

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
LORRAINE
CHAMPAGNE-ARDENNE



Utilisation du jeu en rééducation adulte et motivation du patient

Mémoire d'initiation à la recherche

Elise Noël

Juin 2017

Remerciements

Sous la direction d'Emmanuel Krick, ergothérapeute au Rehazenter, centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation du Luxembourg, maître de mémoire.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Merci à mon maître de mémoire, pour son accompagnement, son soutien et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Merci aux formateurs de l'IFE-LCA, pour leur disponibilité et leurs conseils.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes questions pour mes entretiens.

Merci à tous ceux qui m'ont relue et conseillée.

Merci à Mickaël, à mes parents et à mes amis, pour leur soutien, leurs encouragements et leur patience au cours de ce travail et de mes années d'études.

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	3
1. Le jeu	3
1.1 Historique du jeu	3
1.2 Place du jeu dans la société actuelle	4
1.3 Définition du jeu	5
1.3.1 Caractéristiques du jeu	5
1.3.2 Classification des jeux	6
1.3.3 Jeu matériel ou attitude ludique ?	7
2. Les théories de la motivation	8
2.1 Historique	8
2.2 Définition	8
2.3 Théories	9
3. Cadre conceptuel en ergothérapie	10
3.1 Rôles et compétences de l'ergothérapeute	10
3.2 Modèles conceptuels en ergothérapie	12
3.2.1 Le modèle de l'occupation humaine	12
3.2.2 L'exemple du modèle ludique	13
4. Le jeu, la motivation, l'ergothérapie	14
4.1 La place du jeu comme médiation dans la pratique ergothérapique	14
4.2 Le jeu : une activité de médiation motivante ?	16
4.3 Motivation et objectifs thérapeutiques en ergothérapie	16
5. Questionnement et hypothèse	18
Partie exploratoire	19
1. Méthodologie	19
1.1 Objectifs de la recherche	19
1.2 Choix du contexte d'étude	19
1.3 Choix de la population interrogée	20
1.4 Choix de l'outil d'exploration	21
1.5 Déroulement de l'investigation	22

2.	Analyse des résultats	22
2.1	Analyse longitudinale	22
2.1.1	Structure 1.....	22
2.1.2	Structure 2.....	25
2.1.3	Structure 3.....	27
2.1.4	Entretien de M. H., ergothérapeute en réadaptation	29
2.2	Analyse transversale	30
2.2.1	Définitions et représentations du jeu par les ergothérapeutes rencontrés.....	31
2.2.2	Différentes utilisations du jeu	33
2.2.3	Refus du jeu par les patients	37
2.2.4	Moyens utilisés par les thérapeutes pour impliquer les patients	38
2.2.5	Inconvénients du jeu	40
2.2.6	La mise en situation écologique : un autre type de prise en charge	41
2.3	Conclusion de l'analyse	41
	Discussion	43
1.	Vérification des hypothèses	43
2.	Limites de la recherche	44
3.	Réflexions.....	45
3.1	Utilisations du jeu	46
3.2	Implication du patient	48
3.3	Représentations en ergothérapie et modèles conceptuels	49
4.	Perspectives	52
	Conclusion	54
	Bibliographie	55
	Annexes	58

Introduction

« *L'homme ne cesse pas de jouer quand il devient vieux, il devient vieux quand il cesse de jouer.* » (George Bernard Shaw)

En service d'ergothérapie, le jeu est une médiation utilisée quotidiennement auprès de tous les patients ou presque. Que ce soit sous forme de jeux vidéo, qui occupent de plus en plus d'importance en thérapie, de jeux de construction ou de jeux de plateau, les exercices ludiques prennent une place considérable parmi les activités proposées par les ergothérapeutes. En effet, cette activité, sans forcément être significative pour certains patients, semble être plus attrayante et motivante qu'une médiation purement analytique et non ludique. De plus, la société actuelle tend vers une utilisation massive du jeu dans tous les domaines (apprentissage, médias, marketing, culture, loisirs...)¹. Ainsi, au quotidien, tout le monde joue plus ou moins, quels que soient le support et l'environnement, tant humain que matériel.

J'ai choisi ce thème car le jeu est pour moi une activité signifiante, un moyen de me ressourcer et de me détendre au quotidien, que ce soit sous forme de jeux de société, de jeux-vidéo, ou encore de jeux de mots. Par ailleurs, en tant qu'étudiante en ergothérapie, j'ai souvent eu à expliquer que l'on ne faisait pas « que jouer », en cours théorique comme en pratique, les études d'ergothérapie semblant très ludiques pour un œil extérieur. Cela a été une première étape dans mon questionnement sur le jeu en tant que médiation et activité significative.

De plus, lors de mon stage en centre de rééducation fonctionnelle (CRF), j'ai pu observer que le jeu était une médiation particulièrement utilisée auprès d'adultes en ergothérapie. Tous les exercices proposés en tant qu'outils de rééducation sont ludiques, essentiellement par leur support. C'est au cours de ce stage que je me suis interrogée sur l'utilisation du jeu comme activité de médiation, et sur ce qu'il apporte par rapport à des activités non ludiques.

¹ BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*, 2015.

Après quelques recherches, j'ai pu comprendre que le principal intérêt du jeu en thérapie était la motivation qu'il apporte au patient, le jeu procurant du plaisir et étant donc une activité plus attrayante pour la plupart des personnes. Toutefois, cela implique de rendre le patient acteur, de fixer avec lui des objectifs thérapeutiques et de lui permettre de comprendre en quoi les activités proposées y répondent.

Je me suis donc interrogée à ce sujet : quel est l'impact de l'utilisation du jeu sur l'engagement du patient dans la thérapie ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous aborderons dans une première partie les concepts de jeu, de motivation, puis de cadre conceptuel en ergothérapie. Au travers de ces trois concepts, nous envisagerons l'intérêt du jeu comme activité de médiation signifiante et sa place dans la pratique ergothérapeutique. À partir de ces données théoriques, dans une seconde partie pratique, nous organiserons des entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes. Ces entretiens auront pour objectif d'analyser les démarches thérapeutiques en rééducation fonctionnelle à travers le jeu. Enfin, suite à l'analyse des résultats obtenus, nous tenterons de répondre à notre problématique en réfléchissant aux apports du jeu dans la pratique ergothérapeutique et à son impact sur la motivation du patient pour adhérer à sa rééducation.

Partie théorique

1. Le jeu

1.1 Historique du jeu

Des découvertes archéologiques ont permis de retracer l'histoire du jeu depuis l'Antiquité (à partir de 3000 av. J.-C.)². Elles ont prouvé que celui-ci était à l'origine une activité dédiée aux adultes bien plus qu'aux enfants. Des chercheurs ont notamment retrouvé des figurines d'animaux, des balles, des dés, des pions voire des jeux de plateau. Qu'il s'agisse de jeux (adresse, hasard, stratégie...) ou de jouets (balles), ces activités avaient, à cette époque, une symbolique qui leur était propre et étaient réservées aux adolescents ou aux adultes. Seuls les modèles réduits et les poupées étaient utilisés par les enfants.

Aristote, philosophe de l'Antiquité (4^{ème} siècle av. J.-C.), est le premier à avoir remis en question cette appartenance du jeu au monde de l'adulte³. Pour lui, le jeu était une distraction, non dans un sens positif, mais dans le sens où celui-ci détournait les hommes de la recherche de la vertu. Dès lors, les activités ludiques ont été dépréciées par le public adulte, renforcées par la vision du christianisme selon laquelle les jeux éloignent les hommes de la religion. Ce sont l'effort, le sérieux et la raison qui étaient définis comme valeurs morales à suivre.

Les XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles ont par la suite connu plusieurs vagues d'appréciation et de dépréciation du jeu. Tout d'abord revenu à la mode dans les salons, il entraîne de lourdes pertes d'argent et se voit à nouveau méprisé. En parallèle, des philosophes comme Montaigne et Locke amènent progressivement l'idée que le jeu est le moteur du développement de l'enfant et qu'il facilite l'apprentissage. En revanche, Rousseau et Kant s'y opposent, expliquant que seul l'effort permet d'obtenir des résultats. Au XIX^{ème} siècle, Schiller, écrivain allemand, fait à son tour la promotion du jeu en l'identifiant à l'activité intellectuelle.

Depuis, le jeu est de nouveau reconnu comme une activité digne, bien que préférée par les enfants plutôt que par les adultes. Il s'est largement répandu dans notre société, favorisant le commerce, les relations sociales, ou encore l'éducation.

² JOCARI, *Jocari* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.jocari.be>.

³ BNF, *Jeux de princes, jeux de vilains* [en ligne], BnF. Disponible à l'adresse : <http://expositions.bnf.fr/jeux/index.htm>.

1.2 Place du jeu dans la société actuelle

Gilles Brougère, professeur en sciences de l'éducation (XXI^{ème} s.), aborde le côté culturel du jeu dans l'ouvrage qu'il a coordonné⁴. Il y explique qu'actuellement, les jeux se diversifient de plus en plus et forment une industrie à part entière. De nos jours, ils se développent pour satisfaire tous les publics, sur divers supports (papier, plateau, consoles...) et au travers de différents principes de jeux (télévisés, de société, jeux-vidéo...). Cette diffusion de masse fait du jeu un bien de consommation de la famille contemporaine.

Il explique que l'idée du jeu est associée à des représentations sociales contrastées. Tout d'abord, les jeux d'argent et les jeux vidéo sont dévalorisés par une image renvoyant à la dépendance, la violence et l'isolement. À cela s'ajoutent les représentations du jeu comme perte de temps, qui perdurent à travers l'histoire. Cette activité, improductive, continue donc de s'opposer au travail et au sérieux dans les mœurs actuelles. Cependant, son utilisation dans le domaine de l'éducation et du développement de l'enfant le revalorise, amenant une idée de bien-être, mais étant plutôt associée à la pédiatrie.

Malgré ces représentations opposées, il s'agit d'une activité qui s'impose de plus en plus dans notre société. De nos jours, le jeu est devenu courant et se retrouve dans tous les domaines : commerce, formation, éducation, loisirs personnels et familiaux, etc. Il se forge ainsi une réputation qui va peu à peu à l'encontre de ses représentations sociales. Une étude de l'INSEE de 2015⁵ évalue les dépenses en jeux, jouets et articles de sport à 13,4% des dépenses culturelles et de loisirs (soit 13 milliards d'euros) en France. Par ailleurs, 80% des français jouent à des jeux vidéo, et l'âge moyen du joueur français est de 41 ans⁶. Cela explique que l'industrie mondiale du jeu vidéo représente, en termes de chiffre d'affaires, plus du double de l'industrie du cinéma et près du quadruple de l'industrie musicale (2012)⁷.

Ces données tendent à montrer que, malgré des représentations culturelles contrastées en fonction des individus concernés, le jeu a actuellement une place très importante auprès de tous les publics, notamment grâce à la diversification des supports de jeu.

⁴ BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*, 2015.

⁵ INSEE, *Dépenses culturelles et de loisirs en 2015* [en ligne]. France : INSEE, comptes nationaux, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF05468.

⁶ SNJV, *Sociologie du jeu vidéo* [en ligne]. 11 juin 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.snjv.org/sociologie/>.

⁷ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal, OFFENSTEIN, Emeric, QUEVILLON, Émeraude, et al. *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?*, 2015, Dossier La ludification de la société, Jérôme LEGRIX-PAGES, p.59-67.

1.3 Définition du jeu

La notion de jeu est connue de tous, toutefois, il est difficile de s'accorder sur sa définition. Ainsi, parmi les nombreux auteurs qui ont abordé ce thème, nous retiendrons particulièrement la définition de Roger Caillois (1964)⁸, qui reste, actuellement, la plus reconnue.

1.3.1 Caractéristiques du jeu

Caillois, en se basant sur la définition de Huizinga (1938), a mis en évidence certaines notions que l'on retrouve à travers le concept de jeu. Ainsi, il le définit comme une activité :

- **Libre** : le jeu est un acte libre et choisi par le ou les participant(s), sans quoi il perdrait sa nature attrayante et divertissante. Il capte l'attention, implique la personne dans la partie et la distrait de la réalité pour se concentrer sur le plaisir de jouer.
- **Séparée** : le jeu possède des limites distinctes d'espace et de temps. Dans cette réalité séparée, le jeu permet de rendre à l'homme son insouciance et de se décharger du réel dans un cadre protégé (Huizinga)⁹.
- **Incertaine** : au début de la partie, il est impossible de déterminer quel en sera l'aboutissement. Ainsi, les actions et choix du participant auront un impact sur le jeu.
- **Improductive** : le jeu ne crée rien, ne produit rien. La situation est identique au début et à la fin de la partie. Seule l'expérience du participant est modifiée, lui apprenant à s'adapter à de nouvelles situations.
- **Réglée** : les règles imposent des conventions spécifiques au jeu, qui suspendent les règles de la réalité pour en poser de nouvelles de façon temporaire.
- **Fictive** : le jeu se déroule en parallèle de la réalité et n'a donc aucun impact sur celle-ci. Ainsi, même en cas d'échec, la personne n'y perdra rien et pourra recommencer infiniment, sans conséquence.

Dans la définition de Huizinga, une notion que Caillois n'a pas retenue est celle de **relations de groupe**. En effet, un jeu peut se jouer seul : il ne se déroule pas obligatoirement entre plusieurs individus. Toutefois, cet aspect relationnel peut être intéressant dans le cadre

⁸ CAILLOIS, Roger. *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*. Éd. rev. et augmentée, 2009.

⁹ SOLINSKI, Boris. *Ludology : play, rethoric, complexity*, 2015.

de l'ergothérapie, où le jeu se déroule entre le thérapeute et la personne, mais aussi entre plusieurs patients.

1.3.2 Classification des jeux

Caillois, qui est à l'origine d'une classification des jeux, en répertorie quatre catégories :

- **Agôn** (du latin : compétition, conflit physique ou intellectuel) : cette catégorie regroupe tous les jeux de compétition portant sur une qualité du joueur (force, endurance, mémoire, adresse, stratégie, etc.).
- **Alea** (du latin : jeux d'argent, chance) : les jeux aléatoires s'opposent aux jeux de compétition. En effet, ils sont fondés sur le hasard, et le joueur ne peut déployer aucune qualité pour influencer le jeu.
- **Mimicry** (du latin : mimétisme) : ce sont les jeux de déguisement, dans lesquels le joueur prend plaisir à se faire passer pour un autre que lui.
- **Ilinx** (du latin : vertige) : les jeux de vertige visent à accéder à un état d'étourdissement éloignant le joueur de la réalité (par des mises en danger, la confrontation à des peurs, etc.).

Par la suite, il effectue une seconde distinction, selon laquelle chaque jeu tient plus ou moins de la *paidia* ou du *ludus*. Il décrit la *paidia* comme une « *improvisation totale* » du jeu, lorsque celui-ci ne suit aucune règle et se fait spontanément. Inversement, le *ludus* regroupe les jeux de règles : il impose un cadre au divertissement et ordonne le caractère plus insouciant de la *paidia*.

Une autre classification, créée en 2002 et mise à jour en 2015 par la psychopédagogue Denise Garon, est celle du système ESAR (jeux d'Exercice, Symboliques, d'Assemblage, de Règles)¹⁰. Elle répertorie et réalise une analyse psychologique des jeux et jouets en s'inspirant des travaux de Jean Piaget (psychologue suisse du XX^{ème} siècle, spécialisé en psychologie du développement). Elle distingue ainsi 4 types de jeux et leurs facettes (habiletés cognitives, fonctionnelles, sociales, langagières et affectives) :

¹⁰ GARON, Denise. *Système ESAR* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.systeme-esar.org>.

- **Jeux d'Exercice** : jeux sensoriels et moteurs passant par des manipulations
- **Jeux Symboliques** : jeux d'imitation, impliquant des scénarios et autres représentations de la réalité (y compris par le dessin)
- **Jeux d'Assemblage** : jeux de construction
- **Jeux de Règles** : jeux comportant des règles précises acceptées par les joueurs (jeux d'association, d'adresse, de stratégie, de hasard, de questions, de langue, etc.)

1.3.3 Jeu matériel ou attitude ludique ?

Le jeu est, selon le Larousse¹¹, une activité de loisir « à laquelle on s'adonne pour se divertir, pour en tirer du plaisir ». Plus qu'une activité, ce terme désigne aussi « l'ensemble des éléments nécessaires à la pratique d'un jeu », ou encore la « manière de jouer ».

De nombreux auteurs réalisent cette distinction. Brougère¹² parle « d'activité de jouer », Guitard, Ferland et Henriot « d'attitude ludique », et Genvo et Triclot « d'expérience ludique ». Il ressort de ces expressions une différence entre le jeu matériel en lui-même (support et structure), l'attitude qui l'accompagne et l'expérience qu'il procure. Cette différenciation existe aussi dans le vocabulaire anglais. Le terme *play* rapporte ainsi à l'action de jouer et à l'attitude ludique tandis que le terme *game* désigne les structures de jeu et le matériel¹³.

Pour conclure, le jeu a une place considérable dans notre société et devient une activité qui s'adapte à toutes les tranches d'âge. Le jeu de société en particulier, plus utilisé en famille, se voit progressivement remplacé par les jeux-vidéo. Cependant, c'est un loisir apprécié et donc signifiant même chez l'adulte. Cela suppose que cette activité utilisée en médiation peut se révéler plus attrayante et plus motivante que des exercices analytiques, car elle est associée à l'idée de plaisir. Le jeu pourrait ainsi être un outil de rééducation privilégié en ergothérapie, car il est totalement adaptable et peut être source de motivation s'il correspond aux préférences et au vécu ludique du patient.

¹¹ LAROUSSE, Éditions. *Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/>.

¹² BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*, 2015.

¹³ GENVO, Sébastien. *Penser la formation et les évolutions du jeu sur support numérique* [en ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.ludologique.com/publis/HDR_SG_t1.pdf.

2. Les théories de la motivation

2.1 Historique¹⁴

Tout comme le concept de jeu, celui de la motivation est difficile à définir car il s'agit d'une notion psychologique, variant pour chaque individu et chaque situation. De plus, il a énormément évolué au cours des XX^{ème} et XXI^{ème} siècles.

La notion de motivation trouve son origine au début du XX^{ème} siècle, lorsque Pavlov (médecin russe), puis Skinner (psychologue américain), ont développé la théorie du conditionnement opérant. Selon cette théorie, le comportement d'un individu est induit extrinsèquement par des punitions et/ou des récompenses. Par la suite est née la notion de *drive* (Woodworth, Hull), qui peut se traduire par « détermination » : il s'agit des besoins physiologiques qui poussent l'individu à adopter un comportement, et qui peuvent être utilisés pour inciter une personne à réaliser certaines actions.

Ces notions de conditionnement et de *drive* sont les résultats des premières recherches s'intéressant à l'origine d'un comportement. Toutefois, ces concepts ont évolué avec les courants psychologiques et les théories de l'apprentissage, aboutissant à la création du terme de « motivation ».

2.2 Définition

Premièrement, nous reprendrons la définition de Vallerand et Thill (1993)¹⁵ : « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes [...] produisant le comportement* ». Elle comprend quatre composantes :

- La **direction** de l'individu vers certaines finalités
- Le **déclenchement** d'un nouveau comportement
- La **persistance** d'un comportement sur la durée
- L'**intensité** du comportement en fonction de la force motivationnelle.

¹⁴ FENOUILLET, Fabien. *La motivation*, 2012.

¹⁵ *Ibid.*

Deuxièmement, pour Deci et Ryan, la motivation, « *c'est ce qui incite les personnes à penser, à agir et à se développer* »¹⁶. Elle dépend de l'environnement socioculturel et influence tant les réactions des personnes que leurs sentiments, pendant, et après avoir agi.

2.3 Théories

Il existe de nombreuses théories de la motivation, variant selon les auteurs et le courant dont ils font partie. Nous aborderons ici des théories mettant en évidence différentes caractéristiques de la motivation.

Tout d'abord, Maslow¹⁷, psychologue américain humaniste, postule que tous les désirs ne sont pas issus de besoins physiologiques, en opposition à la notion de *drive*. Une action peut ainsi être provoquée par **plusieurs motivations, conscientes ou inconscientes, qui proviennent de besoins hiérarchisés**. Il distingue 5 types de besoins fondamentaux :

- **Besoins physiologiques** : ils permettent à l'individu de survivre (appétit, sommeil, activité, etc.).
- **Besoins de sécurité** : ils permettent à l'individu de sentir qu'il vit dans un cadre stable, protégé et structuré.
- **Besoins d'appartenance et d'amour** : il s'agit pour l'individu de vivre en relation avec autrui, de donner et recevoir de l'affection.
- **Besoins d'estime** : ce sont les besoins de respect de soi, d'indépendance ou encore de performance.
- **Besoins d'accomplissement de soi** : plus que de l'estime de soi, il s'agit pour l'individu de la recherche d'un sentiment d'être ce qu'il peut être.

Cette hiérarchisation permet de comprendre quelles peuvent être les motivations prioritaires des personnes. D'autres théories, reprises par Fenouillet¹⁸, formalisent la direction, le déclenchement ou encore l'intensité d'une motivation.

Ainsi, les sources de la motivation (soit la direction) correspondent aux **buts que se fixe la personne**. Nicholls explique également que l'attente du succès ou la motivation à éviter

¹⁶ DECI, Edward L et RYAN, Richard M. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* [en ligne]. 2008, Vol. 49, n° 1, p. 24-34.

¹⁷ MASLOW, Abraham H et NICOLAIEFF, Laurence. *Devenir le meilleur de soi-même: besoins fondamentaux, motivation et personnalité*, 2008.

¹⁸ FENOUILLET, Fabien. *La motivation*, 2012.

l'échec incitent un individu à se donner des buts. De même, pour Locke, la motivation est induite par le choix volontaire et explicite de poursuivre un objectif. Celui-ci doit être spécifique, ambitieux, atteignable, et accepté par la personne.

Enfin, **la nature et l'importance des centres d'intérêt d'un individu** modifieront son comportement. Selon Schiefele, l'intérêt est lié à une activité spécifique, qui est une motivation en soi pour la personne. De plus, cet intérêt peut être variable : c'est l'intensité motivationnelle. Pour Deci et Ryan¹⁹ (théorie de l'auto-détermination), il faut distinguer :

- **Motivation intrinsèque** : l'individu réalise une activité parce qu'elle lui apporte satisfaction ou plaisir. La motivation vient de la personne et peut être influencée positivement ou négativement par l'environnement (feedback positif ou négatif).
- **Motivation extrinsèque** : l'individu entreprend une activité en fonction d'une pression de l'environnement, notamment pour obtenir une récompense ou éviter une punition. Cette pression diminue plus ou moins le sentiment d'autonomie de la personne, qui peut accepter, comprendre ou intégrer les exigences qui lui sont imposées.

De ce fait, les besoins de l'individu, les buts qu'il se fixe et les intérêts qu'il porte à des activités sont autant de facteurs permettant de comprendre l'origine de sa motivation. Ces composantes d'une motivation peuvent être utilisées pour accompagner une personne dans ses projets, en prenant appui sur ses envies et besoins prioritaires. C'est en partie le rôle de l'ergothérapeute, qui se base sur les habitudes de vie du patient pour que celui-ci soit motivé par la thérapie et y adhère.

3. Cadre conceptuel en ergothérapie

3.1 Rôles et compétences de l'ergothérapeute²⁰

« L'ergothérapie est une profession de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. »

¹⁹ DECI, Edward L et RYAN, Richard M., *Op. cit.*

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*, Annexes 1 et 2: référentiel d'activités et de compétences.

« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. »

Pour cela, l'ergothérapeute évalue les capacités de la personne en prenant en compte ses données pathologiques, ses habitudes de vie, son environnement, et les gênes et ressources qui lui sont propres. Suite à ce recueil de données, il pose un diagnostic ergothérapeutique et propose un plan d'intervention pour accompagner la personne dans l'élaboration de son projet de vie, en se basant sur son consentement pour y participer.

Ce plan d'intervention se base sur *« le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles »*. Ces activités, choisies pour correspondre aux objectifs thérapeutiques, ont pour but de réduire les limitations fonctionnelles et de développer les capacités de la personne. De plus, l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) définit l'activité comme le reflet de la personne, liée à sa qualité de vie et au sens donné à son existence²¹. Ces activités peuvent être des exercices, des jeux, des activités manuelles ou encore des mises en situation d'activités quotidiennes ou professionnelles.

Le référentiel de compétences pour le Diplôme d'État d'Ergothérapeute décrit diverses compétences propres à cette profession. Nous en ciblerons deux :

- **Compétence 2** : concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie
 - Choisir un modèle d'intervention en adéquation avec les besoins de la personne
 - Formuler des objectifs et activités significatives adaptées au projet de vie du patient
 - Analyser les composantes de l'activité (physique, sensorielle, cognitive, etc.)
 - Élaborer un programme personnalisé exploitant des activités thérapeutiques

- **Compétence 3** : mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
 - Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne
 - Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique
 - Évaluer les effets des activités

²¹ ANFE, Définition : *l'ergothérapie* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://anfe.fr/definition>.

La mise en place d'activités ludiques rentre donc dans le champ de compétences de l'ergothérapeute. Ce type d'activité, très modulable, permet en effet de s'adapter à la personne et à ses habitudes de vie grâce à la diversité d'exercices qui peuvent être mis en place.

3.2 Modèles conceptuels en ergothérapie

La pratique ergothérapique se fonde sur plusieurs valeurs fondamentales qui orientent les interventions des ergothérapeutes, quel que soit le milieu dans lequel ils travaillent. Marie-Chantal Morel-Bracq²², ergothérapeute française, définit ainsi les modèles conceptuels comme des repères théoriques pour la mise en place d'une application pratique. Ils permettent de « *procurer aux ergothérapeutes un **cadre d'intervention** structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et, pour la plupart, des résultats de recherches solides garantissant une démarche de qualité* ». En ergothérapie, il est courant d'utiliser plusieurs modèles pour une même situation, qui peuvent se compléter entre eux. Nous développerons ici deux modèles, qui mettent en évidence l'importance de l'activité, de la motivation et du jeu.

3.2.1 Le modèle de l'occupation humaine

Tout d'abord, le **modèle de l'occupation humaine** (Kielhofner) étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour mettre en place des activités. Il cible particulièrement la compréhension de l'engagement de l'être humain dans les activités signifiantes et significatives. Ainsi, Kielhofner définit trois composantes de l'être humain :

- La volition : processus aboutissant au choix des activités. Elle est composée de la motivation, de la conscience des capacités, du sentiment d'efficacité et des valeurs et intérêts personnels.
- L'habitude : elle comprend les habitudes de vie et les rôles liés à la société et à la culture.
- Les capacités de rendement : elles sont liées aux systèmes organiques.

La volition, les habitudes de vie et les capacités de rendement dans l'environnement permettent donc de comprendre l'engagement d'une personne dans une activité en particulier.

²² MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*, 2009.

Ce modèle, très humaniste, prend en compte de nombreux éléments dont la subjectivité de la personne, lui permettant ainsi de se sentir mieux comprise.

3.2.2 L'exemple du modèle ludique²³

Un modèle conceptuel appliqué, créé par Francine Ferland (ergothérapeute canadienne), cible la pratique ergothérapique à travers l'utilisation du jeu. Créé à l'intention d'enfants présentant une déficience physique, le modèle ludique peut s'adapter à tous les publics. À travers ce cadre conceptuel, Ferland développe l'utilisation du jeu pour amener une personne vers l'autonomie, en lui faisant découvrir le plaisir d'agir en dépit des déficiences physiques. En effet, le jeu crée de l'intérêt et des situations qui incitent le patient à prendre des initiatives.

Tout d'abord, un pré-requis de ce modèle est l'intérêt de la personne pour le jeu, « *comme une attirance nécessaire pour faire naître le désir de faire et maintenir le plaisir de faire* »²⁴. Puis, Ferland décrit le contexte d'utilisation du modèle : le thérapeute propose plusieurs jeux correspondant aux objectifs thérapeutiques et laisse la personne choisir elle-même celui auquel elle souhaite participer. Ces jeux seront adaptés de sorte que la déficience physique n'entrave pas l'expérience ludique.

Une grande partie de ce modèle se fonde également sur l'attitude ludique, qui favorise la mise en place d'une relation de confiance. Cette attitude est caractérisée par le plaisir, la curiosité, le sens de l'humour et la spontanéité du thérapeute, qui se doit de faire passer ces valeurs à la personne par le biais de la relation de confiance.

Morel-Bracq explique également que « *l'utilisation du jeu tel qu'il est défini dans le modèle ludique, incite à aller au-delà des difficultés physiques et prend en compte l'attitude et l'intérêt qui sont nécessaires pour une activité autonome* »²⁵. Francine Ferland reprend aussi l'idée que « *les personnes mettent plus d'effort dans ce qu'elles font lorsque c'est agréable* »²⁶, soulignant que ce modèle suscite fortement la motivation intrinsèque du patient.

²³ FERLAND, Francine. *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*, 1998.

²⁴ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*, 2009.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal, OFFENSTEIN, Emeric, QUEVILLON, Emeraude, et al. *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?*, 2015, Dossier *Le jeu dans l'agir, entre effort et plaisir*, Francine FERLAND, p. 83.

Ce modèle, initialement développé pour l'enfant, semble toutefois applicable chez l'adulte. Une étude sur l'attitude ludique auprès d'une clientèle adulte²⁷ explique ainsi que cette attitude permet aux personnes « *d'aborder toute situation avec la même ouverture d'esprit que l'enfant aborde le jeu* ». Cela favoriserait la dédramatisation et permettrait à l'adulte de percevoir les situations comme des défis à relever ou encore comme des occasions d'enrichissement et d'apprentissage. Les résultats de l'étude mettent en évidence que l'attitude ludique à l'âge adulte rend l'activité positive et agréable, accroît la capacité à faire face aux diverses situations de vie et favorise la santé et le bien-être. De plus, elle montre que l'application du modèle ludique chez l'adulte donne du sens à l'activité et en augmente le potentiel thérapeutique, ce qui permet un engagement soutenu dans des activités significatives.

4. Le jeu, la motivation, l'ergothérapie

En ergothérapie, une **activité signifiante** a du sens ou de l'importance pour la personne qui la pratique. Une **activité significative** a un sens donné par son environnement social²⁸.

4.1 La place du jeu comme médiation dans la pratique ergothérapique²⁹

Il ressort des deux modèles étudiés précédemment que le jeu peut être utilisé en tant que médiation auprès de patients pour qui cette activité est signifiante. Ferland explique ainsi que « *l'homme peut, dans le jeu, agir sur son environnement ; l'activité significative donne un sens à cet agir* ».

En donnant du sens à l'agir, mais par toutes ses caractéristiques également, le jeu peut être thérapeutique. Reprenons la définition de Caillois. Le jeu est une activité :

- **Libre** : en ergothérapie, la médiation par le jeu doit être un choix du patient, pour rester un jeu et permettre à la personne d'être active au cours de la séance.
- **Séparée** : le cadre donné par le thérapeute est adapté aux difficultés du patient, de sorte à lui donner des exercices réalisables et suffisamment ambitieux pour être motivants.

²⁷ GUITARD, Paulette. L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2006, Vol. 73.

²⁸ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*, 2009, p.69.

²⁹ FERLAND, Francine. *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*, 1994.

- **Incertaine** : les résultats du jeu dépendent des actions et choix du patient. Il pourra donc avoir un sentiment de contrôle sur sa rééducation, d'auto-efficacité³⁰.
- **Improductive** : le jeu ne fait que modifier l'expérience du participant, lui apprenant à s'adapter à de nouvelles situations via l'utilisation de différents jeux.
- **Réglée** : intégrées à la thérapie et fixées par le thérapeute, les règles donnent un cadre à la séance de rééducation, et orientent le patient dans ses actions à travers l'activité.
- **Fictive** : le patient peut apprendre par essai-erreur, sans conséquence, et ainsi observer ses éventuels progrès. Les temps de jeu sont alors utilisés comme une forme détournée d'entraînement aux activités de la vie quotidienne, permettant des prises de risques. Cela peut être utilisé pour redonner confiance en ses capacités à une personne.
- **De groupe** : même lorsque le patient joue seul, il le fait en relation avec le thérapeute, qui est garant du cadre et qui lui apporte un feedback. Bien que l'ergothérapeute ait la possibilité de décider des règles, si le patient ne les approuve pas ou ne les comprend pas, le jeu est vain. De ce fait, une relation égalitaire entre patient et thérapeute est établie, les rendant impliqués ensemble dans la rééducation à travers la médiation.

À travers ces caractéristiques du jeu, nous observons que cette activité, utilisée comme médiation, a plusieurs avantages. À l'inverse du monde en situation réelle, le jeu est tout à fait adaptable en termes de difficulté pour la personne, de la même manière que le cadre en ergothérapie permet d'adapter la difficulté, la situation, et l'exercice au patient. Les règles, qui sont le cadre du jeu, donnent ainsi des possibilités d'action dans un champ précis pour transformer l'activité et la rendre thérapeutique. Le jeu permet donc d'améliorer des fonctions ciblées (sensorielles, motrices, cognitives).

Toutefois, ces activités ludiques peuvent ne pas être acceptées par tous les patients : pour certains, cette médiation ne sera pas applicable. En effet, nous jouons pour le plaisir et la détente que cela nous procure. Cependant, dans les représentations culturelles, la rééducation passe par l'effort, le travail voire la souffrance. Si l'on joue, c'est donc que l'on ne travaille pas et que l'on perd son temps. C'est pourquoi il est possible que certains patients n'acceptent pas cette médiation : il faudra donc trouver une activité qui soit plus signifiante pour eux.

³⁰ FENOUILLET, Fabien. *La motivation*, 2012.

4.2 Le jeu : une activité de médiation motivante ?

« *En nous motivant par la perspective du plaisir, le jeu nous invite à participer* »³¹. Par cette phrase, Solinski exprime l'idée que le jeu peut être une activité signifiante, et qu'il peut être à l'origine d'une motivation intrinsèque à participer.

En reprenant les théories de la motivation, nous comprenons que le jeu peut avoir pour effet de renforcer le sentiment de compétence. Son aspect non-définitif et inconséquent sur la réalité peut également avoir un impact sur la motivation intrinsèque : la personne prend moins de risques en jouant qu'en réalisant une activité pouvant demander un certain rendement. De plus, l'environnement ludique peut renforcer l'intérêt de la personne pour l'activité (motivation extrinsèque).³²

En outre, le jeu entretient le plaisir, et cela permet de maintenir l'engagement et de donner au patient l'envie de recommencer. Brougère³³ reprend cette idée en expliquant que le jeu a un côté attractif, qui capte l'attention des joueurs. De plus, Caillois cite le désir de jouer, la volonté de gagner, ou encore le plaisir de vaincre l'obstacle (s'il est à la portée du joueur) comme autant d'arguments motivants pouvant inciter une personne à jouer³⁴. Par conséquent, si la personne se fixe des objectifs personnels à atteindre à travers le jeu, qu'elle envisage sa « victoire » en atteignant ses buts, le jeu sera pour elle motivant et elle pourra s'y investir.

Ainsi, le jeu, lorsqu'il a du sens pour la personne qui y participe, ne débouche sur rien de matériel mais sur de l'expérience. Cela soulève toutefois le problème de l'implication du joueur – soit du patient – qui doit accepter de jouer le jeu, sans quoi il n'en tirera rien.

4.3 Motivation et objectifs thérapeutiques en ergothérapie

« *Le jeu, c'est tout ce qu'on fait sans y être obligé* » (Mark Twain).

En tant qu'ergothérapeute, et souhaitant utiliser le jeu comme médiation, nous ne pouvons obliger une personne à jouer. Toutefois, il est possible de l'y inviter en lui expliquant les

³¹ SOLINSKI, Boris. *Ludology : play, rethoric, complexity*, 2015, p.235.

³² *Ibid.*

³³ BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*, 2015.

³⁴ CAILLOIS, Roger. *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*. Éd. rev. et augmentée, 2009.

objectifs thérapeutiques que nous souhaitons amener par ce biais et en lui proposant un jeu qui corresponde à ses habitudes de vie et son vécu ludique.

Ces objectifs thérapeutiques sont présents dans tous les modèles conceptuels ergothérapeutiques.³⁵ En effet, quelle que soit la vision philosophique sous-jacente à la prise en charge, le fait qu'il y ait une intervention implique des objectifs à atteindre. Dans la plupart des modèles de rééducation récents, ces objectifs thérapeutiques sont fixés en début d'intervention, avec le patient. Ils sont relativement ciblés, de façon à motiver la personne par l'atteinte d'étapes progressives. Selon Locke, ces buts doivent être volontaires, atteignables, et doivent correspondre aux intérêts du patient pour être motivants. Cela permet de fixer une finalité à la prise en charge et des moyens d'action avec lesquels la personne est en accord.

Toutefois, ces objectifs peuvent être considérés comme motivation extrinsèque s'ils ne sont pas compris et intégrés comme siens par le patient. En effet, le cadre posé par le thérapeute peut être vécu comme une contrainte s'il implique des obligations, et il peut entraîner de la frustration, de la colère ou de l'anxiété.³⁶ Cela souligne l'importance d'une explicitation des objectifs, de sorte à faire comprendre au patient les enjeux de la thérapie et l'impact des médiations utilisées, même ludiques. De ce fait, si la personne comprend quelles sont les occasions d'enrichissement qu'elle peut rencontrer à travers le jeu en thérapie, elle pourra y adhérer, et l'activité aura du sens pour elle.

Offenstein³⁷ renforce cette idée en expliquant que la motivation du patient peut être orientée par l'ergothérapeute en proposant des activités pour lesquelles la personne aura de l'intérêt. Cette stimulation de la motivation intrinsèque est plus efficace que la mise en place de motivations extrinsèques, qui sont synonymes de persuasion et d'influence. Ainsi, si la personne s'investit dans l'accompagnement thérapeutique, cela favorisera le bon déroulement de la rééducation.

Le jeu sera par conséquent inscrit dans un cadre thérapeutique suscitant la motivation intrinsèque et la participation de l'utilisateur. En effet, le rôle de l'ergothérapeute est de procurer « *des opportunités d'action dans la réalisation desquelles il pourra constater qu'il est en*

³⁵ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*, 2009.

³⁶ MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*, 2013, Chapitre 9, p. 144-155.

³⁷ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal, OFFENSTEIN, Emeric, QUEVILLON, Emeraude, et al. *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?*, 2015. Dossier *L'ergothérapeute, catalyseur du changement ?*, Emeric OFFENSTEIN, p. 110-112

mesure de produire des effets ou de faire en sorte que les choses adviennent. » (Sylvie Meyer)³⁸. L'objectif du thérapeute est donc de trouver le levier, l'activité qui va créer et maintenir la participation de la personne. Cela permettra au patient d'adhérer à sa rééducation, et cela peut passer par la médiation du jeu.

« *Comprendre l'importance de la signification de l'activité dans l'existence de l'être humain et de l'équilibre dans l'ensemble de ses activités tout au long de sa vie, voilà la voie à privilégier pour mener à bien notre accompagnement de la personne dans son quotidien.* » (Francine Ferland).

5. Questionnement et hypothèse

Ces éléments théoriques nous permettent de mettre en évidence la place du jeu comme activité signifiante dans la société actuelle, ainsi que son potentiel rôle de moteur de la motivation en thérapie. Toutefois, cela nous amène à plusieurs questions : comment sont utilisés ces jeux dans la pratique ergothérapeutique ? Quels sont les ressentis des patients et des ergothérapeutes face à l'utilisation du jeu ?

Cela m'amène à la question de recherche suivante : **quelle conséquence l'utilisation de jeux de règles a-t-elle sur l'adhésion du patient adulte à sa rééducation ?**

Pour répondre à cette question, nous ciblerons une population adulte sans troubles cognitifs, ayant entre 50 et 70 ans et prise en charge en SSR. Nous aborderons ainsi les jeux de règles et leur impact thérapeutique, en considérant le cadre conceptuel dans lequel ils sont intégrés.

Je souhaiterais donc infirmer ou valider les **hypothèses** suivantes :

- La proposition d'activités signifiantes et l'explication des objectifs thérapeutiques qu'elles impliquent sont deux facteurs influençant fortement l'adhésion d'une personne à sa rééducation en ergothérapie.
- Les jeux de règles, utilisés en tant que médiation par les ergothérapeutes, peuvent être un moyen de favoriser l'adhésion du patient à sa rééducation.

³⁸ MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*, 2013, Chapitre 9, p. 144-155.

Partie exploratoire

1. Méthodologie

1.1 Objectifs de la recherche

Dans leur pratique, certains ergothérapeutes utilisent le jeu pour engager les patients dans leur rééducation : pourquoi ? Et comment ? Nous interrogerons donc des ergothérapeutes sur l'utilisation du jeu au sein de leurs pratiques. L'objectif sera ainsi d'analyser l'impact de ces pratiques sur l'adhésion des patients à leur thérapie.

Plus spécifiquement, nous chercherons à mettre en évidence le contexte d'utilisation du jeu et les types de jeux utilisés afin de comprendre leur place dans la pratique ergothérapique, et les raisons de leur utilisation. De plus, nous observerons la perception que le thérapeute a vis-à-vis de l'adhésion du patient à la thérapie : perçoit-il le jeu comme un outil favorisant cette adhésion ? Comment fait-il face aux refus de « jouer » des patients ?

1.2 Choix du contexte d'étude

Souhaitant dans un premier temps prendre pour population les adultes ayant une pathologie traumatique de l'épaule, nous avons exclu ce choix pour plusieurs raisons : dans ce contexte, les jeux sont principalement utilisés comme un outil de rééducation à part entière. Leur utilisation se fait dans des objectifs de rééducation des mouvements fonctionnels (augmentation des amplitudes articulaires, des préhensions, de la force musculaire...), mais moins dans un objectif motivationnel. Qui plus est, la population ciblée aurait été ainsi très restreinte.

Nous avons donc élargi la population pour prendre en compte les adultes ayant entre 50 et 70 ans sans troubles cognitifs, et pris en charge en centre de rééducation fonctionnelle. En effet, la population des personnes de 50 à 70 ans est assez présente en SSR. C'est également une tranche d'âge auprès de laquelle j'ai particulièrement pu observer l'utilisation du jeu en ergothérapie. Toutefois, ce n'est pas la population la plus habituée au jeu : dans cette tranche d'âge, le jeu reste parfois perçu comme une perte de temps. Ainsi, certaines personnes de 50 à

70 ans peuvent y être réfractaires au départ, et d'autres peuvent se prendre au jeu – comme j'ai pu l'observer en stage. Cette différence de points de vue au sein d'une même population nous permettra de voir l'impact d'une thérapie ludique sur la motivation des patients, malgré des habitudes de vie différentes.

Par ailleurs, pour aborder l'aspect ludique de la thérapie, l'absence de troubles cognitifs permet une meilleure compréhension des motivations des patients (en partie liée aux fonctions cognitives) qui favorisent leur adhésion à la rééducation. Cela permettra donc d'appréhender la façon dont les ergothérapeutes entrent en contact avec les patients pour les motiver par le biais de l'activité ludique – ou non.

Enfin, nous ciblerons plus particulièrement l'utilisation des jeux de règles (selon le système ESAR). En effet, les jeux de société et jeux de plateau ont des règles qui les rendent très adaptables pour créer un cadre thérapeutique en adéquation avec les objectifs du patient. Bien que les jeux-vidéo prennent de plus en plus de place en rééducation fonctionnelle, les jeux de plateau restent très utilisés : il m'a donc paru intéressant d'étudier l'intérêt des jeux de règles en rééducation, en excluant les jeux-vidéo.

1.3 Choix de la population interrogée

La population interrogée se constitue de 7 ergothérapeutes, nommés de façon aléatoire par souci d'anonymat. Ils travaillent tous en rééducation fonctionnelle et ont été interviewés dans 3 structures différentes (que nous appellerons structures 1, 2 et 3) :

Tableau I : descriptif de la population interrogée

Structure	1			2		3	
Ergothérapeute	Mme A	Mme B	M. C	M. D	Mme E	Mme F	M. G
Diplômé depuis	7 ans	28 ans	1 an	4 ans	18 ans	25 ans	18 ans
Expériences	Gériatrie, SSR	SSR	SSR	SSR	Neurologie	SSR, neuro- psychologie	Libéral, SSR
Populations rencontrées	Majorité de neurologie (90%), un peu de traumatologie (10%)			Majorité de neurologie centrale et pathologies dégénératives		Polyvalent, neurologie, traumatologie, polypathologies	

Un 8^{ème} entretien a été réalisé auprès d'un ergothérapeute travaillant en réadaptation (et ayant une expérience en rééducation). Celui-ci ne rentrant pas dans le cadre de la recherche présentée, nous ne l'aborderons que dans l'analyse longitudinale pour exposer son point de vue. Celui-ci permettra d'ouvrir la discussion en prenant en compte une population douloureuse chronique, auprès de laquelle l'utilisation du jeu présente d'autres intérêts qu'en rééducation fonctionnelle. En outre, il est à noter que cet entretien ne contribuera pas à la validation de notre problématique et de nos hypothèses, mais démontrera seulement certaines limites de notre étude.

1.4 Choix de l'outil d'exploration

Afin d'étudier l'utilisation du jeu en ergothérapie, nous nous baserons sur des entretiens réalisés auprès de ces huit ergothérapeutes. L'entretien semi-directif est un outil d'exploration utilisé dans le but de réaliser une étude qualitative. En effet, notre objectif n'est pas de recueillir des données quantifiées mais d'obtenir des informations sur les pratiques ergothérapeutiques auprès de différents professionnels. Ces entretiens permettent de poser des questions ouvertes, et l'échange ainsi créé sollicite une réflexion plus personnelle des ergothérapeutes interrogés, et non uniquement des faits. De plus, cela peut également apporter des éléments auxquels nous n'aurions pas pensé initialement.

Il s'agit donc d'une technique qualitative dont le but est de recueillir les points de vue de différents ergothérapeutes. Celle-ci se base sur un guide d'entretien (cf Annexe I) comportant quatre questions principales. Chaque entretien étant unique, ces thèmes ont pu être abordés spontanément par les ergothérapeutes interrogés, et les questions prévues n'ont donc pas été posées de façon systématique. Des relances ont également permis de poursuivre le dialogue en cas de manque d'idées du professionnel lors de l'interview.

Cette technique a pour avantage d'être très personnalisée en fonction des ergothérapeutes rencontrés. Toutefois, les questions prévues étant rarement les mêmes que celles posées réellement, nous avons observé lors de l'écoute des entretiens que nos questions avaient tendance à orienter la réponse de la personne interrogée, créant ainsi un biais, particulièrement lors des premières interviews. En le remarquant, nous avons tenté de moins diriger les entretiens suivants et de relancer le débat par plus de reformulations que de questions.

L'objectif de ce guide d'entretien est donc d'amener progressivement les idées de jeux de règles et d'adhésion (par le biais de questions abordant les comportements des patients lors de l'utilisation du jeu). Au travers de ces deux mots-clés, des représentations et du ressenti du thérapeute face à ces sujets, l'intérêt sera de comprendre son positionnement face au jeu dans sa pratique ainsi que les raisons de ce positionnement.

1.5 Dérroulement de l'investigation

Afin de mettre en place ces entretiens, nous nous sommes mis en contact par téléphone et/ou par mail avec les ergothérapeutes de plusieurs services de SSR. Au cours de ces échanges, nous avons ainsi pu programmer des entretiens dans les différents centres. Par ailleurs, ces premiers contacts permettaient de décrire les modalités des entretiens : leur durée (d'une trentaine de minutes), le lieu de passation (dans une salle au calme du centre de rééducation), la garantie de l'anonymat et les formalités d'enregistrement.

Les entretiens en eux-mêmes se sont déroulés dans les services de SSR, dans une salle au calme. Ils ont tous été enregistrés, permettant par la suite de les retranscrire dans leur intégralité. Suite à ces retranscriptions (dont Annexe II), les données relevées ont été encodées (utilisation de mots-clés et d'un tableau permettant de recouper les informations entre les différents entretiens, voir Annexe III). Elles ont ensuite été analysées, dans un premier temps entretien par entretien, puis de façon transversale, où les points communs et différences entre les interviews ont été mis en évidence.

2. Analyse des résultats

2.1 Analyse longitudinale

2.1.1 Structure 1

2.1.1.1 Entretien n°1 : Mme A.

Tout d'abord, Mme A. définit le jeu au travers des notions de plaisir et de distraction : « *c'est quelque chose qu'on va faire pour s'amuser* ». Ainsi, elle précise que cette activité n'est pas forcément liée à une connotation de rééducation, mais plutôt de divertissement. C'est pour cette raison qu'elle préfère employer le terme « activité » pour présenter un

exercice de rééducation. Elle évoque également plusieurs caractéristiques du jeu : la notion de règles à suivre, d'objectifs à atteindre (parfois), de support de jeu et d'attitude ludique. Sur ce dernier point, elle n'utilise que le support : en effet, l'attitude ludique demande une présence et un temps que les thérapeutes n'ont pas. Ainsi, elle explique qu'en ergothérapie, le jeu est avant tout un **support utilisé pour la rééducation de fonctions**, auprès de tous les patients, avec et sans troubles cognitifs. En effet, Mme A. reprend la notion de règles du jeu et de cadre en expliquant qu'ils sont souvent adaptés pour transformer le jeu en activité de rééducation et pour répondre aux objectifs de la personne.

Par ailleurs, elle utilise **le jeu en groupe** : cela devient alors une activité collective permettant de rapprocher les personnes, avec « *d'autres objectifs, qui sont de socialisation, d'échanges, etc.* ». Elle souligne que le jeu entre patients est très apprécié, mais aussi que la création de ces échanges peut être utilisée pour entrer en communication avec les personnes, tout particulièrement si elles présentent des troubles cognitifs.

De plus, Mme A. explique que le jeu rend la prise en charge plus « *facile* », fait passer le temps plus vite pour les patients et détourne leur attention de la rééducation. Elle indique aussi que le jeu peut « *rajouter une notion d'envie pour quelqu'un qui n'est pas très motivé [...] mais ça va pas être pour ça que vais donner ce jeu* ». Cependant, cette notion d'envie et la motivation qui en découle dépendent beaucoup de la personne et de son caractère. Ainsi, **le jeu ne va pas être utilisé dans le but de favoriser l'adhésion des patients, mais peut toutefois avoir cet impact sur certains d'entre eux**. À l'inverse, le jeu peut parfois être refusé. Selon Mme A., ces refus sont généralement liés à une mauvaise compréhension des objectifs. Face à cette situation, elle explique donc les intérêts de l'exercice, en ciblant prioritairement les objectifs de la personne : « *la personne qui n'a pas de troubles cognitifs, elle a conscience de ses objectifs et en soi c'est déjà une motivation* ». Ainsi, **l'utilisation de buts et d'activités signifiantes pour la personne est le levier de sa participation à la rééducation**.

2.1.1.2 Entretien n°2 : Mme B.

Mme B. définit le jeu comme une activité ludique ayant de nombreuses caractéristiques exploitables au cours d'une rééducation physique et/ou cognitive. Ainsi, ces caractéristiques permettent de **répondre aux objectifs des patients** à travers diverses adaptations du jeu et

des règles, qui facilitent l'intégration du jeu comme exercice. Elle met également en exergue la possibilité de faire jouer ensemble des patients ayant des objectifs similaires, et ainsi de les amener à **communiquer entre eux** au travers du jeu.

Puis, en abordant les réactions des patients face au jeu, Mme B. explique que celles-ci sont variables chez chacun : certaines personnes refuseront le jeu, d'autres au contraire se l'approprient et seront attirés par le côté ludique. Selon elle, les refus du jeu sont généralement liés aux **représentations que les personnes ont du jeu et de la rééducation** : « *y en a qui vont pas comprendre, pourquoi on joue alors que je suis en rééducation, je devrais avoir mal, ça devrait être difficile mais on me fait jouer à un jeu* ». Face à ces refus, pour répondre aux attentes des patients, Mme B. s'axe sur des exercices fonctionnels sans passer par le jeu.

Enfin, elle explique que **le jeu n'est pas forcément une motivation** pour les personnes qui l'acceptent, **mais** « *une évasion, au moins pendant qu'ils ont joué ils n'ont pas pensé à la maladie* ». Elle explique que la rééducation et l'avenir ne sont « *pas forcément drôles* », et que l'utilisation du jeu lors de la prise en charge en ergothérapie ajoute une certaine détente : « *la rééducation est certainement plus agréable* ». Ainsi, pour Mme B., le jeu n'est pas un moyen utilisé pour favoriser l'adhésion du patient, mais qui a d'autres intérêts, tels que les échanges créés dans le jeu et l'évasion que celui-ci procure vis-à-vis de la maladie. Elle précise « *l'intérêt psychologique* » présent dans l'utilisation du jeu pour détourner l'attention du patient et le distraire de son quotidien souvent difficile.

2.1.1.3 Entretien n°3 : M. C.

Avant tout, M. C. définit le jeu comme une « *activité qui permet de nous divertir, d'apprendre [...] à travers diverses notions, différents gestes* ». Il est adaptable pour correspondre aux objectifs thérapeutiques visés, de préférence les objectifs propres aux patients. Il explique également que cette **activité de loisir est utilisée différemment en fonction de l'âge des participants**. Ainsi, l'utilisation du jeu chez l'enfant deviendrait quelque chose d'ancré, qui évoluerait avec l'âge mais laisserait des souvenirs en chaque individu. Il pourrait ainsi être soit vu comme infantilisant, soit au contraire devenir une source de motivation liée aux bons souvenirs du jeu, qui lui donnent un attrait naturel et inconscient. Toutefois, les patients peuvent également voir le jeu comme incohérent par rapport à la

thérapie, qui pour certaines personnes est associée à une idée de souffrance. Par conséquent, l'impact des jeux de règles sur l'adhésion du patient serait **très dépendant du vécu ludique de la personne et de ses représentations vis-à-vis du jeu.**

Pour limiter l'incompréhension et le refus de l'activité, M. C. explique les objectifs, ce qui favorise la participation des personnes. Également, en fonction des réactions des personnes face à l'activité et de leurs représentations, il emploie le terme « jeu » ou le terme « activité ».

En ergothérapie, M. C. utilise majoritairement **le jeu dans le but de détourner l'attention du patient** : celui-ci doit se concentrer et utiliser ses fonctions cognitives, ce qui lui permet de travailler ses fonctions motrices sans se focaliser dessus. Ainsi, la personne « *va moins voir le temps passer, va oublier qu'elle est en rééducation* ». Cela ne l'empêche pas de souligner les progrès observés dans la rééducation par le jeu et l'atteinte des objectifs, qui permettent au patient de comprendre les intérêts de l'activité.

2.1.2 Structure 2

2.1.2.1 Entretien n°4 : M. D.

M. D. définit le jeu comme un « **outil de rééducation** », dont les caractéristiques et les règles permettent de l'utiliser avec tous les publics, dans de nombreuses situations, et de l'adapter pour répondre à divers objectifs. La grande variabilité de jeux qui peuvent être présentés permet également de diversifier les exercices et de « *casser la routine* ».

Pour impliquer les patients, M. D. explique que le plus important est de **faire du lien entre le jeu et l'activité**, de justifier les objectifs qu'il y a derrière le jeu. Il faut également que ces **objectifs** soient **signifiants**, c'est pourquoi il prend en compte prioritairement les objectifs propres au patient pour le faire adhérer à la rééducation.

Il évoque également la notion de **jeu en groupe**, qui a plusieurs intérêts. Il permet tout d'abord de créer une émulation entre les patients, de créer un espace de rencontre où tous peuvent s'entraider. De plus, le jeu entre patients amène un concept de challenge : la personne veut alors faire plus, se surpasser.

Concernant les refus du jeu, M. D. explique qu'il y en a peu : les patients, ayant confiance dans le thérapeute, réalisent les exercices donnés. Il explique que généralement, s'il y a un refus, c'est parce que la personne ne comprend pas le lien entre l'activité et sa vie quotidienne, auquel cas il change le support de l'activité. Ainsi, les réactions face au jeu sont variées et dépendent « *de l'histoire de vie de la personne, de son caractère, de la façon dont elle voit les choses, de la façon dont on lui présente les choses* ».

Enfin, M. D. **oppose le jeu en rééducation aux prises en charge écologiques** (mise en situation de vie quotidienne) : l'activité écologique est plus signifiante pour la personne qu'un jeu, et pourrait totalement remplacer les prises en charge analytiques. **Le jeu est donc un moyen plus accessible de réaliser une rééducation en salle, mais est moins motivant pour la personne (car moins signifiant) qu'une prise en charge écologique.**

2.1.2.2 Entretien n°5 : Mme E.

Mme E. définit le jeu comme une « *activité ludique et **occupationnelle**, récréative* ». Dès le début de l'entretien, elle explique qu'en rééducation fonctionnelle, elle ne l'utilise pas : « *je suis contre, j'y suis même opposée* ». Elle utilise uniquement **le jeu avec des personnes cérébrolésées** pour les impliquer par quelque chose de ludique, car ce public ne comprend généralement pas la rééducation et s'y investit peu : le jeu permet de pallier cela. Ainsi, avec un public nécessitant une rééducation purement fonctionnelle et motrice, elle n'utilise le jeu que lorsqu'elle n'a plus aucun objectif avec une personne mais doit quand même la prendre en charge : dans ce cas ce n'est plus une prise en charge ergothérapique mais de l'animation. Elle explique que des objectifs occupationnels tels que « *s'évader* », « *se vider la tête* », peuvent être intéressants, mais font partie des rôles de l'animateur et non de l'ergothérapeute. La seule autre situation dans laquelle Mme E. utilise le jeu avec un public sans troubles cognitifs est par le biais des "jeux-vidéo" (Biometrics® et Wii™). Toutefois, elle ne les considère pas comme des jeux, car ils ne sont pas ludiques de son point de vue personnel.

Par ailleurs, elle explique que le jeu a plusieurs **inconvenients**. Tout d'abord, il **détourne l'attention** du patient, de la rééducation mais aussi du mouvement recherché, qui est alors mal effectué. Qui plus est, si le patient « *oublie qu'il est en rééducation* », il peut se penser en animation, ce qui paraît inacceptable et diminue de beaucoup la **crédibilité de l'ergothérapie** : « *je ne voulais pas qu'il y ait cette image là qui reste, par rapport à la*

profession, par rapport à la crédibilité du thérapeute ». Enfin, le jeu nécessite une présence importante de la part du thérapeute : c'est donc une perte de temps considérable.

Mme E. met donc en place des **prises en charge les plus écologiques possible**, en mettant en situation les personnes pour répondre à leurs objectifs concrets, par des activités significatives : « *je préfère voir ça en toilette, en habillage ou en cuisine* ». Lors des prises en charge en salle, elle compare les exercices donnés avec de la musculation : des mouvements spécifiques seront réalisés de façon répétitive, mais le patient étant prévenu, il en comprend l'intérêt. De plus, c'est en discutant avec les personnes, en leur expliquant les objectifs, en les faisant participer activement et en quantifiant leur progression qu'elle les **implique dans leur rééducation**. Par conséquent, **Mme E. n'utilise pas le jeu, car selon elle, il n'a pas de réel intérêt et n'est pas significatif, contrairement à des activités écologiques. Pour elle, le jeu ne permet donc pas de favoriser l'adhésion du patient dans sa rééducation.**

2.1.3 Structure 3

2.1.3.1 Entretien n°6 : Mme F.

Mme F. définit le jeu comme une activité ludique et « *comme l'échange entre 2 personnes [...] ou plus* ». Elle a travaillé dans divers domaines, mais elle apprécie plus particulièrement de travailler **en neuropsychologie**. C'est dans ce cadre qu'elle utilise le plus le jeu en rééducation : selon elle, le jeu motive, donne envie et suscite l'intérêt par une finalité nouvelle. Cependant, elle explique ces intérêts dans le cas où la personne présente des troubles cognitifs, mais précise que cette façon d'utiliser le jeu n'est généralement pas nécessaire face à des troubles fonctionnels : « *le jeu pour motiver le patient c'est pas nécessaire sur le plan fonctionnel, en neuro [...] ça peut motiver le patient à faire quelque chose qu'il ferait pas de façon répétitive* ». Une autre utilisation du jeu que Mme F. met en évidence concerne les **patients ayant des douleurs importantes** : le jeu permet de détourner l'attention du patient, de le décentrer de la maladie et de faire passer la rééducation plus vite et plus facilement. Enfin, elle explique que le jeu a un intérêt en groupe lorsqu'il est joué par plusieurs patients, mais aussi avec le thérapeute : il permet d'**entrer en communication différemment**, « *d'apprendre des choses importantes pour la personne* ». Par conséquent, **l'utilisation du jeu trouve davantage sa place en neuropsychologie ou pour des patients douloureux** qu'en rééducation fonctionnelle selon Mme F.

Par ailleurs, en revenant sur la notion de motivation, Mme F. dit : « *la motivation première du patient c'est de **comprendre l'intérêt de la thérapie pour lui*** ». C'est pourquoi elle prend le temps de discuter des objectifs avec les patients, ce qui limite leur incompréhension face aux activités (notamment de jeu) proposées. Elle ajoute que « *si en plus après il se rend compte que ça porte ses fruits, qu'il progresse, que les douleurs diminuent, il va forcément adhérer* ».

2.1.3.2 Entretien n°7 : M. G.

M. G. définit le jeu en expliquant qu'il implique « *qu'il y ait quelque chose qui fasse plaisir* », exprimé notamment par l'attitude ludique du thérapeute. Ainsi, il peut présenter l'activité de différentes façons : parfois, le jeu sera abordé par le biais des objectifs thérapeutiques correspondants, et dans certaines phases de la rééducation, il sera présenté de façon plus ludique, dans le but de « *créer un espace, où on va pouvoir échanger, se distraire, ce qui ne signifie pas que le contenu soit moins pertinent par rapport à la pathologie* ». Dans ces phases d'accompagnement du patient, où les objectifs seront moins explicités, il crée « *des situations favorisant un échange* », notamment autour de thématiques difficiles comme le deuil, la souffrance... Par conséquent, **le jeu peut être utilisé comme exercice de rééducation fonctionnelle, mais aussi dans le but de créer un cadre différent**, favorisant les échanges entre patients et avec le thérapeute, grâce à une attitude ludique qui centre l'interaction. Ce cadre peut permettre d'ouvrir une prise en charge pour intégrer plusieurs patients, ou au contraire de la refermer pour créer une relation plus personnalisée.

Par ailleurs, M. G. utilise beaucoup le jeu car il **limite la lassitude** : la variabilité des gestes et les différentes adaptations possibles font que les personnes sont prêtes à travailler plus longtemps (jusqu'à la fin de la partie). De plus, le jeu **distrain** le patient, détourne son attention de sa maladie en lui permettant d'être absorbé dans la réalisation d'un jeu plutôt que sur ses difficultés. La personne va également chercher à gagner, ce qui peut lui donner un nouveau but et ainsi favoriser son implication (mais pas la générer).

Au cours de l'entretien, M. G. met particulièrement en évidence la notion de **patient acteur** de sa rééducation. Ainsi, il souligne l'importance pour la personne d'être impliquée au cours de la thérapie, et pour le thérapeute de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que cette personne s'implique : « *donner l'envie de participer à sa vie, autrement* ». Il précise également que ces moyens doivent être des **activités signifiantes** pour la personne, en

soulignant le lien entre attractivité du support et **implication**. Ainsi, chaque prise en charge sera différente en fonction du patient et de son vécu, de ses buts ou encore de ses représentations de la maladie.

Une autre façon d'impliquer le patient, et qui est le rôle même du thérapeute, est **l'explication des objectifs**. Toutefois, M. G. explique qu'il cherche à permettre au patient d'atteindre ses objectifs, mais aussi d'atteindre des objectifs qui lui sont propres et qui peuvent être plus **psychologiques** (acceptation du changement, du faire autrement, permettre au patient de se reconsidérer autrement...). Le jeu, au travers des échanges qu'il engage, peut amener ce type de réflexions. Il est aussi lié à une attitude ludique qui apporte un trait d'humour, permettant de **dédramatiser** et de rendre les situations plus faciles à aborder, pour le thérapeute comme pour le patient. Par conséquent, M. G. peut parfois utiliser le jeu pour favoriser l'adhésion du patient à sa thérapie, mais il l'utilise plus particulièrement pour **créer un échange, apporter des éléments psychologiques et dédramatiser la rééducation**.

2.1.4 Entretien de M. H., ergothérapeute en réadaptation

M. H. est ergothérapeute en centre de réadaptation et prend majoritairement en charge des personnes douloureuses chroniques du rachis, ayant entre 18 et 60 ans. Il a également eu une expérience en centre de rééducation, ce qui lui permet de comparer les différences de prises en charge au travers du jeu.

Il définit le jeu comme une « *activité de rééducation à multiples facettes* », un moyen d'atteindre les objectifs ou encore de « *faciliter l'intégration de tout ce qui est mesures d'hygiène rachidienne* ». Il l'utilise dans une phase intermédiaire de sa prise en charge, après apprentissage des positions d'économie rachidienne et avant les mises en situation écologiques. Le jeu permet ainsi de voir s'il y a transposition des règles de base (**généralisation des acquis**), mais aussi de faire **prendre conscience à la personne de ses éventuelles difficultés** dans le cadre protégé du jeu, et non face à une activité concrète du quotidien. De plus, M. H. utilise le jeu en adaptant son positionnement, de façon à détourner l'attention du patient : cela permet de « *favoriser l'intégration des positions en attention divisée [...] pour que le patient ne pense pas qu'aux positions mais qu'il soit aussi accaparé par une stratégie de jeu* ».

Toutefois, il exprime lui aussi le « *double tranchant* » du jeu, qui peut motiver, ou au contraire freiner des personnes qui n'en voient pas l'intérêt. Selon lui, si certains patients refusent le jeu c'est parce qu'ils ne comprennent pas son lien avec les objectifs, qu'il explique donc en prenant attention à ne pas infantiliser le patient ni à le mettre en échec par un exercice trop difficile. Dans l'ensemble, ces mesures permettent une « *meilleure adhésion* ». Le jeu peut également motiver par le biais de challenges, en donnant envie au patient de battre le thérapeute : M. H. essaye donc de créer une « *ambiance ludique* », dans la « *bonne humeur* », qu'il trouve **essentielle dans le cadre d'une prise en charge de douleur chronique**. Par ailleurs, le jeu permet de créer « *un cadre plus intime, propice à la confiance* », pour aborder des sujets sensibles pour la personne. Cette « *instauration d'une relation de confiance soignant-soigné* », aidée par le jeu, permet de mieux comprendre la personne.

Enfin, M. H. compare le jeu en réadaptation et en rééducation. Pour lui, les objectifs du jeu sont les mêmes, mais son utilisation diffère, surtout concernant la **présence du thérapeute auprès du patient**. En réadaptation, il estime que le thérapeute prend plus le temps de discuter avec la personne plutôt que de la laisser face au jeu : « *ici on participe plus à l'activité* », dans le but de « *superviser* » la personne, plus qu'en rééducation. Par conséquent, il ressort de cet entretien que le jeu en réadaptation permet de créer une atmosphère ludique, qui trouve tout particulièrement sa place auprès de personnes douloureuses chroniques.

2.2 Analyse transversale

Suite aux entretiens, la création d'un tableau à double entrée (Annexe III) a mis en évidence des éléments communs entre les interviewés. Grâce à leur analyse, nous allons aborder les grands thèmes qui sont ressortis de ces entretiens afin de comprendre quelle est la vision globale que les ergothérapeutes ont du jeu. Ainsi, nous aborderons en premier lieu les différentes définitions qu'ont les ergothérapeutes du jeu, l'utilisation qu'ils en font, les situations de refus du jeu auxquelles ils ont fait face, les moyens mis en place pour impliquer les patients dans la rééducation (par le jeu mais également par d'autres techniques), et enfin les inconvénients principaux du jeu. Nous terminerons par une comparaison du jeu avec une prise en charge impliquant des mises en situation écologiques. Ainsi, cette analyse ligne par ligne du tableau permettra de discerner les différents points de vue.

2.2.1 Définitions et représentations du jeu par les ergothérapeutes rencontrés

2.2.1.1 Définitions

Tout d'abord, le mot « *ludique* » est un terme qui ressort dans les définitions des sept ergothérapeutes interrogés. Ils ajoutent, chacun avec leurs mots, que c'est une activité de « *distraction* »^{E1}, qui permet de se « *divertir* »^{E3}, de « *s'amuser* »^{E1, E3} ou encore qui est « *récréative* »^{E5}. La notion de « *plaisir à jouer* » et à faire l'activité ressort également dans trois entretiens^{E1, E6, E7}. La possibilité « *d'apprendre en s'amusant* »^{E3} est aussi exprimée, et suggère donc un intérêt autre que le plaisir derrière le jeu.

Dans six entretiens, les ergothérapeutes expliquent que le jeu en ergothérapie est un « *support de rééducation* » dont les diverses caractéristiques et les règles peuvent être utilisées pour « *répondre à tous les objectifs qu'on peut avoir en rééducation* »^{E2}. En effet, le jeu peut « *amener à réfléchir, à faire travailler les mains, l'équilibre* ». Toutefois, un avis se distingue des autres : Mme E. considère le jeu comme « *purement occupationnel* », et explique donc qu'il ne permet pas de répondre aux objectifs fixés en rééducation fonctionnelle (le jeu n'étant pas une activité de la vie quotidienne). Ainsi, les multiples possibilités du jeu font que six ergothérapeutes l'utilisent en rééducation fonctionnelle (excepté Mme E. qui l'utilise uniquement en cas de troubles cognitifs) : « *on les utilise avec tout le monde, quels que soient l'âge, la pathologie, les capacités cognitives* »^{E1}.

Par ailleurs, dans les définitions données par les interviewés, plusieurs font ressortir la distinction entre **jeux individuel et de groupe**^{E2, E4, E6, E7}. Le jeu est défini par les thérapeutes comme « *l'échange entre deux personnes [...] ou plus* »^{E6}, un moyen « *d'amener la communication avec d'autres patients* »^{E1}, par exemple en utilisant des « *jeux coopératifs* »^{E7}.

Toutefois, dans trois définitions^{E1, E3, E4}, une limite du jeu est mise en évidence : il ne s'agit pas d'une activité ancrée chez tous, notamment en fonction de l'âge. Ainsi, l'histoire de vie de chacun et les **représentations** du jeu dans les mœurs font que la « *connotation de plaisir* »^{E2} peut être opposée à l'idée que les personnes ont de la rééducation. Certains jeux seraient donc « *plus ou moins adaptés aux adultes ou aux enfants* »^{E4}. Relativement à cette notion d'âge, le jeu peut être utilisé auprès de tous publics mais aura un impact différent chez chacun (apprentissage chez l'enfant, distraction pour l'adulte, réminiscence chez la personne âgée)^{E3}.

Enfin, une notion qui ressort seulement chez les deux ergothérapeutes de la structure 3^{E6, E7} est celle de contexte d'utilisation du jeu auprès d'une **population** soit **douloureuse chronique**, soit vivant une situation difficile psychologiquement. Ces deux ergothérapeutes expliquent qu'ils utilisent le jeu dans ces conditions « *pour faire passer les choses plus facilement* »^{E6}. Ainsi, **bien que les interviewés s'accordent sur les notions de plaisir et de support pour répondre aux objectifs, leurs représentations du jeu varient, et influencent les utilisations qu'ils en ont en ergothérapie.**

2.2.1.2 Distinction des termes « jeu » et « activité »

Dans leur façon de présenter l'activité au patient, quatre ergothérapeutes expliquent différencier les termes « jeu » et « activité ». En effet, l'utilisation d'un mot plutôt que l'autre peut influencer la réaction du patient en fonction de ses représentations : « *le terme jeu a vraiment une connotation négative* »^{E3}. Ainsi, certains thérapeutes jaugent d'abord les réactions des personnes face aux deux termes et utilisent préférentiellement l'un ou l'autre en s'adaptant aux représentations des personnes^{E3, E7}. M. G. explique donc : « *je présente le support de travail de façon très variée en fonction de ce que je veux faire, de la personne, de ce que je veux obtenir* ». Enfin, si l'activité est amenée en tant que « jeu », c'est en faisant du lien avec l'intérêt fonctionnel de celui-ci, « *dans le sens où le jeu doit être compris comme un exercice en soi* »^{E6}. Par conséquent, quelle que soit la façon de présenter l'activité, **chaque ergothérapeute s'adapte à la personne pour que le jeu soit compris dans son intérêt fonctionnel et accepté par la personne en tant qu'exercice de rééducation.**

2.2.1.3 Adaptations du jeu, des règles

Un autre point sur lequel s'accordent cinq ergothérapeutes^{E1, E2, E3, E4, E6}, est que le jeu peut être adapté de multiples façons pour « *le transformer en activité de rééducation* »^{E1}. Mme A. ajoute : « *c'est très rare qu'on les utilise dans ce pour quoi ils sont faits à la base* »^{E1}. Deux types d'adaptations ressortent selon les ergothérapeutes interrogés. **L'adaptation des règles**^{E1, E2, E4, E6} **permet de poser un cadre qui rend l'activité thérapeutique** et adaptée aux capacités des personnes (en termes de difficulté et de durée). Par exemple, pour des jeux de construction : « *on donne un modèle pour respecter la consigne, choisir les pièces comme sur le modèle, et on peut aussi laisser libre cours à la créativité* »^{E6}. Le second type d'adaptation

concerne le **cadre physique** de l'activité : en positionnant le matériel et la personne (par exemple pour travailler les troubles de l'équilibre, notamment par les 3 ergothérapeutes de la structure 1^{E1, E2, E3}) ou en faisant réaliser certains mouvements. Ainsi, l'analyse de l'exercice est essentielle « *pour faire du lien entre l'activité du jeu et l'activité fonctionnelle* »^{E4}.

2.2.1.4 Attitude ludique

Pour conclure, nous constatons qu'un seul interviewé a mis en évidence l'attitude ludique dans son utilisation du jeu^{E7}. Bien que tous les thérapeutes utilisent le terme de « *plaisir* » dans leur définition, seul M. G. reprend ce terme en précisant : « *je vais la mettre en avant dans mes explications [la notion de plaisir], dans les commentaires que je vais faire, la façon dont je vais présenter l'activité* ». Ainsi, le jeu est pour lui un outil pour « *centrer l'interaction* », en passant par l'humour et la dérision. Il précise que, au-delà du jeu en lui-même, cette attitude fait partie de son caractère et lui permet d'être authentique dans son intervention. Il l'utilise ainsi pour « *enlever le dramatique d'une situation* », pour **vivre plus facilement les situations en passant par l'humour**. Ainsi, **le jeu est avant tout considéré par les ergothérapeutes interrogés comme un outil de rééducation modulable grâce à ses règles et diverses caractéristiques**.

2.2.2 Différentes utilisations du jeu

2.2.2.1 Utilisation du jeu pour varier les exercices de rééducation

Une première utilisation du jeu mise en évidence par trois ergothérapeutes^{E4, E6, E7}, en lien avec son adaptabilité, est de le proposer aux patients pour varier les exercices et les supports. Les trois interviewés parlent de la **lassitude** : « *la répétition des gestes nécessaires dans la rééducation peut parfois être lassante* »^{E4}. Le jeu peut être un moyen d'y pallier, de « *casser la routine* »^{E4}, de « *couper par rapport à la séance qui peut paraître longue et fastidieuse* »^{E6}.

2.2.2.2 Utilisation du jeu en groupe

Six ergothérapeutes^{E1, E2, E4, E5, E6, E7} abordent le jeu entre patients : il ne s'agit pas seulement d'une activité mettant « *le patient et le thérapeute face à face* »^{E3}, mais aussi d'une activité permettant de rassembler les patients autour d'une table. Selon les structures, cela peut réunir

de deux à une dizaine de personnes, qui ont généralement des objectifs thérapeutiques semblables. Des challenges entre patients peuvent aussi amener du dynamisme à la rééducation^{E5, E6}. Toutefois, **le principal intérêt de ces séances regroupant plusieurs patients est de leur permettre de communiquer entre eux**, avec « *d'autres objectifs, qui sont de socialisation, d'échanges* »^{E1}. M. G. renforce cette idée en expliquant qu'à certains moments de la rééducation, le jeu permet de « *créer un espace* » où les patients pourront échanger et se distraire. Il utilise ces moments afin « *d'amener les personnes [...] à une meilleure acceptation* », au travers des **discussions entre pairs** qui se mettent naturellement en place autour de l'activité. Cette émulation, où « *chacun a conscience des limites de l'autre et des siennes* », crée une entraide où le regard extérieur à celui des professionnels de santé permet de « *se décentrer un peu de cette partie médicale* »^{E4}.

2.2.2.3 Utilisation du jeu pour instaurer la relation de confiance

La relation soignant-soigné peut aussi être enrichie par le jeu. Toutefois, les thérapeutes interviewés ne l'utilisent pas tous de la même façon. Mme A. explique que le jeu « *peut être le seul moyen d'entrer en communication* » avec des personnes ayant des troubles cognitifs. À l'inverse, plusieurs interviewés l'utilisent quand la personne présente seulement des troubles fonctionnels « *pour amener à parler* »^{E2} (que ce soit dans le cadre de la relation soignant-soigné ou entre patients). De même, la charge de travail empêche souvent les thérapeutes de prendre le temps d'être avec leurs patients : « *mais à un moment tu vas dire je prends le temps, tu prends un jeu, tu te mets avec ton patient et tu rentres à nouveau dans une relation individuelle* »^{E6}. Ces moments peuvent amener une vision nouvelle de la personne, par le biais de discussions banales mais pouvant apprendre au thérapeute « *des choses importantes pour la personne* »^{E6}. Enfin, le jeu peut être mis en place pour créer un espace, qui peut être ouvert pour intégrer plusieurs patients, ou qui peut être fermé pour créer un espace plus intime de communication^{E7}. Ainsi, **les échanges permis par le jeu peuvent également apporter des éléments nouveaux dans la connaissance du patient.**

2.2.2.4 Utilisation du jeu pour détourner l'attention

Le jeu comme exercice de rééducation peut détourner l'attention du patient de deux façons, en fonction de ce que le thérapeute recherche. Tout d'abord, il est possible de **détourner**

l'attention vis-à-vis du positionnement ou du mouvement à réaliser^{E3, E6, E7} : « *les personnes vont se concentrer sur le jeu, sur les règles [...] et ils vont détourner leur attention de l'objectif principal* »^{E3}. De cette manière, des jeux nécessitant de la concentration tout en faisant travailler l'équilibre permettent d'observer les réflexes et l'attention divisée des personnes^{E3}. Mme F. utilise également le jeu dans le but de « *détourner l'attention des mouvements* », de revenir vers « *un geste plus naturel* »^{E6}. Toutefois, Mme E. expose une idée contraire sur ce dernier point : « *si je dévie son attention c'est que je n'ai plus l'attention requise sur le mouvement que je veux lui faire faire* »^{E5}. Ainsi, l'attention portée à la stratégie supprimerait l'intérêt du jeu dans ses caractéristiques gestuelles, les mouvements demandés n'étant pas réalisés comme attendu.

Par ailleurs, le jeu **détourne l'attention du patient vis-à-vis de sa maladie**^{E1, E2, E3, E6, E7}, « *dans le but de le décentrer de sa douleur, de ses difficultés* »^{E6}. Ainsi, les thérapeutes parlent « *d'évasion* », de « *distraktion* »^{E2}, de « *détente* »^{E3}, ou expliquent que le patient est « *absorbé et concentré sur la réalisation* »^{E7}... **Tous ces éléments permettent à la personne de travailler sans forcément s'en rendre compte, de ne pas penser à son diagnostic et tout ce qu'il implique, et de mieux vivre les séances de rééducation.** En effet, « *les séances peuvent être vécues de façon assez difficile* »^{E6}, c'est pourquoi des exercices ludiques en fin de séance facilitent la rééducation. Toutefois, Mme E. est en opposition avec les autres interviewés à ce sujet. Selon elle, cette façon de détourner l'attention de la thérapie ne fait pas partie des rôles de l'ergothérapeute : le patient doit avoir conscience qu'il est en rééducation, et s'il « *veut se vider la tête et faire totalement autre chose* »^{E5}, il peut s'adresser aux animateurs dont c'est la fonction.

2.2.2.5 Utilisation du jeu pour motiver le patient

Tout d'abord, M. C. aborde l'origine de l'attrait du jeu, qui selon lui remonte à l'enfance de chacun : les bons souvenirs associés au jeu et à l'enfance étant ancrés en nous, « *inconsciemment on a toujours cette motivation et ce plaisir à aller vers les jeux* »^{E3}. Puis, deux ergothérapeutes^{E1, E2} expriment l'idée que le jeu peut **ajouter un certain attrait à la rééducation**, « *plutôt que de faire de la manipulation d'objet comme on l'entend en ergothérapie* »^{E2}. Ainsi, une règle à suivre donne un **but supplémentaire** qui rend l'exercice plus attrayant^{E3, E6}, avec l'apparition « *d'une certaine motivation pour pouvoir gagner, pour vouloir réussir la tâche* »^{E7}.

Trois des interviewés^{E4, E5, E7} abordent la notion de « *challenge à relever* »^{E4}. L'adaptation des jeux par niveaux peut impliquer une progression et un objectif « *d'aller toujours un peu plus loin* » : pour M. D., c'est cette « *notion de niveau qui peut vraiment motiver les gens* »^{E4}. Mme E., sans utiliser le jeu, précise qu'elle utilise beaucoup la **quantification des progrès** réalisés par les patients pour les motiver^{E5}.

Par ailleurs, le challenge et le plaisir du jeu peuvent favoriser l'implication, mais celle-ci est avant tout en lien avec « *l'attractivité des exercices proposés* »^{E7}. Cette notion d'**activité signifiante** revient dans les discours des sept ergothérapeutes interrogés : le jeu peut ajouter une envie de faire « *pour quelqu'un qui n'est pas très motivé* », surtout si cette personne aime jouer^{E1, E2, E3, E4, E6}. Ainsi, les personnes apprécient de venir travailler en jouant^{E1, E2, E7}, et malgré l'utilisation du jeu et non d'exercices fonctionnels, « *ils identifient la prise en charge comme utile et ayant servi* »^{E7}. Enfin, Mme E. associe elle aussi l'activité signifiante à une meilleure implication de la personne : « *j'essaye de faire en sorte qu'ils s'impliquent et qu'ils choisissent ce qu'ils vont travailler* ». C'est en discutant avec les personnes qu'elle met en place des activités signifiantes : « *on arrive à les motiver mais il faut prendre du temps, pour discuter avec eux, pour expliquer* »^{E5}. **Identifier les activités qui sont signifiantes pour le patient permet donc de le motiver et de l'impliquer, que ces activités soient ludiques ou purement fonctionnelles.**

2.2.2.6 Une motivation au cas par cas

Six ergothérapeutes^{E1, E2, E3, E4, E6, E7} mettent en évidence la variabilité des réactions des personnes face au jeu, qui dépendent de leur **caractère**, de leur **vécu ludique**, de leurs **objectifs**, de leur **ressenti** du moment, etc. Les attitudes des patients sont donc très variées, « *entre grand plaisir et rejet* »^{E7}. Les six thérapeutes expriment ce double tranchant du jeu, qui peut être très bien perçu ou totalement rejeté. Comme dit précédemment, ces réponses dépendent notamment de la signification de l'activité pour les patients : certains n'y adhéreront pas et « *ne comprendront pas pourquoi on les fait jouer* »^{E2}, tandis que d'autres apprécieront le jeu voire se l'approprieront. Dans le second cas, ces personnes qui « *peuvent avoir un esprit joueur* » peuvent être motivées par l'idée de jouer. Cette « *motivation au cas par cas* »^{E7} peut donc être utilisée par le thérapeute, qui s'adapte aux réactions du patient, pour détourner d'une façon ou d'une autre sa présentation de l'activité afin d'apporter différents éléments au cours de la séance.

Par conséquent, il en ressort que **si le jeu est une activité signifiante pour la personne, il permettra de l'impliquer**. S'il ne s'agit pas spécifiquement d'une activité qui a de l'importance pour la personne, elle peut tout de même ajouter un attrait nouveau à la rééducation, en fonction du caractère de la personne et de son vécu ludique. Ainsi, **le jeu dépend du vécu du patient mais aussi de celui du thérapeute et de sa vision du jeu, qui influera les différentes utilisations qu'il peut en faire**.

2.2.2.7 Utilisation du jeu en rééducation des troubles cognitifs

Quatre interviewés abordent l'intérêt du jeu dans la prise en charge de personnes présentant des troubles cognitifs^{E1, E4, E5, E6}. Tous mettent en avant la possibilité d'impliquer une personne qui n'a pas la « *capacité de comprendre ce qui se passe dans sa rééducation* » par le biais du jeu, qui « *va les motiver à agir et à faire* »^{E1}. Ainsi, Mme E., qui utilise le jeu uniquement dans ce contexte, explique qu'un exercice ludique permet d'impliquer des patients ayant des troubles attentionnels, qui n'ont pas la volition nécessaire pour réaliser des exercices rébarbatifs^{E5}. De même, Mme F. préfère utiliser le jeu pour ses caractéristiques cognitives ainsi que pour motiver la personne : « *si on rajoute un côté ludique ça peut motiver à faire quelque chose qu'il ferait pas de façon répétitive, avec un intérêt en plus de réalisation finale* »^{E6}. Elle ajoute que le jeu pour motiver le patient n'est pas une nécessité sur le plan fonctionnel, mais qu'en neurologie il a un réel intérêt. Par conséquent, **le jeu est utilisé comme moyen de favoriser l'implication des personnes en rééducation cognitive par les ergothérapeutes**.

2.2.3 Refus du jeu par les patients

2.2.3.1 Infantilisation

En abordant la question du refus du jeu par les patients, plusieurs raisons sont mises en avant par les différents interviewés. Quatre d'entre eux^{E1, E3, E4, E7} expliquent que les personnes peuvent se sentir infantilisées par l'utilisation du jeu, tout particulièrement au cours des premières séances de rééducation. Certains patients peuvent également dire qu'ils connaissent le jeu car ils « *faisaient ça avec leurs enfants ou quand ils étaient petits* »^{E4, E7}, voire le comparent avec l'apprentissage par le jeu chez l'enfant^{E3, E4}, en disant « *faut tout que je réapprenne je fais comme les enfants* »^{E4}.

2.2.3.2 Difficulté des exercices proposés

M. D. explique que certains jeux peuvent être difficiles pour les patients en les **confrontant à leurs problèmes**, ce qui peut entraîner un refus du jeu : « *ça les met trop en difficulté émotionnellement c'est pas facile à gérer* »^{E4}. Cette difficulté, à laquelle s'ajoute la **comparaison avec le jeu chez l'enfant** et le risque de se sentir infantilisé, peut mettre en échec un patient. Elle implique donc pour l'ergothérapeute de prêter une attention particulière au choix des jeux proposés ainsi qu'aux réactions de la personne au cours de l'activité pour ne pas la laisser seule face à ses potentielles difficultés.

2.2.3.3 Mœurs et représentations sociales

La plus importante raison de refus du jeu par les patients, relevée par cinq interviewés^{E2, E3, E4, E6, E7}, est une **non-compréhension de l'utilisation du jeu en rééducation**. Ainsi, ces cinq thérapeutes expliquent que les patients ont souvent du mal à faire du lien entre le jeu, leur pathologie et la rééducation : « *ils n'ont pas compris à quoi ça servait, quel est l'intérêt* »^{E4}. De plus, le jeu n'intéresse pas toujours les patients, car ce n'est pas quelque chose « *qui est ancré dans les mœurs* »^{E4} mais qui dépend plus du vécu ludique, surtout chez un public âgé : certaines personnes « *n'ont pas joué, ou très peu joué* » au cours de leur vie^{E7}. Ainsi, les représentations dépendent « *de l'histoire de vie de la personne, de son caractère, de la façon dont elle voit les choses* »^{E4}, mais aussi « *de la représentation de la maladie, des enjeux dans la vie* »^{E7}. Enfin, la rééducation est souvent associée à la douleur : « *pour eux, venir en rééducation c'est, en majorité, avoir mal, souffrir, rentrer épuisé* »^{E2, E3}, ce qui explique l'incompréhension des personnes face au jeu en rééducation. **Cela implique donc pour le thérapeute de s'adapter aux représentations et à la personnalité de chaque patient.**

2.2.4 Moyens utilisés par les thérapeutes pour impliquer les patients

2.2.4.1 Ne pas présenter le jeu comme un jeu

Pour motiver à utiliser le jeu, certains ergothérapeutes ne le présentent pas comme un jeu. Deux ergothérapeutes^{E1, E7} soulignent l'image de l'exercice : si le jeu est présenté hors de son emballage (sans marquage d'âge ni illustration), seul le contenu est mis en avant, ce qui limite les perceptions infantilisantes.

2.2.4.2 Ne pas utiliser le jeu, laisser choisir

Selon M. D., la plupart des patients se prêtent plutôt volontiers aux activités proposées par les thérapeutes, en qui ils ont **confiance** : « *notre avantage de thérapeute, c'est qu'on amène quelque chose et les gens nous font confiance, ils se disent qu'il y a sûrement un intérêt* ». Toutefois, dans le cas où la personne s'interroge sur l'intérêt du jeu proposé, quatre des ergothérapeutes rencontrés^{E2, E4, E6, E7} changent le support d'activité ou laissent le choix de celui-ci au patient : « *faut changer de support, trouver un autre jeu, une autre activité, trouver ce qui est signifiant pour la personne mais faut pas insister* »^{E4}. Il est aussi possible de laisser le choix entre plusieurs activités, dont certaines ludiques, pour que la personne choisisse d'elle-même l'activité qui sera la plus signifiante pour elle^{E6}. Ainsi, dans ce type de cas, **le jeu peut parfois être un facteur opposé à l'implication du patient.**

2.2.4.3 Expliquer les objectifs thérapeutiques

Pour impliquer la personne dans le jeu, mais aussi dans la thérapie de manière large, les sept ergothérapeutes interviewés expliquent leurs objectifs aux patients et leur permettent de faire du lien avec leur vie quotidienne, rendant ainsi l'activité signifiante. En effet, si les patients « *ne font pas le lien (entre activités et objectifs), ça ne peut pas avancer* »^{E4}. Par conséquent, chaque thérapeute explique les conditions d'exercice, l'intérêt thérapeutique (notamment par une analyse gestuelle) et la façon dont cela va répondre aux objectifs pour permettre à la personne de comprendre l'intérêt de l'exercice, même ludique. De plus, la base de la prise en charge repose sur une présentation de la profession : « *on leur explique bien notre métier pour qu'ils comprennent en séance ce qu'on fait vraiment et pourquoi on utilise les jeux* »^{E3}. Ces précisions sur l'activité font partie du « rôle » de l'ergothérapeute : il « *éclaire la finalité de la démarche* », qui ne consiste pas simplement à « *jouer pour jouer* »^{E7}. Cette explication fait que le patient « *participe beaucoup plus volontiers* »^{E3} et permet de faire du lien avec les activités quotidiennes : « *si on arrive à faire du lien avec une activité fonctionnelle, souvent c'est assez motivant et c'est comme ça qu'on peut réussir à lui faire accrocher plus facilement au jeu* »^{E4}. Mme E. met également en avant l'importance de cette démarche explicative hors utilisation du jeu. En revanche, dans le contexte des activités ludiques, elle exprime des difficultés de compréhension des patients (d'où une non-utilisation du jeu comme exercice de rééducation).

Par ailleurs, cinq des interviewés mettent en exergue la prise en compte des **objectifs propres au patient**. Dans la structure 1^{E1, E3}, les ergothérapeutes utilisent les bilans d'entrée pour mettre en évidence les objectifs personnels des patients et leur motivation face à la prise en charge : cela leur permet de répondre prioritairement aux objectifs des personnes. De plus, fixer et hiérarchiser les objectifs thérapeutiques avec le patient permet aussi de le motiver et de l'impliquer^{E4, E7}. Mme E., quant à elle, explique que les objectifs propres à la personne sont primordiaux, et que c'est dans ce cadre qu'elle n'utilise pas le jeu mais des activités écologiques qui « *parlent à la personne et à [elle] aussi* »^{E5}. Par conséquent, **l'adhésion des patients à la rééducation dépend avant tout de leur compréhension de celle-ci**^{E1, E4, E6} : « *la personne qui n'a pas de troubles cognitifs, elle a conscience de ses objectifs et en soi c'est déjà une motivation* »^{E1}. Ainsi, « *la motivation première du patient c'est de comprendre l'intérêt de la thérapie pour lui [...], déjà il va adhérer, si en plus il se rend compte que ça porte ses fruits, qu'il progresse, que les douleurs diminuent, il va forcément adhérer* »^{E6}.

2.2.5 Inconvénients du jeu

2.2.5.1 Chronophage

Trois ergothérapeutes mettent en avant la perte de temps entraînée par le jeu^{E1, E5, E6}. Celui-ci implique une présence auprès de la personne qui empêche le thérapeute de superviser les autres patients (en cas de travail des troubles de l'équilibre notamment). Un jeu, « *ça se fait à deux* »^{E1}, et les thérapeutes focalisent donc leur attention sur une seule personne. Cependant, les prises en charge sont multiples et un jeu est généralement plus long qu'un exercice analytique. Par conséquent, les jeux nécessitant une présence peuvent permettre un meilleur contact entre patient et thérapeute mais limitent le nombre de prises en charge possibles : **il s'agit donc d'un moyen de rééducation plus qualitatif que quantitatif**.

2.2.5.2 Perte de crédibilité

Un second inconvénient du jeu, évoqué par deux ergothérapeutes^{E5, E7}, est l'image de l'ergothérapie véhiculée par le jeu. Toutefois, cette crainte de perte de crédibilité auprès des patients et des autres professionnels impacte très différemment les deux ergothérapeutes. Mme E. n'utilise pas du tout le jeu pour que cette idée ne soit pas mise en avant : « *je ne voulais pas qu'il y ait cette image là qui reste, par rapport à la profession et à la crédibilité*

*du thérapeute [...], y a eu tellement d'amalgames, au début c'était ergobricolo, après c'était on fait des puzzles »^{E5}. À l'inverse, M. G. utilise le jeu comme élément central de sa prise en charge et prend le temps de les expliquer à toute personne s'interrogeant à ce sujet (patient, famille, équipes soignantes). **Les deux interviewés sont donc sensibles à l'image de la profession et conscients de l'impact que le jeu peut avoir sur celle-ci, mais leurs réactions opposées face à cela sont liées à leurs représentations du jeu.***

2.2.6 La mise en situation écologique : un autre type de prise en charge

Enfin, dans la structure 2^{E4, E5}, les thérapeutes opposent la prise en charge ludique à la prise en charge écologique. Pour Mme E., qui n'utilise que des activités analytiques et des activités écologiques, « *y a rien qui va être mieux que de mettre en situation* »^{E5}. Elle compare ainsi des déplacements de pions de dames et de l'épluchage de légumes pour souligner qu'une activité concrète sera toujours plus signifiante pour le patient. De même, M. D. oppose les interventions à domicile et la rééducation en salle : « *si on pouvait tout le temps intervenir à domicile et être en situation écologique, on n'aurait peut-être pas besoin du jeu* ». Ainsi, **une rééducation prenant en compte les activités concrètes de la personne sera plus signifiante pour un patient qu'un jeu impersonnel** : « *l'écologique est très signifiant et le lien se fait aussi très facilement dans un contexte quotidien, chez les gens* »^{E4}.

2.3 Conclusion de l'analyse

Considérant l'ensemble des entretiens effectués, les réponses données par les interviewés se recoupent sur plusieurs points. Les similarités retrouvées entre les thérapeutes rencontrés ne peuvent être liées ni par leur âge ni par leur expérience, car elles dépendent principalement de leurs représentations. Toutefois, des représentations et des utilisations du jeu peuvent parfois être proches entre interviewés d'une même structure. Ainsi, les ergothérapeutes interrogés considèrent le jeu comme un outil de rééducation et l'utilisent avant tout de cette manière, pour répondre aux objectifs thérapeutiques fixés. Le jeu est donc proposé pour ses diverses caractéristiques gestuelles et cognitives, mais très peu pour sa composante ludique.

Par ailleurs, les thérapeutes mettent en place des exercices différents en fonction de leurs représentations de l'activité et s'adaptent à celles des personnes. Ces activités sont choisies

pour être signifiantes pour les patients, et pour répondre à des objectifs compris par eux : c'est de cette façon que les ergothérapeutes parviennent à les impliquer au mieux dans leur rééducation.

Enfin, l'opposition entre activités ludiques et activités écologiques met en évidence deux modes de prise en charge qui peuvent être complémentaires. Ceux-ci dépendent des moyens matériels des thérapeutes, mais aussi de leur vision de l'ergothérapie, et par conséquent des modèles conceptuels utilisés (bien qu'ils ne soient pas explicités). Cela s'observe également au travers de l'entretien réalisé avec un ergothérapeute en réadaptation : celui-ci utilise le jeu et l'activité écologique pour voir le patient sous différents angles et ainsi mettre en place une prise en charge complète, où l'activité ludique sera proposée pour favoriser l'implication de personnes douloureuses chroniques.

Discussion

1. Vérification des hypothèses

Les entretiens effectués et leurs analyses mettent en évidence l'importance du choix des activités en ergothérapie. Tous les interviewés s'accordent à dire que celles-ci doivent être signifiantes pour la personne, que ce soient des activités de loisirs importantes pour elle ou des activités de la vie journalière dans lesquelles elle reconnaîtra son quotidien. De plus, pour motiver les patients, l'explication des objectifs thérapeutiques est essentielle. En outre, s'axer prioritairement sur l'atteinte des objectifs propres à la personne favorise d'autant plus l'implication de celle-ci. **La première hypothèse supposait que « la proposition d'activités signifiantes et l'explication des objectifs influencent fortement l'adhésion d'une personne à sa rééducation en ergothérapie ». Au vu des réponses des ergothérapeutes interrogés, j'en conclus que cette hypothèse est validée.**

Par ailleurs, ces entretiens m'ont permis de faire un état des lieux de l'utilisation du jeu en rééducation adulte. Les réponses des interviewés sont relativement homogènes, excepté pour un entretien, où l'ergothérapeute n'utilise pas le jeu. Ainsi, celui-ci peut être mis en place de diverses manières, et avoir des impacts tout aussi variés en fonction des patients. Il est proposé par les ergothérapeutes dans le but :

- D'éviter la lassitude du patient
- De créer des émulations entre pairs
- De favoriser la relation de confiance avec le patient
- De détourner l'attention du patient vis-à-vis de la maladie ou des mouvements à réaliser

De plus, le jeu peut devenir un moyen d'ajouter de l'attrait à l'activité si celle-ci est signifiante, mais il n'est pas utilisé dans le but de motiver la personne. Toutefois, le jeu peut être mis en place dans l'objectif de favoriser l'adhésion du patient dans le cadre d'une rééducation des troubles cognitifs ou d'une réadaptation de douleurs chroniques. Par conséquent, **je ne peux que valider partiellement la seconde hypothèse qui était : « les jeux de règles, utilisés en tant que médiation par les ergothérapeutes, peuvent être un moyen pour favoriser l'adhésion du patient à sa rééducation ».** En effet, le jeu peut favoriser l'adhésion de la personne mais n'est pas mis en place dans cet objectif.

Suite à ces analyses, une certaine concordance entre les données théoriques et pratiques me permet de répondre à ma problématique qui était : « **quelle conséquence l'utilisation de jeux de règles a-t-elle sur l'adhésion du patient adulte à sa rééducation ?** ». Les entretiens ont mis en évidence que les diverses utilisations du jeu en rééducation adulte, ainsi que les ressentis des patients et des ergothérapeutes face à l'utilisation du jeu, sont très dépendants de leurs représentations. De ce fait, l'utilisation de jeux de règles peut favoriser le contact avec la personne ou encore la motiver à participer si l'activité ludique est signifiante pour elle : dans cette situation, l'utilisation du jeu aura un impact positif sur l'adhésion du patient. Toutefois, si la personne n'a pas d'affinités pour les jeux, elle refusera l'exercice, ce qui demandera à l'ergothérapeute d'adapter l'activité ou encore d'expliquer les objectifs thérapeutiques pour obtenir son adhésion à la rééducation.

2. Limites de la recherche

Au cours de la réalisation de cette étude, j'ai été confrontée à certaines difficultés, notamment liées à un manque d'expérience, et pouvant causer des biais. Il s'agit principalement de biais de subjectivité (les pratiques professionnelles abordées étant très dépendantes des personnes interrogées et de leurs représentations) et de sélection (concernant la population étudiée).

Ainsi, une première limite a été rencontrée lors de la passation des entretiens. Tout d'abord, les interviewés connaissaient le thème de l'étude, qui avait été annoncé au cours de la prise de contact téléphonique. Par conséquent, les réponses pouvaient manquer de spontanéité car les ergothérapeutes avaient la possibilité d'y réfléchir à l'avance. De plus, les questions (et surtout les relances) posées au fur et à mesure en s'adaptant au déroulement des interviews étaient parfois différentes de celles préparées dans le guide d'entretien. Lors des retranscriptions, j'ai pu observer que ces questions improvisées étaient précises et avaient tendance à orienter les réponses des interlocuteurs (tout particulièrement au cours des premiers entretiens). Par la suite, j'ai tenté de relancer les interviewés par plus de reformulations que de questions ; cependant, le faible nombre d'entretiens réalisés ne m'a pas permis de réellement diminuer l'orientation des réponses. Dans l'ensemble, les entretiens restent ainsi plutôt orientés, et donc biaisés, ce qui rend la généralisation des résultats impossible.

Par ailleurs, au cours des interviews, plusieurs thérapeutes ont mis en évidence que le jeu pouvait avoir un impact plus intéressant lorsqu'il était proposé à d'autres populations que les adultes de 50 à 70 sans troubles cognitifs. Ils ont notamment cité l'intérêt de l'activité ludique auprès d'adultes présentant des douleurs chroniques, pour lesquels le jeu aurait un réel avantage, facilitant des prises en charge souvent longues et difficiles à vivre. De même, pour une population présentant des troubles cognitifs, le jeu favoriserait l'implication de la personne, notamment en contournant les difficultés liées à l'anosognosie. Par conséquent, il aurait pu être intéressant de plus cibler une population en fonction d'une pathologie ou d'un type de trouble (pathologies évolutives, présence de troubles cognitifs, réadaptation de dorsalgies chroniques, etc.).

De plus, au cours des sept entretiens réalisés, un avis se démarque grandement des autres et ouvre de nouvelles interrogations sur la place du jeu en ergothérapie, lorsque celui-ci est opposé à une prise en charge écologique. Cet entretien marque une limite importante de la problématique : j'aurais donc pu effectuer plus d'interviews afin de développer cet avis. J'aurais ainsi pu obtenir une vision plus approfondie des pratiques ergothérapeutiques, au travers du jeu et des autres activités mises en place. Pour cela, il aurait aussi été possible d'ajouter des questions dans le guide d'entretien concernant cette opposition.

Enfin, pour pouvoir généraliser les résultats, il faudrait réaliser une nouvelle étude, où l'expérience de la pratique des entretiens déjà acquise me permettrait de mieux orienter les réponses des ergothérapeutes interrogés. Cette étude pourrait également cibler une des deux populations relevées par les interviewés, et auprès desquelles le jeu semble plus pertinent qu'en rééducation fonctionnelle de personnes sans troubles cognitifs.

3. Réflexions

Au cours de cette initiation à la recherche, mon questionnement sur l'utilisation du jeu en rééducation adulte et sur l'implication du patient m'a menée à plusieurs aspects de la pratique ergothérapeutique. Ainsi, j'ai pu répondre à la problématique : quelle conséquence l'utilisation de jeux de règles a-t-elle sur l'adhésion du patient adulte à sa rééducation ?

En reprenant les principaux concepts abordés en première partie et en les comparant aux éléments soulignés par les ergothérapeutes interviewés, plusieurs réflexions ressortent. Je me suis interrogée sur les différentes utilisations du jeu, l'impact de celui-ci sur la motivation et l'implication du patient, et enfin sur différentes conceptions de l'ergothérapie. Cela m'a amenée à discuter de la position de l'ergothérapeute et de ses compétences.

3.1 Utilisations du jeu

Tout d'abord, j'ai repris une dernière fois la définition de Roger Caillois³⁹, pour la comparer aux définitions des ergothérapeutes interviewés. Le jeu est donc une activité :

- **Libre** : selon la définition de Caillois, le jeu doit être choisi par le patient pour rester une activité libre. Ainsi, il est proposé à la personne et peut être refusé, situation courante pour les ergothérapeutes, qui adaptent ou modifient alors l'activité.
- **Séparée et fictive** : ces notions peuvent être liées à la « création d'espaces » par les ergothérapeutes. Ceux-ci posent un cadre différent grâce au jeu, dans lequel un ou plusieurs patients pourront se divertir et échanger. Il est également possible d'utiliser ce cadre dans le but de donner un sentiment de sécurité à la personne, ou de créer un climat d'intimité dans l'espace protégé car fictif du jeu.
- **Improductive et incertaine** : le jeu ne produit rien de plus que de l'expérience, et cela se retrouve dans ses utilisations en ergothérapie. En effet, il est proposé à la personne dans le but d'atteindre ses objectifs thérapeutiques et de lui permettre de récupérer des capacités perdues, ce qui correspond à l'acquisition d'expérience. En revanche, sur ce point, le jeu s'oppose particulièrement à l'activité écologique, qui implique de produire quelque chose de concret et non de fictif. Par conséquent, cette improductivité peut être à l'origine d'un manque d'intérêt pour certains patients.
- **Réglée** : les règles transforment le jeu en une activité de rééducation adaptée aux patients. En outre, elles leur donnent aussi des buts nouveaux, distincts des objectifs thérapeutiques, ce qui peut permettre une prise de distance avec la rééducation et ainsi faciliter le déroulement de la prise en charge.
- **De groupe** : cette dernière caractéristique du jeu a une place importante dans les définitions données par les ergothérapeutes. En effet, ceux-ci utilisent fréquemment le

³⁹ CAILLOIS, Roger. *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*. Éd. rev. et augmentée, 2009

jeu avec plusieurs patients dans le but d'amener des échanges entre eux. Ils peuvent également le mettre en place pour favoriser la relation de confiance avec les personnes, et entrer en communication avec elles par une autre forme de prise en charge.

Sans être nommées de cette façon par les ergothérapeutes interrogés, ces caractéristiques du jeu ressortent toutes plus ou moins dans leurs définitions. Toutefois, pour les interviewés, le jeu est avant tout :

- **Un moyen de rééducation** : cette activité, grâce aux règles qui peuvent être mises en place, est un outil polyvalent permettant d'atteindre divers objectifs thérapeutiques tout en variant les exercices.
- **Ludique** : les ergothérapeutes interviewés soulignent ce côté ludique et divertissant du jeu, qui fait plaisir à la personne (mais sans utiliser d'attitude ludique). Ainsi, ils associent parfois cela à un détournement de l'attention de la personne, pour qu'elle se centre sur le plaisir ressenti et non sur les difficultés qu'elle rencontre au quotidien. Toutefois, l'avis contraire d'une interviewée m'amène à un nouveau questionnement : *le détournement de l'attention du patient vis-à-vis de ses difficultés fait-il partie des compétences des ergothérapeutes ?* Cet intérêt du jeu est en effet d'ordre plus psychologique qu'ergothérapique, et est en lien avec le concept de qualité de vie dans le cadre de la rééducation. Étant donné qu'il s'agit d'un concept complexe et impliquant des notions de vécu et de représentations propres à chacun, je ne développerai pas plus cette interrogation.

Ainsi, les utilisations du jeu sont très variables selon les situations, les patients pris en charge et surtout selon les ergothérapeutes interrogés. Cette diversité est principalement liée aux représentations des thérapeutes.

De plus, les pratiques ergothérapiques évoluent avec le temps et les représentations sociales de l'activité se modifient. Comme expliqué précédemment selon les écrits de Brougère⁴⁰, le jeu prend une place de plus en plus importante dans la société actuelle. Ainsi, l'âge des thérapeutes interrogés aurait pu être un facteur influençant leur attitude. Toutefois, en observant leurs nombres d'années d'expérience et leurs réponses durant les entretiens, l'âge ne semble pas être un facteur modifiant leurs positionnements face à l'activité du jeu (compte

⁴⁰ BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*, 2015.

tenu du faible nombre d'interviewés, notons que ce constat pourrait être différent à grande échelle).

En revanche, des similarités de représentations et de types de prises en charge apparaissent entre thérapeutes d'une même structure, quels que soient leurs âges et expériences professionnelles. Ces pratiques ergothérapeutiques communes démontrent une certaine identité groupale au sein d'une équipe. Cela peut s'expliquer par des normes en rigueur dans l'établissement, qui peut demander aux thérapeutes de prendre en charge les patients d'une façon particulière, mais aussi par le matériel disponible (qui dépend lui-même des moyens alloués au service). Par exemple, dans la structure 2, une partie du matériel de rééducation disponible se compose de jeux, amenés par les ergothérapeutes eux-mêmes : ceux-ci utilisent tout particulièrement le jeu comme exercice de rééducation. De plus, les trois interviewés de la structure 2 le mettent en place avec des patients présentant des troubles de l'équilibre. Ainsi, on observe une diffusion des compétences et des habitudes communes au sein d'une même équipe.

3.2 Implication du patient

Si l'on considère à présent la notion de motivation et celle d'implication du patient qui en découle, plusieurs points sont ressortis dans les recherches théoriques. Tout d'abord, la motivation dépend de divers besoins, hiérarchisés en fonction de leur importance dans la survie de chaque individu. Elle dépend également des **buts que la personne se fixe** : cela se retrouve dans les explications des interviewés, qui, pour motiver un patient, font primer ses objectifs propres. Cela permet alors d'impliquer une personne grâce à des objectifs qui sont signifiants pour elle. Enfin, la motivation dépend des **centres d'intérêts** du patient : si le thérapeute lui propose des activités signifiantes, celui-ci y adhèrera plus facilement et s'impliquera dans la rééducation.

Par ailleurs, en prenant appui sur les écrits de Solinski et de Brougère, nous avons évoqué la possibilité d'utiliser le jeu pour motiver le patient pour qui cette activité serait signifiante. Le jeu permettrait alors de renforcer le sentiment de compétence, d'entretenir le plaisir ou encore de motiver la personne à s'impliquer. Toutefois, suite aux analyses des entretiens réalisés, cette motivation par le jeu n'est pas mise en évidence par les interviewés. Par

conséquent, seules les données théoriques concernant la signification de l'activité et les objectifs thérapeutiques se sont vérifiées au cours des entretiens.

Ainsi, les thérapeutes s'intéressent aux activités qui ont le plus de sens et d'importance pour les patients, et leur proposent des exercices motivants. La participation active du patient à sa rééducation dépend de l'origine de sa motivation. Celle-ci peut être intrinsèque si les activités proposées sont signifiantes pour lui et correspondent à ses buts. Inversement, si ces activités ne font pas partie de ses centres d'intérêt et/ou si les objectifs thérapeutiques sous-jacents ne sont pas signifiants, cette motivation sera extrinsèque, ce qui limitera son implication. Cela souligne davantage l'importance de proposer non seulement des activités mais aussi des objectifs signifiants au patient. Pour le motiver, le moyen utilisé par les thérapeutes est donc l'explication des objectifs thérapeutiques, en priorisant ceux qui sont propres au patient. Cela se retrouve dans les différents écrits d'ergothérapeutes mettant en avant l'importance des objectifs thérapeutiques (Offenstein, Morel-Bracq), par le biais du jeu.

3.3 Représentations en ergothérapie et modèles conceptuels

Au cours des entretiens, il a été mis en évidence que le jeu est proposé en fonction du vécu du patient, mais aussi en fonction du vécu du thérapeute et de son ressenti face au jeu. Cela correspond par ailleurs à sa vision de l'ergothérapie, et donc au modèle conceptuel qu'il utilise.

De plus, le jeu matériel et l'attitude ludique sont deux composantes du jeu qui le définissent. Toutefois, suite aux entretiens, j'ai pu constater que, généralement, seule la composante matérielle est utilisée par les ergothérapeutes. En effet, ceux-ci définissent avant tout le jeu comme un support de rééducation. Seuls deux thérapeutes interviewés mettent en place une attitude ludique, l'un en rééducation^{E7} et l'autre en réadaptation^{Eréad}, se rapprochant ainsi du modèle ludique par leur représentation de l'ergothérapie.

Dans l'ensemble, les ergothérapeutes interrogés utilisent donc majoritairement les modèles de rééducation. Leurs pratiques sont toutes basées sur le modèle conceptuel de la CIF⁴¹, et sont relativement semblables. Cette approche bio-psycho-sociale propose une vision

⁴¹ MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*, 2009.

particulière du handicap, une idéologie qui ne donne pas de ligne de conduite et peut donc être appliquée de diverses manières. Par conséquent, chacun des interviewés a sa vision propre de la rééducation. C'est pourquoi, en utilisant le même modèle conceptuel, des ergothérapeutes peuvent préférer utiliser des activités ludiques ou des prises en charge écologiques, en fonction de leur façon d'envisager la rééducation. De même, certains prennent plus ou moins en compte les objectifs propres aux patients et les impliquent en conséquence, tandis que d'autres utilisent une attitude ludique pour créer un climat favorisant l'adhésion du patient. Toutefois, dans le cas où la personne présente des troubles cognitifs ou des douleurs chroniques, les thérapeutes utilisent plus facilement le jeu et l'attitude ludique.

Cette diversité de prises en charge se retrouve dans l'article *Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie*⁴², où les auteurs mettent en évidence une difficulté pour les ergothérapeutes à définir leur profession, et donc à l'harmoniser. En effet, c'est la définition de ce que nous sommes qui est à l'origine de notre construction identitaire en tant que professionnels de santé. Cette identité est influencée par les activités professionnelles, les représentations sociales, mais aussi par l'hétérogénéité de la formation initiale. Cela mène à la distinction de quatre profils d'ergothérapeutes, qui ont des visions différentes de l'ergothérapie malgré un modèle conceptuel commun :

- **L'ergothérapeute idéaliste** : il aborde le métier dans sa globalité en lien avec les mutations sociales, en se fondant sur les valeurs d'empathie, d'accompagnement, etc.
- **L'ergothérapeute agissant** : il aborde le métier dans une dimension fonctionnelle et pratique, sans se baser sur un modèle conceptuel mais plus sur la technicité et l'activité
- **L'ergothérapeute traditionnel** : il aborde le métier par ses modèles conceptuels, et a pris du recul vis-à-vis de sa pratique ; il définit l'ergothérapie comme une rééducation-réadaptation par l'activité
- **L'ergothérapeute contestataire** : il aborde le métier dans sa dimension technique ; ce sont majoritairement de jeunes ergothérapeutes, qui souhaitent de la reconnaissance et estiment que l'avenir du métier est à l'extérieur des institutions, notamment en libéral.

⁴² ASSISES NATIONALES DE L'ERGOTHÉRAPIE (dir.). *Recherche en ergothérapie: pour une dynamique des pratiques*, 2011. Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie, p. 13 à 28.

Ainsi, cette difficulté dans la construction identitaire de la profession explique la diversité des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes rencontrés, et donc les différences de pratiques observées.

Par ailleurs, si l'on reprend le modèle ludique de Ferland⁴³, un prérequis à l'utilisation du jeu est l'intérêt initial de la personne pour cette activité. Le thérapeute peut alors proposer plusieurs jeux pouvant répondre aux objectifs thérapeutiques, et laisser la personne choisir. Cet aspect du modèle ludique peut être appliqué par certains des interviewés. En revanche, l'utilisation d'une attitude ludique pour favoriser la relation de confiance est beaucoup moins prise en compte. C'est cette différence qui ressort principalement dans la comparaison des données théoriques et pratiques.

En effet, selon l'étude de Paulette Guitard⁴⁴, c'est l'attitude ludique qui peut favoriser l'implication du patient plus que l'utilisation du jeu en lui-même. C'est pourquoi une étude portant sur l'attitude ludique, et non sur l'utilisation du jeu d'un point de vue matériel, aurait peut-être démontré une meilleure implication du patient. Cependant, lors des entretiens, peu de thérapeutes ont expliqué utiliser une attitude de jeu. Au contraire, plusieurs d'entre eux préfèrent employer le terme « activité » plutôt que celui de « jeu », de sorte à donner l'idée d'un cadre de rééducation plus rigoureux aux patients (pour répondre à leurs attentes et représentations).

De plus, cette étude met en évidence qu'au Québec, l'utilisation du modèle ludique chez l'adulte donne du sens à l'activité, ce qui augmente l'engagement de la personne. Après analyse des résultats, ce constat peut paraître complexe à généraliser en France : les représentations sociales de la rééducation impliquent un caractère sérieux, un travail difficile voire de la souffrance, ce qui s'oppose au caractère insouciant du jeu. Ainsi, bien que l'activité de jeu devienne de plus en plus commune et signifiante dans les habitudes sociales, elle ne trouve pas toujours sa place au sein d'une rééducation fonctionnelle. De même, l'attitude ludique dépend beaucoup du caractère du thérapeute : certains peuvent la mettre en place spontanément, mais pour d'autres cela peut s'apparenter à un manque de professionnalisme et de rigueur.

⁴³ FERLAND, Francine. *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*, 1998.

⁴⁴ GUITARD, Paulette. L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [en ligne]. 2006, Vol. 73.

Cette étude montre donc que l'attitude ludique d'un thérapeute peut favoriser l'implication des patients. Toutefois, en France, les thérapeutes l'utilisent peu, du fait de représentations sociales opposant la rééducation et le jeu. Malgré sa place actuelle dans notre société, le jeu reste fondamentalement opposé à l'idée de travail dans les représentations chez l'adulte, ce qui limite son application dans notre domaine.

4. Perspectives

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de faire un état des lieux des pratiques ergothérapeutiques actuelles impliquant le jeu. Toutefois, cela m'a amenée à une autre question : que deviendra le jeu en rééducation auprès d'une population vieillissante ? En envisageant les perspectives d'avenir de cette activité, il est possible d'y voir un certain potentiel.

En effet, selon Brougère⁴⁵, la place du jeu dans notre société tend à se développer, particulièrement si l'on reste dans le domaine ludique et non dans le jeu pur. Comme il l'explique dans son ouvrage, « ludique » renvoie à une idée générale et s'approche du terme « *fun* » en anglais. Il s'agit donc d'une définition floue du jeu, permettant une grande flexibilité d'usage du terme : « *le domaine ludique est sans limites* ». Ainsi, si le jeu peut « *flirter avec le mal* », le ludique n'est que positif. C'est pourquoi il est possible que l'attitude de jeu s'intègre plus facilement aux mœurs que le jeu lui-même. Brougère reprend également la notion de « culture ludique ». Celle-ci comprend diverses variables propres à chacun : genre, âge, milieu social et professionnel. Elle évolue avec le temps, les changements de représentations, et permet à chacun de s'engager, ou non, dans une activité ludique. Il explique ainsi que « *si l'enfance est un moment propice de fabrication de cette culture ludique et d'un goût pour le jeu, celle-ci s'enrichit tout au long de la vie* ». Cette culture évolue donc avec les générations.

Saskia Van Uffelen⁴⁶ explique dans son ouvrage « *à quel point les générations diffèrent par leur façon de voir le travail et la vie [...], les normes et les valeurs [...], la technologie et le leadership* ». Elle y démontre les changements de représentations qui se sont opérés concernant la place du travail, mais aussi celle des loisirs et de cette culture ludique. Une génération peut se définir, selon Costanza (et al.), comme un « *groupe d'individus qui ont vécu des expériences communes à un âge comparable* ». Ainsi, la population des 50 à 70 ans

⁴⁵ BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*, 2015.

⁴⁶ VAN UFFELEN, Saskia. *Tous « patron » !: de la coopération entre quatre générations*, 2013.

est celle des baby-boomers (nés entre 1946 et 1964), pour qui le travail « *a toujours primé sur le reste* » et qui a découvert très tard la notion de loisirs. En effet, ils ont grandi en ayant des modèles de prestige – qui disparaissent progressivement – et dans un monde où vie professionnelle et vie privée étaient strictement séparées. Puis, la génération X (née entre 1965 et 1979) se caractérise par des personnes plutôt solitaires, très investies dans leur travail. La génération Y, dite sociale (née entre 1980 et 1992), est celle qui n’a jamais connu le monde sans internet. Toujours connectée par les réseaux sociaux, c’est une génération qui ne distingue plus le professionnel du privé, qui aime travailler en groupe et qui cherche à trouver du plaisir dans le travail. Enfin, la génération Z, dite *digital natives* (née après 1993), est celle pour qui le numérique est la norme. Ils sont connectés en permanence, considèrent le partage comme un enrichissement et sont considérés comme de futurs professionnels autonomes dans leur gestion du travail (en termes d’horaires, de travail à domicile, etc.).

Le numérique est donc en grande partie à l’origine des évolutions de représentations sociales. Couplé avec les transformations politiques concernant l’emploi, notamment la réforme des 35 heures en 2000, ce changement du rapport au travail impacte également le rapport aux loisirs dans la société. De même que les générations deviennent de plus en plus connectées et sociales, elles deviennent de plus en plus joueuses. En effet, comme dit dans la partie théorique, l’âge moyen du joueur français est de 41 ans⁴⁷. La génération X est celle qui a vu les jeux-vidéo s’imposer au cours des années 1970, puis devenir une puissance économique à part entière avec le succès de diverses consoles dès les années 1980⁴⁸.

Ainsi, si les personnes ayant plus de 70 ans actuellement n’ont jamais joué, la population vieillissante sera, elle, de plus en plus joueuse, notamment par le biais des jeux-vidéo. La tendance sociale grandissante facilitera aussi potentiellement son adhésion à une attitude ludique. Pour conclure, ces perspectives m’amènent à l’hypothèse que le jeu continuera probablement d’être utilisé en rééducation, en tant qu’activité signifiante à part entière pour les patientèles futures. Toutefois, cela implique aussi d’autres questionnements : l’utilisation de jeux de plateau plutôt que de jeux-vidéo restera-t-elle pertinente face à une population de plus en plus connectée ? Quelle sera alors la place de l’activité écologique en rééducation ? Et ces deux types de prises en charge sont-ils nécessairement opposés ou peuvent-ils être complémentaires pour permettre au patient de généraliser ses acquis dans la vie quotidienne ?

⁴⁷ SNJV, *Sociologie du jeu vidéo* [en ligne], 11 juin 2014. Disponible à l’adresse : <http://www.snjv.org/sociologie/>.

⁴⁸ CASILLI, Antonio A. (dir.). *Cultures du numérique*, n°88, 2011. Jeux vidéo, Sébastien GENVO, p.93 à 101.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire d'initiation à la recherche était de comprendre l'impact de l'utilisation du jeu en rééducation adulte vis-à-vis de l'implication du patient. Au cours de cette étude, j'ai pu voir que le rapport au ludique est propre à chacun, ce qui ne m'a pas permis de généraliser les résultats obtenus. Il a également été mis en évidence que l'implication d'une personne dans sa rééducation dépend de sa motivation, qui elle-même varie selon la signification des activités proposées.

Cette étude a permis de souligner les enjeux sous-jacents à l'explication des objectifs et à l'utilisation d'activités significatives pour le patient : ces deux points sont essentiels à sa compréhension de la rééducation. Ainsi, prioriser les activités selon l'importance qu'elles ont pour le patient (par exemple lors des bilans initiaux, en ciblant les loisirs) permet à l'ergothérapeute d'être en accord avec les attentes de la personne. De même, expliquer les objectifs thérapeutiques et justifier la prise en charge choisie (auprès du patient, de sa famille ou encore d'autres professionnels) favorise le bon déroulement de la rééducation.

J'ai également pu observer une certaine opposition entre jeu matériel et attitude ludique, en théorie comme en pratique. Cette attitude peut être mise en place pour apporter un caractère plus léger à la rééducation, mais elle dépend grandement du tempérament du thérapeute, qui sera naturellement plus ou moins joueur dans sa façon d'être au contact des patients. Les entretiens n'ayant pas été orientés sur l'attitude ludique du thérapeute, son impact sur l'implication du patient n'a pas été mis en évidence. Toutefois, elle semble plus pertinente que l'utilisation du jeu matériel pour motiver un patient.

Enfin, ces thématiques du jeu et de l'implication du patient ont été le support d'une recherche qui m'a apporté plus qu'une réponse à une problématique. Son objectif premier était d'explorer les différentes caractéristiques du jeu en rééducation adulte et la façon dont il impacte une prise en charge. Toutefois, elle m'a surtout amenée à m'interroger sur les pratiques ergothérapeutiques et leur hétérogénéité. Ces recherches théoriques et pratiques ont donc influencé mes propres représentations du jeu et de l'ergothérapie, que j'approfondirai dans ma future pratique en prenant particulièrement en compte les notions d'activité et de motivation.

Bibliographie

❖ Ouvrages consultés ou lus

ASSISES NATIONALES DE L'ERGOTHÉRAPIE (dir.). *Recherche en ergothérapie: pour une dynamique des pratiques*. Marseille : Solal, 2011. ISBN 978-2-35327-134-4.

BARBIER, Jean-Marie. *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris: Presses universitaires de France, 2011. ISBN 978-2-13-059286-0.

BROUGÈRE, Gilles. *Penser le jeu: les industries culturelles face au jeu*. Paris : Nouveau Monde éd., 2015. ISBN 978-2-36942-177-1.

CAILLOIS, Roger. *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*. Éd. rev. et augmentée. Paris : Gallimard, 2009. Collection Folio Essais, 184. ISBN 978-2-07-032672-3.

CASILLI, Antonio A. (dir.). *Cultures du numérique*. Paris : Éd. du Seuil, 2011. ISBN 978-2-02-104578-9.

EPSTEIN, Jean. *Le jeu enjeu: adultes, enfants, vivre ensemble en collectivité*. Paris: Dunod, 2011. ISBN 978-2-10-056638-9.

FENOUILLET, Fabien. *La motivation*. Paris : Dunod, 2012. ISBN 978-2-10-057690-6.

FENOUILLET, Fabien. *Les théories de la motivation*. Paris : Dunod, 2016. ISBN 978-2-10-074360-5.

FERLAND, Francine. *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*. Montréal, Québec, Canada : Presses de l'Université de Montréal, 1994. ISBN 978-2-7606-1630-1.

FERLAND, Francine. *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*, 2^{ème} édition. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1998. ISBN 978-2-7606-1725-4.

GENVO, Sébastien. *Penser la formation et les évolutions du jeu sur support numérique*. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches en sciences de l'information et de la communication, 2015.

MASLOW, Abraham H et NICOLAIEFF, Laurence. *Devenir le meilleur de soi-même: besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Paris : Eyrolles, 2008. ISBN 978-2-915236-81-1.

MEYER, Sylvie. *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck : Solal, 2013. ISBN 978-2-35327-185-6.

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille : Solal, 2009. ISBN 978-2-35327-074-3.

MOREL-BRACQ, Marie-Chantal, OFFENSTEIN, Emeric, QUEVILLON, Emeraude, et al. *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?* Paris : De Boeck-Solal, 2015. ISBN 978-2-35327-312-6.

SOLINSKI, Boris. *Ludology: play, rethoric, complexity*. Thèse de doctorat. Sciences de l'information et de la communication. Metz, University of Lorraine, 2015

VAN UFFELEN, Saskia. *Tous « patron » !: de la coopération entre quatre générations*. Bruxelles : Lannoo Campus, 2013. ISBN 978-94-014-1987-1.

❖ Articles

DECI, Edward L et RYAN, Richard M., 2008. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* [en ligne]. Vol. 49, n° 1, p. 24-34. DOI 10.1037/0708-5591.49.1.24

DECI, Edward L. et RYAN, Richard M., 2008. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* [en ligne]. Vol. 49, n° 3, p. 182-185. DOI 10.1037/a0012801.

GUITARD, Paulette, 2006. L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [en ligne]. Vol. 73. [Consulté le 19 septembre 2016]. DOI 10.2182/cjot.06.002

HUNG, Ya-Xuan, HUANG, Pei-Chen, CHEN, Kuan-Ta, et al., mars 2016. What Do Stroke Patients Look for in Game-Based Rehabilitation. *Medicine* [en ligne]. Vol. 95, n° 11. [Consulté le 7 octobre 2016]. DOI 10.1097/MD.0000000000003032.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*.

SYNDICAT NATIONAL DU JEU VIDEO, 11 juin 2014. Sociologie du jeu vidéo, *snjv* [en ligne]. [Consulté le 4 décembre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.snjv.org/sociologie/>

❖ Sitographie

ANFE. *Définition : l'ergothérapie* [en ligne]. [Consulté le 22 octobre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://anfe.fr/definition>

ANFE. *Historique : l'ergothérapie* [en ligne]. [Consulté le 22 octobre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://anfe.fr/historique>

BNF. *Jeux de princes, jeux de vilains*, BnF [en ligne]. [Consulté le 11 octobre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://expositions.bnf.fr/jeux/index.htm>

BROWN, Stuart. *Stuart Brown nous dit que jouer c'est plus que s'amuser - c'est vital* [en ligne]. [Consulté le 13 septembre 2016]. Disponible à l'adresse : https://www.ted.com/talks/stuart_brown_says_play_is_more_than_fun_it_s_vital

GARON, Denise. *Système ESAR* [en ligne]. [Consulté le 20 octobre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.systeme-esar.org>

INSEE. *Dépenses culturelles et de loisirs en 2015* [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. France : INSEE, comptes nationaux, 2015. Disponible à l'adresse : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF05468

JOCARI. *Jocari* [en ligne]. [Consulté le 11 octobre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.jocari.be>

LAROUSSE, Éditions. *Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne* [en ligne]. [Consulté le 4 octobre 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/>

MCGONIGAL, Jane. *Gaming can make a better world* [en ligne]. [Consulté le 11 janvier 2017]. Disponible à l'adresse : http://www.ted.com/talks/jane_mcgonigal_gaming_can_make_a_better_world.

Annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien	59
ANNEXE II : Entretien retranscrit	60
ANNEXE III : Grille d'analyse des entretiens	69

ANNEXE I : Guide d'entretien

L'ergo et la structure	
<p>Pouvez-vous vous présenter et présenter l'établissement et le service dans lequel vous travaillez ?</p> <p><i>Relance</i> : Quels sont les patients avec lesquels vous travaillez ?</p>	<p>Mieux connaître l'ergothérapeute, ses expériences, contextualiser la PEC et le type de structure dans lequel elle s'intègre</p>
Représentations du jeu	
<p>Que signifie pour vous le terme de jeu ?</p> <p><i>Relance</i> :</p> <p>→ Est-ce que vous pourriez définir le jeu avec vos mots ?</p>	<p>Comprendre quelle est la vision que l'ergothérapeute se fait du jeu, et ses représentations à ce sujet.</p>
Utilisation du jeu	
<p>En tant qu'ergothérapeute, utilisez-vous le jeu ?</p> <p><i>Relance</i> :</p> <p>→ Auprès de la population des adultes de 50 à 70 ans, SANS TROUBLES COGNITIFS, utilisez-vous le jeu ?</p> <p>→ En individuel / en groupe ?</p> <p>→ Quels jeux utilisez-vous ?</p> <p>→ (En se basant sur exemples concrets donnés) : jeux de règles ?</p> <p>→ Lors de l'utilisation du solitaire par exemple, mettez-vous en place une consigne particulière ?</p> <p>→ Vous arrive t-il d'adapter des jeux ? Comment ?</p>	<p>Connaitre le contexte d'utilisation du jeu (patients : quelles pathologies), les types de jeux utilisés, et comment ils sont utilisés. Cela permettra de comprendre si l'ergothérapeute utilise les jeux de règles dans sa pratique, dans quelles conditions et de quelle manière.</p>
Adhésion du patient à sa rééducation	
<p>Lorsque vous utilisez des jeux (de règles), le patient modifie-t-il son comportement ?</p> <p><i>Relance</i> :</p> <p>→ ont-ils l'air d'être ennuyés par l'utilisation du jeu ? De le considérer comme une perte de temps ? Comme une activité trop enfantine ? Ou au contraire sont-ils plus enthousiastes à l'idée de jouer ?</p> <p>→ les patients refusent-ils parfois le jeu ? Pourquoi ?</p> <p>Selon vous, qu'est-ce qui peut permettre d'impliquer le patient dans la rééducation ?</p>	<p>Connaitre la perception du thérapeute par rapport à la conséquence de l'utilisation du jeu</p> <p>→ le perçoit-il comme quelque chose favorisant l'adhésion du patient à la thérapie ?</p>
<p>Autre chose à ajouter ?</p>	

ANNEXE II : Entretien retranscrit

Entretien de 29 minutes.

Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter et présenter l'établissement ?

Ouais, donc moi je m'appelle X., je suis ergothérapeute depuis 2013. Donc là on est dans un centre de rééducation plutôt ciblé sur la neurologie adulte, donc rééducation et réadaptation, donc là on a une population qui est assez variée mais qui est plutôt sur la neurologie centrale avec on a beaucoup de personnes qui ont souffert d'AVC. C'est une majorité de la population, après on a aussi des patients blessés médullaires, donc paraplégie, tétraplégie. On a peu de neuropathies périphériques, y en a quelques unes mais c'est pas la majorité. On a aussi des patients qui souffrent de pathologies dégénératives, donc là c'est plutôt des SEP, des SLA. Sachant que des SLA on en a très peu en hospitalisation complète on en reçoit beaucoup en consultation en fait.

Par rapport au jeu, est-ce que vous pouvez me définir le terme de jeu, ce que c'est pour vous ?

Le jeu, d'une manière générale quoi. Dans le domaine de l'ergothérapie ou pour moi ?

Les deux...

Dans le domaine de l'ergothérapie, le jeu pour moi, ça peut être un outil de rééducation à partir du moment où on a bien analysé le jeu en lui-même, quelles sont ses caractéristiques, quelles sont les règles, est-ce qu'on peut adapter différentes règles, est-ce qu'on peut les utiliser dans telle ou telle situation en adoptant tel ou tel positionnement. Donc pour moi c'est vraiment un outil de rééducation qui est intéressant, après c'est tout, tout dépend du jeu quoi. Y a des, je trouve qu'il y a des jeux qui sont bien adaptés pour des adultes, y a des jeux plutôt adaptés pour les enfants, des jeux qui vont très bien fonctionner avec les 2, voilà c'est des jeux qui peuvent être, y a des jeux qui peuvent être utilisés en individuel mais qui peuvent être aussi utilisés en collectivité, dans des activités de groupe. Voilà, le jeu c'est une activité ludique pour mettre en place, dans le contexte de l'ergothérapie, une rééducation pour moi. Voilà après je trouve que c'est un bon moyen de créer des liens sociaux et de passer une bonne soirée dans un autre contexte que en ergothérapie, maintenant je trouve aussi que ça peut avoir ses limites puisque c'est pas forcément quelque chose de très ancré chez tous,

toutes les personnes, nous notre génération ouais c'est quelque chose qu'on fait assez facilement, qui est assez ancré depuis très longtemps, mais si on prend des personnes de la génération d'avant ou même encore d'avant, c'est pas des choses qui étaient trop ancrées dans les mœurs quoi, donc heu je dirais que voilà, c'est un bon outil mais qui est adapté à chaque personne en fait et à son histoire de vie en fait aussi, parce que voilà si on prend, pis je dirais que quand on met en place un jeu, nous on peut très facilement voir, on a nos objectifs derrière, c'est un moyen d'atteindre nos objectifs, mais chez certaines personnes ça va pas du tout leur parler en fait. Y a des personnes... parfois, l'utilisation du jeu va être très analytique en fait, c'est parce qu'on veut essayer de rééduquer tel ou tel mouvement, si on veut rééduquer le tonus du tronc, les choses comme ça donc on va aller chercher dans une activité de solitaire chercher des pions à droite à gauche etc., mais du coup, si on fait faire ça à un gars qui est bucheron qui a jamais fait de jeu de sa vie ça va pas beaucoup lui parler quoi en fait, donc ça a aussi ses limites quoi.

Et du coup par rapport à une population de 50-70 ans, vous pensez que ça parle pas trop par rapport à notre génération ?

Bah, tout dépend le jeu je dirais, et tout dépend la personne aussi, parce que y a des gens qui vont super bien accrocher, qui vont comprendre l'intérêt, qui vont trouver le jeu assez ludique, et y en a d'autres ça va pas du tout leur parler en fait, donc je dirais pas que c'est, y a pas trop de limite d'âge en fait, on peut très bien avoir une personne de 20 ans qui adhère pas du tout à ce genre de choses parce qu'elle en voit pas l'intérêt en fait. C'est vraiment au cas par cas quoi en fait, et... je dirais que c'est pas dépendant forcément de l'âge, c'est dépendant de l'histoire de vie de la personne, de son caractère, de la façon dont elle voit les choses, de la façon dont on lui présente les choses, parce que si on a amène le jeu à un enfant, si on lui pose devant lui et que c'est ludique il va tout de suite accrocher, si on le pose devant un adulte qui est là parce qu'il a envie de mettre en place une rééducation, parce qu'il a des objectifs précis il a envie de... d'ouvrir sa bouteille, de pouvoir boire tout seul, de pouvoir couper sa viande, de pouvoir se faire à manger tout seul, il va pas comprendre si on lui amène le jeu comme ça, ouais très bien mais moi mon objectif c'est ça donc voilà. Donc du coup, je dirais que ça dépend pas forcément de l'âge, mais bon c'est un avis personnel.

Est-ce que c'est déjà arrivé qu'il y ait des patients qui refusent le jeu ?

Heu oui, c'est déjà arrivé, c'est déjà arrivé ouais

À cause de quoi ?

À cause de quoi, ben, alors pour plusieurs raisons, la première raison ça peut être parce que dès fois c'est des jeux qui sont difficiles pour eux, souvent c'est déjà qu'ils connaissent, qu'ils ont déjà utilisé une première fois et ils savent que c'est un exercice difficile pour eux, c'est un jeu difficile pour eux, et du coup ils ont pas trop apprécié, ils savent que ça les met face à leurs difficultés, qu'ils vont peut-être être en échec à certains moments du coup ils ont pas envie de se mettre en difficulté, et à ce moment là ils peuvent dire bah non j'en veux pas de ce jeu là... souvent c'est ça, ou alors clairement parce qu'ils ont pas compris à quoi ça servait, je dirais que c'est les 2 raisons principales, soit vraiment ça les met trop en difficulté et émotionnellement c'est pas facile à gérer pour eux d'être face à leurs difficultés, ou alors vraiment c'est ça, c'est qu'ils ont pas compris l'intérêt.

Du coup c'est vraiment soit par rapport aux objectifs et ils ont pas compris les explications, fin le lien avec leurs objectifs...

Ouais c'est clairement faire du lien et si ils en font pas, ça peut pas avancer quoi en fait, parce que ce qui est primordial dans la rééducation c'est pas tant le jeu qu'on va donner c'est la motivation qu'il va y avoir derrière en fait, donc ce qui est intéressant aussi c'est de pouvoir faire le lien entre l'activité du jeu en lui même et le fait que, et l'activité fonctionnelle qu'il y a derrière, parce qu'on peut proposer des choses analytiques parce que forcément parfois on est limités, parce qu'on peut pas toujours faire de l'écologique parce qu'on est limités dans l'établissement, parce qu'on est limités par différents facteurs, mais du coup si on arrive à faire du lien avec une activité fonctionnelle, une activité de la vie quotidienne, souvent c'est assez motivant et c'est comme ça qu'on peut réussir à faire faire du lien à la personne et peut être lui faire accrocher plus facilement au jeu en lui même en fait, si on lui dit qu'on lui fait faire ce jeu parce que ça va lui permettre de plus facilement cuisiner, tenir sa casserole plus facilement, se mettre debout pour pouvoir se servir un verre d'eau, attraper des verres dans un placard, si on arrive à faire suffisamment de lien comme ça souvent y a pas de souci les gens accrochent quand même mine de rien

Ouais c'est réussir à rendre l'activité signifiante finalement pour que la personne soit suffisamment motivée derrière...

Exactement, c'est ça, c'est vraiment le bon terme c'est la rendre signifiante c'est ça

Et du coup qu'est-ce que vous pensez qui peut motiver le patient ? Est-ce qu'il y a quelque chose en plus de ces explications qui peut aider à motiver le patient pour adhérer ?

Ben si y a pas de troubles cognitifs, ça peut être avoir une analyse du geste en fait qui est nécessaire à la réalisation de l'activité, c'est l'avantage ici c'est qu'on peut mettre les gens en situation, on peut faire une activité cuisine, pour se servir un verre d'eau, pour faire la vaisselle, faire un transfert aux WC, pour vraiment mettre en situation, et je dirais que peut être faire ça au préalable, mettre les gens dans la situation en leur disant à votre avis qu'est-ce qui a été compliqué pour vous à ce moment là ? Ce qui a été compliqué pour moi ça a été vraiment de lever mon bras pour ouvrir le placard, j'arrivais à serrer mais pas trop à monter mon bras. D'accord, donc ça veut dire qu'on essaye de trouver un exercice pour faire en sorte que vous puissiez avoir une antéimpulsion suffisante de l'épaule ou une plus grande extension du coude pour vous permettre d'atteindre cet objectif. Donc ça peut être... donc du coup après on peut mettre en place un jeu où on peut être sur une activité un peu plus verticale, un peu plus sur de la hauteur, et là la personne va dire ouais, je fais ça c'est très analytique, c'est pas forcément bien avec ma vie de tous les jours mais en même temps je sais que si je fais cet exercice là c'est parce que j'ai vu que pour atteindre ma porte de placard c'était pas possible de le faire donc là en faisant ça je vais pouvoir améliorer un petit peu les choses

Oui donc vraiment pour faire du lien avec sa vie quotidienne

Ouais, je pense que c'est la base parce que les gens qui sont ici plutôt que de récupérer une fonction en soi, ce qu'ils veulent c'est récupérer leur vie d'avant, c'est refaire les loisirs qu'ils avaient avant, et voilà c'est vraiment la base c'est de partir du postulat que vous êtes limité dans telle ou telle activité, vous, qu'est-ce que vous souhaitez mettre en place ? Et on en discutait l'autre fois avec X., et les collègues, parce qu'elle a fait une formation coop ou il fallait que les objectifs viennent aussi du patient, parce qu'on peut avoir une tendance ergo ou même de manière de général en paramédical, voilà les objectifs pour nous c'est ça, mais on n'a pas la même, les mêmes habitudes de vie, on n'a pas la même culture, la même histoire de vie, et les objectifs que nous on se fixe sont pas forcément les mêmes que ceux du patient, donc c'est important de fixer ces objectifs avec les patients, parce qu'on n'aura pas sensiblement les mêmes et en plus on priorisera pas de la même façon si ça se trouve nous notre priorité c'est de dire il faut qu'il puisse se laver tout seul, qu'il puisse faire son transfert tout seul, pis en fait la personne si ça se trouve elle dit nan, moi, j'adore écrire, moi ce que je

voudrais absolument c'est écrire quoi, ah ouais d'accord on n'est pas du tout sur les mêmes objectifs, mais ça veut dire qu'il faut aussi, c'est très important d'en tenir compte en fait

Par rapport au jeu en lui-même, en dehors du fait que c'est vraiment une médiation pour atteindre les objectifs, est-ce que vous voyez d'autres intérêts à l'utilisation du jeu avec les personnes ?

Je dirais peut être plus dans une activité de groupe, ça peut créer du lien entre les différents patients, on en a fait, fin pas personnellement, des activités de groupe sur un jeu de société, et ça crée tout de suite une certaine émulation, tout le monde est content de participer à quelque chose, une activité assez commune et finalement c'est quelque chose de quotidien en fait parce que même si c'est pas toujours autour du jeu on est sans cesse amenés à être en interaction avec des personnes etc., que ce soit autour d'un jeu ou d'une autre activité, donc ça... ici, dans les centres de rééducation c'est souvent des prises en charge individuelles avec des objectifs individuels avec des choses assez précises, et dans une activité de groupe où il y a un jeu ça permet de se décentrer un petit peu de cette partie médicale, paramédicale, et de créer vraiment une émulation de groupe ou chacun va essayer de s'entraider parce que chacun, mine de rien, a bien conscience des limites de l'autre et des siennes, et c'est assez intéressant parce que... je me rappelle une fois, ils avaient fait un scrabble, et pis il y avait un patient qui avait des troubles visuels, y en avait un autre qui avait une hémiplégié droite, et qui utilisait pas spécialement sa main droite alors qu'au prix d'efforts importants il pouvait l'utiliser. Et en fait, celui qui avait fait l'hémiplégié, et qui avait bien du mal à utiliser sa main droite il disait à celui qui avait des troubles visuels bah vas y essaye de te concentrer, bouge tes lettres, fais comme ça, il lui donnait des astuces et il essayait de l'encourager, et celui qui avait des troubles visuels, il disait mais nan vas chercher les lettres dans le sac avec ta main droite et tout ça, essaye de faire l'effort etc., donc c'est une autre source de motivation, parce que ça vient d'un patient en fait aussi donc je trouve ça c'est super intéressant parce que, voilà quand ça vient de nous c'est les blouses blanches, c'est un peu très, ça peut parfois être un peu cadré etc., donc là c'est une autre vision des choses je pense de la part du patient qui se dit OK, ouais il a raison je peux le faire pis c'est lui qui me le dit quoi c'est pas un thérapeute qui me le dit, ça donne une autre motivation je trouve, donc je dirais que l'autre intérêt du jeu en dehors de la rééducation en tant que telle et des objectifs que nous thérapeutes on peut se fixer, c'est en activité de groupe créer une émulation et des interactions entre les patients

Plus de contacts entre eux comme ça ils s'automotivent...

Ouais ça c'est super intéressant de pouvoir faire ce genre de choses, ces groupes, la difficulté, la limite je dirais que c'est d'arriver à faire des groupes assez... j'allais dire homogènes, mais en même temps c'est bien que ça soit aussi des troubles différents et des difficultés différentes, mais des gens qui ont pas des niveaux trop décalés quoi en fait, faut vraiment se comprendre et pis participer de façon égale à l'activité en fait, parce que si on met peut être un tétra haut qui peut bouger que la tête sur une activité scrabble, c'est moins... y a moins d'interactions je pense qui se créent que si voilà comme tout à l'heure un trouble visuel un trouble moteur, pis peut-être quelqu'un qui a des troubles de l'attention qui a tendance à se disperser à droite à gauche, tout le monde va être dans l'activité et dans le jeu, alors que si quelqu'un est un peu plus extérieur ça marche moins. Donc faut réussir à créer des groupes qui puissent s'entraider un petit peu

Par rapport au jeu, est-ce que ça vous arrive de les adapter, de changer les règles par exemple ?

Tout le temps, tout le temps, parce que finalement, y a l'activité, c'est pour ça que les analyses de jeu elles sont super importantes quoi, parce que les analyses de jeu et d'activités sont super importantes parce que comme je disais c'est le lien qu'on fait entre les activités et le jeu qui est super important, si nous on fait pas le lien et le patient le fera pas. Donc ouais l'analyse d'activité elle est super importante, du jeu en lui même aussi, parce qu'il faut savoir se dire voilà, ce jeu là je vais le détourner comme ça, fin moi je fais ça tout le temps tout le temps, j'utilise pas souvent un jeu avec les vraies règles en fait finalement parce que je vais avoir un objectif différent, on peut utiliser le même jeu avec plusieurs patients en adaptant les règles différemment, et avec différents objectifs, en augmentant, en diminuant la difficulté, et puis en positionnant, parce que ce qui est important aussi c'est la position du jeu et ce qu'on va chercher à faire en fait. Quelqu'un qui a une héminégligence gauche, ben si on lui met tout à droite là peut être déjà on perd un peu d'intérêt, sauf si l'objectif est de travailler sur le croisement de la ligne médiane où le membre supérieur gauche va devoir aller chercher à droite... fin y a toute une analyse du jeu, alors les règles elles sont importantes aussi à connaître parce que elles peuvent être aussi intéressantes, mais je dirais qu'ici chacun aussi adapte ses règles en fonction des besoins, des objectifs qu'on a, donc c'est super régulier, fin pour ma part en tout cas, c'est super régulier qu'un jeu je le détourne pour l'utiliser d'une autre façon que à table. Je pense par exemple au puissance 4, je l'utilise pas souvent en face à face où chacun prend les pions et puis voilà, j'utilise dès fois de cette façon, mais en même

temps dès fois je retire les pattes parce que c'est trop haut pour la personne, je mets de l'antidérapant en dessous, je fais en sorte que la personne elle aille chercher soit haut, soit bas, en mettant les pions du côté de la lésion ou du côté opposé à la lésion, de façon assez différente quoi.

Et, dernier gros point je pense, par rapport au jeu, le fait d'être joueur avec le patient, l'attitude du thérapeute... est-ce que vous pensez que ça peut motiver le patient ?

Oui, ça peut motiver le patient, d'autant que avec le jeu il y a une notion de challenge un peu à relever, si en plus on peut adapter avec des niveaux différents, en plus y a un challenge qui est de progresser, d'aller toujours un petit peu plus loin, c'est... ça dépend des jeux mais y a beaucoup de jeux quand même où on peut quantifier finalement en disant voilà, vous êtes niveau 4 et pis peut être la prochaine vous arriverez niveau 5 etc. Y a ce challenge un petit peu qui permet de motiver effectivement les gens et de leur dire bah voilà le but c'est qu'on arrive à là, et petit à petit on gravit les échelons. Ouais, souvent les gens sont quand même motivés quand y a pas de troubles cognitifs, y a un challenge qui est assez important, et je dis quand y a pas de troubles cognitifs c'est pas forcément vrai, parce que les gens peuvent avoir des troubles cognitifs mais attentionnels, fonctions exécutives etc., et du coup ils peuvent s'en rendre compte en fait, donc finalement ça peut marcher aussi sur les fonctions cognitives en fait, c'est vraiment ouais la notion de niveau je pense qui peut vraiment motiver les gens, et ça dépend aussi de eux comment ils étaient en fait aussi leur caractère, parce que y a des gens ils vont pas y arriver... y a pas de motivation, donc c'est encore une fois très dépendant de la personne

Oui donc quantifier la progression, si c'est possible...

Voilà, si c'est possible ça aide et mais ça aide pas tout le monde, y en a ils s'en foutent, y en a c'est plus la finalité, c'est pas trop dans le jeu, c'est plus oui ok j'arrive à monter mon bras jusqu'au niveau 4 super, mais moi ce qui m'intéresse c'est est-ce que j'arrive à ouvrir ma porte de placard. Et souvent y a quand même, tout le monde a quand même cet enjeu là mais y en a ça va, ils vont quand même s'intéresser au niveau difficulté de leur activité, et d'autres oui j'arrive bien mais j'aimerais bien voir ce que ça donne en vrai quoi.

Concrètement finalement le jeu c'est plus une médiation pour faire le lien avec les objectifs thérapeutiques et la vie quotidienne quoi...

Ouais, c'est un moyen en fait, un moyen de parvenir à mettre en place une rééducation en fonctionnel. Je dirais que ça permet aussi de varier. L'intérêt aussi du jeu c'est de pouvoir dire on change de support, parce que y a une certaine lassitude qui peut s'installer dans la répétition etc., donc l'intérêt du jeu et d'en avoir plusieurs c'est de pouvoir dire avec 2 jeux différents je vais pouvoir travailler le même objectif mais en cassant un peu cette lassitude de la routine, parce que forcément y a une répétition de geste qui est nécessaire dans la rééducation et elle peut parfois être lassante, donc l'intérêt du jeu pour moi il est aussi là. Mais, je dirais que si on pouvait intervenir à domicile, tout le temps et être toujours en situation écologique, on aurait peut être pas besoin de jeu. Parce que si on était à domicile, ben les exercices on pourrait les faire avec des objets concrets en fait, on pourrait très bien travailler tout ce qu'on travaille avec les jeux en situation écologique je pense. Mais c'est un moyen de changer un peu. Si un jour on arrive à faire en sorte qu'on soit des équipes mobiles partout, je pense que le jeu aura quand même sa place parce qu'il y a un aspect ludique qui est quand même pas inintéressant, mais je pense que l'écologique est aussi très signifiant et le lien se fait aussi très facilement dans un contexte quotidien, chez les gens

Je crois que j'ai un peu fait le tour. Il me reste juste une question sur le refus du jeu : est-ce que ça arrive que les patients soient ennuyés par l'utilisation du jeu ? Qu'ils disent que c'est trop enfantin ou des choses comme ça ?

Alors, moi ça m'est jamais arrivé encore, parce que souvent, mais je pense que là c'est notre avantage de thérapeute, c'est que finalement on amène quelque chose et les gens nous font confiance en disant ok c'est un jeu très enfantin et que je faisais avec mes enfants quand ils étaient petit, mais s'il me le propose c'est sûrement qu'il y a un intérêt, donc y a cette confiance aussi que les gens ont en nous qui fait qu'ils l'évoquent pas, en tout cas moi j'ai pas beaucoup de recul, j'ai jamais eu cette situation là en tout cas, mais je comprendrais que ça arrive, que quelqu'un me dise nan ça je veux pas. Et à ce moment là je pense qu'il faut pas insister, faut changer de support, faut trouver un autre jeu, faut trouver une autre activité, faut trouver ce qui est signifiant pour la personne mais je pense quand dans ces cas là faut pas insister. Après on a des remarques souvent, les gens disent oh bah ça c'est marrant je le faisais avec mes gamins ou quand j'étais petit, ou oh la la faut tout que je réapprenne, je fais comme les enfants. Y a cette comparaison qui est faite de temps en temps, assez régulièrement avec le jeu

Et ce côté oh c'est marrant je le faisais avant c'est plutôt positif ou négatif ?

C'est clairement un peu à double tranchant, mais pour le moment j'ai jamais eu de gens qui malgré ce double tranchant, qui... bon après faut aussi juger la personne, voir comment elle est et comment elle se voit, etc., fin moi j'ai déjà eu une personne qui avait... voilà d'un milieu social assez élevé, à qui j'avais présenté je crois au début une activité assez analytique, elle m'a dit mais nan là vraiment ce que vous me faites faire je comprends pas quoi, pourquoi etc. Donc du coup, y a des gens où vraiment on peut pas être dans l'analytique, où ils bloquent complètement parce qu'ils voient pas l'intérêt de ce qu'on fait à ce moment là, faut plus partir sur quelque chose de fonctionnel, et l'exercice que je lui faisais faire qui était de la motricité fine et de la coordination bimanuelle sur un jeu, il l'a pas du tout comprise là mais par contre quand je lui ai fait monter une étagère où il devait coordonner de la même manière ses mouvements et être dans des activités de motricité fine, bah là tout de suite il disait ah ouais là c'est top, c'est génial ça. Donc c'est vraiment en fonction des gens et du ressenti qu'on a avec eux, de toute façon on s'en rend compte assez rapidement, dès la première activité on sait si ça va le faire ou pas.

On voit tout de suite si il adhère ou pas.

Ouais totalement.

Ça marche, je crois que j'ai fait le tour des questions, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Heu non, non, c'est bon.

ANNEXE III : Grille d'analyse des entretiens

		E1	E2	E3	E4	E4	E6	E7	Eréad
Définition, représentations du jeu pour les thérapeutes	Définition du jeu, utilisation en ergo								
	Distinction des termes jeu/activité								
	Attitude ludique								
	Adaptation du jeu, des règles								
Utilisations du jeu, dans quels buts	En groupe								
	Pour entrer en communication								
	Pour varier les exercices								
	Pour détourner l'attention								
	Pour motiver (activité signifiante ?)								
	Motivation : au cas par cas								
Refus du jeu	Quand il y a des troubles cognitifs								
	Infantilisation								
	Répétitivité								
	Difficulté								
Réactions face au refus du jeu ; motiver les patients	Mœurs, représentations, non compréhension de l'utilisation du jeu								
	Expliquer les objectifs, lien avec la VQ								
	Confiance								
	Ne pas le présenter comme un jeu								
Inconvénients du jeu	Ne pas utiliser le jeu, laisser choisir								
	Chronophage								
	Perte de crédibilité								
Mises en situation écologique : un autre type de PEC									

PROMOTION :

2014-2017

NOM :

Elise NOËL

TITRE :

Utilisation du jeu en rééducation adulte et motivation du patient

RÉSUMÉ :

Actuellement, le jeu prend une place considérable dans la société française. À tout âge, et sous des formes variées, il devient une activité courante et quotidienne. C'est également une activité de médiation proposée par les ergothérapeutes en rééducation adulte. Dans ce cadre, le jeu présente certains avantages, qui expliquent son utilisation par de nombreux thérapeutes. Cette étude a pour but d'analyser les intérêts de l'utilisation du jeu en ergothérapie, tout particulièrement en lien avec l'implication du patient dans sa rééducation. Elle questionne ainsi les pratiques ergothérapeutiques (par le biais d'entretiens) et les leviers que les thérapeutes utilisent pour impliquer la personne. Il en ressort que l'explication des objectifs thérapeutiques et la proposition d'activités significatives pour les patients sont essentielles pour les motiver. Les entretiens ont également permis de mettre en évidence que le rapport des personnes au jeu dépend de leur vécu ludique et de leurs représentations sociales.

ABSTRACT :

Nowadays, games have a large place in the French society. At any age, and in various forms, they have become a current and daily activity. Also, they represent mediation activities proposed by occupational therapists in adult reeducation. In this context, they have some advantages, which explain their use by many therapists. This study aims to analyze the interests of game use in occupational therapy (OT), especially concerning the patient's involvement in their reeducation. Thereby, it addresses OT practices (via interviews) and the resources that therapists use to involve patients. It shows that the explanation of therapeutic objectives and proposition of meaningful activities are essential to motivate patients. Moreover, the interviews show that the relationship to the game differs according to their playful approach and social representations.

KEYWORDS : Game, Motivation, Patient involvement, Occupational therapy, Functional reeducation for adults

MAITRE DE MÉMOIRE :

Emmanuel KRICK