauzon, A., Laflamme, V., Lapointe-Tremblay, R., & Lavoie-Giguère, V. (2013). L'entraînement fonctionnel est-il supérieur à l'entraînement spécifique pour améliorer la fonction du membre supérieur atteint et la plasticité cérébrale post-AVC? *ISRN Rehabilitation*, *2013*, 1-10. https://doi.org/10.1155/2013/929758

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, & Ministère de la santé et des sports. (2010). Santé Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. *BO Santé Protection sociale*, *7*, 163-248.

Morel-Bracq, M.-C. (2009). Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner (MOH). In *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (3ème éd., p. 69-78). Belgique: De boeck Solal.

OMS. (2017). OMS | Accident vasculaire cérébral (AVC). Consulté 16 août 2017, à l'adresse http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/

Ordre des ergothérapeutes du Quebec. (2009, janvier). L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Consulté 16 août 2017, à l'adresse http://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/6-lergotherapie-et-les-accidents-vasculaires-cerebraux-avc-.html

Orsonneau, C. (2009). Potentiel thérapeutique d'activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle. *Ergothérapies ANFE*, *Hors série*, 5-52.

Oujamaa, L., Marquer, A., Francony, G., Davoine, P., Chrispin, A., Payen, J.-F., & Pérennou, D. (2012). Intérêt d'une rééducation précoce pour les patients neurologiques. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, *31*(10), e253-e263. https://doi.org/10.1016/j.annfar.2012.08.005

Peres, C. (1999). Equitation et handicap : description de la position assise et adaptations spécifiques. *Le Journal de l'Orthopédie*, (003), pp. 116 à 119.

Pierce, D. (2001). Occupation by design: dimensions, therapeutic power, and creative process. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *55*(3), 249-259.

Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation humaine* (1ère éd.). Belgique: De boeck Solal.

Proust, P., Cottalorda, J., Alamartine, E., & Gautheron, V. (2004). Apports de l'hippothérapie dans la prise en charge du handicap. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, *24*(3), 86-89. https://doi.org/10.1016/S0242-648X(04)96698-4

Rousseaux, M., Beis, J. M., Pradat-Diehl, P., Martin, Y., Bartolomeo, P., Bernati, T., … Azouvi, P. (2001). Présentation d'une batterie de dépistage de la négligence spatiale. *Revue neurologique*, *157*(11), 1385-1400.

Sève-Ferrieu, N. (2008). Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, *12*(4), 1-16.

Sève-Ferrieu, N. (2016). Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, *12*(4), 1-16.

SFE. (2017). Définition de l'équithérapie - Société Française d'Equithérapie - SFE. Consulté 24 août 2017, à l'adresse http://sfequitherapie.free.fr/spip.php?article43

Silkwood-Sherer, D., & Warmbier, H. (2007). Effects of hippotherapy on postural stability, in persons with multiple sclerosis: a pilot study. *Journal of Neurologic Physical Therapy: JNPT*, *31*(2), 77-84. https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e31806769f7

Sterba, J. A. (2007). Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? *Developmental Medicine and Child Neurology*, *49*(1), 68-73. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.0175a.x

Université Mc Gill. (2017). La plasticité des réseaux de neurones. Consulté 23 août 2017, à l'adresse http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_07/d_07_cl/d_07_cl_tra/d_07_cl_tra.html

Vulgaris Médical. (2017). Spasticité musculaire. Consulté 16 août 2017, à l'adresse http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/spasticite-musculaire

Yelnik, A., Bonan, I., & Raillon, A. (2014). Rééducation après accident vasculaire cérébral. *EM-Consulte Neurologie*, *11*(4), 1-10.

Annexes

Sommaire des annexes :

Annexe I : Le modèle de l'occupation humaine (Morel-Bracq, 2009)

Annexe II : Composantes de l'être (MOH) (Kielhofner, 2002)

Annexe III : Les dimensions de l'agir (Kielhofner et al., 2017)

Annexe IV : Le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce

Annexe V : Matrices théoriques

Annexe VI : Trame d'entretien

Annexe VII : Retranscription entretien 1

Annexe VIII : Retranscription entretien 2

Annexe IX : Retranscription entretien 3

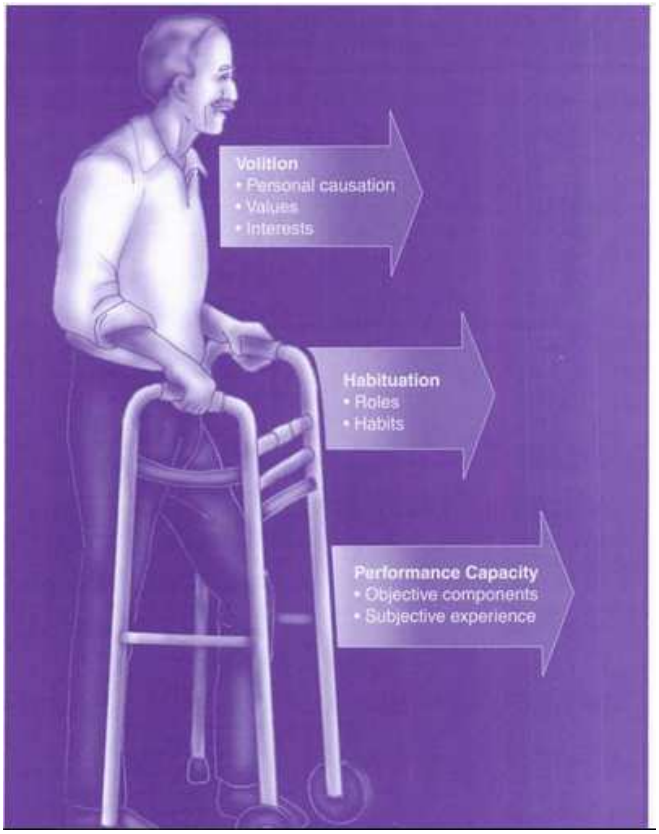
Annexe X : Tableau analyse entretien 1

Annexe XI : Tableau analyse entretien 2

Annexe XII : Tableau analyse entretien 3

Annexe I : Le modèle de l'occupation humaine (Morel-Bracq, 2009)

Annexe II : Composantes de l'être (MOH) (Kielhofner, 2002)

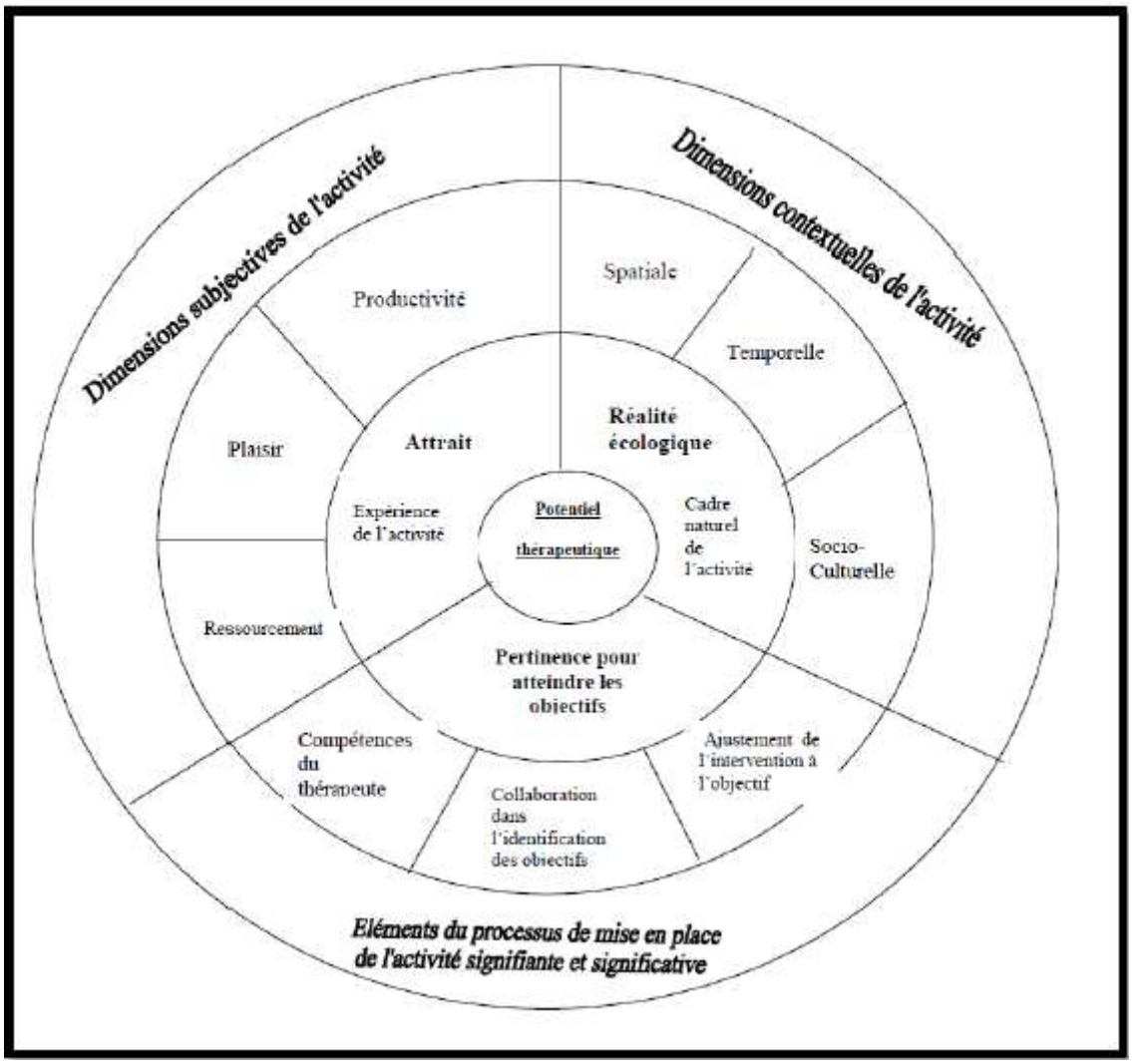


Integration of Volition, Habituation, and Performance Capacity into the Whole Person.

Annexe III : Les dimensions de l'agir (Kielhofner et al., 2017)

Dimensions de l'Agir	Exemples			
Participation occupationnelle	S'occuper de soi	Travailler comme infirmière	Entretenir son appartement	Rencontrer régulièrement ses amis
Performance occupationnelle	Se brosser les dents	Faire une injection	Passer l'aspirateur	Jouer au scrabble
Habiletés occupationnelles	Calibrer Prendre Séquencer Manipuler	Parler Prendre Séquencer Manipuler	Prendre Séquencer Manipuler Marcher	Prendre Séquencer Manipuler Parler

Annexe IV : Le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce



Annexe V : Matrices théoriques

Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner (1975)

Critères	Indicateurs	Indices	Question
Être	Volition	Motivation de faire et choisir les activités avec le cheval Conscience des capacités pour cette activité Centres d'intérêt pour le cheval	1.3 ; 3 ; 3.1 ; 3.3
	Habituation	Comportements automatiques Habitudes de vie quotidienne Rôles sociaux	4.2 ; 5.1
	Capacités de rendement	Vécu de la personne par rapport à l'activité Capacités d'atteindre ses buts en fonction de ses moyens (systèmes organiques)	3 ; 3.2 ; 3.5 ; 4.1
Environnement	Dimensions physiques et sociales	Lieu Chevaux utilisés Activité en groupe ou individuelle Professionnels présents	1 ; 1.1 ; 1.2 ; 1.4 ; 1.5
Agir	Habiletés	Les habiletés motrices (équilibre, tonus, force, motricité des membres) Les habiletés opératoires (organisation, planification, coordination) Les habiletés d'interaction et de communication	2 ; 2.1
	Performance occupationnelle	Rendement observable dans l'activité	3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.2 ; 4.3
	Participation occupationnelle	Engagement dans l'activité Engagement dans les activités de la vie quotidienne	1.3 ; 3 ; 3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 5.1 ; 5.4
Devenir	Identité occupationnelle	Évolution de l'identité occupationnelle	3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.2 ; 4.3 ; 5.1 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4

	Compétences occupationnelles	Amélioration des compétences	3 ; 4.1 ; 4.2 ; 4.3 ; 5.1 ; 5.2 ; 5.3
	Adaptation	Adaptation au contexte environnemental par acquisition de compétences nouvelles	3.2 ; 4.1 ; 4.2 ; 5.1 ; 5.3 ; 5.4

Le potentiel thérapeutique de l'activité de Doris Pierce (2001)

Critères	Indicateurs	Indices	Question
Dimensions subjectives	Plaisir	Engagement dans l'activité Interprétation de l'activité Implication dans l'activité	1.3 ; 3 ; 4.3
	Notion de productivité	Résultat de l'activité Travail fourni Reflet des capacités de la personne Rendement dans l'activité	3.2 ; 3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.3 ; 5.2 ; 5.3
	Ressourcement	Restauration du niveau d'énergie et des capacités Satisfaction des besoins primaires	3.2 ; 3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.3 ; 5.2 ; 5.3
Dimensions contextuelles	Spatial	Objets Corps dans l'espace	1 ; 1.1 ; 1.2 ; 1.4 ; 1.5
	Temporel	Structure temporelle Cycle circadien	1.4 ; 1.5
	Socio-culturel	Habitudes de vie Rôles sociaux Interactions, relations et communication	1.2 ; 1.5 ; 5.1 ; 5.4
Pertinence	Objectifs	Concordance entre moyens, objectifs, capacités de la personne et contexte Ajustement des objectifs	2 ; 2.1 ; 2.3 ; 3.2

	Relation thérapeutique	Écoute Confiance Engagement Collaboration	1.5 ; 2 ; 2.2
	Compétences de l'ergothérapeute	Analyse et mise en place de l'activité Compréhension des schémas fonctionnels de l'activité Motivation Connaissance de la personne Choix de l'activité	1 ; 1.1 ; 2 ; 2.2 ; 2.3

Concept d'indépendance de Nicole Sève-Ferrieu (2008)

Critères	Indicateurs	Indices	Question
Vision biomédicale	Indépendance	Réalisation des activités fondamentales de la vie quotidienne seul, sans aides humaines Capacités fonctionnelles et neuropsychologiques de la personne Performances Utilisation d'aides techniques	2.1 ; 2.3 ; 4.1 ; 4.2 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4
	Dépendance	Aide qualitative ou quantitative apportée par une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne Déficiences Liée au contexte environnemental	4.1 ; 4.2 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4
Vision sociale	Interdépendance	Relation réciproque et nécessaire Pourvoyeur/dépendant/objet de pourvoyance Dépendance aux autres Développement de la personnalité et de l'autonomie	1.5 ; 2.2 ; 4.1 ; 4.2 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4

Construction de l'autonomie	Conscience de soi Capacité de penser	Responsabilisation de soi même Différencier ce qui est intérieur et extérieur de soi Maitrise, contrôle des situations Capacité de penser, faire des choix, décider Connaissances de ses capacités et incapacités Liée aux fonctions exécutives	1.3 ; 2.1 ; 2.3 ; 3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.2 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4
Processus de mise en œuvre Autonomie individuelle et collective	Prise en compte de l'autre, des valeurs et des lois Loi-liberté Socialisation	Raisonnement, jugement Structure de la personnalité Passage de la dépendance à l'indépendance Lié aux Interdépendances Prendre en compte les lois sociales et les respecter Faire des choix personnels Gérer ses dépendances, interdépendances et indépendances	1.3 ; 1.5 ; 2.1 ; 2.3 ; 3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.2 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4
Manifestation de l'autonomie	Actions Comportements	Prise en compte de l'environnement Expression de ses envies/ses besoins Réponses en termes d'actions Comportements non normalisables	1.3 ; 1.4 ; 1.5 ; 2.1 ; 2.3 ; 3.3 ; 3.4 ; 3.5 ; 4.1 ; 4.2 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4

Annexe VI : Trame d'entretien

Présentation

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre métier ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
- Avez-vous réalisé des formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ?
- Quel est le type de structure dans lequel vous exercez ?
- Quel type de population prenez-vous en charge habituellement ?
- Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

Trame entretien

1 Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

1.1 Quel est le type de population concerné par ces activités ?

1.2 De quelles prises en charge bénéficient les patients au sein de votre structure (en dehors des activités thérapeutiques à l'aide du cheval) ?

1.3 La demande de débuter ces activités vient-elle de la personne elle-même ou d'une personne extérieure ?

1.4 À quel moment et à quel endroit ces activités sont-elles réalisées ?

1.5 Ces activités sont-elles faites seules ou en groupe ? Quels professionnels sont présents ?

2 Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?

2.1 Quelles habiletés sont nécessaires pour pratiquer ces activités ?

2.2 Quelles compétences spécifiques doit avoir l'ergothérapeute pour pratiquer ces activités ?

2.3 Quels sont les objectifs de prise en charge ? L'un des objectifs est-il le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?

3 Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?

3.1 Les personnes ont-elles conscience de leurs capacités ?

3.2 Ont-elles des objectifs personnels en adéquation avec leurs capacités ?

3.3 Sont-elles motivées à faire et refaire l'activité ? Fait-elle partie de leurs centres d'intérêt ?

3.4 Sont-elles impliquées lors de l'activité ?

3.5 Sont-elles satisfaites de l'activité ?

4 Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?

4.1 Avez-vous pu observer ou évaluer une évolution des capacités de la personne lui permettant d'être plus indépendante et autonome ?

4.2 Ces activités ont-elles permis la mise en place de capacités pouvant se transférer dans les activités de la vie quotidienne ?

4.3 Quels sont les résultats obtenus de votre point de vue ? Et du point de vue du patient ?

5 Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

5.1 L'acquisition de nouvelles compétences a-t-elle permis un transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?

5.2 Au fil des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux, les personnes ont-elles développé leur conscience de soi, leur capacité à penser, à faire des choix, à prendre des décisions et à prendre des initiatives ?

5.3 Quelles sont les évolutions observables de l'indépendance et l'autonomie de la personne ?

5.4 Y a-t-il eu un changement dans les habitudes de vie de la personne ?

Annexe VII : Retranscription entretien 1

Présentation

- Quel âge avez-vous ?
  « 25 ans. »
- Quel est votre métier ?
  « Ergothérapeute. »
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
  « 3 ans (diplômée depuis 2015). »
- Avez-vous réalisé des formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ?
  « Formations à la société Française d'équithérapie et formation avec le Domaine d'Hippios pour une spécialisation sur l'autisme. Approfondissement de l'hypnose pour mettre l'hypnose en situation de relaxation à cheval pour pouvoir travailler sur des choses plus profondes notamment en ce qui concerne la psychiatrie. »
- Quel est le type de structure dans lequel vous exercez ?
  « En tant qu'ergothérapeute je travaille en EHPAD et je fais quelques séances d'équithérapie avec les personnes âgées en atelier équilibre. Et sinon je suis indépendante à mon compte, je loue les poneys à un centre équestre. »
- Quel type de population prenez-vous en charge habituellement ?

« Des personnes âgées, dont une ayant eu un AVC, des personnes atteintes d'autisme, de déficience intellectuelle, des personnes adultes avec des troubles d'ordre psychiatriques, et des personnes post-AVC. »

- Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?
  « Oui. »

Entretien

Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

« Le cadre c'est déjà nous en tant que soignants. Euh après tu as le cadre physique c'est-à-dire le manège, le cheval. Après ça dépend si c'est en individuel ou en groupe. Après si tu es en groupe, est-ce que tu prends un accompagnant ? La capacité d'attention et de concentration de ton patient, du coup la durée de ta séance, par exemple avec un enfant autiste j'ai dû réduire ma séance d'un quart d'heure parce que j'avais visé une heure et qu'il en était incapable. Donc tu vois tu as le cadre temporel, du coup voilà temporo-spatial, donc c'est l'endroit, donc ton manège. Moi personnellement je fais tout en manège c'est-à-dire que ma séance démarre, je vais avec mon patient chercher mon poney ou mon cheval et on va dans le manège. Je fais tout en sécurité dans le manège, c'est tout à l'attache dans le manège. On est dans notre carré à nous et je suis qu'avec mon poney en qui j'ai confiance et mon patient, ça m'évite des accidents. Le cheval est soit attaché soit au boxe quand on va le chercher. Je demande au patient de l'emmener, suivant comment je ressens la séance, soit je fais marcher un peu le patient avec le poney avant de le brosser s'il y a besoin de souffler un peu, de décompresser, soit je prévois aussi souvent, en fonction des capacités physiques de la personne, des chaises. Par exemple pour une personne post-AVC, si on parle de personne post-AVC avec la marche ou de personnes post-AVC sans la marche, on n'est pas dans la même situation, c'est-à-dire que là effectivement je ne peux pas emmener mon patient qui ne peut pas marcher dans le manège avec son fauteuil roulant, ça ne va pas rouler. Donc du coup, dans ce cadre-là, je vais m'adapter, quitte à me prendre un petit coin au calme pour faire le pansage avec lui. Ou pas, parce des fois ça n'a pas forcément d'intérêt, et du coup on part plus sur de l'hippothérapie, et là on a directement une mise à cheval donc, quand on a la chance d'avoir un équilève comme à Kerpape, on passe à la mise à cheval grâce à un lève-personne adapté.

Euh sinon on a des rampes adaptées, on bidouille un petit peu pour faire le transfert pour la mise à cheval. Pour ma part je n'utilise aucun matériel adapté à part un surfaix et un tapis de monte à cru. Ce n'est jamais avec une selle, car tu limites le ressenti des mouvements, dans ta selle tu absorbes les mouvements de ton cheval et du coup tu n'as pas les effets du mouvement sur le patient comme tu voudrais l'avoir. Donc c'est pour ça que je suis strictement en surfaix pour avoir justement les deux poignées qui permettent au patient de bien se tenir, ou un tapis de monte à cru. Après je me souviens que en tant que stagiaire, ma tutrice justement pour une dame post-AVC, elle avait fini par mettre la selle western pour sa séance, pour le moral, elle avait dit « aujourd'hui on va faire un petit peu en extérieur » et vu qu'on était deux… Et en fait elle avait mis la selle western et tout du long de la séance Mme X était en train de pencher, je réfléchis… De son côté non hémiplégique, elle penchait, et du coup elle mettait tout le poids dans les pieds de ce côté-là, pour le dos du cheval… Et elle avait un mal fou à se rééquilibrer de son côté hémiplégique, et elle ne sentait pas la chute venir. Donc ça allait parce qu'on était deux et qu'on a pu la rééquilibrer, mais je pense qu'on a dû la remettre en place, sur une demi-heure de balade, une bonne dizaine de fois. Donc voilà, donc c'est ça qu'il faut prendre en compte, quand effectivement tu mets sur un tapis de monte à cru, si le côté hémiplégique est tonique, il peut emmener tout l'équilibre à droite ou à gauche, et du coup il faut anticiper ça. Et je pense qu'effectivement une personne post-AVC, en réfléchissant, quand tu les mets à cheval, faut être sûr de sa capacité à tenir et de gérer son équilibre au niveau du bassin, qu'elle soit suffisamment importante si tu es toute seule. Parce que moi j'y pense maintenant parce que j'avais oublié, mais effectivement moi qui travaille seule, une personne qui n'a pas cette capacité de se réajuster, on fera quelques minutes de séances le temps bah justement de jouer, pour que plus tu travailles plus tu remuscles, du coup ça serait du progressif. Et c'est ça qu'il faut voir, tout est progressif. Après on sait que le pas du cheval imite le pas de la marche, et ça mobilise un nombre de muscles du corps affolant. Et donc comme on dit pour une personne, on le voit souvent pour les enfants IMC, plus ils en font, plus ils ont une meilleure marche, plus ça se développe, plus ça s'encourage. Et donc forcément on peut se dire que pour une personne post-AVC, on peut faire les mêmes liens. Parce que, c'est le principe de la rééducation, c'est que plus on stimule, plus ça augmente, et mieux on favorise la récupération. Donc effectivement moi je pense que pour cette partie-là ça sera du progressif. Après de

toute façon post-AVC, il y a plein de choses aussi à faire à partir du fauteuil. Parce que tout le monde n'est pas forcément capable de reprendre la marche après. Et par exemple rien qu'un pansage, tu peux faire un pansage avec une contrainte induite du bras hémiplégique pour l'encourager à utiliser le bras, soit en actif aidé au départ, en s'adaptant. En fait, transférer ta séance de rééducation de SSR avec ton cheval. »

De quelles prises en charge bénéficient les patients en plus de la prise en charge avec le cheval ?

« Il y a les kinés, le CMPP, l'orthophoniste, les structures, les institutions. Les psychomotriciens je n'en ai pas vu beaucoup après c'est peut-être la région qui fait ça. »

La demande de débuter ces activités vient-elle de la personne elle-même ou d'une personne extérieure ?

« Je pense que pour un post-AVC, souvent on est sur une personne adulte, quoique les AVC peuvent arriver plus jeunes hein, mais chez une personne adulte avec toutes ses capacités cognitives entre guillemets, il faut attendre que la demande vienne d'elle, de la personne. Parce qu'on est dans une activité ou si la personne n'adhère pas d'elle-même ça n'a pas de sens. »

Est-ce que ces personnes-là savent que vous pouvez proposer ces activités ?

« C'est vrai qu'il faudrait présenter ça entre guillemets à un SSR. Mais effectivement maintenant, je pense que beaucoup de personnes post-AVC n'imaginent pas que je pourrais les prendre en séance d'équithérapie en plus de leurs prises en charge en SSR. De toute façon je ne prendrai jamais la place d'un ergothérapeute de SSR, on est tous complémentaires, entre guillemets ce que j'obtiens en équithérapie n'est que du bénef, et que ça ne remplacera jamais un autre accompagnement. »

À quel moment et à quel endroit ces activités sont-elles réalisées ?

« Alors moi c'est un club et une écurie de propriétaire. Alors pour mes personnes âgées je suis dans des écuries du haras national. C'est des grandes écuries très larges et donc là on fait un parcours moteur, marcher en poney et on fait du pansage. »

Ces activités sont faites sur votre temps complet ou vous exercez aussi en tant qu'ergothérapeute ?

« Euh non parce que je n'ai pas de cabinet libéral en temps qu'ergothérapeute, et que je ne suis pas forcément très à l'aise en libéral en tant qu'ergo. On me demande souvent tout ce qui est enfant dyslexique, dyspraxique, accompagnement à l'école et euh ce n'est pas 1 population qui me …. Je suis moi-même dyslexique et je n'ai pas du tout envie de les prendre en charge. Et euh donc par contre à côté de ça j'ai mon 30% en EHPAD euh et un 20% donc j'ai deux EPADH et un hôpital psychiatrique dans lequel je fais des remplacements très régulièrement. Donc voilà, et donc c'est du temps partiel, donc l'équithérapie je me lance donc tu vois. »

Donc ce sont les patients que vous suivez en ergothérapie dans les centres que vous voyez en équithérapie ?

« Alors euh j'ai que mes personnes de l'EHPAD, mes quatre résidents de l'EHPAD que je vois en ergothérapie, qui sont dans mon pôle Alzheimer, que du coup je pousse en équithérapie, mais gentiment. J'essaie de pas trop mélanger bah mon travail d'ergothérapeute en structure, et mon travail d'équithérapeute, sauf si c'est proposé par euh, sauf si la demande vient des patients, et qu'ils ont cette demande de faire quelque chose avec le cheval. Bah là je leur en parlerai, mais euh c'est vrai que la position de se vendre, euh surtout que je travaille en hôpital psychiatrique en parallèle, ne me plais guère parce que le lien n'est pas le même, et la place de l'ergo en structure… Je ne voudrais pas que ça déborde et que du coup on soit plus dans un terrain institutionnel. Donc c'est là où je fais attention, et voilà quand on me demande ce que je fais en dehors de mes temps de remplacement je leur dis, je ne vais pas le cacher hein ce n'est pas euh c'est pas un secret, mais effectivement je n'encourage pas, j'n'ai pas envie que ça fasse un détournement pour des personnes qui ne sont pas forcément adaptées quoi. »

Comment les personnes que vous prenez en charge en équithérapie viennent vers vous ?

« Euh souvent c'est des personnes qui ont trouvé mon site internet, ou qui ont vu sur Facebook, ou des connaissances de connaissances. Euh par exemple, j'ai une amie qui fait de l'équitation qui m'a contactée. Le bouche-à-oreille souvent. »

Ces activités sont-elles faites seules ou en groupe ? Quels professionnels sont présents ?

« Ce sont des séances individuelles, mais la du coup pour l'EHPAD j'ai des activités en groupe, euh et donc avec des accompagnants. »

Qui sont les accompagnants ?

« Euh alors mes accompagnants c'est grand luxe, soit j'ai la psychologue, soit j'ai l'animatrice, et euh au niveau des poneys, j'ai euh donc la présidente de l'ISPE donc qui fait du cheval et de l'équitation, qui vient avec les poneys. Donc voilà ça c'est mes aides. »

Vous êtes donc trois lors des séances ?

« Euh oui trois voir même des fois quatre, des fois il y a d'autres personnes. Donc on est vraiment sur tout un aspect moteur et pas. Après ce qui n'est pas on va dire pour les personnes âgées je suis sur un aspect moteur et un aspect social, mais je ne suis pas sur un aspect psychologique ou cognitif. Oh quoique si, cognitif aussi, parce qu'on entretient aussi ces compétences. Mais euh voilà, je ne suis pas dans la même démarche, où je suis plus en cocooning quand je suis à deux, que je suis vraiment dans cette relation de confiance patient-thérapeute. Quoique que quand je suis avec mes personnes âgées voilà on est plus sur du dynamique, du on va marcher, on va promener le poney, on va aller le brosser. »

Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?

« Alors pour moi euh, pour une activité pour une personne post-AVC ? »

Quelles habiletés sont nécessaires pour pratiquer ces activités ?

« Pour pratiquer, en amont, pour le patient, en fait je crois que c'est toujours faisable, euh, c'est juste au thérapeute de fixer des objectifs au niveau des compétences du patient. »

N'y a-t-il pas des habiletés nécessaires sans lesquelles l'activité ne pourrait pas être réalisée ?

« Ben est-ce que l'objectif est de monter ? Si l'objectif est de monter à cheval et d'avoir un travail sur le tonus et la posture, euh effectivement je vais demander à ce que mon patient ait un minimum récupéré de l'équilibre. Parce que ben je ne vais pas pouvoir tenir, surtout si je suis toute seule. Je ne vais pas… euh, je vais me faire mal, je vais blesser le patient, je vais me faire mal, je vais blesser mon cheval, ça ne sert à rien [rires]. Mettre tout le monde en danger ça ne sert à rien, et effectivement si l'objectif c'est de le faire monter à cheval, je pense qu'effectivement il faut soit que j'ai plus de personnes pour encadrer, c'est quasiment une personne de chaque côté, soit que son équilibre soit déjà bien stabilisé et qu'il puisse de lui-même se rééquilibrer. »

Quelles compétences spécifiques doit avoir l'ergothérapeute pour pratiquer ces activités ?

« Être à l'écoute d'elle-même et ne pas viser trop gros [rires] et être capable de s'adapter tout le temps. C'est-à-dire que bah finalement le physique il est mieux, et on se rend compte que bah l'objectif c'était de monter à cheval, mais qu'aujourd'hui c'est une catastrophe, qu'il essaie de se mettre debout, il essaie de faire quoi que ce soit, il est en train de vaciller… Bah tant pis on fera autre chose, on s'adapte. Donc l'adaptation elle est primordiale, mais en ergothérapie aussi. »

Pensez-vous qu'il est important de savoir monter à cheval ?

« Euh monter à cheval c'est pas primordial, mais il faut avoir une lecture de son Cheval. C'est-à-dire qu'il faut pouvoir anticiper et savoir lire ce que ton cheval est en train de te dire. Cas concret, hier euh justement, quand mon petit patient commençait à être trop agité, à bouger dans tous les sens, c'était plus gérable. Mon poney commençait à chasser des fesses, a essayé de me mordiller la main, sans me mordre, mais me faire des petits appels. Et là c'est pour ça que j'ai mis fin à la séance. Et je me suis dit « ah stop là on est en train de faire des bêtises. » D'une ça sert à rien, que je bloquais mon poney, et mon poney du coup a eu des gros câlins après, et plus le patient montait en pression donc on arrête là. C'était très bien pour ce qu'on a fait, on a fini sur un beau câlin, voilà que des choses positives. Mais euh faut savoir être à l'écoute du poney et en fait qui souvent traduit que ça ne va pas non plus pour le patient. Et puis après ben si tu t'installes chez toi il faut aussi pouvoir gérer une cavalerie. »

Le poney utilisé est toujours le même ?
« C'est euh j'ai des poneys favoris. Ce n'est pas toujours les mêmes pour ne pas saturer non plus. »

À qui appartiennent les poneys ?
« Alors hum il y a deux choses, euh en écurie, dans le centre équestre, effectivement que les poneys du club et puis les chevaux du club. Donc là c'est pour ça que je vois souvent avec le moniteur s'ils ont déjà travaillé avant pour ne pas non plus qu'ils soient déjà fatigués ou saturent. Et moi je m'adapte, je prends, voilà, lui il sait que pour tel patient je vais toujours prendre un tel, bah il ne va pas le prendre juste l'heure avant pour que le poney puisse souffler qu'il ne fasse pas la râpe. Et euh, mais bon sinon après j'ai mon cheval à moi qui est dans une écurie de propriétaire et donc là aussi mon cheval participe. Il fait quelques séances de relaxation, mais je le prends que pour des personnes avec des capacités motrices. »

Et dans ces cas-là, les personnes dirigent seules le cheval ?
« Euh souvent c'est plus, quand je parle de capacités motrices, euh souvent le problème est plutôt psy, et du coup on est plus sur de la relaxation, des temps d'échange, de réassurance. Donc, les lâcher, ça peut arriver, mais c'est souvent plus du travaille à pied avec le cheval qui suit, travail monte relaxation et détente lâcher prise. »

Quels sont les objectifs de prise en charge ? L'un des objectifs est-il le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?
« Bah oui effectivement ça peut être effectivement un très bon objectif, parce que les objectifs qu'on va mettre en place ça va être suivant là où ils en sont rendus eux dans la rééducation. Mais par exemple, si on veut parler de la marche, si on veut travailler la marche en terrain varié, je vais l'encourager à aller promener son poney dans le manège avec le sable qui est totalement instable. On peut même partir en extérieur, des fois je peux proposer au patient de se tenir au surfaix et de marcher à côté, et du coup ça leur fait une prise stable. Et donc j'envoie le poney en marchant devant, et moi je reste bien à côté pour rassurer tout le monde, comme ça on peut marcher un petit peu tous ensemble. Donc sur ça on peut faire du transfert des

acquis en valorisant, en disant « voilà là tu vois tu as deux appuis, tu as le poney qui marche, ton poney sert de déambulateur », donc voilà tu peux en parler. Pareil pour le pansage, le pansage au niveau de l'hygiène, « ah bah tu vois tu as réussi à frotter le cheval, jusque-là, tu t'es penché pour aller frotter ici, tu pourrais te laver les pieds, tu pourrais te frotter les cheveux ». Pleins de choses comme ça ou en fait à nous de mettre en lumière « bah tu as vu tu as réussi à faire ça, chez toi tu vas pouvoir le faire, alors que tu en es capable ici il faudrait peut-être que tu essayes ». »

Et à cheval quels peuvent être les objectifs ?

« À cheval je peux mettre plein de petits exercices de déplacements d'objets avec le bras hémiplégique. Euh après il y a des exercices aussi d'exploration visuelle, parce qu'avec un AVC souvent tu as des problèmes d'héminégligence et compagnie, euh, donc je peux mettre pleins d'objets à chercher dans mon manège, et puis du coup il faut qu'on emmène le poney ou le cheval à tel point, donc bah si en plus c'est lui qui ouvre la rêne avec… Pour moi ils sont en licol, mais même en licol ça ne m'empêche pas de mettre les rênes, il faut donc qu'ils ouvrent la main pour aller chercher, je ne sais pas, la lettre où il y a l'abeille. Aller me chercher l'abeille qui a dessus, et puis on va ramener. Après il ne faut pas être trop infantilisante parce que ça reste des personnes adultes, mais il y a moyen par le ludique de trouver plein de choses à explorer dans le manège. »

Dans tous les cas vous tenez toujours le cheval ?

« Dans tous les cas je tiens toujours le cheval, je ne lâche jamais mon cheval. Je ne lâche pas mon cheval et je marche à l'épaule de mon cheval. Après je peux me placer devant si je veux voir comment est positionné mon patient, mais voilà je … Ou alors, il faudrait que la personne ait un équilibre super, et qu'elle ait de très bonnes capacités d'orientation de son cheval dans l'espace pour que je lâche. Mais non, il faudrait vraiment que je sois hyper confiante. Non on va dire que non je ne lâche jamais mon cheval.

Les personnes ont-elles conscience de leurs capacités ?

« Non parce que la motivation rend leur vision différente. La motivation d'aller donner une carotte au poney est affolante. Et finalement, « ah bah tiens tu vas aller lui donner avec ta main gauche, ah bah tiens oh tu as réussi ». Donc ils n'ont pas

conscience de ce dont ils sont capables. Souvent en fait le dynamisme et la motivation, le contact avec l'animal, fait qu'ils développent plus de compétences. Ils ne développent pas forcément elles sont existantes, mais ils les mettent en jeux. Post-AVC des fois tu es très fatigué, tu n'as pas envie, ça change de la rééducation en salle ou on te demande de pédaler, ou on te demande de mettre le cube ou d'envoyer la balle dans un truc, c'est un peu répétitif. Et l'avantage du cheval c'est que du coup ce n'est jamais répétitif et du coup « ah bah oui j'y arrive ». »

Ont-elles des objectifs personnels en adéquation avec leurs capacités ?

« Euh souvent, bah, pour une personne post-AVC non. Clairement on a travaillé plus que ce qu'elle souhaitait réellement travailler. Elle, elle était venue pour prendre du plaisir et retrouver une capacité motrice, c'est-à-dire sentir son corps bouger. Alors effectivement c'était une dame qui marchait, mais qui marchait comme robocop. Après ces activités, elle marchait mieux, on voyait nettement un déroulement du bassin qui était plus chaloupé entre guillemets. Un passage du pas qui allait plus loin. Et puis nous on a vu aussi une amélioration au niveau de la motricité du membre supérieur, et puis le moral. Il n'y a pas à dire, au fur et à mesure que je l'ai vu le moral était en hausse. »

Sont-elles motivées à faire et refaire l'activité ? Fait-elle partie de leurs centres d'intérêt ?

« Oui, pas pour une personne post-AVC, mais pour une personne désocialisée, qui ne se gérait pas du tout dans le temps, elle avait repéré que le mercredi elle avait équithérapie. Donc le mercredi elle savait qu'on était mercredi parce qu'il y avait équithérapie. Et donc c'était son seul point de repère de la semaine. »

Sont-elles impliquées lors de l'activité ?

« Oui, les personnes sont souvent très actrices pendant l'activité. »

Sont-elles satisfaites de l'activité ?

« Oui, j'ai rarement des personnes non satisfaites. En sachant que les personnes viennent avec peu d'envie et peu d'attentes parce qu'elles ne savent pas à quoi s'attendre donc forcément… Ou alors les personnes pas satisfaites sont plus d'ordre psychiatrique. Et elles, à l'inverse, elles attendent tellement, comme si le poney allait

faire des miracles. Donc ça reste juste un moyen de soin, ça reste juste un outil comme un autre. »

Avez-vous pu observer ou évaluer une évolution des capacités de la personne lui permettant d'être plus indépendante et autonome ?

« Oui. Bah déjà il faut voir aussi le fait de faire ça à cheval, à la fois on remuscle et à la fois on n'épuise pas le corps. Parce que quand on fait que de la marche intensive, bah finalement le corps se fatigue, du coup après rentrer chez soi et se faire à manger debout, devant sa cuisine, et bah finalement c'est épuisant. Donc c'est vrai que, pour une dame, au niveau de la cuisine, j'avais beaucoup d'effets parce qu'elle avait sa séance le matin, et elle était quand même capable de cuisiner debout, alors qu'après une séance de kiné elle en était incapable. »

Ces activités ont-elles permis la mise en place de capacités pouvant se transférer dans les activités de la vie quotidienne ?

« Ouais tout à fait. Par exemple l'amélioration des capacités motrice du membre supérieur d'une dame lui a permis une meilleure utilisation dans sa vie quotidienne. »

Quels sont les résultats obtenus de votre point de vue ? Et du point de vue du patient ?

« Pour moi les résultats c'est une amélioration de la marche, une amélioration de l'amplitude articulaire au niveau du membre sup, une amélioration du moral, parce que clairement en post-AVC souvent ce n'est pas la joie. Je réfléchis encore… Qu'est-ce qu'on a d'autre comme amélioration… Ah si bah l'investissement, parce qu'elle revenait avec le morceau de pain pour le cheval pour la semaine d'après. C'était programmé quoi, donc il y avait un investissement et un dynamisme. La sensibilité aussi, car le cheval est doux, chaud. Le toucher du cheval reste quelque chose de bien particulier. Le poil est très doux, c'est une boule de chaleur. »

L'acquisition de nouvelles compétences a-t-elle permis un transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?

« Je pense que oui parce que pour une jeune dame AVC, pas tout à fait la cinquantaine, elle a repris à travailler, elle a repris un emploi aidé au final après. À

savoir que cet emploi aidé était au niveau des animaux, donc je ne sais plus exactement quoi, mais il y avait quand même quelque chose autour de prendre soin de l'autre qui était important. »

Et pour la personne âgée post-AVC, il y a-t-il eu les mêmes observations ?
« Pour la personne âgée que j'ai en post-AVC, c'est plus particulier, car on a une maladie d'Alzheimer, on a des prothèses de hanche, donc du coup oui c'est tout bénef, car c'est quand même une dame qui m'a ressorti quelque temps après « ah bah je suis déjà venu ici, ah oui effectivement c'était l'hiver dernier ». Bon par contre c'était il y a deux semaines. Mais bon c'est quand même tout bénef parce qu'on a du coup, elle marche, c'est-à-dire qu'avec moi elle marche sur une vingtaine de mètres pour promener son poney alors qu'à l'EHPAD elle fait juste le pivot, elle fait trois pas pour aller de son lavabo à ses toilettes et encore c'est très dur. Je crois que le matin même, pour la lever, les filles ont dit « oh là tu vas t'amuser c'était très compliqué ce matin ». Mais moi je suis venue et elle a promené le poney, elle a fait une vingtaine de mètres aller-retour avec un petit slalom. Mais pour cette personne c'est vrai que ces compétences ne se transfèrent pas dans sa vie quotidienne. »

Au fil des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux, les personnes ont-elles développé leur conscience de soi, leur capacité à penser, à faire des choix, à prendre des décisions et à prendre des initiatives ?
« Pour une dame post-AVC, je pense que prendre des décisions et des initiatives, je pense que oui, parce qu'elle, elle a quand même fait un sacré bout de chemin par la suite. Après entre équithérapie ou force de caractère naturelle, ça on ne le saura jamais. Après oui il y a eu quand même pas mal de progrès. »

Quelles sont les évolutions observables de l'indépendance et l'autonomie de la personne ? Y a-t-il eu un changement dans les habitudes de vie de la personne ?
« Bah du coup déjà pour une dame qui avait un mal fou pour se lever le matin depuis l'AVC, la motivation … Et que pourtant pour venir à l'équithérapie ce matin-là il n'y avait pas de soucis, elle était levée en avance, elle était prête, elle ne voulait pas arriver en retard. Et du coup preuve que ça a réussi à faire, c'est que bah du coup elle s'est remise dans la vie active malgré l'AVC. Donc effectivement je pense que oui on a eu quelque chose de positif. Après c'est ce que je dis, c'est un cas et est-

ce qu'on peut parler de la force de caractère et du côté personnel de la personne, est-ce que le cheval a été un élément déclencheur, il y a plein de choses. Je pense qu'il y a beaucoup de choses à mettre en lien et qu'il faut prendre tout ça en compte. »

Annexe VIII : Retranscription entretien 2

Présentation

- Quel âge avez-vous ?
  « 43 ans. »
- Quel est votre métier ?
  « Ergothérapeute. »
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
  « 18 ans (diplômée depuis1999). »
- Avez-vous réalisé formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ?
  « Non. »
- Quel est le type de structure dans lequel vous exercez ?
  « Foyer d'accueil médicalisé. »
- Quel type de population prenez-vous en charge habituellement ?
  « Polyhandicap à dominante motrice. À moitié IMC et à moitié séquelle AVP AVC, neurologie. »
- Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?
  « En partenariat avec ma collègue éducatrice sportive, oui. »

Entretien

Quel est le type de population concerné par ces activités ?

« À la fois des IMC, et des personnes qui ont des séquelles de trauma, AVP, trauma crânien, post-AVC. C'est plus en fonction de l'envie de la personne, et après la limite c'est le type de handicap dont elle souffre, si c'est trop difficile. Mais on peut toujours s'adapter, on peut emmener des gens juste pour faire du brossage si c'est trop difficile physiquement de l'installer sur le cheval, on peut faire que du brossage. En gros, elle a deux groupes et elle tourne sur les deux groupes. Comme on y va toutes

les semaines, ça fait une semaine sur deux pour des groupes de quatre personnes à peu près. »

De quelles prises en charge bénéficient les patients au sein de votre structure (en dehors des activités thérapeutiques à l'aide du cheval) ?

« Les autres types de professionnels qui interviennent en fait ? Euh bah on a une neuropsy et une psy à mi-temps, ça, c'est pareil, c'est ou sur prescription médicale s'il y a besoin pour faire des bilans avec la neurospy, ou sinon c'est du suivi, et la psychologue c'est du suivi aussi. Après on a une éducatrice spécialisée, une éducatrice sportive à 60%, une kiné à 20%, un aide-kiné, enfin c'est un brancardier qui est là à mi-temps, et après trois animateurs qui sont là à temps plein. Donc il y a une offre d'animation tous les jours toute l'année en fait, il doit y avoir trois jours de carence dans l'année, mais sinon il y a quelqu'un tous les jours. Et une assistante sociale en arrêt depuis 2 ans. Et on a aussi des intervenants extérieurs qui viennent pour des activités que nous on paye, donc je ne sais pas, on a quelqu'un qui va faire du djembé, on a une personne qui va faire du dessin, voilà des intervenants extérieurs. Et ils viennent en ergothérapie aussi, mais ce n'est plus de l'ergothérapie euh, analytique quoi j'ai envie de dire, je suis plus sur le versant médico-sociale. Donc je fais pratiquement que des activités en groupe, euh mes activités manuelles ce sont que des activités en groupe. Je fais de la mosaïque, je fais des ateliers cuisine, des ateliers diététiques, du dessin, on va à la piscine enfin voilà on fait des activités en groupe. Je ne fais pas de prise en charge individuelle on va dire que j'ai délégué à mon brancardier, c'est lui qui fait tout le travail des cônes, des prises, des machins, c'est lui qui fait ça. Donc je ne fais plus que ça, et je fais tout le côté social, parce que du coup chaque membre du personnel est référent, donc je suis en coréférence sur sept résidents, donc ça fait beaucoup, donc du coup ça occupe pas mal. Et si on veut arriver à faire un peu de qualité dans la prise en charge, faire des choses, faire des sorties, aller au resto, je fais des concerts je fais des choses… Donc en termes d'ergothérapie pure on va dire que j'ai évolué je me relis, je ne fais pas ce que je faisais il y a cinq ans, il y a cinq ans je ne fais pas ce que je faisais il y a dix ans. Parce que ça fait seize ans que je suis ici maintenant donc c'est pratiquement mon premier poste. Donc du coup le cheval est venu avec ma collègue qui elle, est fan de cheval, si ça n'a avait été que de moi… Voilà. Alors après ce qu'on a eu fait en termes de cheval, euh, en fait l'activité est partie d'un hasard complet,

c'est-à-dire que l'on a trouvé quelqu'un sur Paris qui a une petite association qui s'appelle l'Arse, c'est un centre de rééducation par le sport équestre, c'est une petite structure avec quatre chevaux, deux ou trois employés. On a rencontré la directrice, et on a organisé des séjours vacances. Et elle a des calèches adaptées ou tu peux monter avec les fauteuils. On a eu fait des balades en bord de seine avec la calèche et elle a un manège et on a fait de la monte. En fait les premières fois ou on a monté des résidents, parce qu'elle a tout le matériel, elle a le bras qu'il faut avec le lève malade pour prendre les gens et les mettre sur le cheval, et on a eu fait ça. On a eu fait aussi le cheval en liberté commandé par une paraplégique, par exemple, qu'on ne pouvait pas monter sur le cheval. Enfin on a fait pleins de choses qui peut être nous ont donné un début de se dire que ça pourrait être sympa. Voilà, et là nous on travaille avec un centre équestre. »

La demande de débuter ces activités vient-elle de la personne elle-même ou d'une personne extérieure ?

« Alors c'était les deux, c'est-à-dire que, bien avant l'arrivée de ma collègue, on avait une résidente, Mme X, qui souhaitait vraiment avoir un rapport avec le cheval. Donc ce qu'on avait fait avec les animateurs, c'est qu'on avait trouvé un centre équestre pas loin, et on l'accompagnait une fois par semaine prendre un cours quoi. Elle faisait deux heures de brossage et monte, mais elle était là pour le coup, c'était hémiplégique donc c'était post-AVC. C'était quelqu'un qui avait vraiment cette envie-là, donc nous on l'emmenait, on faisait de l'accompagnement particulier, euh on a eu fait ça pendant trois - quatre ans. Et après ma collègue est arrivée, et du coup on a relancé pour plusieurs, et peut être que ça a créé aussi, parce qu'elle avait pas créé d'émulation Mme X, c'était son truc, il n'y avait pas d'autres résidents ou alors il y en avait, mais ils étaient trop lourdement handicapés pour qu'on s'autorise à le faire. Ou je vois M.R qui est venu tout à l'heure, il en avait fait dans le centre pour enfant ou il était avant, c'est quelque chose qu'il avait arrêté, mais c'était quelque chose qu'il aimait bien, donc quand il a su qu'on allait peut-être en refaire, bah ouais il s'est présenté. Mais c'est à la fois une envie de la collègue et à la fois ça part en général des envies de résidents. »

Est-ce que cette activité est sur prescription médicale ?

« Ce n'est pas sur prescription médicale. Il y a une prescription de non-contrindication, le médecin intervient. Il faut un certificat médical de toute façon au début pour prendre la licence du club, donc il faut une non-contrindication à la pratique. »

À quel moment et à quel endroit ces activités sont-elles réalisées ?

« Ces activités sont faites dans un club. Une fois par semaine de 15h à 17h enfin c'est à peu près 2h – 3h, c'est quand on arrive et quand on repart. »

Ces activités sont-elles faites seules ou en groupe ? Quels professionnels sont présents ?

« C'est fait en groupe, ce n'est jamais seul. Ils sont entre trois à cinq, trois – quatre. Sur les 40 résidents, on en intéresse qu'une petite dizaine. Donc en fait elle a fait les groupes parce que moi j'y vais qu'une fois sur deux, euh, donc ces groupes sont faits de façon à ce que quand moi je vienne, c'est toujours le même groupe parce que c'est ceux qui ont le plus besoin. Donc elle a un groupe plus léger quand elle, elle est toute seule, parce que sinon elle est toute seule avec la monitrice du club. Donc là pour monter les gens dessus il y a un montoir, mais du coup, il faut juste pouvoir les aider un petit peu. Mais la semaine d'après on a M. R, ou là il faut être deux pour le tenir et l'installer sur le cheval. Donc tant qu'on n'a pas de matériel au centre équestre, quand on aura du matériel on verra peut-être je ne sais pas. Donc là pour l'instant il y a la monitrice, l'éducatrice sportive et moi, et éventuellement s'il y a des stagiaires on les envois, voilà c'est une découverte d'activité. »

Quelles habiletés sont nécessaires pour pratiquer ces activités ?

« Aucune pratiquement enfin il n'y a rien de … La seule c'est de tenir assis, tenir assis, avoir un équilibre assis quoi, un minimum. Parce que je réfléchis, les personnes qu'on emmène, oui, il faut qu'ils tiennent assis après, et qu'ils puissent se tenir avec au moins une main. Accroché la… Parce qu'en général on ne leur laisse pas les rênes, euh, donc il faut qu'ils puissent tenir la selle, donc au moins d'une main. On va dire on a une personne hémiplégique donc elle y arrive très bien. »

Qui guide le cheval ?

« C'est la monitrice qui guide le cheval avec une longe. Elle fait une seule personne sur le cheval à tour de rôle, sauf le groupe ou pour le coup elle a les gens qui se débrouillent mieux, ou là, on a deux chevaux, donc elle en met deux à la fois. Donc elle en met deux, on fait la balade ou on fait le petit jeu dans le manège, et puis on ressort. Mais en général quand moi c'est ma semaine, c'est un par un par qu'en fait on met dessus. Équilibre je te dis équilibre, mais un minimum, donc il faut être une de chaque côté, plus la monitrice, parce que c'est vite fait de tomber, surtout pour les personnes hémiplégiques. Et puis même les IMC qui ont des dystonies, des fois il y a des spasmes, ça peut partir quoi, donc, mais on y arrive, et c'est fou parce qu'on arrive à avoir des gens comme ça, qui sont au quotidien très très dystonique, et tu le mets sur le cheval et il est calme quoi, enfin ça le calme, lui ça le calme, le cheval est calme. Alors que j'ai une autre résidente qui marche, qui est par contre très instable psychologiquement, et dans ses mouvements et dans son corps, et très désinhibée, frontal, et elle arrive à énerver les chevaux c'est palpable, le cheval à chaque fois qu'elle s'approche il s'en va donc… [rire]. Donc voilà, elle, elle arrive à exciter les chevaux et les autres arrivent à les calmer. »

Quelles compétences spécifiques doit avoir l'ergothérapeute pour pratiquer ces activités ?

« Ah… Alors, je ne vais pas te dire l'amour du cheval parce que ce n'est pas vrai, je ne pense pas qu'il y ait quelque chose… Une appétence à l'activité, certes. Moi je le fais plus pour faire plaisir que … Après je le fais pour faire plaisir aux résidents parce que c'est quelque chose qui leur plait, donc je le fais malgré moi hein, mais ce n'est pas gênant. Tu vois ça me gênerait vraiment je ne le ferai pas. Euh dans la même manière que dans le poste que j'avais avant, j'ai pris un remplacement où il y avait une activité fermette. Moi je n'aime pas trop les animaux, mais j'ai vu que l'activité était présente, les gens qui en bénéficient ils trouvent ça bien, bah aller on y va hein. Euh après techniquement rien de spécial, avoir vraiment l'œil pour l'installation des personnes, vérifier que tout se passe bien, avoir l'œil sur les personnes pour vérifier qu'ils sont bien, qu'il n'y a rien qui les gêne. Et après on travaille dans le côté technique pour les adaptations, mais nous on reste là. La seule vraie adaptation qu'on a mis c'est un surfaix de voltige pour pouvoir avoir les deux poignées, voilà pour l'instant on en est là, et on réfléchit plutôt à un matériel pour installer les gens dessus puisque le montoir elle n'en avait pas du tout le centre équestre avant qu'on

arrive, ça n'existait pas. Du coup ma collègue lui a fait construire un montoir. Voilà peut-être que l'avenir c'est de savoir trouver un matériel qui puisse nous les installer directement sur les chevaux. »

Quels sont les objectifs de prise en charge ? L'un des objectifs est-il le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?

« Non, pour moi l'objectif c'est que le résident il… Que ça lui procure quelque chose, qu'il prenne du plaisir à l'activité et euh… Oui que ça lui amène quelque chose dans son quotidien, mais plus en termes de qualité de vie, de calme, d'échange, voilà plus ça que vraiment euh un gain d'autonomie quelconque, on est plus dans du bienêtre euh et dans du rapport à l'autre, mais en termes de gain d'autonomie non. Peut-être dans le sens où ça peut aussi faire gagner en confiance les gens. Moi je vois j'ai un résident ça le valorise énormément le cheval, il a beaucoup de difficultés au quotidien et le fait que là il ne se débrouille pas trop mal, que lui sente qu'il se débrouille bien, que nous on lui renvoi le fait qu'il se débrouille bien, que le cheval manifestement ça se passe bien pour lui aussi, ça le valorise, et quelque part il gagne en confiance. Voilà la valorisation, la confiance, après en termes d'activité pure non. »

Les personnes ont-elles conscience de leurs capacités ?

« Oui globalement, à part peut-être les cas particuliers où on est sur les gens qui sont plus mentalement touchés on va dire, des gens qui ont des petits niveaux, ceux-là c'est peut-être plus compliqué, encore qu'ils sont capables de nous dire qu'ils en ont ras le cul, qu'ils veulent s'arrêter quoi, que ça ne leur plait pas ou on voit très bien le jour où ça va pas… Donc dans ces cas-là on arrête, on n'insiste pas. Mais les autres sont tout à fait euh. Et puis ils sont dans la demande aussi, ils sont à la fois dans la demande et à la fois c'est quelque chose d'instituer, tous les mardis hors vacances scolaires il y a cheval, donc ils viennent vérifier qu'il y à cheval, de quel groupe il s'agit et… »

Ont-elles des objectifs personnels en adéquation avec leurs capacités ?

« Euh globalement oui, après est-ce que eux… Ce n'est pas réfléchi comme ça hein. Mais par contre je pense qu'ils sont contents d'y aller, contents de monter. Ou des

jours où ils ne le sentent pas ils ne montent pas. Donc je pense qu'ils sont clairs là-dessus. »

Sont-elles motivées à faire et refaire l'activité ? Fait-elle partie de leurs centres d'intérêt ?

« Oui bien sûr. On essaye même, on a eu fait des séjours de vacances, donc là tu regroupes des gens qui sont intéressés par l'activité. On va essayer aussi peut être d'en faire à l'avenir avec des spectacles équestres des choses voilà, qui aussi ont un rapport avec le cheval. »

Sont-elles impliquées lors de l'activité ?

« Euh dans le sens euh. Ils sont, bah par exemple pour le brossage, oui là tout le monde est impliqué. Alors après le fait que l'on soit en rotation sur la monte et bah on essaye de les laisser impliqué, c'est-à-dire qu'ils sont soit en train de regarder ce que fait l'autre, on ne les laisse pas dans un coin où ils sont voilà. Ou ils nous suivent quand on va en balade, ceux qui sont en électriques ils suivent à la balade, suffisamment loin pour ne pas gêner les chevaux, mais voilà. »

Sont-elles satisfaites de l'activité ?

« Ouais. Globalement ouais. »

Avez-vous pu observer ou évaluer une évolution des capacités de la personne lui permettant d'être plus indépendante et autonome ?

« Euh oui, si oui. Il y a des gens qu'on arrive à laisser, où on était au début vraiment chacune un bras de chaque côté à maintenir la personne, et maintenant on est juste à côté on ne tient plus ou il y en a juste une qui tient. Euh oui oui bien sûr qu'il y a une évolution. C'est une globalité, si ça te permet de prendre de la confiance dans ton équilibre assis sur le cheval, c'est sûr que tu vas le transposer sans t'en rendre compte, tu vas le transposer dans la vie quotidienne, c'est obligé. Mais ça se fait de manière inconsciente. Mais parce que c'est des sensations proprioceptives que tu vas gagner avec le cheval et qui vont permettre. On a un résident ici, donc lui il est tombé d'un toit, il est arrivé avec des grosses difficultés et un gros trouble de l'équilibre, il marchait avec un déambulateur, et maintenant il est à deux cannes. Et lui il fait du cheval, et lui effectivement au début on était de chaque côté en se disant

« il va tomber il va tomber » et en fait bah il ne tombe pas. Ça fait hop, mais il corrige. De la même manière quand on le voit marcher on se dit qu'il va tomber, mais il ne tombe jamais. Donc quelque part ça participe à sa rééducation. Après comme toutes les activités tu as des cycles en fait, donc c'est pour ça que nous on évite d'y aller toutes les semaines tout le temps, ça permet d'entretenir une activité, parce qu'on a remarqué qu'au bout de trois – quatre ans en général les gens se lassent. Donc là ce n'est pas le cas parce qu'il y a des petites évolutions, les groupes changent, voilà on fait une interruption pendant l'été, enfin voilà on essaye de maintenir quelque chose. »

Ces activités ont-elles permis la mise en place de capacités pouvant se transférer dans les activités de la vie quotidienne ?

« Bah l'équilibre voilà, de manière inconsciente tu gagnes en équilibre et tu gagnes en qualité de vie forcément. Et je pense aussi le côté confiance, la valorisation, et du coup dans le quotidien ça se ressent. »

Quels sont les résultats obtenus de votre point de vue ? Et du point de vue du patient ?

« Bah ce gain, tout ce que peut amener la relation, que ce soit ce gain de confiance, ce gain d'équilibre. Simplement d'avoir passé un bon moment, d'être dans l'échange. Voilà, d'avoir brossé des fois ça suffit hein, le contact avec l'animal. Moi je dis qu'à partir du moment où la personne n'est plus dans son studio à regarder la télé, et qu'elle est déjà volontaire pour faire quelque chose, et qu'elle fait quelque chose, c'est du bonus. Après qu'est-ce que ça lui apporte, je ne peux pas le chiffrer, mais je ne suis pas dans sa tête si tu veux, mais par contre je sais que ça apporte quelque chose plutôt que si elle était restée là. Après on n'impose pas si tu veux, c'est sur la base du volontariat. »

Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

« Bah pour le coup pour un résident un peu, alors après c'est un ensemble de facteurs, ça participe, cette activité participe à l'évolution de la personne. Ce n'est

pas le facteur premier parce qu'ils marchent toute la journée, donc voilà, mais ça participe, je pense, à sa manière. »

L'acquisition de nouvelles compétences a-t-elle permis un transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?
« Oui forcément, de manière inconsciente, je pense. »

Au fil des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux, les personnes ont-elles développé leur conscience de soi, leur capacité à penser, à faire des choix, à prendre des décisions et à prendre des initiatives ?
« Alors oui et non parce qu'on est encore très très dans le cadre, dans le sens ou c'est la monitrice qui décide. Mais par exemple elle leur apprend à arrêter le cheval, rien que par la position tu vois, se mettre en arrière pour s'arrêter, donner un petit coup de talon pour avancer, voilà. Ou elle essaye de les responsabiliser, on en est pas encore à en faire des gens autonomes. On en a deux ou trois qui se débrouille plus, ou tu ne peux pas tout à fait leur laisser les rênes, mais sur des chevaux bien dresser tu pourrais le faire. C'est très dirigé. Mais c'est eux qui ont pris l'initiative de faire l'activité. Parce qu'après le reste fait partie des exercices, d'eux-mêmes ils ne vont pas arrêter le cheval, voilà. »

Quelles sont les évolutions observables de l'indépendance et l'autonomie de la personne ?
« Bah l'équilibre, après euh, la prise de décision. J'imagine que si on poursuivait l'expérience sur plus longtemps effectivement on pourrait avoir une indépendance dans les choix, dans la prise de décision, dans la confiance, dans l'affirmation de soi, dans l'image de soi je pense. »

Y a-t-il eu un changement dans les habitudes de vie de la personne ?
« Pas trop sur ce groupe-là, mais effectivement sur la première personne qui en faisait, elle avait vraiment envie, et elle était prête pour y aller, c'était quelqu'un de très difficile à motiver, mais pour cette activité-là il n'y avait pas de problème pour la motiver, et ça la valorisait énormément. Donc elle rentrait elle était contente quoi. Vraiment d'avoir fait l'activité, d'avoir brossé le cheval, elle était vraiment dans l'affectif, dans le toucher. Ça lui faisait vraiment du bien. »

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

« Ben je ne sais pas, qu'il n'y a pas forcément besoin de matériel adapté, avec des petites adaptations on peut y arriver. On s'adapte à la personne et il n'y a pas besoin d'avoir beaucoup de matériel pour faire ça. Lorsqu'il fait mauvais on va dans le club house et on fait des découvertes de l'écurie, présentation des brosses enfin voilà ça peut prendre différentes formes. L'avantage c'est ça c'est qu'en fonction de la personne sur le moment ils ont envie, pas envie. Des fois ils n'ont pas envie d'y aller on les force pas. Le but c'est qu'ils y prennent du plaisir. »

Annexe IX : Retranscription entretien 3

Présentation

- Quel âge avez-vous ?
  « 39 ans. »
- Quel est votre métier ?
  « Ergothérapeute. »
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
  « Depuis 2000. »
- Avez-vous réalisé formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ?
  « Brevet d'éducateur sportif 1er degré option équitation en 2003 et formation sur les troubles dys en ergothérapie. Je suis à l'origine du brevet fédéral équihandi qui permet au moniteur d'équitation de mettre à cheval des personnes en situation de handicap. Et j'ai passé aussi le Brevet Fédéral Equihandi éthologie. »
- Quel est le type de structure dans lequel vous exercez ?
  « Dans l'association que j'ai créée. »
- Quel type de population prenez-vous en charge habituellement ?
  « L'association accueille environ 150 cavaliers par semaine, tous en situation de handicap. Que ce soit de l'enfant à l'adulte entre 18 mois à 80 ans. Les populations accueillies varient, nous accueillons des personnes schizophrènes, lourdement handicapées psychiques, personnes avec autisme (enfant, adolescent ou adulte), personnes souffrant de handicap social (troubles du comportement, trouble de l'affect, hyperactivité), personnes souffrant de troubles neurocognitifs (dyslexie, dyspraxie),

personnes souffrant de troubles moteurs et neurologiques (maladie neurodégénérative type myopathie, maladie de Charcot, paralysie cérébrale, paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, traumatisme crânien amputé, AVC). »

- Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?
  « Oui. »

Trame entretien

Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?

De quelles prises en charge bénéficient les patients au sein de votre structure (en dehors des activités thérapeutiques à l'aide du cheval) ?

« La plupart du temps, les personnes post-AVC que j'ai soit c'est des… vraiment en post c'est-à-dire qu'ils sont encore en centre de rééducation fonctionnelle, et donc elles me sont indiquées par un médecin de rééducation. Et donc elles ont d'autres prises en charge comme kiné, ergo, et orthophonie. C'est le… voilà. »

Certaines personnes viennent en dehors des centres de rééducation ?

« Alors après j'ai des personnes qui ont eu des AVC et qui du coup viennent, mais parce qu'ils viennent en fait avec leur foyer de vie maintenant par exemple. Voilà. Je me demande. Ou les MAS parce que du coup on a des personnes vieillissantes quoi. »

La demande de débuter ces activités vient-elle de la personne elle-même ou d'une personne extérieure ?

« Alors ça dépend, s'ils viennent avec le centre, c'est la demande euh… Enfin par exemple si vraiment c'est le centre de rééducation fonctionnelle, c'est le centre de rééducation fonctionnelle qui me les envoie et j'ai une prescription et des objectifs. Donc bon bien sûr on explique à la personne quel est l'intérêt de cette prise en charge par rapport à … Le centre de rééducation fonctionnelle. Il faut qu'elle soit participante on lui demande son avis avant si vraiment elle dit que… Enfin il y en qui viennent quand même, mais si elle a horreur des chevaux souvent elle vient une séance pour voir et puis la plupart du temps… Ils restent quoi. Du moment qu'ils sont dans le camion, après c'est bon, souvent on les accroche assez facilement. Donc là la demande vient d'eux. Après les personnes en foyer ben c'est… l'activité est

proposée au sein du foyer et c'est la personne qui fait la demande de venir voir déjà et d'accéder à cette activité. »

Donc dans ces cas-là ce n'est plus sur prescription médicale ?

« Non, non non c'est vraiment au titre d'une activité. Mais sachant que ben le problème c'est que, quand on est thérapeute à la base, on le reste tout le temps. Et que du coup, même si on accueille des gens qui viennent à priori pour une activité de loisirs, on travaille quand même beaucoup de choses et on fait des retours à chaque fois au médecin pour montrer que ça a énormément d'effets bénéfiques sur leur cavalier, sur leur patient quoi. Mais par contre je suis en train de rechercher, mais je n'ai pas de… de personnes individuellement qui me demande à venir en plus. Ben en fait si, maintenant j'en ai deux parce qu'en fait, mais elles sont venues par le centre de rééducation, et elles ont quittés le centre de rééducation, et elles ont tellement accrochés que du coup maintenant ils viennent en individuel quoi. Voilà, mais du coup toujours suivi par le médecin de rééducation. »

À quel moment et à quel endroit ces activités sont-elles réalisées ?

« Je les récupère souvent euh… ça dépend en fait hein. Ça dépend de la récupération de, des personnes en fait. Et sinon pour le moment de la journée ça dépend de leur dispo, mais la plupart du temps eux ils sont plus disponibles l'après-midi, parce que le matin c'est vraiment les soins et puis ils ont du mal à s'organiser pour être à l'heure le matin. On a essayé une année ça n'a pas marché donc du coup on se met plutôt l'après-midi. Mais voilà après ça dépend vraiment des établissements. C'est eux qui déterminent un peu.

Et concernant l'endroit, en fait déjà ça dépend de la météo [rires]. Mais euh, de toute manière les premières séances se font toujours en manège. Parce qu'on a besoin d'un lieu fermé, rassurant, etc. Et puis ils ont besoin quand même pour la plupart, les premières séances, ils ont besoin d'un système de montoir. Donc nous nous avons un équilève, donc c'est euh, une plateforme qui se lève avec une pompe hydraulique, donc euh à la main. Euh et cet équilève est dans le manège, donc de toute manière on est obligé de venir dans le manège. Et la plupart du temps on part après sur les extérieurs une fois qu'au moins on a beaucoup travaillé sur l'équilibration et que je suis sure déjà que dans le manège ils ont acquis une bonne équilibration pour pouvoir aller en extérieur. Et du coup l'extérieur nous aide

beaucoup parce que du coup le terrain est irrégulier, et du coup on va encore plus pouvoir travailler sur vraiment toutes ces fonctions-là. »

Les personnes préparent-elles leurs chevaux avant ?

« Alors ça dépend des objectifs. Moi j'aime bien quand même que, quand on arrive, les chevaux ne soient pas complètement prêts. C'est-à-dire que la personne, pour qu'elle prenne confiance, il faut qu'elle ait une relation avec le cheval. Si vraiment elle l'utilise comme un outil de toute manière elle va être… Enfin les premières séances c'est un peu … Enfin il y a beaucoup d'appréhension quand même, donc c'est des personnes des fois qui ne connaissent pas du tout le cheval, qui n'ont jamais fait de cheval enfin quand ils étaient valides, donc après en situation de handicap, enfin voilà. Voilà donc il y a quand même cette phase-là. Donc il faut quand même, enfin moi les séances commencent toujours par « on dit bonjour au cheval et on travail vraiment sur le pansage ». Pourquoi ? Parce qu'on peut travailler beaucoup d'objectifs. Notamment l'intégration du membre supérieur qui a été atteint. Ne serait-ce que, enfin, ça dépend ou est-ce qu'il en est dans sa récupération ou s'il va y avoir une récupération ou pas, mais même si c'est un membre qui va être là juste en aide, bah ça peut être juste un appui sur le cheval ou de se mettre debout pour faire une activité, de se remettre debout pour faire une activité et s'appuyer sur le cheval. Enfin c'est déjà euh un bel effort et du coup on compte combien de temps il a pu se mettre debout. Parce que lui quand il va brosser son cheval il ne va pas penser « ah oui olala il me demande de me mettre debout ». Nous on va lui dire « ah bah tiens on va brosser le haut du dos » et de lui-même il ne va pas penser « ah bah dit donc c'est vrai je suis restée 5 minutes debout », non il va penser à brosser son cheval. Donc en fait on détourne l'attention pour travailler vraiment des objectifs fonctionnels. Mais du coup enfin voilà c'est un peu aussi comme en ergo quoi sauf que notre outil bah c'est le cheval. »

Ces activités sont-elles faites seules ou en groupe ? Quels professionnels sont présents ?

« Euh bah alors ça dépend qui est-ce qui est à la demande de la prise en charge. Mais par exemple si c'est un centre de rééducation fonctionnelle ou un foyer c'est en groupe. Et quand c'est une demande individuelle on commence toujours par une prise en charge en individuelle et puis après en fonction de l'évolution euh on peut

intégrer la personne dans un groupe. Alors je m'entends dans groupe, si c'est une personne individuelle qu'on intègre dans un groupe ça ne dépassera jamais deux ou trois personnes. Voilà. Parce qu'il faut que ça reste thérapeutique. Et si on veut que ça reste thérapeutique il faut qu'il y ait une relation entre le patient et le thérapeute et on ne peut pas le faire si on a un groupe de six ou sept … voilà. Et quand c'est les institutions souvent ils viennent à quatre patients. Mais du coup ils sont, enfin je ne travaille pas toute seule, c'est-à-dire qu'ils sont amenés par des infirmiers, des kinés, enfin voilà je ne travaille pas toute seule sur la rééducation. Parce que moi je les vois une fois par semaine donc j'ai besoin de savoir leur progrès, leur … Donc on s'appelle beaucoup avec le médecin, mais, euh, c'est bien d'avoir un rééducateur qui sait ou est ce qu'ils en sont, qu'est ce qu'il faut travailler, sur quelle est en ce moment la période où on travaille plus sur tels ou tels objectifs. Voilà c'est très important pour moi d'être vraiment en relation et souvent c'est les personnes qui m'amènent les patients qui font ce relai-là. »

Vous n'êtes donc jamais seule lors d'une séance ?

« Ah non. Enfin s'ils viennent avec une institution non. Quand ils viennent en individuel oui. Je peux être toute seule. Mais souvent quand on établit la convention au départ de fonctionnement entre l'institution et l'association, on établit qu'il y a quand même à chaque fois, à chaque séance, une personne ressource. Parce que sinon c'est trop compliqué. Enfin il faut former les gens malgré tout parce que c'est quand même une prise en charge un peu particulière, donc il faut les former, et donc on ne peut pas se permettre de former à chaque séance, de perdre du temps à chaque fois, à former tout le monde. »

Parce que lorsqu'il y a quatre personnes, les quatre personnes sont à cheval en même temps ?

« Alors ça dépend [rires]. Ça dépend où est ce qu'on en est au niveau de la rééducation. La première séance il y a un cheval. Enfin je prends plusieurs chevaux parce que de toute manière ils ont des morphologies complètement différentes, et en fonction de ce que je veux travailler avec les personnes je ne vais pas forcément utiliser le même cheval. Mais au début ils sont de toute manière un par un. Voilà. Je veux prendre du temps pour chacun pour faire mon bilan en fait, mon diagnostic parce que… De savoir où est ce qu'il en est au niveau de … Et en fonction de la

première séance bah par exemple je peux faire des binômes. Tel personne, bah par exemple l'équilibration c'était super la semaine dernière, mais on a travaillé par exemple qu'à cru, donc cette semaine je peux peut-être la mettre avec des poignées et travailler avec une autre personne sur du coup par exemple la dissociation des ceintures, sur l'intégration du membre supérieur dans le schéma corporel ou, enfin voilà en fonction des objectifs je peux faire des binômes. Et puis si vraiment tout le monde a acquis au bout, je ne sais pas, de trois, quatre séances une très bonne équilibration, eh ben dans ces cas-là j'essaye qu'il y ait au moins un accompagnateur par cheval et on peut par exemple mettre tous les quatre à cheval et aller en extérieur pour vraiment travailler sur du parcours ou du sol, enfin voilà, avec plus de différence pour voilà, des contres bas, des contres hauts, voilà sur un extérieur par exemple. Donc en fait on peut tout faire [rires]. Tout dépend à chaque fois des objectifs. »

Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ? Quelles habiletés sont nécessaires pour pratiquer ces activités ?

« Alors là… non, mais parce qu'enfin surtout après un AVC… alors très sincèrement, alors du coup je vais élargir mon … il n'y a rien qui bloque de mettre une personne à cheval parce qu'on a énormément de matériel adapté. Et qu'après plus de 17 ans d'expérience… en fait euh en gros, ce n'est pas magique le cheval, mais il y a le côté, enfin je veux dire, c'est-à-dire que c'est une assise dynamique. Donc une personne, même qui ne se tiendrait pas assis sur une chaise, va tenir assis sur le cheval parce que l'assise n'est pas du tout la même. Et une personne qui est très très hypotonique on me dit « aaah il ne va pas tenir il faut le sangler », c'est pareil le mouvement du cheval va faire que du coup, biomécaniquement, la personne va se redresser. Donc ok elle va être un peu affalé au début, et puis petit à petit, elle va pouvoir se remuscler et se redresser donc non il n'y a pas de… Alors si, il y a un truc à laquelle je ne peux pas faire monter les personnes, c'est l'allergie aux poils de cheval. Alors là c'est rédhibitoire. Parce que c'est la seule fois où on a appelé les pompiers en urgence et voilà, ça peut être dangereux. Et après c'est sur des tétraplégies hautes. Alors oui on va pouvoir les faire monter à cheval pour leur faire plaisir une fois, et dans ces cas-là on se mettra en biplaces et c'est moi qui servirais de dossiers, etc. Parce que je refuse de mettre des selles à dossier et tout ce bazar. Donc voilà. Par contre après, si c'est vraiment des gens qui ont envie de pratiquer une activité avec

le cheval, on fait de l'attelage et on a des attelages adaptés. Mais dans ces cas-là, on ne pourra pas travailler sur tout ce qui est rééducation du tonus postural, etc. Donc vraiment les très grandes tétraplégies et les maladies neuromusculaires quand elles arrivent à des… Enfin, voilà quand c'est trop trop compliqué, elles n'ont plus du tout assez de force pour… Mais ça, c'est vraiment au niveau de la force musculaire, ce n'est pas au niveau du tonus ni au niveau de la coordination motrice, c'est vraiment au niveau du, de la dégénérescence musculaire qui fait que je ne peux plus les mettre à cheval. Mais du coup on leur propose d'autres activités. Mais voilà c'est vraiment les trois seules choses pour lesquelles je dis « non je ne peux plus les mettre à cheval, je peux vous proposer d'autres activités, mais pas à cheval ». Mais au niveau des AVC non enfin, alors oui si c'est, s'il y a eu des… Alors de toute façon les médecins ils veulent pas s'il y a des plaies ouvertes, s'il y a encore euh voilà ça c'est compliqué quoi. »

Quelles compétences spécifiques doit avoir l'ergothérapeute pour pratiquer ces activités ?

« Ahah [rires]. Il faut qu'il ait une double qualité. C'est-à-dire qu'il faut autant qu'il soit formé en ergothérapie et autant qu'il soit formé sur le cheval. Donc pour moi il faut qu'il passe le BPJEPS. C'est trop important de pouvoir savoir déjà comment fonctionne une personne valide sur un cheval, il faut connaître la biomécanique du cheval, il faut connaître la biomécanique du cavalier valide avant de pouvoirs mettre des cavaliers euh… Et il faut pouvoir, il faut savoir adapter aussi le cheval, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir monter dessus et le re dresser pour ce qu'on voudrait en faire pour notre pratique. Par exemple, si vraiment on travaille sur travailler l'équilibration du côté hémiplégique, et bah si vous avez un cheval qui vous fait la jambette bah là ça travail à fond la caisse. Ça fait marrer le patient parce qu'il est sur son cheval, n'empêche que ça travail à fond la caisse et que… Et il est plus en centre de rééducation fonctionnelle dans la salle de kiné sur un ballon quoi. Euh il faut pouvoir avoir 100% confiance en votre cheval et donc il faut le connaître de A à Z et donc en gros, il faut l'avoir débourré, dressé et ça, on ne peut pas le faire si on n'a pas des connaissances et des capacités équestres. Les chevaux sont mon outil de travail donc si on veut vraiment être compétent il faut vraiment que ça devienne un outil de pointe quoi, parce qu'on peut travailler des trucs extraordinaires. Mais il faut pouvoir avoir confiance en ses chevaux. Et au début j'ai commencé en louant les

chevaux des centres équestres, ce n'était pas possible parce que je n'étais pas sereine, je pouvais mettre en danger mes cavaliers parce que je ne savais pas ce que les chevaux avaient fait, il fallait que j'arrive bien avant, il fallait que je repasse sur les chevaux enfin c'était compliqué. Mais si vraiment c'est quelque chose que l'on a envie de faire à mon avis… Ou alors il faut travailler en binôme avec un professionnel du cheval, un peu concerné par la chose, et un ergothérapeute un peu concerné par le cheval. Et là du coup on va vraiment pouvoir travailler des trucs super. »

Quels sont les objectifs de prise en charge ? L'un des objectifs est-il le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?

« Bah c'est le but hein [rires]. Non, mais c'est l'objectif ultime on va dire. Mais comme tous les objectifs en ergothérapie. Voilà c'est le but ultime, c'est d'améliorer en fait le quotidien de la personne. Mais enfin voilà après en équithérapie on travail exactement, enfin moi du coup c'est ma formation ergo, donc je fonctionne exactement comme en ergothérapie. C'est-à-dire que c'est les mêmes objectifs et après je trouve l'activité en fonction de mon objectif. Sauf que du coup avec le cheval je peux travailler énormément d'objectifs en même temps. Mes objectifs sont les mêmes qu'un ergothérapeute en salle quoi. Sauf que voilà après l'objectif pour lequel vraiment on m'appelle, c'est vraiment tout ce qui est équilibration. Parce qu'en fait à chaque pas, la personne doit pouvoir se rééquilibrer. Donc ça, c'est vraiment l'objectif pour lequel, vraiment, cette activité est vraiment très intéressante. C'est vraiment ça. Et en plus, on travaille encore plus là-dessus parce que la personne elle y pense même plus. Parce qu'elle vient pour faire autre chose donc c'est hyper intéressant parce qu'on peut travailler sur l'équilibre au niveau longitudinal, en faisant vraiment travailler notre cheval sur l'amplitude. Mais même qu'au pas, rien que ne serait-ce que d'allonger quelques foulées au pas côté de son cheval, de réduire le pas, de faire des arrêts-pas-arrêt bah ça, whouahou, déjà si le cavalier arrive à tenir dessus c'est top. Après l'équilibre latéral, parce que du coup on va pouvoir faire tourner le cheval, et à un moment si notre cavalier il a compris comment régler son équilibre déjà du côté valide, bah après hop on va faire du côté lésé et après on va enchainer. Et du coup je les ai beaucoup en rééducation de la marche. Parce que du coup le mouvement du cavalier au pas, du cheval, implique au niveau du bassin à peu près le même mouvement que lors de la marche, et donc du coup ça peut passivement en fait faire travailler tous les petits muscles

stabilisateurs du bassin et ce qui va permettre du coup, après, déjà la meilleure appropriation du schéma de marche que la personne a oublié, ou que voilà. Donc on va pouvoir déjà réintégrer un schéma moteur correct et du coup améliorer la marche. Mais c'est pareil ça ce n'est pas magique non plus c'est parce que, enfin, ça ne va pas marcher tout seul, il faut que je travaille avec les autres professionnels voilà. Mais c'est un plus parce que du coup ils arrivent plus vite à réacquérir la marche, ils vont avoir plus de confiance en soi et c'est au niveau psychique aussi, enfin c'est voilà, on les remet en mouvement, on les remet enfin voilà, tout ce que ça peut apporter de se mettre à cheval au niveau voilà. « Ah c'est bon je suis encore capable de faire des choses, de faire des choses que je n'avais jamais faites avant, il n'y a pas que des côtés négatifs au handicap ». Enfin voilà. « Ah c'est bien sur le cheval ça se voit plus que je suis handicapé ». On les fait beaucoup travailler, enfin quand ils sont prêts notamment, sur le miroir ou avec des photos en leur disant « bah vous voyez regardez de dos au début vous étiez vraiment penché d'un côté, maintenant ça ne se voit plus du tout ». Enfin voilà on travaille aussi beaucoup sur le psy quoi. Et aussi du coup on travaille beaucoup sur l'intégration, enfin sur la dissociation des ceintures, ça, c'est très important aussi, et intégration du membre lésé en fait sur le schéma corporel et puis après sur tous les gestes quoi. »

Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?

Les personnes ont-elles conscience de leurs capacités ?

« Euh c'est ça qui est intéressant, c'est que du coup en fait le moindre mouvement ou la moindre petite récupération a une incidence directe sur le cheval. Donc, et puis en plus, euh, comme on retravaille nos chevaux entre les séances on se dit « ah il faudrait qu'il y arrive à ça donc ». Enfin voilà on adapte pour que ce soit toujours positif, mais comme l'ergothérapie en général. C'est-à-dire qu'il n'y a pas d'échec, on avance que par du positif, et le fait de pouvoir par exemple contrôler ce gros animal, etc. Et puis ils le voient très bien, et puis on leur rappel, et puis on filme ! Je filme toujours la première séance et la dernière séance, ils n'en reviennent même pas ils ne se rappel même plus de … Enfin voilà notamment un des cavaliers qui oubliaient son membre supérieur à la première séance, au niveau de la troisième séance il a les deux mains sur… Enfin voilà on a des systèmes de directions avec une barre… les deux mains sont accrochées dessus et la main ne se détache pas. Et puis à la fin, il arrive à dissocier, et au moins il tient une poignée dans chaque

main. Même si effectivement le membre lésé ne marche pas encore super bien. Il arrive enfin voilà à fermer sa main, et du coup avec un mouvement d'épaule pouvoir assez ouvrir pour pouvoir diriger son cheval avec son membre lésé. Donc ok il n'a pas encore bien récupéré le coude, la main, le poignet et les doigts, etc. Mais il a l'épaule donc je lui dis « l'épaule ça me suffit moi, tu vas voir avec l'épaule tu vas y arriver », « ah ouais ah c'est cool », donc voilà. »

Ont-elles des objectifs personnels en adéquation avec leurs capacités ?

« Euh… alors ça je ne sais pas. Je ne sais pas comment ça se passe en fait pour les centres en fait, je ne sais pas s'ils impliquent le patient dans des objectifs personnels, ça, je n'en sais rien du tout. Mais euh moi je leur en fixe. C'est-à-dire qu'enfin, quand je prépare la séance, moi j'ai une idée déjà sur où j'aimerais les emmener, avec une progression dans ma séance, et donc je vais faire en sorte que lui puisse se fixer des objectifs, enfin, ou c'est-à-dire les exercices. Je lui fixe les exercices et voilà il faut qu'il y arrive à la fin de la séance ou du coup « ah bah c'est trop facile on augmente ». Mais disons qu'il peut tout de suite s'autocontrôler enfin comment on dit… s'autoévaluer. Savoir si oui ou non il a réussi le … l'intérêt c'est aussi que le patient soit plus patient en fait, voilà soit le plus actif possible. »

Sont-elles motivées à faire et refaire l'activité ? Fait-elle partie de leurs centres d'intérêt ?

« Alors au début la plupart du temps pas du tout. C'est-à-dire qu'ils n'ont jamais vu de cheval, ils ne savent même pas quoi… Enfin voilà à quoi ça peut correspondre, quel intérêt franchement… voilà. Après ça dépend des gens... Il y en a qui accroche tout de suite, d'autres il faut plus de temps… La plupart du temps ça se passe plutôt quand même assez bien … Euh, mais on fait des cycles de six séances, mais des fois … Après je ne sais pas si c'est par rapport… Enfin peut être qu'aussi on veut faire tourner les gens sur cette rééducation, mais voilà. Après si les gens reviennent en individuel c'est qu'ils ont vraiment bien accroché. Mais la plupart du temps oui ils sont assez motivés. C'est quelque chose qui les change en fait du milieu un peu fermé du centre de rééducation, du foyer de vie ou de voilà. »

Sont-elles impliquées lors de l'activité ?

« Oui. Bah oui oui la plupart du temps il n'y a pas de soucis. Quand j'ai des problèmes de… D'adhésion à l'activité c'est qu'il y a d'autres soucis derrière. »

Sont-elles satisfaites de l'activité ?
« En général ouais. Très [rires]. Ils sont super contents, ils sont dégoutés que ça ne continue pas. »

Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?
« Euh la plupart du temps oui oui. Euh alors après on sait mettre des objectifs pas forcément trop, etc. Mais la plupart du temps oui oui et puis c'est … Enfin oui ils sont… enfin c'est vite atteint. »

Avez-vous pu observer ou évaluer une évolution des capacités de la personne lui permettant d'être plus indépendante et autonome ?
« Bah ouais c'est tout ce qui est bah utilisation du membre supérieur lésé. Quand ils voient qu'ils en sont capables bah après ça peut marcher sur leur vie quotidienne. Sur tout ce qui est… Après je ne dis pas que c'est que grâce à l'équithérapie hein, c'est un truc d'ensemble. Mais quand on voit à la première séance les personnes qui arrivent en fauteuil, et puis à la fin ils viennent en marchant oui voilà effectivement on voit des résultats. Après … ça, ça se voit par rapport aux centres de rééducation on le voit concrètement des effets super importants, mais même au début d'une séance quand on voit qu'ils sont … qu'ils n'arrivent pas à se maintenir, que je suis obligée de les remettre à cheval toutes les deux secondes parce qu'ils ont glissés, etc. Et qu'à la fin de la séance je peux faire un slalom, je peux faire des ronds, je peux… Et puis qu'ils tiennent dessus voilà c'est top, ils le savent et … Et après c'est tout ce qui est au niveau cognitif et neurocognitif, ça prend plus de temps, donc c'est plutôt des personnes que je vais avoir après sur du plus long terme. Enfin, en fait, il faut leur redire comment ils étaient avant et qu'est ce qu'on faisait avant pour qu'eux s'en rendent compte. C'est pour ça que c'est important la vidéo. Parce que souvent la photo ne rend pas bien compte et nos dires ils nous ne croient pas parce que « ouais vous dites ça parce que vous êtes gentils ». Euh « non pas du tout on est pas du tout gentil » [rires]. Mais voilà quand la personne elle est capable

du coup de retenir le plus d'informations, de faire un parcours, de se débrouiller tout seul sans indications, etc. Enfin voilà c'est quand même euh voilà. »

Ces activités ont-elles permis la mise en place de capacités pouvant se transférer dans les activités de la vie quotidienne ?

« Oui complètement, tout à fait ouais. Et puis même si c'est des personnes, enfin par exemple, euh voilà, qui n'acquiert pas la marche au moins ils sont, enfin voilà on travaille beaucoup sur les transferts, sur euh, enfin voilà une fois qu'on a fait un transfert cheval on peut faire tous les transferts du monde hein je pense. Avoir confiance en soi pour faire tous les transferts du monde. Je ne dis pas que c'est le plus dur, au contraire, ce n'est pas le plus dur, mais c'est vraiment la prise de conscience de ses capacités. Et ça, pour des personnes qui ne connaissent pas le cheval, qui ont la trouille… Et bah une fois qu'on a fait un transfert cheval, je pense qu'après un transfert baignoire, fauteuil, toilettes, lit, tout ce que vous voulez, c'est fastoche [rires]. »

Quels sont les résultats du point de vue du patient ?

« Je pense que le … Après il a obtenu beaucoup de résultats dans ses acquisitions motrices, dans … ça c'est sûr. Mais je pense que le truc qu'il retient c'est qu'il est capable de faire encore des choses. Et il est fier de lui. Et je pense que la valorisation de la personne et de ses capacités c'est… bah du coup ça… Parce que souvent, enfin très sincèrement, quand on me les amène des fois, pas tout le temps hein, mais des fois, c'est parce qu'il y a un essoufflement thérapeutique, parce que ça n'avance plus, parce que… C'est ça aussi hein parce que s'il n'y a pas le moral la rééducation ça ne marche pas hein donc… Donc on me les amène aussi un peu des fois « bah on ne sait plus trop quoi en faire, essaye-toi [rires]. Si tu trouves une autre entrée…" Ça peut permettre de relancer la rééducation, relancer un projet de vie pour un patient. Même si on est là que de courte durée, ça peut être vraiment le pied à l'étrier pour autre chose. »

Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?

« Oui tout à fait. »

L'acquisition de nouvelles compétences a-t-elle permis un transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne ?

« Oui tout à fait. Mais donc ce qu'il est important vraiment de noter c'est que c'est vraiment une rééducation en plus. Ça ne pourrait pas fonctionner sans les autres quoi. »

Au fil des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux, les personnes ont-elles développé leur conscience de soi, leur capacité à penser, à faire des choix, à prendre des décisions et à prendre des initiatives ?

« Ouais aussi complètement. Parce qu'on est obligé. Et si on se laisse emmener par le cheval, il n'y a rien qui se passe. Et du coup on peut les mettre complètement face à eux même c'est-à-dire que… J'ai assez confiance en mes chevaux pour, par exemple, si je sais que l'équilibration est acquise, etc. que la dissociation des ceintures ne se fait pas mal. Euh je peux les laisser en autonomie. Et sur, par exemple, des consignes très simples, des passages obligatoires où voilà des choses bien précises à faire pour eux. Euh donc du coup ils peuvent s'en remettre qu'à eux même, je veux dire c'est… Ils ne peuvent pas nous incriminer nous de ne pas faire notre job ou de, enfin voilà, là ils sont complètement maître du cheval c'est à eux de… Donc ils sont obligés de prendre des initiatives sur le cheval, parce que voilà, s'il faut, par exemple, t'arrêter à tel endroit et bah il faut anticiper. Le cheval ne va pas forcément s'arrêter tout seul. Voilà après « vous avez quatre passages obligatoires, vous le faites dans le sens que vous voulez. Ah super Michel, vous l'avez bien fait. À vous Laurent. Non il vous est interdit de faire le même … ». Donc on travaille vraiment beaucoup de choses avec. On peut faire multitudes de choses. »

Quelles sont les évolutions observables de l'indépendance et l'autonomie de la personne ?

« C'est une personne qui, quand il sort du camion, arrive tout seul vers son cheval, choisi son cheval, et commence à le préparer alors que, par exemple, je suis en train de dire bonjour à une autre personne ou d'accueillir une autre personne du groupe, ou je ne sais quoi. Donc voilà ça déjà c'est flagrant. Ou justement vient me saluer en me disant « ah bonjour » et socialement prendre des nouvelles. Enfin

« comment va mon cheval ou comment tu vas toi ». Enfin d'habitude ils s'intéressent beaucoup plus à comment vont les chevaux que moi-même, mais … [rires]. Mais voilà, socialement déjà voilà, les codes sont revenus, etc. Donc ça déjà c'est … Et puis une personne qui est capable, enfin voilà, de dire aussi « bah non j'ai un nouveau traitement médicamenteux ça me trouble un peu l'équilibre, il faut faire attention », ça, c'est hyper … Enfin moi pour moi c'est un réel progrès. Ou j'ai eu une escarre ou j'ai eu un problème ou … Voilà ça ils viennent m'en parler avant. Ou alors ils viennent me dire « bah tu sais la dernière fois du coup je me suis fait un peu peur, est ce que je peux changer de cheval ? » ou voilà ça c'est génial. Ou alors, « ah bah aujourd'hui il faut beau est-ce qu'on peut faire un peu d'extérieurs ? » « Ouais ok cool ! » Enfin c'est bien ! Ou alors la personne sur son autonomie qui part faire son parcours tout seul. Et puis, ou alors que je laisse partir par exemple sur un extérieur, que je laisse partir en tête et puis moi j'essaye de m'effacer un maximum. Voilà. Et le truc qui revient souvent aussi c'est liberté. [Rires]. »

Y a-t-il eu un changement dans les habitudes de vie de la personne ?

« Euh… Le plus grand changement qu'on peut noter c'est vraiment au niveau de la valorisation des capacités. Ça, c'est le plus grand changement. Après le problème c'est que moi je suis là ponctuellement hein à un moment donné, je ne les revois pas souvent tout le temps après. Donc j'ai de temps en temps, enfin voilà, un patient qui revient. C'est comme quand ils sont lâchés dans le centre de rééducation après on ne les revoit pas forcément. Mais ce qui est sûr c'est sur la valorisation et l'image de soi, et ça c'est clair et net que voilà. Et des personnes qui arrivent… Enfin voilà, là j'ai l'image d'une dame tellement triste qui est arrivée la première fois en fauteuil et j'étais là « olalala pourquoi ils m'amènent cette dame-là… ». Complètement hypotonique, qui se laisse complètement aller… Et là on a fait notre dernière séance la semaine dernière et elle était maquillée, coiffée, elle avait les ongles faits, elle s'était bien habillée, elle a voulu que je … Elle avait une surprise à me montrer et elle ne voulait pas que j'avance le fauteuil et c'est elle qui a fait trois pas pour aller jusqu'au montoir. Enfin voilà c'est vraiment des choses… voilà. Et elle s'était maquillée, et tout ça pour venir me voir. Voilà. C'était vraiment que voilà on allait prendre des photos et elle voulait vraiment montrer à sa famille que … C'est important aussi ça parce qu'ils prennent beaucoup de photos pour montrer à leurs proches. Parce que les proches sont toujours là à s'apitoyer sur leurs sorts. Et ils

sont là « ah bon tu as fait du cheval ? ». Et du coup il y a un autre sujet de discussion et ça, ça peut être aussi hyper important. »

Annexe X : Tableau analyse entretien 1

Question 1	Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?
Ergothérapeute n°1	• Personnes âgées, dont une ayant eu un AVC, des personnes atteintes d'autisme, de déficience intellectuelle, des personnes adultes avec des troubles d'ordre psychiatriques, et des personnes post-AVC. • Cadre physique : manège, cheval. Durée de la séance. Individuel ou en groupe. Accompagnants. Lève-personne adapté ; surfaix ; tapis de monte à cru. Écuries du haras national. Séances individuelles. Séances en groupe pour l'EHPAD avec accompagnants. Accompagnants : psychologue, animatrice poneys, présidente de l'ISPE. Poneys et chevaux de club. Mon cheval à moi participe pour des séances de relaxation pour des personnes avec des capacités motrices. • Capacité d'attention et de concentration. • Faire le pansage. Plein de choses aussi à faire à partir du fauteuil. On va marcher, on va promener le poney, on va aller le brosser. • En plus : kinés, le CMPP, l'orthophoniste, les structures, les institutions. On est tous complémentaires, ça ne remplacera jamais un autre accompagnement. • Attendre que la demande vienne d'elle, de la personne.

Question 2	Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?
Ergothérapeute n°1	• Être sûr de la capacité à tenir et de gérer l'équilibre au niveau du bassin. Capacité à se réajuster. C'est toujours faisable, c'est juste au thérapeute de fixer des objectifs au niveau des compétences du patient. Si l'objectif est de monter à cheval et d'avoir un travail sur le tonus et la posture, effectivement je vais demander à ce que mon patient ait un minimum récupéré de l'équilibre. Soit que j'ai plus de personnes pour encadrer, c'est quasiment une personne de chaque côté, soit que son équilibre soit déjà bien stabilisé et qu'il puisse de lui-même se rééquilibrer. • Se remuscler progressivement. Mobilisation de muscles grâce au mouvement du pas du cheval. Aspect moteur et un aspect social. Entretiens des compétences cognitives. Relaxation, des temps

	d'échange, de réassurance. Ça peut être effectivement un très bon objectif, parce que les objectifs qu'on va mettre en place ça va être suivant là où ils en sont rendus eux dans la rééducation. • Faire un pansage avec une contrainte induite du bras hémiplégique pour l'encourager à utiliser le bras, soit en actif aidé au départ, en s'adaptant. Transférer ta séance de rééducation de SSR avec ton cheval. Travailler la marche en terrain varié. Marcher à côté du poney en extérieur avec une prise sur le surfaix. Le pansage pour l'hygiène. A nous de mettre en lumière que ce qu'ils ont réussi à faire ici, ils peuvent le refaire chez eux. À cheval je peux mettre plein de petits exercices de déplacements d'objets avec le bras hémiplégique, des exercices aussi d'exploration visuelle. Il faut donc qu'ils ouvrent la main pour aller chercher. Il y a moyen par le ludique de trouver plein de choses à explorer dans le manège. Dans tous les cas je tiens toujours le cheval, je ne lâche jamais mon cheval. Voir comment est positionné mon patient. • Être à l'écoute d'elle-même et ne pas viser trop gros et être capable de s'adapter tout le temps. L'adaptation elle est primordiale. Monter à cheval c'est pas primordial, mais il faut avoir une lecture de son Cheval. Il faut pouvoir anticiper et savoir lire ce que ton cheval est en train de te dire. Savoir gérer une cavalerie. • Ça reste juste un moyen de soin, ça reste juste un outil comme un autre.

Question 3	Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?
Ergothérapeute n°1	• La motivation rend leur vision différente. Si la personne n'adhère pas d'elle-même ça n'a pas de sens. La motivation d'aller donner une carotte au poney est affolante. Motivation à se lever le matin et ne pas être en retard pour l'équithérapie. • Ils n'ont pas conscience de ce dont ils sont capables. Souvent en fait le dynamisme et la motivation, le contact avec l'animal, fait qu'ils développent plus de compétences. Ils ne développent pas forcément elles sont existantes, mais ils les mettent en jeux. Ça change de la rééducation en salle. L'avantage du cheval c'est que du coup ce n'est jamais répétitif. Clairement on a travaillé plus que ce qu'elle souhaitait réellement travailler. Le mercredi elle savait qu'on était mercredi parce qu'il y avait équithérapie. • Les personnes sont souvent très actrices pendant l'activité. • J'ai rarement des personnes non satisfaites. Les personnes viennent avec peu d'envie et peu d'attentes parce qu'elles ne savent pas à quoi s'attendre. Les personnes pas satisfaites sont plus d'ordre psychiatrique parce qu'elles attendent trop.

Question 4	Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?
Ergothérapeute n°1	• Meilleure marche. Elle marchait mieux, on voyait nettement un déroulement du bassin qui était plus chaloupé. Un passage du pas qui allait plus loin. Une amélioration au niveau de la motricité du membre supérieur, et puis le moral était en hausse. À la fois on remuscle et à la fois on n'épuise pas le corps. Elle avait sa séance le matin, et elle était quand même capable de cuisiner debout, alors qu'après une séance de kiné elle en était incapable. L'amélioration des capacités motrice du membre supérieur d'une dame lui a permis une meilleure utilisation dans sa vie quotidienne. Une amélioration de la marche, une amélioration de l'amplitude articulaire au niveau du membre sup, une amélioration du moral, l'investissement, dynamisme, sensibilité.

Question 5	Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?
Ergothérapeute n°1	• Elle a repris à travailler, elle a repris un emploi aidé au final après. À savoir que cet emploi aidé était au niveau des animaux. Je pense que prendre des décisions et des initiatives, je pense que oui, parce qu'elle, elle a quand même fait un sacré bout de chemin par la suite. Après entre équithérapie ou force de caractère naturelle, ça on ne le saura jamais. Après oui il y a eu quand même pas mal de progrès. Elle s'est remise dans la vie active malgré l'AVC. Beaucoup de choses à mettre en lien et qu'il faut prendre tout ça en compte. • Mais moi je suis venue et elle a promené le poney, elle a fait une vingtaine de mètres aller-retour avec un petit slalom. Mais pour cette personne c'est vrai que ces compétences ne se transfèrent pas dans sa vie quotidienne.

Annexe XI : Tableau analyse entretien 2

Question 1	Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?
Ergothérapeute n°2	• Polyhandicap à dominante motrice. À moitié IMC et à moitié séquelle AVP AVC, neurologie. À la fois des IMC, et des personnes qui ont des séquelles de trauma, AVP, trauma crânien, post-AVC. • C'est plus en fonction de l'envie de la personne. C'était quelqu'un qui avait vraiment cette envie-là, donc nous on l'emmenait, on faisait de l'accompagnement particulier, euh on a eu fait ça

	pendant trois – quatre ans. Donc quand il a su qu'on allait peut-être en refaire, bah ouais il s'est présenté. Ça part en général des envies de résidents. C'est sur la base du volontariat. • En gros, elle a deux groupes et elle tourne sur les deux groupes. Comme on y va toutes les semaines, ça fait une semaine sur deux pour des groupes de quatre personnes à peu près. Ces activités sont faites dans un club. Une fois par semaine de 15h à 17h. C'est fait en groupe, ce n'est jamais seul. Ils sont entre trois à cinq, trois – quatre. Donc elle a un groupe plus léger quand elle, elle est toute seule, parce que sinon elle est toute seule avec la monitrice du club. Là pour monter les gens dessus il y a un montoir, mais du coup, il faut juste pouvoir les aider un petit peu. Et éventuellement s'il y a des stagiaires on les envoie. C'est la monitrice qui guide le cheval avec une longe. Elle fait une seule personne sur le cheval à tour de rôle, sauf le groupe ou pour le coup elle a les gens qui se débrouillent mieux, ou là, on a deux chevaux, donc elle en met deux à la fois. Il faut être une de chaque côté, plus la monitrice, parce que c'est vite fait de tomber, surtout pour les personnes hémiplégiques. La seule vraie adaptation qu'on a mis c'est un surfaix de voltige pour pouvoir avoir les deux poignées. L'avenir c'est de savoir trouver un matériel qui puisse nous les installer directement sur les chevaux. • On a une neuropsy et une psy, une éducatrice spécialisée, une éducatrice sportive, une kiné, un aide-kiné, trois animateurs et une assistante sociale, et on a aussi des intervenants extérieurs. Et ergothérapie. • On a organisé des séjours vacances. Et elle a des calèches adaptées ou tu peux monter avec les fauteuils. On a eu fait des balades en bord de seine avec la calèche et elle a un manège et on a fait de la monte. On a eu fait aussi le cheval en liberté commandé par une paraplégique. • Là nous on travaille avec un centre équestre. • Il y a une prescription de non-contrindication, il faut un certificat médical. • Lorsqu'il fait mauvais on va dans le club house et on fait des découvertes de l'écurie, présentation des brosses enfin voilà ça peut prendre différentes formes.

Question 2	Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?
Ergothérapeute n°2	• La limite c'est le type de handicap dont elle souffre, si c'est trop difficile. Mais on peut toujours s'adapter, on peut emmener des gens justes pour faire du brossage si c'est trop difficile physiquement de l'installer sur le cheval, on peut faire que du brossage.

	• La seule c'est de tenir assis, tenir assis, avoir un équilibre assis, qu'ils puissent se tenir avec au moins une main à la selle. • On fait la balade ou on fait le petit jeu dans le manège. • Alors, je ne vais pas te dire l'amour du cheval parce que ce n'est pas vrai. Une appétence à l'activité. Après je le fais pour faire plaisir aux résidents parce que c'est quelque chose qui leur plait, donc je le fais malgré moi hein, mais ce n'est pas gênant. Avoir vraiment l'œil pour l'installation des personnes, vérifier que tout se passe bien, avoir l'œil sur les personnes pour vérifier qu'ils sont bien, qu'il n'y a rien qui les gêne. Et après on travaille dans le côté technique pour les adaptations, mais nous on reste là. • Non, pour moi l'objectif c'est que le résident, que ça lui procure quelque chose, qu'il prenne du plaisir à l'activité et que ça lui amène quelque chose dans son quotidien, mais plus en termes de qualité de vie, de calme, d'échange, voilà plus ça que vraiment un gain d'autonomie quelconque, on est plus dans du bienêtre et dans du rapport à l'autre, mais en termes de gain d'autonomie non. Peut-être dans le sens où ça peut aussi faire gagner en confiance les gens. Moi je vois j'ai un résident ça le valorise énormément le cheval, il a beaucoup de difficultés au quotidien et le fait que là il ne se débrouille pas trop mal, que lui sente qu'il se débrouille bien, ça le valorise, et quelque part il gagne en confiance. Voilà la valorisation, la confiance, après en termes d'activité pure non. Le but c'est qu'ils y prennent du plaisir.

Question 3	Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?
Ergothérapeute n°2	• Ils sont capables de nous dire qu'ils en ont ras le cul, qu'ils veulent s'arrêter quoi, que ça ne leur plait pas. • Ils sont dans la demande aussi, ils sont à la fois dans la demande et à la fois c'est quelque chose d'instituer, tous les mardis hors vacances scolaires il y a cheval, donc ils viennent vérifier qu'il y à cheval, de quel groupe il s'agit. • Je pense qu'ils sont contents d'y aller, contents de monter. Ou des jours où ils ne le sentent pas ils ne montent pas. Oui bien sûr. On essaye même, on a eu fait des séjours de vacances, donc là tu regroupes des gens qui sont intéressés par l'activité. • Conscience de leurs capacités : globalement oui. Objectifs personnels en adéquation avec leurs capacités : globalement oui. • Pour le brossage, oui là tout le monde est impliqué. Alors après le fait que l'on soit en rotation sur la monte on essaye de les laisser impliqués. Ou ils nous suivent quand on va en balade. Satisfaction : ouais.

Question 4	Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?
Ergothérapeute n°2	• On arrive à avoir des gens comme ça, qui sont au quotidien très très dystonique, et tu le mets sur le cheval et il est calme quoi, enfin ça le calme. Elle arrive à exciter les chevaux. • On était au début vraiment chacune un bras de chaque côté à maintenir la personne, et maintenant on est juste à côté on ne tient plus ou il y en a juste une qui tient. • Bien sûr qu'il y a une évolution. Il est arrivé avec des grosses difficultés et un gros trouble de l'équilibre, il marchait avec un déambulateur, et maintenant il est à deux cannes. Donc quelque part ça participe à sa rééducation. • Tout ce que peut amener la relation, que ce soit ce gain de confiance, ce gain d'équilibre. Simplement d'avoir passé un bon moment, d'être dans l'échange. À partir du moment où la personne n'est plus dans son studio à regarder la télé, et qu'elle est déjà volontaire pour faire quelque chose, et qu'elle fait quelque chose, c'est du bonus.

Question 5	Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?
Ergothérapeute n°2	• Si ça te permet de prendre de la confiance dans ton équilibre assis sur le cheval, c'est sûr que tu vas le transposer sans t'en rendre compte, tu vas le transposer dans la vie quotidienne, c'est obligé. Mais ça se fait de manière inconsciente. Mais parce que c'est des sensations proprioceptives que tu vas gagner avec le cheval et qui vont permettre. L'équilibre de manière inconsciente tu gagnes en équilibre et tu gagnes en qualité de vie forcément. Et je pense aussi le côté confiance, la valorisation, et du coup dans le quotidien ça se ressent. C'est un ensemble de facteurs, ça participe, cette activité participe à l'évolution de la personne. • On est encore très très dans le cadre, dans le sens où c'est la monitrice qui décide. Elle essaye de les responsabiliser, on en est pas encore à en faire des gens autonomes. C'est très dirigé. Mais c'est eux qui ont pris l'initiative de faire l'activité. • L'équilibre, la prise de décision. J'imagine que si on poursuivait l'expérience sur plus longtemps effectivement on pourrait avoir une indépendance dans les choix, dans la prise de décision, dans la confiance, dans l'affirmation de soi, dans l'image de soi je pense. • Pour cette activité-là, il n'y avait pas de problème pour la motiver, et ça la valorisait énormément

Annexe XII : Tableau analyse entretien 3

Question 1	Quel est le cadre des activités thérapeutiques à l'aide des chevaux ?
Ergothérapeute n°3	• L'association accueille environ 150 cavaliers par semaine, tous en situation de handicap. Que ce soit de l'enfant à l'adulte entre 18 mois à 80 ans. Les populations accueillies varient, ils accueillent des personnes schizophrènes, lourdement handicapé psychique, personnes avec autisme (enfant, adolescent ou adulte), personnes souffrant de handicap social (troubles du comportement, trouble de l'affect, hyperactivité), personnes souffrant de troubles neurocognitif (dyslexie, dyspraxie), personnes souffrant de troubles moteurs et neurologiques (maladie neurodégénérative type myopathie, maladie de Charcot, paralysie cérébrale, paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, traumatisme crânien amputé, AVC). • Elles me sont indiquées par un médecin de rééducation. Et donc elles ont d'autres prises en charge comme kiné, ergo, et orthophonie. Ils viennent en fait avec leur foyer de vie ou les MAS. Si c'est un centre de rééducation fonctionnelle ou un foyer c'est en groupe, quand c'est une demande individuelle on commence toujours par une prise en charge en individuelle. Ça ne dépassera jamais deux ou trois personnes. Je ne travaille pas toute seule c'est-à-dire qu'ils sont amenés par des infirmiers, des kinés. On établit la convention au départ de fonctionnement entre l'institution et l'association on établit qu'il y a quand même à chaque fois, à chaque séance une personne ressource. À chaque fois à former tout le monde. Je les vois une fois par semaine. Quand ils viennent en individuel oui. Je peux être toute seule. • C'est le centre de rééducation fonctionnelle qui me les envoie et j'ai une prescription et des objectifs. On lui demande son avis avant. La demande vient d'eux. Après les personnes en foyer, l'activité est proposée au sein du foyer et c'est la personne qui fait la demande de venir voir déjà et d'accéder à cette activité. • Les premières séances se font toujours en manège. Parce qu'on a besoin d'un lieu fermé, rassurant, etc. Donc nous nous avons un équilève. On part après sur les extérieurs une fois que au moins on a beaucoup travaillé sur l'équilibration et que je suis sure déjà que dans le manège ils ont acquis une bonne équilibration pour pouvoir aller en extérieur et du coup l'extérieur nous aide beaucoup parce que du coup le terrain est irrégulier. • Elle prenne confiance il faut qu'elle ait une relation avec le cheval.

	• Au début ils sont de toute manière un par un pour faire mon bilan en fait mon diagnostic. En fonction de la première séance bah par exemple je peux faire des binômes. Mettre tous les quatre à cheval et aller en extérieur.

Question 2	Quels sont les préalables requis pour cette activité (pour le patient et pour vous) ?
Ergothérapeute n°3	• Il n'y a rien qui bloque de mettre une personne à cheval parce que on a énormément de matériel adapté et qu'après plus de 17 ans d'expérience. C'est une assise dynamique. Donc une personne même qui ne se tiendrait pas assis sur une chaise va tenir assis sur le cheval parce que l'assise n'est pas du tout la même. C'est pareil le mouvement du cheval va faire que du coup bio mécaniquement la personne va se redresser. Alors s'il y a un truc à laquelle je ne peux pas faire monter les personnes c'est l'allergie aux poils de cheval, alors là c'est rédhibitoire. Et après c'est sur des tétraplégies hautes, alors oui on va pouvoir les faire monter à cheval pour leur faire plaisir une fois. On fait de l'attelage et on a des attelages adaptés. Et les maladies neuromusculaires quand elles arrivent à des… Enfin voilà quand c'est trop trop compliqué elles ont plus du tout assez de force pour… Mais ça c'est vraiment au niveau de la force musculaire c'est pas au niveau du tonus ni au niveau de la coordination motrice c'est vraiment au niveau du, de la dégénérescence musculaire qui fait que je ne peux plus les mettre à cheval, mais du coup on leur propose d'autres activités. Alors de toute façon les médecins ils ne veulent pas s'il y a des plaies ouvertes. • Il faut qu'il y ait une relation entre le patient et le thérapeute. Il faut qu'il ait une double qualité c'est-à-dire qu'il faut autant qu'il soit formé en ergothérapie et autant qu'il soit formé sur le cheval donc pour moi il faut qu'il passe le BPJEPS, c'est trop important de pouvoir savoir déjà comment fonctionne une personne valide sur un cheval, il faut connaître la biomécanique du cheval, il faut connaître la biomécanique du cavalier valide. Il faut savoir adapter aussi le cheval, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir monter dessus et le redresser pour ce qu'on voudrait en faire pour notre pratique. Il faut pouvoir avoir 100% confiance en votre cheval. Ou alors il faut travailler en binôme avec un professionnel du cheval, un peu concerné par la chose et un ergothérapeute un peu concerné par le cheval. • L'intégration du membre supérieur qui a été atteint, même si c'est un membre qui va être là juste en aide, ça peut être juste un appui sur le cheval. Se mettre debout pour faire une activité, de se remettre debout pour faire une activité et s'appuyer sur le cheval, on

	compte combien de temps il a pu se mettre debout. On détourne l'attention pour travailler vraiment des objectifs fonctionnels, comme en ergo quoi sauf que notre outil bah c'est le cheval. Dissociation des ceintures, sur l'intégration du membre supérieur dans le schéma corporel. Le but ultime c'est d'améliorer en fait le quotidien de la personne. Je fonctionne exactement comme en ergothérapie c'est-à-dire que c'est les mêmes objectifs et après je trouve l'activité en fonction de mon objectif. Équilibration longitudinale et latérale parce que en fait à chaque pas la personne doit pouvoir se rééquilibrer. Rééducation de la marche. Le mouvement du cavalier au pas, du cheval, implique au niveau du bassin à peu près le même mouvement que lors de la marche et donc du coup ça peut passivement faire travailler tous les petits muscles stabilisateurs du bassin et ce qui va permettre du coup la meilleure appropriation du schéma de marche que la personne a oublié donc on va pouvoir déjà réintégrer un schéma moteur correct et du coup améliorer la marche. On travaille beaucoup sur l'intégration enfin sur la dissociation des ceintures, et intégration du membre lésé en fait sur le schéma corporel et puis après sur tous les gestes quoi. • Essoufflement thérapeutique. Ça peut permettre de relancer la rééducation, relancer un projet de vie.

Question 3	Comment le patient s'approprie-t-il l'activité ?
Ergothérapeute n°3	• On explique à la personne quel est l'intérêt de cette prise en charge. Je ne sais pas s'ils impliquent le patient dans des objectifs personnels. • Il y en qui viennent quand même, mais si elle a horreur des chevaux souvent elle vient une séance pour voir et puis la plupart du temps, ils restent quoi. Souvent on les accroche assez facilement. Motivation : Alors au début la plupart du temps pas du tout. Il y en a qui accroche tout de suite, d'autres il faut plus de temps. Mais la plupart du temps oui ils sont assez motivés. C'est quelque chose qui les change en fait du milieu un peu fermé du centre de rééducation, du foyer de vie. • La plupart du temps il n'y a pas de soucis. Quand j'ai des problèmes d'adhésion à l'activité, c'est qu'il y a d'autres soucis derrière. • Elles ont tellement accroché que du coup maintenant ils viennent en individuel. • Ils sont super contents, ils sont dégoutés que ça ne continue pas. • Le moindre mouvement ou la moindre petite récupération a une incidence directe sur le cheval. Il n'y a pas d'échec, on avance que par du positif et le fait de pouvoir contrôler ce gros animal, ils le voient

	très bien et puis on leur rappel et puis on filme ! Je filme toujours la première séance et la dernière séance, ils n'en reviennent même pas. • Quand je prépare la séance moi j'ai une idée déjà sur ou j'aimerais les emmener, avec une progression dans ma séance et donc je vais faire en sorte que lui puisse se fixer des objectifs. Mais disons qu'il peut tout de suite s'autoévaluer. Savoir si oui ou non il a réussi. L'intérêt c'est aussi que le patient soit le plus actif possible.

Question 4	Les objectifs de prise en charge sont-ils atteints ?
Ergothérapeute n°3	• Oui ils sont vite atteints. • On fait des retours à chaque fois au médecin pour montrer que ça a énormément d'effets bénéfiques sur leur patient. • Ils arrivent plus vite à réacquérir la marche, ils vont avoir plus de confiance en soi et c'est au niveau psychique aussi. On les remet en mouvement, tout ce que ça peut apporter de se mettre à cheval. C'est bon je suis encore capable de faire des choses. Ils n'arrivent pas à se maintenir que je suis obligée de les remettre à cheval toutes les deux secondes parce qu'ils ont glissés et que à la fin de la séance je peux faire un slalom, je peux faire des ronds et qu'ils tiennent dessus. Et après c'est tout ce qui est au niveau cognitif et neurocognitif. Enfin en fait il faut leur redire comment ils étaient avant et qu'est ce qu'on faisait avant pour qu'eux s'en rendent compte. C'est pour ça que c'est important la vidéo. Mais voilà quand la personne elle est capable du coup de retenir le plus d'informations, de faire un parcours, de se débrouiller tout seul sans indications. • Un des cavaliers qui oubliaient son membre supérieur à la première séance au niveau de la troisième séance il a les deux mains accrochées dessus et la main ne se détache pas. Et puis à la fin il arrive à dissocier et au moins il tient une poignée dans chaque main. Même si effectivement le membre lésé ne marche pas encore super bien. Il arrive à fermer sa main et du coup avec un mouvement d'épaule pouvoir assez ouvrir pour pouvoir diriger son cheval avec son membre lésé. • Je pense que le truc qu'il retient c'est qu'il est capable de faire encore des choses. Et il est fière de lui. La valorisation de la personne et de ses capacités.

Question 5	Suite à la prise en charge à l'aide d'activités thérapeutiques à l'aide du cheval, y a-t-il eu une évolution dans l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ?
Ergothérapeute n°3	• Utilisation du membre supérieur lésé. Quand ils voient qu'ils en sont capables bah après ça peut marcher sur

	leur vie quotidienne. Les personnes qui arrivent en fauteuil et puis à la fin ils viennent en marchant. • On travaille beaucoup sur les transferts, une fois qu'on a fait un transfert cheval on peut faire tous les transferts du monde. Avoir confiance en soi pour faire tous les transferts du monde. La prise de conscience de ses capacités. • On peut les mettre complètement face à eux même. Je peux les laisser en autonomie sur des consignes très simples, des passages obligatoires, des choses bien précises à faire pour eux. Ils peuvent s'en remettre qu'à eux même je veux dire c'est, ils ne peuvent pas nous incriminer nous de ne pas faire notre job. Ils sont complètement maître du cheval. Ils sont obligés de prendre des initiatives sur le cheval. • C'est un truc d'ensemble. C'est vraiment une rééducation en plus. • C'est une personne qui quand il sort du camion arrive tout seul vers son cheval, choisit son cheval, et commence à le préparer. Vient me saluer, prendre des nouvelles. Socialement déjà voilà les codes sont revenus. Une personne qui est capable de dire j'ai un nouveau traitement médicamenteux ça me trouble un peu l'équilibre il faut faire attention. Ou j'ai eu un escarre ou j'ai eu un problème. Ou alors ils viennent me dire je me suis fait un peu peur, est ce que je peux changer de cheval. Ou alors, « ah bah aujourd'hui il faut beau est-ce qu'on peut faire un peu d'extérieur ? » Ou alors la personne sur son autonomie qui part faire son parcours tout seul. Que je laisse partir par exemple sur un extérieur, que je laisse partir en tête et puis moi j'essaye de m'effacer un maximum. • Le plus grand changement qu'on peut noter c'est vraiment au niveau de la valorisation des capacités. La valorisation et l'image de soi. Elle était maquillée, coiffée, elle avait les ongles faits, elle s'était bien habillée. Elle qui a fait trois pas pour aller jusqu'au montoir. Elle s'était maquillée, et tout ça pour venir me voir. Ils prennent beaucoup de photos pour montrer à leurs proches.

Résumé

Introduction : En France, avec 130 000 nouveaux cas par an, l'AVC est un problème de santé publique et représente la première cause de handicap acquis de l'adulte. Les déficiences qui en découlent affectent l'indépendance et l'autonomie de ces personnes. D'après plusieurs études, l'utilisation du cheval en thérapie permet le développement de capacités améliorant l'indépendance et l'autonomie. L'objectif de mon étude était de savoir dans quelle mesure la prise en charge en ergothérapie avec le cheval pouvait améliorer l'indépendance et l'autonomie de ces personnes.

Méthode : Pour réaliser cette étude, une approche qualitative a été choisie. Trois ergothérapeutes prenant en charge des personnes post-AVC avec le cheval ont été interrogées.

Résultats : Les résultats ont montré que les activités thérapeutiques utilisant des chevaux ont permis, grâce à divers exercices et activités, le développement de capacités au niveau du membre supérieur (motrices et sensitives), de l'équilibre, de la marche, de capacités cognitives, de la confiance en soi, du schéma corporel, etc. Ces compétences ont pu se transposer dans la vie quotidienne et permettre une meilleure autonomie et indépendance. Néanmoins, on ne peut pas connaître l'impact qu'ont ces activités dans la prise en charge pluridisciplinaire.

Conclusion : En ergothérapie, le cheval peut être utilisé comme moyen de rééducation, en complément des thérapies conventionnelles, afin de développer diverses aptitudes. Entre autres, une meilleure utilisation du membre supérieur ou une meilleure équilibration permettent un gain en autonomie et indépendance dans la vie quotidienne. En revanche, cette activité ne peut en aucun cas se substituer à un travail pluridisciplinaire.

Mots-Clés : Activités à l'aide du cheval ; hippothérapie ; autonomie ; indépendance ; accident vasculaire cérébral ; ergothérapie.

Abstract

Introduction: In France, with 130,000 new cases a year, strokes are a public health problem and the leading cause of acquired disability in adults. The resulting deficiencies affect the independence and autonomy of these people. According to several studies, the use of horses in therapy enables the development of capacities improving independence and autonomy. The objective of my study was to know to what extent occupational therapy with horses could improve the independence and autonomy of these people.

Method: To conduct this study, a qualitative approach was chosen. Three occupational therapists who take care of stroke patients using horses were interviewed.

Results: The results showed that therapeutic activities with horses enabled, through various exercises and activities, the development of upper limb abilities (motor and sensory), balance, walking, cognitive abilities, self-confidence, body image, etc. These skills were transposed into daily life and enabled a better autonomy and independence. Nevertheless, we can't know the impact of these activities on multidisciplinary care.

Conclusion: In occupational therapy, horses can be used as a means of rehabilitation, in addition to conventional therapies, to develop various skills. Among other things, a better use of the upper limb or a better balance allow for a better autonomy and independence in everyday life. On the other hand, this activity cannot under any circumstances replace multidisciplinary work.

Keywords: Activities using horses ; hippotherapy ; autonomy ; independence; stroke ; occupational therapy.