

*Performance occupationnelle de l'enfant dyspraxique
avec troubles de l'Intégration NeuroSensorielle :
Complémentarité des approches en ergothérapie*

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6
et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référente méthodologie : Sandra Wagner
Référente terrain : Sandra Breton

**Bénédicte ARTHUIS-PELLARIN
Promotion 2016-2019**

Engagement et autorisation

Je soussignée Bénédicte ARTHUIS-PELLARIN, étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, les règles professionnelles et le respect de droit d'auteur ainsi que les règles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle sur ce mémoire, incluant le droit d'auteur. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 6 mai 2019

Signature du candidat :

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale. Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Glossaire

Afin de faciliter la lecture, un glossaire des abréviations utilisées a été constitué et se trouve à la fin du mémoire, après la bibliographie.

Remerciements

Merci à mes référentes méthodologie et terrain pour m'avoir guidée tout au long de ce travail, pour leurs précieux conseils et pour le temps consacré.

Merci aux ergothérapeutes qui m'ont accordé de leur temps.

Merci à l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse pour ces 3 années.

Merci à toute la promotion 2016-2019 pour l'entraide qui aura été présente jusqu'au bout.

Enfin merci bien sûr à ma famille et à mes amis pour leur soutien tout au long de cette démarche de reconversion professionnelle.

« Dès lors que nous avons compris les lois fondamentales qui conditionnent l'épanouissement de l'enfant, faisons-nous confiance pour trouver chacun les meilleures applications pratiques selon les moyens dont nous disposons [...]. Rendons-nous toujours prêts à remettre en question nos connaissances à la lumière de la pratique, de nos intuitions et des découvertes en sciences du développement humain. »

(Alvarez, 2016, p404)

Table des matières

1. Cadre théorique.....	2
1.1. Choix d'un modèle en ergothérapie : l'OTIPM.....	3
1.2. Une évaluation centrée sur l'enfant et ses occupations	4
1.3. Les troubles de l'Intégration NeuroSensorielle (INS)	5
1.4. La dyspraxie.....	15
1.5. Troubles INS et dyspraxie	21
1.6. Question de recherche.....	22
2. Phase exploratoire.....	22
2.1. Structure de l'intervention	23
2.2. Les entretiens	26
2.3. Recueil d'informations et analyse.....	26
3. Discussion et projection professionnelle	32
3.1. Discussion.....	32
3.2. Phase expérimentale	33
3.3. Projection professionnelle.....	34
Conclusion.....	35

Bibliographie

Glossaire

Annexes

“*L’enfant EXTRAORDINAIRE*” (Babington, 2018), tel est le titre choisi par Isabelle Babington, ergothérapeute, pour son dernier ouvrage afin de qualifier ces enfants aux besoins particuliers et leur accompagnement en ergothérapie grâce à l’Intégration NeuroSensorielle (INS). “*L’enfant EXTRAORDINAIRE*”, ce terme est tout aussi attrayant qu’intrigant. Ceci m’interpelle, tout comme les cours sur l’INS suivis dans le cadre de ma formation en ergothérapie. En effet, nous avons pu aborder différents types d’accompagnements INS en ergothérapie basés sur le jeu, avec un ensemble d’équipements tout aussi ludiques (annexe 1) : des balançoires de toutes sortes, des planches à roulettes, des ballons... Mais en quoi tout cela peut-il aider un enfant présentant des troubles des apprentissages ou du comportement ? On parle d’intégration neurosensorielle : que se passe-t-il réellement au niveau neurologique ? Quels sont ces enfants ayant des troubles INS ? Y a-t-il différents modes d’intervention en ergothérapie ? Comment se complètent-ils ? Dans quelles situations a-t-on recours à l’INS ? Tous ces points sont autant de questions qui ont rapidement émergé, qui m’ont donné envie d’en savoir plus et de me documenter sur l’INS, sans penser que ce serait peut-être mon sujet de mémoire.

Dans mes représentations, même sans connaître en détail l’INS, il me semblait assez évident que cette approche puisse être utilisée avec des enfants avec Trouble Déficitaire de l’Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), ou bien encore avec des enfants ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA). Par contre, dès mes premières lectures, ma surprise a été grande lorsque j’ai lu que la dyspraxie faisait partie des troubles d’origine neurosensorielle selon la classification de Miller (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007). Je ne faisais pas a priori de lien. C’est donc sur cette interpellation que j’ai choisi de construire ma question de départ :

Quel est l’apport de l’approche d’Intégration NeuroSensorielle chez l’enfant dyspraxique ?

En effet, les enfants dyspraxiques représentent 5 à 7 % de la population générale (Ameli, 2018), et sont des enfants pour lesquels l’ergothérapeute est souvent sollicité. La demande première en France est la mise en place de l’outil informatique pour pallier les difficultés de graphisme. Mais qu’en est-il de ces troubles INS et de l’apport de l’ergothérapie sur cet aspect ?

De plus, lorsque j’étais amenée à parler de mon sujet de mémoire au début de ma réflexion, j’avais souvent un retour sur le caractère restrictif de l’intervention INS, dans le sens où les représentations de cette approche font penser à une approche uniquement bottom-up et rééducative. Or, mes premières lectures m’avaient laissé entrevoir un mode d’intervention plus large, ce que j’ai voulu explorer et faire partager également dans ce mémoire.

Cette question a guidé mes lectures et mes rencontres au fil des mois, ce qui a permis de rédiger une première partie sur une revue de littérature concernant : l'accompagnement de l'enfant en ergothérapie, les troubles INS et la dyspraxie, tout en s'appuyant sur un modèle de pratique qui a permis de structurer la réflexion. Cette partie sera suivie de la question de recherche qui en a été dégagée.

Dans une seconde partie seront exposées la méthodologie et l'exploration menée en vue, non pas de répondre, mais de confirmer ou amener de nouveaux éléments à la question de recherche. Enfin, avant de conclure, une troisième et dernière partie abordera une discussion par rapport aux différents éléments mis en avant dans la phase exploratoire.

1. Cadre théorique

Une revue de littérature a été menée afin de recueillir et de synthétiser l'état actuel de la recherche et des connaissances sur notre question de départ. En nous appuyant sur un modèle conceptuel, nous nous sommes intéressés plus précisément : aux premières étapes de l'accompagnement de l'enfant, puis d'une part aux troubles INS, à la dyspraxie et à leurs modalités d'accompagnement en ergothérapie ; et d'autre part aux liens entre ces deux troubles. La méthodologie de recherche de références a été développée en annexe (annexe 2).

Pour plus de clarté, une réflexion a été menée sur le **choix des termes utilisés** dans la suite de cet écrit. Certains termes employés en intégration neurosensorielle ont souvent plusieurs significations et ne sont pas utilisés à bon escient, ce qui prête à confusion. En effet il est difficile dans certains cas de différencier s'il est question de la théorie, de l'intervention ou des troubles (Smith Roley, Mailloux, Miller-Kuhaneck, & Glennon, 2007). Il nous a donc semblé important de définir en premier lieu les termes figurant dans ce mémoire et leur sens propre. Nous avons choisi de nous appuyer sur la terminologie développée par Roley et al. (2007) permettant de mieux distinguer les troubles de l'approche thérapeutique :

- Ayres Sensory Integration® (ASI®) : marque déposée identifiant l'approche d'Intégration Sensorielle selon sa fondatrice Jean Ayres.
- Sensory-based strategies : **Stratégies sensorielles**, terme plus large englobant les autres types d'interventions existantes, basées sur les aspects sensoriels, telles que la diète sensorielle, des aides techniques compensatoires, etc...
- Sensory Processing Disorder (SPD) : troubles de l'intégration neurosensorielle (**troubles INS**), libre traduction et adaptation des termes français afin d'utiliser une terminologie claire dans ce mémoire, prêtant le moins possible à confusion.

Ces termes français ne sont pas aujourd'hui un consensus dans la profession. Pour la recherche bibliographique, les termes utilisés ont donc été plus larges (annexe 2). Cependant

pour plus de clarté dans la rédaction du mémoire il nous semble plus judicieux de les restreindre.

Concernant la dyspraxie, plusieurs termes existent et sont utilisés en France : dyspraxie, troubles d'acquisition de la coordination (TAC) et enfin Trouble Développementale de la Coordination (TDC). Ce dernier est celui retenu dans le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Pour la suite du mémoire, nous avons choisi de n'en utiliser qu'un seul pour une meilleure lisibilité. Le terme de dyspraxie a été retenu car c'est celui qui est le plus communément ressorti de nos rencontres et lectures, et notamment dans la littérature INS. Tout comme pour l'INS, l'ensemble des termes ont cependant été utilisés pour la recherche bibliographique.

1.1. Choix d'un modèle en ergothérapie : l'OTIPM

Un modèle conceptuel est un cadre de référence structuré permettant de nous guider dans notre pratique et ainsi d'adapter notre plan d'intervention (Morel-Bracq, 2009). Différents modèles existent et peuvent être utilisés en fonction de nos affinités avec ceux-ci et surtout en fonction de la situation ou de la problématique. Dans le cadre de ce mémoire, afin de structurer ce travail d'initiation à la recherche, nous avons choisi de nous appuyer sur l'OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model) de Anne Fischer (1998) qui se base sur les sciences de l'occupation, et plus particulièrement du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) de Kielhofner. En effet Anne Fisher insiste sur l'importance de l'occupation comme pouvoir thérapeutique. Ce modèle est qualifié de **modèle de pratique** dans la classification des modèles conceptuels dans le livre de Marie-Chantal Morel-Bracq. En effet, c'est un modèle qui permet de s'assurer d'une approche client-centrée de l'évaluation, en passant par le diagnostic en ergothérapie jusqu'à l'intervention et réévaluation (schéma du modèle en annexe 3). A. Fisher considère que l'intervention en ergothérapie doit être une réelle approche Top-Down, ce qui revient à dire qu'elle doit être centrée sur la **performance occupationnelle** de la personne dans son quotidien et non se baser uniquement sur les déficiences. Sylvie Meyer (2013) définit la Performance occupationnelle comme : *“Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement”* (Meyer, 2013, p14). Il est important de noter que le mot « performance » doit être compris

dans le sens d'exécuter, de faire une activité, et non dans le sens communément utilisé en Français. Il s'agit de l'engagement effectif et volontaire dans la réalisation d'une occupation¹. Ainsi dès la **phase d'évaluation**, selon l'OTIPM, l'accent est mis sur : l'instauration d'une relation de confiance qui favorise une alliance thérapeutique avec le patient. Cela nous permet de nous axer en premier lieu, non pas sur les déficiences, mais sur la personne, ses occupations, ses ressources et ses limitations dans sa performance occupationnelle, puis de prioriser ses difficultés et en dégager des objectifs. *“Ainsi l'exploration du sens, du but et de la qualité de réalisation des occupations précède l'exploration des fonctions corporelles contrairement à une approche de type bottom-up”* (Dubois et al.,2017, p32). Il permet également de se poser les bonnes questions au niveau de la complémentarité des approches lors de l'**intervention**. En effet, l'OTIPM distingue 4 approches : bottom-up (ou de rééducation), top-down (ou d'acquisition, centrée sur l'occupation), approche éducative et enfin approche compensatoire. Le modèle de pratique OTIPM met aussi l'accent sur la **phase de réévaluation** qui permet un ajustement permanent de l'intervention en fonction de l'évolution de la situation.

Au fil de nos lectures, ce modèle de pratique nous a permis de structurer les informations recueillies, à commencer par celles liées à la phase d'évaluation.

1.2. Une évaluation centrée sur l'enfant et ses occupations

Quel que soit le motif d'accompagnement en ergothérapie, comme défini dans l'OTIPM ou encore très récemment dans le Guide du diagnostic en ergothérapie (Dubois et al, 2017), il est important de définir le **profil occupationnel** de la personne. Il s'agit de connaître qui elle est, ses habitudes de vie, ses valeurs, ses activités signifiantes et significatives, la manière dont elle s'engage dans ses occupations, ... Ensuite il est important de s'intéresser à l'**état occupationnel** de la personne (IBID), c'est-à-dire à un instant t, quelles sont ses difficultés sur lesquelles elle a besoin d'être accompagnée, mais aussi ses points forts sur lesquels nous pourrions nous appuyer lors de la phase d'intervention. Pour cela, plusieurs outils existent. Nous pouvons mentionner en premier lieu la **MCRO** (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel). Elle se base sur un entretien qui permet d'identifier les difficultés de la personne² dans ses activités du quotidien. Cette dernière doit ensuite les prioriser et s'auto-

¹ Occupation : “un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs.” (Meyer, 2013, p16)

² Dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant, la personne peut être seulement l'enfant ou l'enfant et ses parents en fonction de l'âge et de la situation

évaluer sur le niveau de performance et de satisfaction pour chacune. Un outil plus spécifique aux enfants a été développé en France : il s'agit de l'**OTHope**. Cet outil est similaire à la MCRO mais s'appuie sur des images d'activités du quotidien d'un enfant. Ceci facilite la discussion et l'identification des points forts et les activités sur lesquelles il souhaite s'améliorer et qui sont motivantes pour lui. En effet, après sélection d'images adaptées en fonction du contexte et de l'enfant, ce dernier doit les classer selon de ce qu'il sait faire, ou ne pas faire, ou faire avec aide. Tout comme dans la MCRO il doit ensuite sélectionner 5 activités sur lesquels il souhaite progresser et les auto-évaluer. Ces cotations serviront de base lors de la réévaluation. (Perrault & Giraux, 2018)

Quel que soit l'outil, l'identification et la priorisation des difficultés permettent de servir de base de discussion pour la **définition des objectifs**. Pour cela un autre outil intéressant est la **GAS** (Goal Assessment Scale) qui favorise la définition d'objectifs SMART (Spécifique/Mesurable/Atteignable/Réaliste/Temporellement défini) portant sur une difficulté concrète du quotidien de l'enfant. Elle permet ensuite de pouvoir évaluer et quantifier de manière précise l'atteinte des objectifs lors de la réévaluation. C'est important particulièrement avec l'enfant afin qu'il puisse visualiser ses progrès et l'influence de l'intervention sur ses difficultés quotidiennes.

Selon l'OTIPM, la clarification ou interprétation des causes n'intervient qu'en fin de phase d'évaluation. C'est ce que nous allons faire dans la suite de cet écrit, en nous intéressant de plus près aux troubles INS, à la dyspraxie et enfin au lien entre les deux.

1.3. Les troubles de l'Intégration NeuroSensoryelle (INS)

1.3.1. Les systèmes sensoriels

Plus de 80% du système nerveux est impliqué dans le traitement et l'organisation du stimulus sensoriel (Ayres, 2005). En effet chaque système sensoriel utilise des récepteurs situés au niveau de nos organes. Ceux-ci reçoivent des stimuli sensoriels transformés en messages nerveux électrochimiques acheminés jusqu'à notre Système Nerveux Central (SNC) et plus particulièrement aux structures corticales et sous-corticales du cerveau qui traitent et organisent cette information.

Communément, nous connaissons cinq systèmes sensoriels : auditif, visuel, olfactif, gustatif et tactile. Ce sont ceux qui nous renseignent sur des informations externes à notre corps : ils sont dits extéroceptifs. Il existe 2 autres systèmes sensoriels, moins connus, mais qui ont pourtant une très grande importance et jouent un rôle primordial dans le processus de développement de l'enfant : le système vestibulaire et le système proprioceptif (Ayres, 2005 ; Dechambre, 2010). Ces deux systèmes nous renseignent en permanence sur la position et le

mouvement du corps (annexe 4). Les récepteurs du système vestibulaire, situés au niveau de l'oreille interne, permettent de nous renseigner sur la gravité et les mouvements de notre tête. Ce système sensoriel est très important au niveau de l'équilibre et du contrôle postural. Quant au système proprioceptif, ses récepteurs sont situés au niveau des muscles et des articulations. Il renseigne notre corps de façon continue sur sa position et ses mouvements dans l'espace. Comme nous le verrons plus tard, ces 2 systèmes avec le toucher, sont la base de la pyramide du développement définie par Williams et Shellenberger en 1996.

1.3.2. Qu'est-ce que l'Intégration NeuroSensorielle?

Anna Jean Ayres, ergothérapeute californienne et docteur en neurosciences a créé dans les années soixante-dix la théorie de l'intégration neurosensorielle qu'elle définit comme "*un processus neurologique central qui détecte, régule, organise et interprète les informations sensorielles perçues par les sens, permettant à l'individu d'interagir de manière adaptée avec son environnement*" (Ray-Kaeser & Dufour, 2013, p 14). L'INS permet donc à chacun de fournir une réponse et un comportement adaptés à des stimuli et aux diverses situations du quotidien (Schaaf & Miller, 2005). L'INS commence in utero où le fœtus et son cerveau ressentent les mouvements de la mère (Ayres, 2005), mais également dans les premiers mois comme par exemple par le toucher des parents ou encore le balancement dans les bras. Les jeux dans l'enfance ont également leur importance afin d'apporter à l'enfant des expériences sensorielles qui contribuent au développement du contrôle postural, de la sécurité gravitationnelle, des coordinations et des praxies. Ces derniers sont indispensables pour les apprentissages et la participation dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

La théorie de J. Ayres a débuté par son observation clinique : les enfants avec troubles des apprentissages présentaient des difficultés motrices, de perception et également au niveau du traitement des informations sensorielles (Schaaf & Miller, 2005). Cette théorie a été fondée sur les connaissances en neurobiologie des années 70. Le travail de J. Ayres est régulièrement mis en avant avec l'intérêt grandissant pour les neurosciences et leur lien avec les comportements et les apprentissages (Smith Roley et al., 2007). Par ses recherches, elle a confirmé le lien entre les fonctions sensorielles et les fonctions motrices chez les enfants ayant un développement standard. Ayres a mis en lumière la présence de troubles INS et vérifié ceci sur une période de 24 ans avec plusieurs publications (Smith Roley et al., 2007), notamment dans le cas de : dyspraxie, TDA/H, trouble postural.

J. Ayres est aujourd'hui décédée mais son travail autour de cette théorie continue par la recherche effectuée par ses élèves, dont Miller, et à travers de nombreuses publications.

La théorie de l'INS est en corrélation avec la pyramide des apprentissages de Williams et Shellenberger, (1996) (annexe 5) dans laquelle le système sensoriel est à la base de tout autre développement, tel que : sensori-moteur, perceptuo-moteur, et enfin la cognition en fonction de "haut niveau" tout en haut de cette pyramide. Cette pyramide permet de comprendre simplement et de manière visuelle que si la base, donc le système sensoriel, n'est pas solide, l'enfant risque de rencontrer des difficultés dans le développement des autres fonctions, telles que : la sécurité posturale, l'appréhension de son schéma corporel, etc. On comprend alors aisément que chacune des strates de cette pyramide doit être acquise pour arriver en fonction de son âge à un niveau de capacité d'apprentissage adéquat. Williams va plus loin en subdivisant le système sensoriel. Les 3 systèmes placés à la base de la pyramide sont les systèmes : tactile, vestibulaire et proprioceptif. Ce sont également les 3 systèmes de base que considère J.Ayres dans l'intervention ASI® que nous verrons par la suite. Les 4 autres systèmes sensoriels sont placés sur la strate suivante. Il s'agit de l'odorat, la vue, l'ouïe, le goût.

1.3.3. Quelle prévalence ? Quels peuvent être les troubles INS ?

Il est difficile de trouver des chiffres exacts sur la prévalence car tous les enfants avec des troubles INS ne sont pas forcément diagnostiqués. Cependant, plusieurs études présentent une estimation de la prévalence par les spécialistes de 5% dans la population générale (Ray-Kaeser & Dufour, 2013), et de 40% à plus de 90% pour les enfants TSA. Les troubles INS coexistent également souvent avec les enfants TDA/H (Bodison & Parham, 2018), ou avec Troubles Spécifiques du Langage et de l'Apprentissage (TSLA) (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

Miller, une des élèves de J.Ayres a repris et complété son travail initial. Elle et son équipe de l'université de Californie continuent d'ailleurs à ce jour à publier régulièrement à ce sujet. Afin d'affiner et de guider l'accompagnement des enfants avec troubles INS, mais également parce qu'elle considère crucial pour la recherche d'avoir des groupes homogènes d'enfants, Miller a défini une classification (annexe 6) de ces troubles (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007) qu'elle répartit en 3 catégories : les troubles de la modulation sensorielle, les troubles de la discrimination sensorielle, les troubles moteurs avec origine sensorielle. En fonction de l'enfant, il n'est pas rare que ces 3 catégories coexistent, chacune à des degrés différents. Cette terminologie est référencée dans plusieurs classifications (annexe 7), mais absente actuellement du DSM V, ce qui est un frein dans la reconnaissance et l'accompagnement de ces troubles INS.

Les différents types de troubles impactent l'état de vigilance de l'enfant comme schématisés en annexe 8. Ceci nous permet de comprendre aisément le retentissement dans le quotidien de l'enfant :

Les troubles de la modulation sensorielle : la difficulté pour l'enfant se situe au niveau de l'enregistrement ou de la modulation des stimuli sensoriels. On distingue 3 niveaux qui peuvent s'appliquer indifféremment à chaque système sensoriel :

- **L'hypersensibilité sensorielle = hyperréactivité.** L'enfant répond à un stimulus plus vite, plus intensément ou plus longtemps qu'un enfant avec une réponse sensorielle standard. L'activation du système nerveux sympathique est un des marqueurs de l'hypersensibilité, qui peut donc se traduire par de la peur, la fuite ou encore une crispation (Miller et al., 1999 ; Ayres, 1972). Au niveau émotionnel ces enfants sont souvent irritables, d'humeur changeante, inconsolables et avec une faible socialisation pour certains d'entre eux. L'hypersensibilité est souvent associée à d'autres troubles de la modulation sensorielle, ainsi qu'à la dyspraxie (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007).
- **L'hyposensibilité sensorielle = hyporéactivité.** L'enfant semble ne pas détecter l'input sensoriel. L'enfant peut donc sembler apathique, léthargique et présenter un manque de motivation à aller vers les autres et à se sociabiliser. Ces enfants sont rarement diagnostiqués dans la toute petite enfance car ils sont considérés comme des enfants faciles, calmes, qui ne sont pas très en demande (IBID). Les enfants hyposensibles au niveau tactile et proprioceptif connaissent dans la plupart des cas une faible discrimination tactile, ainsi qu'une faible conscience de leur schéma corporel, ce qui entraîne des maladresses au niveau gestuel. Par conséquent, les enfants dyspraxiques se retrouvent également souvent dans cette catégorie.
- **Comportement de recherche sensorielle** : les enfants de cette catégorie sont insatiablement à la recherche d'inputs sensoriels avec un réel besoin de sensations. Leurs interactions sociales sont souvent entravées par un comportement décalé, envahissant, voire quelquefois dangereux et un besoin permanent de bouger. Ils n'ont pas conscience de la barrière physique socialement acceptable. Sans possibilité de satisfaire leur besoin de sensations, et notamment dans les lieux où une attitude calme est attendue comme à l'école, ces enfants peuvent devenir agressifs et "explosifs". Ils sont souvent identifiés en classe et dès la maternelle comme perturbateurs et dangereux. Ces symptômes peuvent être confondus, mais aussi coexister avec un TDA/H. 40% des enfants de cette catégorie présentent aussi des troubles de l'attention et des difficultés au niveau de la gestion des émotions, souvent disproportionnées par rapport à la situation (IBID).

Les troubles de la discrimination sensorielle : la difficulté se trouve dans l'interprétation de l'information sensorielle. Ces enfants ont des difficultés à interpréter la qualité des stimuli sensoriels et ne sont pas capables de percevoir les similitudes et différences dans ces stimuli. La discrimination des sens tactile, proprioceptif et vestibulaire est primordiale dans la construction de la sécurité posturale et du schéma corporel, eux-mêmes indispensables à une coordination bilatérale et à une motricité fine efficaces et de qualité. En effet, l'interprétation des stimuli sensoriels est la base d'une réponse motrice adaptée. Nous comprenons alors aisément que ces troubles de la discrimination sont très souvent présents chez les enfants dyspraxiques (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007).

Les troubles moteurs avec origine sensorielle : la difficulté se trouve au niveau de l'utilisation du stimulus sensoriel et de l'organisation d'une réponse motrice. Miller considère 2 sous-catégories qui peuvent également coexister :

- **Le trouble postural** : ces enfants présentent des difficultés de stabilisation quand ils sont en mouvement ou même au repos en fonction des contraintes environnementales. On observe des tensions musculaires inappropriées (hypo ou hypertoniques), des mouvements inadéquats. Le trouble postural coexiste souvent avec la dyspraxie.
- **La dyspraxie** : ces enfants ont souvent une faiblesse posturale et des difficultés de motricité volontaire. Concevoir, planifier et exécuter de nouvelles actions leur posent problème. Ils sont souvent qualifiés par les autres de maladroits et présentent des difficultés de coordination autant en motricité fine que globale.

Nous pouvons remarquer que la dyspraxie, bien qu'ayant une catégorie à part dans cette classification, coexiste souvent avec les autres catégories de troubles INS.

Dans son dernier livre Miller soulève le résultat d'une étude récente où il a été démontré que chacun de ces troubles est rarement distinct et qu'ils coexistent dans la plupart des cas (Miller, 2014) (annexe 9). Dans cette étude on note par exemple que pour les enfants avec trouble postural/dyspraxie seulement 2,1% ont ce trouble isolé. En revanche 34,6% ont aussi un trouble de la modulation sensorielle associé et 23,5% ont les 3 troubles associés. Même si ces troubles coexistent, l'auteur insiste sur le fait que le diagnostic et l'identification de chacun de ces troubles est primordial afin d'ajuster le traitement pour chaque enfant.

1.3.4. Impact dans le quotidien de l'enfant

Comme nous l'avons vu plus tôt sur la pyramide des apprentissages de Williams, les systèmes sensoriels et leur intégration sont la base de processus sensori-moteurs, perceptuo-moteur et cognitifs plus complexes. Nous comprenons alors aisément qu'un trouble sur une des 2 premières strates a un impact sur le reste et notamment sur les apprentissages. En effet, les

troubles INS peuvent être la source par exemple de **troubles moteurs** ou **posturaux**, qui eux-mêmes peuvent entraîner des difficultés dans la production écrite de l'enfant. Il n'est donc pas rare de retrouver les enfants avec troubles INS en **difficulté scolaire**.

Du fait de leur trouble INS, que ce soit de modulation, ou de hypo/hyper-sensibilité et donc de réactivité, ces enfants présentent souvent des **comportements inadaptés**, ce qui à la longue peut conduire à un rejet de la part des autres enfants. On peut dans certains cas observer un comportement d'**évitement et d'isolement social**. Plusieurs articles décrivent aussi le lien entre troubles INS et impact sur la performance occupationnelle, ce qui est de fait un **frein à l'acquisition des routines** et à l'efficacité dans les **AVQ**. (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

1.3.5. Évaluations en ergothérapie

Beaucoup d'enfants avec troubles INS ne sont pas diagnostiqués faute de connaissance de ces troubles ou parce qu'ils sont masqués par d'autres troubles plus visibles. Beaucoup de professionnels se focalisent sur d'autres aspects de la santé et du développement et ne vont pas en premier lieu identifier les troubles INS, faute de formation à ce sujet (Ayres, 2005).

Cependant plusieurs bilans existent et sont communément utilisés par les professionnels formés et accompagnant ces troubles (Ray-Kaeser & Dufour, 2013) :

Le **profil Sensoriel de Dunn** : Développé en 2010 par Dunn, il s'agit d'un questionnaire rempli par les parents. C'est le plus communément utilisé. Il permet de faire ressortir le comportement sensoriel de l'enfant dans les AVQ mais ne suffit pas à lui seul. Selon l'OTIPM, nous pouvons considérer ce bilan comme un élément permettant d'identifier dans le quotidien comment l'enfant réagit ou se comporte en fonction de situations précises, et donc ses points forts et difficultés liées à l'INS.

Deux autres bilans sont mis en avant par Ray-Kaeser & Dufour, que nous pourrions classer, selon l'OTIPM comme des bilans analytiques, permettant la recherche des causes des difficultés :

Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) (ASI WISE, 2018): Développé par J.Ayres, il s'agit d'un bilan portant sur la perception, la discrimination et la réactivité sensorielles pouvant avoir une influence sur les praxies et la participation dans les AVQ.

Clinical Observations - Based on Sensory Integration theory (Blanche, 2017) : Erna Blanche a développé une grille d'observations qui se base sur la théorie de J.Ayres. Il s'agit de mettre l'enfant en situations précises et d'observer cliniquement la qualité de ses mouvements, ses postures.

Dans la littérature INS, nous pouvons retrouver d'autres bilans, particulièrement utilisés outre-Atlantique : **The Degangi-Berk Test of Sensory Integration (TSI)** (TSLAT, 2015) : il

s'agit d'un bilan plutôt analytique (recherche des causes selon l'OTIPM). Il permet au thérapeute d'observer : le contrôle postural, la coordination bilatérale ainsi que l'intégration des réflexes. Le **Sensory Processing Measure** (SPM) (Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Sheppard, & Henderson, 2011) est une échelle remplie par les parents, basée sur la théorie de l'ASI® et qui permet d'évaluer : les praxies, la participation sociale, les problèmes de traitement des informations sensorielles dans les différents environnements et dans la performance occupationnelle de l'enfant. Selon l'OTIPM, nous pouvons classer cette évaluation dans les bilans permettant l'identification des points forts et des difficultés dans le quotidien.

Comme dans tout accompagnement en ergothérapie, l'évaluation est aussi beaucoup basée sur l'**observation clinique** lors de mises en situation.

Le fait d'identifier si l'enfant a des troubles INS, mais aussi de les catégoriser est indispensable pour son accompagnement en ergothérapie. La précocité du dépistage et de l'accompagnement, idéalement dès la maternelle, est aussi primordiale car sinon l'enfant peut développer d'autres troubles, tels que des troubles du comportement et de l'attention qui pourraient masquer ses troubles INS (Elbasan, Kayıhan, & Duzgun, 2012).

Aussi J.Ayres parle d'une période critique pour le développement standard de l'intégration sensorielle entre 3 et 7 ans. L'INS se basant sur la plasticité neuronale, elle peut être travaillée après 7 ans mais sera moins efficace, ce qui renforce l'importance de la dépistage et de l'accompagnement précoce.

1.3.6. Les différentes approches INS en ergothérapie

Différents types d'approches liés aux troubles INS peuvent être proposés en fonction des besoins et objectifs de chaque enfant et/ou demande des parents.

1.3.6.1. Approche Bottom-up - rééducation INS selon J.Ayres

Selon l'OTIPM, l'approche Bottom-up correspond à une approche à visée rééducative, ce qui est le cas de l'intervention proposée par J.Ayres, **Ayres Sensory Intergration® (ASI®)** qui est maintenant une marque déposée. Son objectif est de diminuer les troubles INS en apportant à l'enfant des expériences sensorielles riches et variées pendant la séance avec l'ergothérapeute. Une intervention ASI® doit respecter plusieurs critères dont les principaux ont été résumés ci-dessous (Smith Roley et al., 2007) (détaillés en annexe 10) :

- L'activité, choisie avec l'enfant, doit être riche au niveau sensoriel et doit présenter plusieurs modalités sensorielles avec au moins 2 des 3 sens de base (tactile, vestibulaire, proprioceptif), permettant de les intégrer avec d'autres informations sensorielles.

- L'ergothérapeute incite l'enfant à planifier ses actions à contrôler sa posture, à coordonner ses mouvements et surtout à ajuster son comportement au stimulus. Il veille également à favoriser la régulation et le niveau de vigilance et d'alerte de l'enfant.
- Il doit également créer les opportunités permettant de favoriser une réponse adaptée à un environnement changeant et face à un niveau supérieur de complexité de l'activité.

En respectant tous ces critères, l'intervention ASI® permet à l'enfant d'avoir une meilleure intégration neurosensorielle. En effet le thérapeute ayant identifié en amont le profil sensoriel de l'enfant pourra par exemple intégrer de façon graduelle des stimuli sensoriels pour lesquels l'enfant est hypersensible, tout en le guidant afin d'adapter sa posture et son comportement. Au fil des séances, l'objectif est que l'enfant se trouve dans une zone de régulation optimale. Ceci permet à l'enfant d'acquérir une base solide favorisant un développement harmonieux et un accès plus efficace aux apprentissages.

Les limites de l'ASI® sont tout de même multiples (détaillées en annexe 11) et se situent principalement au niveau des coûts et de l'accessibilité.

Depuis 1972, plus de 80 études ont analysé l'approche ASI® et son efficacité. Les résultats sont controversés. Certains mettent en évidence des résultats plutôt positifs sur le développement des habiletés motrices mais restent plus nuancés sur les troubles des apprentissages. En effet, l'ASI® n'apporterait pas plus qu'un traitement alternatif. Cependant ce manque de résultat probant vient du fait que ces études manquent de rigueur méthodologique pour la plupart. Dans des études plus récentes, il ressort que cette méthode d'intervention, ses résultats dans les AVQ et la confiance en soi est très appréciée des enfants et de leurs parents. Par ailleurs une récente revue systématique a pu démontrer, dans plus de la moitié des cas, l'efficacité de l'approche sur les points suivant : les habiletés sensori-motrices, la régulation des comportements, l'attention, les habiletés de lecture et la participation dans le jeu (Ray-Kaeser & Dufour, 2013). Miller, L. J., Coll, J.R., Schoen S.A, ont démontré dans leur étude et publication de 2007 l'efficacité de l'ASI® par l'ergothérapeute dans l'amélioration des difficultés des enfants avec trouble de l'INS (Miller, Coll, & Shoen, 2007). L'analyse menée en 2012 par Jasmin, Beaugard et Tétréault conclut que l'approche ASI® est cohérente avec les connaissances en neurosciences actuelles et a des effets positifs sur la performance et la participation des enfants concernés (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

1.3.6.2. Approche Top down - Mise en place de stratégies

Un autre type d'intervention en ergothérapie est l'approche Top-Down ou d'acquisition. Dans le cadre de trouble INS, nous avons identifié l'Alert Program.

L'**Alert Program** est un programme initialement prévu pour les 8-12 ans avec troubles INS. Il a depuis été, avec ajustement, étendu aux enfants plus jeunes et plus âgés, adultes compris. Ce programme se base sur 2 théories : celle de l'ASI® de J.Ayres et celle de la théorie de l'éveil (Gosselin, Rouleau, & Nadon, 2012). Cette dernière a été développée par Williams et Shellenberger en 2011 et définit l'éveil comme "*l'état du système nerveux décrivant comment la personne se sent alerte*" (Williams & Shellenberger, 2011). Un autre élément important de cette théorie est l'**autorégulation**, qui serait la capacité à reconnaître, puis à choisir et à maintenir son niveau d'éveil en fonction de la situation. En effet l'Alert Program se base sur un **niveau métacognitif** par la mise en place de stratégies d'autorégulation. L'enfant apprend à reconnaître dans quel état d'éveil il est et la nécessité d'en changer ou non par des stratégies sensori-motrices. Pour cela, l'image d'un moteur de voiture est utilisée afin que ce soit plus parlant pour l'enfant. Dans un premier temps, l'enfant apprend à reconnaître en fonction des situations dans quel niveau d'éveil il est et prend conscience qu'il est parfois nécessaire de changer ce niveau pour accomplir la tâche efficacement. Dans un second temps, on apprend à l'enfant les différentes stratégies sensori-motrices permettant de modifier son niveau d'éveil (ex : stimuli proprioceptifs, vestibulaires, tactiles...). Ce n'est que dans un troisième temps que les stratégies métacognitives à proprement parler peuvent être proposées à l'enfant. L'enfant apprend alors à choisir lui-même ses stratégies d'autorégulation puis à les généraliser dans son quotidien. En dernier lieu, l'enfant apprend à gérer les situations inattendues par la résolution de problèmes dans les cas où les stratégies prévues ne seraient pas possibles à mettre en œuvre (Gosselin, Rouleau, & Nadon, 2012).

A ce jour, les études réalisées sur ce programme manquent de données probantes, car réalisées souvent sur de petits échantillons. Néanmoins, des résultats positifs sur les troubles émotionnels ont été démontrés sur une étude préliminaire, ainsi que sur des situations singulières. L'Alert Program peut être considéré comme une approche Top Down car il consiste, tout comme la méthode COOP (que nous aborderons plus loin), à la mise en place par l'enfant de stratégies cognitives dans ses activités quotidiennes (IBID).

1.3.6.3. Éducatif

Il paraît primordial que l'enfant et les personnes l'entourant dans son quotidien, ses parents, sa famille mais également enseignants ou autres (animateurs, ...) aient une connaissance de ces troubles INS et de ce qu'ils impliquent. Ces temps d'échange, d'information et de conseils, font partie du rôle de l'ergothérapeute. Dans un premier temps, ils aident à comprendre certains comportements ou réactions de l'enfant. Cela permet aussi à l'entourage de mieux appréhender l'intervention en ergothérapie et même d'être acteur de stratégies qui peuvent être mises en place dans la routine quotidienne. Cette connaissance des troubles

permet aussi de ne pas stigmatiser l'enfant. Comme nous l'avons vu précédemment dans l'Alert Program, il est nécessaire que l'entourage comprenne l'intervention en ergothérapie pour mieux accompagner l'enfant dans son quotidien.

1.3.6.4. Compensatoire

L'approche compensatoire selon l'OTIPM ne vient pas rééduquer mais bien compenser une difficulté afin de permettre ou faciliter l'activité jusque-là empêchée ou limitée. Nous en avons identifié différents types dans le cadre de troubles INS :

La **diète sensorielle** ou encore **Sensory Lifestyle**, terme utilisé par Colleen Beck, ergothérapeute américaine dans son livre *The Sensory Lifestyle handbook* (Beck, 2018), correspond à des stratégies définies afin de répondre à un besoin sensoriel. Le terme de Sensory Diet en anglais a été introduit par l'ergothérapeute Patricia Wilbarger en 1984. En effet, cette dernière s'est intéressée à l'impact des expériences sensorielles sur l'amélioration de la performance occupationnelle et sur le fait que ces expériences ou stratégies puissent limiter les troubles INS dans des situations bien précises du quotidien.

Le terme "diète" en français peut prêter à confusion. Il ne s'agit en aucun cas d'une diète au sens d'un arrêt de l'input sensoriel, mais il s'agit au contraire de fournir et ajuster l'input sensoriel nécessaire pour répondre aux besoins de l'enfant à un moment précis de la journée. Ceci lui permet de vivre au mieux ses occupations sans être parasité par un manque ou surplus sensoriel. Il ne s'agit donc pas d'une approche rééducative dans le sens où au niveau neurologique on n'observe pas d'amélioration de l'intégration neurosensorielle comme avec l'ASI®. Il s'agit d'une approche compensatoire pour "nourrir", voire rassasier, le corps de l'enfant de l'input sensoriel nécessaire, afin de mener de manière adaptée et efficace son activité. La diète sensorielle doit être définie par un ergothérapeute qui a évalué, observé et défini avec l'enfant et l'entourage les besoins et difficultés. Après avoir analysé les comportements liés aux aspects sensoriels de l'enfant, l'ergothérapeute peut déterminer ses particularités des besoins sensoriels et proposer de les combler par une diète sensorielle. Cela se traduit par un planning d'activités idéalement intégrées à sa routine quotidienne (exemple en annexe 12) spécifique pour chaque enfant et en fonction de ses besoins. Cette routine doit être détaillée au niveau de l'activité elle-même, l'intensité, la durée, quel système sensoriel est sollicité.... L'observation et la collecte des données sont primordiales pour définir une diète sensorielle adaptée car l'attitude et le comportement de l'enfant sont souvent la clef de problèmes cachés (Beck, 2018). Les points clefs de la diète sensorielle selon Collen Beek ont été détaillés en annexe 13.

L'efficacité de la diète sensorielle a notamment été démontrée avec des enfants TSA (Fazlioğlu & Baran, 2008). Il y a cependant peu d'études à ce sujet. Celles qui existent

manquent souvent de fiabilité (Polatajko & Cantin, 2010). On ne peut cependant pas négliger l'amélioration notée par les parents et les praticiens par l'observation clinique. Néanmoins cette approche mériterait plus d'études permettant de la justifier en se basant sur les preuves d'efficacité.

L'aménagement de l'environnement : Dans le cas de troubles INS, des conseils en aménagement ou modification de l'environnement sont également possibles afin de proposer un endroit favorable à l'enfant et lui permettant d'investir au mieux ses occupations. En fonction des besoins et difficultés de l'enfant, diverses modifications peuvent être envisagées : tout élément sensoriel de l'environnement physique peut être adapté en jouant sur son intensité, sa complexité ou encore sa qualité. En voici quelques exemples dont la liste n'est pas exhaustive : régulation de l'intensité lumineuse, réduction du visuel ou encombrement au niveau d'un bureau ou d'un mur de classe autour du tableau... D'autres aménagements plus coûteux peuvent être envisagés, comme l'isolation phonique par exemple.

Une revue systématique de 2018 portant sur les approches "Sensory-based" autres que l'ASI®, rapporte n'avoir trouvé qu'un article sur les modifications de l'environnement dans le cas de troubles INS (Bodison & Parham, 2018). Cependant cette étude met en avant des résultats probants quant à l'efficacité dans l'amélioration de la participation de l'enfant.

Les Aides Techniques : Diverses aides techniques sont fréquemment utilisées ou préconisées par les ergothérapeutes dans le cas de troubles INS. Comme pour toute aide technique, ces dernières sont préconisées de manière spécifique, individuelle, en fonction du profil sensoriel et des besoins de l'enfant. En voici quelques exemples (photos et autres exemples en annexe 14) :

- Pour des enfants hyposensibles au niveau proprioceptif : des couvertures/gilet lestés, brosse proprioceptive, stylo vibrant...
- Pour des enfants hyposensibles au niveau vestibulaire : un coussin d'assise dynamique

De nombreux objets existent pour ces besoins spécifiques. Là encore trop peu d'études sont menées, même si nous devons garder à l'esprit que l'absence d'évidence ne signifie pas une absence d'efficacité (Bodison & Parham, 2018).

Nous allons à présent nous intéresser de la même manière au second trouble qui nous questionne : la dyspraxie.

1.4. La dyspraxie

1.4.1. Quelle prévalence ? Qu'est-ce que la dyspraxie ?

La dyspraxie en France touche 5 à 7% des 5-11 ans avec une prédominance chez les garçons (2 à 4 fois plus atteints), ce qui correspond à un ou deux enfants dyspraxiques par classe

(Améli, 2018). La dyspraxie est un trouble du geste volontaire et des coordinations motrices et fait partie des troubles moteurs des Troubles Neuro-Développementaux (TND) selon le DSM V (Anpeip, 2018) (annexe 15). Les TND ont une cause neurobiologique liée à la façon dont le cerveau traite l'information, c'est-à-dire comment il la reçoit, l'intègre, la retient et l'exprime. Cependant l'origine n'est pas connue à ce jour.

En fonction des auteurs, nous pouvons retrouver l'utilisation de différents termes ou différentes définitions pour la dyspraxie, telle qu'une organisation cérébrale du geste altérée ou encore un handicap cognitif avec retentissement moteur. Il n'y a pas aujourd'hui de réel consensus dans l'usage du terme en France. Différents termes sont communément utilisés pour nommer les mêmes troubles, même si dans les définitions précises, nous pouvons noter quelques différences : Dyspraxie, Trouble d'Acquisition de la Coordination (TAC), Trouble Développementale de la Coordination (TDC). Selon le DSM V de 2015 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le terme retenu est Trouble Développementale de la Coordination dont les critères diagnostiques sont les suivants (détail en annexe 16) :

- Difficultés d'acquisition de **coordination motrice** par rapport à l'âge chronologique
- Se traduit par une **maladresse, lenteur et imprécision** dans la réalisation de tâches motrices et impactent significativement les AVQ ainsi que la scolarité
- Pas de déficience intellectuelle

Il est également reconnu que 73 à 87% des enfants dyspraxiques ont un faible contrôle postural (Macnab, Miller et Polatajko, 2001). D'après Fong, ceci serait en partie lié à une altération de l'intégration des inputs sensoriels (Fong, Ng, & Yiu, 2013). Concernant la dyspraxie J.Ayres parle aussi d'un déficit de l'INS et notamment sur le versant tactile, perturbant la planification des mouvements. Comme expliqué en début de mémoire, nous avons choisi de n'utiliser qu'un seul terme pour une meilleure lisibilité. Le terme de **dyspraxie** a été retenu pour les raisons expliquées précédemment.

1.4.2. Impact dans le quotidien de l'enfant

La dyspraxie et le faible contrôle postural associé entraînent une maladresse dans tous les gestes du quotidien. En effet, l'enfant dyspraxique présente des difficultés d'automatisation des gestes. L'enfant doit décomposer et planifier consciemment toutes les étapes de ses gestes pour pouvoir permettre un geste efficace, là où un enfant avec développement standard le fera sans réfléchir.

L'enfant dyspraxique est souvent en difficulté dans ses AVQ (Barnhart et al., 2003) pour se laver, se coiffer, s'habiller (met les habits devant/derrrière, laçage des chaussures et boutonnage très compliqués), se nourrir (renverse souvent assiette, verre, couverts, se salit

beaucoup) (Vaivre-Douret, 2007). Il en est de même à l'école où l'enfant a du mal à s'organiser dans l'espace, à manipuler les outils scolaires (règle, ciseaux, stylo...). Sa production écrite est souvent lente, coûteuse et illisible (Allen & Casey, 2017). Au niveau des loisirs, tous les jeux de construction, vélo ou sports collectifs sont très complexes pour de tels enfants et les mettent souvent en échec. Toutes ces difficultés ont bien sûr un impact non négligeable dans le quotidien de l'enfant et de sa famille et entraîne une restriction de participation. C'est souvent à l'entrée au CP que les différences avec les enfants de leur âge se font remarquer et que les parents et enseignants s'interrogent.

Un enfant dyspraxique n'est jamais guéri mais peut mettre en place des stratégies pour structurer sa pensée spatiale et gestuelle. Néanmoins cela reste un processus cognitif énergétiquement coûteux. Certains enfants non diagnostiqués arrivent pendant un temps à compenser leurs troubles mais au prix de beaucoup d'énergie et de concentration tout au long de la journée. Ceci peut entraîner une grande fatigabilité et des comportements difficiles qui viennent dans certains cas masquer le problème originel : la dyspraxie. Par ailleurs, il n'est pas rare non plus que ces enfants, de par leur maladresse constante, soient l'objet de moqueries tant de la part d'adultes que d'enfants. A la longue, ils développent également des troubles du comportement et de l'attention. J.Ayres souligne aussi que les enfants dyspraxiques sont souvent d'humeur labile (Ayres, 2005). Par ailleurs il a été remarqué que l'estime de soi de ces enfants était également fortement impactée par leurs difficultés. Il n'est pas rare que l'enfant dyspraxique soit exclu par ses pairs, perde sa motivation et, de ce fait, s'appauvrisse en expériences motrices (Geuze, 2005).

Tout ceci renforce le fait qu'un repérage précoce permet de les accompagner ainsi que leur entourage. Il a été remarqué que mettre un nom sur cette maladresse était déjà un grand soulagement pour les parents et pour l'enfant. Cela permet d'expliquer la situation, de comprendre et de pouvoir aussi expliquer aux autres que son enfant n'est pas juste maladroit, il a un trouble qui a un nom : la dyspraxie.

1.4.3. Diagnostic et évaluations en ergothérapie

Il s'agit en fait d'un diagnostic différentiel, ce qui le rend souvent difficile et long. Certains critères sont cependant clairement établis : l'enfant ne présente pas de retard intellectuel, mais une maladresse et n'a pas d'autre pathologie pouvant mieux expliquer ses difficultés. Selon Michèle Mazeau, médecin rééducateur spécialisé dans l'accompagnement des enfants (Mazeau, Lostec 2010), le diagnostic se fait en 4 temps (Annexe 17) : tout d'abord la suspicion, bien souvent à partir du CP où les différences commencent à se faire remarquer par rapport aux autres enfants du même âge. Par la suite, il est important d'écarter un retard

intellectuel, évalué par un bilan neuropsychologique complet dont un test de QI³. Des bilans complémentaires vont être réalisés en fonction des cas par un ergothérapeute, un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien et un orthoptiste. La difficulté avec les enfants dyspraxiques est qu'on dispose souvent de résultats fluctuants et hétérogènes. L'ergothérapeute doit alors observer les résultats par rapport aux efforts fournis. L'observation clinique est essentielle. Après un entretien avec les parents et l'enfant, et en fonction de son profil, différents bilans en ergothérapie peuvent être proposés dont les plus répandus sont (classés selon les types OTIPM) :

- Bilans fonctionnels/mises en situation :
 - MIF-Même afin d'évaluer l'indépendance fonctionnelle de l'enfant dans les AVQ
 - Évaluation de l'écriture avec le BHK, lenteur d'écriture et EVIC (Evaluation de la Vitesse de frappe au Clavier)
 - ManOS afin d'évaluer la **Manipulation d'Objets Scolaires**
- Bilans analytiques (analyse de la cause)
 - Évaluation des fonctions visuo-spatiales(DTVP, VMI, test des cloches ou barrage du H)
 - Évaluation des fonctions sensori-motrices avec le tapping ou encore de motricité fine avec le Purdue Pegboard
 - M ABC 2 qui permet d'évaluer la dextérité manuelle, la maîtrise des balles, l'équilibre statique et dynamique

Le diagnostic final de dyspraxie ne peut être posé que par un médecin spécialisé, souvent un neuropédiatre, par la synthèse et l'analyse des bilans des différents thérapeutes (Mouchard Garelli, 2016).

1.4.4. Les différentes approches en ergothérapie auprès des enfants dyspraxiques

L'ergothérapeute accompagne principalement les enfants dyspraxiques et les adultes si besoin. L'objectif de l'accompagnement en ergothérapie est d'améliorer l'autonomie et l'indépendance de l'enfant dans son quotidien. L'ergothérapeute a également un rôle de conseil et d'information auprès de l'enfant et de son entourage. Nous pouvons identifier 4 types d'approches complémentaires les unes des autres, comme décrit dans l'OTIPM :

³ Quotient Intellectuel

1.4.4.1. Approche Bottom up - rééducative

Plusieurs aspects d'un versant plus rééducatif sont intéressants à aborder avec les enfants dyspraxiques (Alexandre, Lefèvre, Palu, & Vauvillé, 2015). Il est important de travailler avec l'enfant sur le **vocabulaire et sur la représentation spatiale** car ces derniers sont indispensables dans les autres approches telle que la verbalisation/séquentialisation, ainsi que sur la **perception topologique** pour des difficultés perceptives spatiales. En fonction des besoins de l'enfant les stratégies d'**exploration visuelle** peuvent être travaillées en séance afin de lui permettre une meilleure efficacité à ce niveau-là. Le graphisme est souvent un élément qui met l'enfant dyspraxique en difficulté. Il peut être travaillé par exemple par l'aspect sensori-moteur, sur la construction des lettres, l'utilisation de l'espace sur une feuille, la planification... La géométrie présente souvent des difficultés proches de celle du graphisme mais avec en plus la manipulation d'instruments. De manière générale, les approches **sensori-motrices**, de **motricité fine** ou plus globale, de **coordination bi-manuelle**, de **dissociation digitale** sont autant d'aspects intéressants à travailler avec les enfants dyspraxiques (Mouchard, 2016). Le travail d'organisation et de **planification** sont également à prendre en compte chez ces enfants.

1.4.4.2. Approche Top down - d'acquisition

COOP-Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (Polatajko, Mandich, 2017) : il s'agit d'une approche développée par Helen Polatajko et Angela Mandich au Canada. COOP est basée sur une approche méta-cognitive centrée sur l'enfant. Elle s'appuie sur son engagement dans les activités qui sont importantes pour lui mais qu'il ne réalise pas de façon satisfaisante. Le thérapeute amène l'enfant à trouver lui-même ses stratégies afin de pouvoir réaliser ses activités en le questionnant, sur sa posture, son attention, sa sensation du mouvement, ... L'objectif est que l'enfant construise ses connaissances et stratégies efficaces qui vont lui permettre d'acquérir des habiletés, puis de les généraliser dans un contexte différent, et enfin de pouvoir les transférer sur des tâches similaires.

La séquentialisation et verbalisation

Il est en effet recommandé avec les enfants dyspraxiques de privilégier l'utilisation du canal audio-verbal (plutôt que le visuel) sur lequel il a généralement de bonnes capacités. Il s'agit donc de séquentialiser chaque tâche et de les verbaliser afin que l'enfant puisse les réaliser efficacement. Peu à peu le thérapeute amène l'enfant à verbaliser lui-même. L'idée est qu'ensuite l'enfant soit capable seul d'utiliser cette méthode pour toute nouvelle situation problématique (Lefèvre & Alexandre, 2011).

En revanche nous comprenons bien que l'automatisation des gestes ne se fait pas facilement et que la mise en place de ces stratégies, bien qu'efficace, est un processus cognitif

énergétiquement coûteux. Ce sont donc des enfants chez qui nous retrouvons souvent une grande fatigabilité, surtout en fin de journée.

1.4.4.3. Approche éducative

Tout comme dans le cas des troubles INS, il est important que l'enfant et aussi son entourage (famille, aidants, enseignants) aient une connaissance de ce qu'est la dyspraxie, de ses retentissements dans les AVQ et de la manière dont on peut accompagner l'enfant au quotidien. En effet, la participation et l'implication sont primordiales dans la réussite de l'accompagnement de l'enfant (Babington, 2018). Il est aussi important que l'enfant mette des mots sur ses difficultés et sache les expliquer aux autres. Ceci lui permet de mieux se connaître et de comprendre que sa maladresse n'est pas de son fait, et aux adultes de comprendre qu'il ne s'agit pas de mauvaise volonté mais bien d'un trouble neurodéveloppemental.

Le diagnostic et le fait de mettre un mot sur le trouble ont souvent un effet rassurant et apaisant pour les parents qui, de ce fait, trouvent des réponses à leur questions.

1.4.4.4. Approche compensatoire

Diverses **Aides Techniques** existent et peuvent être préconisées en fonction des besoins de l'enfant dont voici quelques exemples (autres exemples et photos en Annexe 18) :

- Stylos ergonomiques, manchons grossisseurs, pour une préhension adaptée du stylo,
- Tamographe faisant office de règle, équerre et compa pour la géométrie,
- Souris scan pour la numérisation des cours ou schémas,
- Des lacets autobloquants, tapis anti-dérapants pour maintenir la feuille, l'assiette...

Au niveau scolaire on retrouve souvent la **mise en place de l'ordinateur** en milieu de primaire en vue d'une utilisation pour l'entrée au collège. En effet, l'écriture est souvent coûteuse et peu lisible chez les enfants dyspraxiques. La mise en place de l'ordinateur est préconisée lorsque cette dernière ne s'améliore pas et devient trop coûteuse pour l'enfant. L'objectif est d'être plus efficace dans sa prise de notes mais également de pouvoir se relire facilement. Elle est souvent associée à l'utilisation d'une souris scanner qui permet à l'enfant de scanner facilement en classe et annoter directement par exemple un schéma ou encore une carte de géographie. Cependant l'utilisation de l'ordinateur, en dehors de la vitesse de frappe, demande une très bonne organisation (gestion des dossiers, chargement de la batterie...) qui n'est pas toujours évidente pour ces enfants. De plus il n'est pas rare de noter un désinvestissement de l'outil à l'entrée au collège qui serait dû au fait que les enfants ne souhaitent pas marquer leur différence et aussi par un manque d'implication des familles ou de l'équipe scolaire (Darnal, 2016).

L'**aide humaine** est souvent nécessaire à l'enfant dyspraxique. Au niveau scolaire cela se traduit par l'accompagnement par une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).

1.5. Troubles INS et dyspraxie

Que ce soit dans le cas de troubles INS ou de dyspraxie, nous sommes face à des handicaps invisibles, qui sont de ce fait souvent mal compris par des personnes non au fait de ces derniers et de leurs impacts.

D'après J. Ayres (Ayres, 2005), la dyspraxie a comme origine un trouble INS entraînant une faible coordination et un déficit de planification motrice. C'est un des cas les plus courants dans les troubles INS chez les enfants avec troubles des apprentissages. Les enfants dyspraxiques n'ont pas conscience de leur corps dans l'espace et présentent souvent des difficultés tactiles et proprioceptives. On peut aisément les observer par exemple sur la tenue et l'appui sur leur stylo lors de la production écrite.

Dans une étude récente, S.Allen et J.Casey (2017) se sont intéressées aux liens qui pouvaient exister entre la dyspraxie et les troubles INS sur une cohorte d'enfants de 6 à 12 ans. Il en résulte que **88% des enfants dyspraxiques selon les critères DSM V présentent également un trouble INS**, identifié par le bilan SPM (Sensory Processing Measure). Ce chiffre est à nuancer car dans cette étude certains enfants sont également diagnostiqués TSA. Cependant 53% de ces enfants présentent une dyspraxie sans comorbidité, ce qui rend les chiffres tout de même significatifs. En revanche aucun lien apparent n'a pu être établi entre la sévérité des troubles praxiques et celle des troubles INS.

43 à 59% des enfants dyspraxiques (sans comorbidités) ont des difficultés sur l'intégration d'information d'un ou plusieurs systèmes sensoriels. Dans ce contexte une approche orientée seulement sur la tâche semble insuffisante : il est primordial de considérer les troubles INS. De plus, les auteurs mentionnent que dans une étude de Blank (2012), l'intervention prenant en compte les troubles INS doit être proposée à tous les enfants dyspraxiques car elle présente de meilleurs résultats que si rien n'est fait. Les auteurs recommandent également d'évaluer systématiquement les enfants dyspraxiques sur leurs troubles INS et sur l'impact qu'ils peuvent avoir sur leur participation sociale.

Dans les 2 cas, dyspraxie et troubles INS, il est important de repérer et d'accompagner ces enfants le plus tôt possible. En effet, plusieurs des interventions proposées se basent sur la plasticité cérébrale qui reste fonctionnelle mais moins efficace en grandissant. De plus comme décrit précédemment, ces enfants sont souvent en difficulté scolaire, leur estime de soi est impactée négativement et tout ceci peut entraîner le développement d'autres troubles qui

pourraient masquer les causes initiales. La **précocité de l'intervention** est donc un facteur de réussite de l'accompagnement de ces enfants.

1.6. Question de recherche

Comme nous venons de le voir, il y a une importante coexistence entre les troubles INS et la dyspraxie (Ayres, 2005 ; Allen & Casey, 2017). L'accompagnement de l'enfant dyspraxique en ergothérapie est courant et il y a beaucoup de littérature sur les diverses interventions possibles, que ce soit de type rééducatif, compensatoire, éducatif ou mise en place de stratégies (Mazeau & Lostec, 2011 ; Alexandre, Lefèvre, Palu, & Vauvillé, 2015 ; Chauché, Gonzalez-Monge, Thioller, Feige, & Chatelus, 2017). D'un autre côté, bien que coexistant, les troubles INS sont trop souvent méconnus et non identifiés, du moins en premier lieu (Ayres, 2005). L'ergothérapie est une profession qui, après une formation spécifique, a les moyens d'accompagner ces enfants avec troubles INS (Babington, 2018).

Tout ceci nous amène à nous interroger sur l'offre de soins et d'accompagnement en ergothérapie pour les enfants dans cette situation. De plus, étant sensibilisés à une approche basée sur la performance occupationnelle, telle que l'OTIPM, nous nous demandons :

Comment ses enfants sont accompagnés en ergothérapie (de l'évaluation jusqu'à l'intervention) ? Par défaut, considère-t-on en premier lieu leur trouble connu (la dyspraxie) ? ou s'intéresse-t-on d'abord à leur performance occupationnelle, points forts et difficultés dans les AVQ ? Leurs troubles INS sont-ils considérés ? quelle(s) type(s) d'approche(s) est(sont) mises en place au niveau de l'intervention ? Comment l'ensemble influence-t-il la performance occupationnelle de l'enfant ?

Toutes ces questions nous ont mené à la question de recherche suivante :

*En quoi la **complémentarité des approches** en ergothérapie influence-t-elle la **performance occupationnelle** d'un enfant dyspraxique avec troubles INS associés ?*

C'est à cette question que nous essaierons de répondre dans la deuxième partie du mémoire correspondant à la phase exploratoire.

2. Phase exploratoire

Dans cette partie, l'intention n'est pas directement de répondre à la question, ce qui correspondrait à une phase expérimentale, mais plutôt de confirmer l'intérêt de la question de recherche posée et, éventuellement, de la préciser par des retours du terrain. Il s'agit d'une pré-enquête au niveau des professionnels.

2.1. Structure de l'intervention

2.1.1. Structure de l'intervention / PICO

Afin de structurer cette phase exploratoire en fonction de notre question de recherche, nous nous sommes appuyés sur la méthode PICO (détail en annexe 19) afin de définir :

- **(P)** Les personnes considérées : **ergothérapeutes libéraux formés à l'approche d'intégration neurosensorielle, la pratiquant** et accompagnant des **enfants avec des troubles de type dyspraxie (coexistant avec des troubles INS)**
- **(I)** L'intervention prévue : identifier les différents types d'accompagnement (de l'évaluation à l'intervention) en ergothérapie, la complémentarité des approches utilisées et sur quels critères
- **(O)** le résultat à vérifier : **influence sur la performance occupationnelle** de l'enfant

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour chaque élément ont été détaillés en annexe 19.

2.1.2. Données à recueillir : Matrice d'analyse

La matrice d'analyse permet de décliner les concepts et variables de la question de recherche en critères et indicateurs. Ceci donne la possibilité de se baser sur des éléments concrets lors de la phase exploratoire. La matrice d'analyse est détaillée en annexe 20.

Deux éléments clefs ressortent de la question de recherche. Il s'agit en premier lieu de la variable "**complémentarité des approches**" qui visera à identifier dans le verbatim des entretiens les indicateurs liés à cette dernière. Par complémentarité des approches est entendu :

- le fait de proposer des **interventions INS et non INS**,
- le fait de proposer une intervention centrée sur l'enfant et sur l'occupation, en combinant les **4 types d'approches définies** par l'OTIPM en fonction des objectifs définis.

Le concept de **performance occupationnelle** est le second élément clef et concept de la question de recherche. Sylvie Meyer (2013) la définit comme : "*Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement*" (Meyer, 2013, p14). Law dans le modèle PEO (Personne-Environnement-Occupation) le définit comme produit d'une dynamique complexe entre ces 3 éléments.

Les différents auteurs, tels que Nelson ou Kielhofner parlent d'engagement effectif et volontaire dans la réalisation d'une occupation. Ils considèrent ce concept plus particulièrement dans 3 domaines de l'occupation : soins personnels, la productivité, les loisirs (Meyer, 2013).

2.1.3. Méthode retenue : la méthode qualitative

Par rapport à notre question de recherche et à la matrice d'analyse qui en découle, il apparaît important de recueillir des données sur les expériences singulières d'ergothérapeutes. En effet, il sera intéressant de les questionner sur leur pratique, par le biais de questions ouvertes afin de ne pas les restreindre ou les orienter sur des choix de réponses prédéfinies. Dans ce contexte, il apparaît que le choix de l'**entretien semi-dirigé** est le plus adapté. En effet, ce n'est pas la quantité d'informations recueillies qui sera intéressante, mais l'aspect qualitatif de leurs expériences singulières. L'entretien semi-dirigé permet de cadrer l'entretien, tout en pouvant s'adapter à son interlocuteur et à l'expérience dont il nous fait part. C'est une des méthodes les plus répandues en recherche qualitative, permettant de recueillir des informations sur l'analyse de pratique par la mise en œuvre d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes et fermées.

La personne menant l'entretien doit en amont détailler un guide d'entretien, permettant de décrire le déroulement prévu, ainsi que les questions ou thème à aborder. Ce dernier est détaillé en annexe 21.

2.1.4. Recrutement

Les ergothérapeutes à interroger ont été sélectionnés à partir de l'actuelle liste des ergothérapeutes libéraux de l'ex-Région Midi-Pyrénées et identifiés comme étant formés à l'INS (10). De cette liste, ont été exclus les ergothérapeutes formés mais ne pratiquant pas l'INS et/ou ne suivant pas d'enfants dyspraxiques (2), ainsi que ceux ayant connaissance de notre question de recherche (2). Sur les 6 ergothérapeutes restants, les ergothérapeutes les plus près géographiquement ont été contactés en premier lieu afin de favoriser un entretien de visu. En effet, l'entretien prévu étant basé essentiellement sur des questions ouvertes, l'échange et l'adaptation de ce dernier sera facilité par l'entretien face-à-face. Dans cette optique, 4 ergothérapeutes dans un rayon d'une heure autour de Toulouse ont été contactés par mail (annexe 22). Au-delà de la prise de contact, ce mail permet de vérifier que l'ergothérapeute rentre bien dans nos critères et est concerné par le sujet : formés, pratiquant l'INS et accompagnant des enfants dyspraxiques. Par ailleurs, comme nous le verrons dans le guide d'entretien il n'est pas prévu de rementionner l'INS en début de celui-ci afin de ne pas influencer sur cette pratique dans les réponses apportées par l'ergothérapeute.

2.1.5. Le guide d'entretien : thèmes et questions à aborder pendant l'entretien

Sur la base de la matrice d'analyse précédemment décrite, un guide d'entretien a été réalisé (cf annexe 22) afin de structurer au mieux le déroulement de celui-ci.

En premier lieu, nous prévoyons de :

- Rappeler le contexte du mémoire, le déroulement attendu et le temps prévu (45 min maximum),
- Rappeler que l'entretien sera retranscrit de manière anonyme,
- Expliquer que l'entretien est enregistré vocalement afin de permettre la retranscription du verbatim,
- Expliquer et faire signer un formulaire de consentement (annexe 23),
- Il n'est pas prévu de rappeler le thème du mémoire et en aucun cas la question de recherche. L'objectif est que l'ergothérapeute ait une information minimale sur le sujet avant l'entretien afin de ne pas influencer les réponses,
- Expliquer que pour la suite de l'entretien, l'ergothérapeute doit se placer dans le contexte de prise en soin d'enfants avec des troubles type TDC/dyspraxiques, même si un diagnostic formel n'est pas posé. En effet, ce choix a été fait car sinon dans la réalité du terrain le nombre de cas concrets risqueraient d'être trop restreint.

Le corps de l'entretien ("Retour d'expérience – Pratique professionnelle") a été scindé en 6 grandes parties : généralités sur la prise en soin de ces enfants, évaluation initiale/bilans, intervention, réévaluation/influence performance occupationnelle, ouverture, biométrie. Il a été choisi de poser les questions biométriques à la fin de l'entretien afin de ne pas influencer dès le départ, notamment par les questions sur la formation INS.

Dans cette partie, les questions ne seront pas forcément posées de manière stricte, les mots surlignés sont les thèmes à aborder par des questions ouvertes afin que cela soit dans un style conversation et de ne pas orienter les réponses (Hesbeen et D'hoore, 2016). Les phrases en gras sont les questions qui seront posées. La plupart sont des questions ouvertes. Certaines sont des questions fermées ou avec des propositions de réponse. Les éléments qui ne sont pas en gras ne seront pas lus à priori dans la question. Ils ont été listés par sécurité afin de s'assurer que tous les points auront pu être abordés ou pour permettre de rebondir sur des réponses trop courtes.

Enfin, dans la préparation de ces entretiens, ce dernier a pu être testé auprès d'une étudiante en 3ème année de l'IFE de Toulouse (Institut de Formation en Ergothérapie). Cela nous a permis de vérifier la fluidité dans l'enchaînement des questions, le temps prévu et si les questions permettaient de recueillir toutes les informations nécessaires par rapport à notre question de recherche et à la matrice d'analyse qui en découle.

2.2. Les entretiens

Sur les 4 ergothérapeutes contactés, une ne correspondait finalement pas aux critères requis. En effet elle ne suit quasiment pas d'enfants dyspraxiques.

Il y a donc eu 3 entretiens, qui se sont déroulés de visu dans le cabinet de chacun des ergothérapeutes. Ils ont duré en moyenne 45 minutes. Le guide d'entretien a permis un échange fluide et le fait de pouvoir s'adapter à son interlocuteur et à ses réponses, tout en s'assurant que tous les thèmes nécessaires soient abordés. Ceci a permis de recueillir les éléments pertinents à la question de recherche.

L'ensemble des verbatims a été retranscrit fidèlement en annexe (24 à 27). Il est en effet indispensable de se baser sur le contenu fidèle et non sur le contenu filtré pour l'analyse de ces entretiens (Hesbeen et D'hoore, 2016).

2.3. Recueil d'informations et analyse

Les 3 ergothérapeutes interrogées sont toutes des femmes, diplômées entre 1988 et 2004. Elles ont toutes les 3 été formées très récemment à l'INS, en 2018. Elles pratiquent leur activité principalement auprès d'enfants et en cabinet.

Une analyse de contenu manuelle a été réalisée sur les verbatims de ces entretiens. Il a été choisi de réaliser une analyse horizontale, par thème en fonction des éléments de la matrice, plutôt qu'une analyse verticale par entretien (Hesbeen et D'hoore, 2016). Ceci permet d'avoir une vision générale des réponses et donc de la pratique par thème et variable.

L'ensemble des éléments de la matrice précédemment construite regroupe en effet différents thèmes autour de la complémentarité des approches et de la performance occupationnelle. Pour chacun, les éléments confirmant ou infirmant nos hypothèses ont été identifiés dans le discours des ergothérapeutes interrogées et reportés sous forme de tableau en annexe 28. Une description suivie d'une analyse par thème en a ensuite été dégagée en s'appuyant toujours sur l'OTIPM. Dans chaque partie descriptive les éléments retenus seront appuyés par des références aux verbatims des ergothérapeutes (identifiés par EA, EB et EC) suivi du numéro de ligne correspondant au verbatim de son entretien (identifiée par « l. »).

2.3.1. Phase d'évaluation

Concernant le **contexte initial** d'accompagnement de ces enfants, ressortent, en premier lieu et dans les 3 entretiens **les difficultés de graphisme** et la question de la mise en place de l'outil informatique afin de les compenser (EA, l. 10-11 / 20-21 ; EB, l. 469-472, 485 ; EC, l. 911-917). Cette question est généralement soulevée à l'école et par l'équipe éducative (EA, l. 20-21 ; EB, l. 469-472 ; EC, l. 906). Ces enfants sont plus rarement adressés par le médecin,

même si dans un second temps celui-ci fournit la prescription médicale pour le bilan en ergothérapie, à la demande des parents. En effet, le bouche à oreille entre parents est également un point d'entrée qui a été identifié lors des entretiens (EC, l. 906). Les ergothérapeutes interrogées notent cependant des demandes pour des enfants de plus en plus jeunes. De ce fait, ces demandes ne sont plus forcément liées directement à la mise en place de l'ordinateur mais à des demandes plus larges corrélées à des **difficultés liées aux AVQ**, telles que l'habillage, couper la viande... (EA, l. 55-56 ; EB, l. 491-494). Des demandes liées aux difficultés au niveau du **comportement** et/ou de la gestion des **émotions** commencent à apparaître (EC, l. 935-938). Un cabinet identifié « INS » sur le secteur est sollicité pour quelques **demandes de bilan spécifiquement INS** (EB, l. 501-503).

Au niveau de la **relation thérapeutique**, on note pour toutes les ergothérapeutes interrogées, un premier contact (souvent téléphonique) avec les parents où le temps est pris afin de comprendre la situation d'appel, les difficultés de l'enfant, mais aussi permettant d'expliquer ce qu'est l'ergothérapie et comment elles travaillent auprès de l'enfant (EA, l. 60-67 ; EB, l. 506). Ceci est renforcé (pour 2 des ergothérapeutes) par envoi par mail de plaquettes présentant l'ergothérapie et aussi l'INS (EA, l. 60-67 ; EC, l. 958-960).

Les 3 ergothérapeutes interrogées s'attachent à accorder du temps afin de déterminer **l'état occupationnel** et la cause des difficultés de l'enfant. Ceci se fait à plusieurs niveaux : en amont auprès des parents par des **entretiens** afin de mieux connaître l'enfant, ses **points forts** et ses **difficultés** (EA, l. 60-67 ; EB, l. 506-511, 513-515). Cela peut être lors du premier entretien téléphonique ou par la demande en amont de remplir le **journal de bord de COOP** (EB, l. 574-575) ou encore via des questionnaires plus formels tels le **Vineland** ou le **QTAC** (EA, l. 72). Dans les 3 cabinets rencontrés, l'**OTHope** est utilisé avec la plupart des enfants, pas forcément en bilan initial, mais dans les premières séances afin de déterminer les priorités à travailler et de susciter sa motivation (EA, l. 106-112 ; EB, l. 592-593 ; EC, l. 1023-1029). Dans tous les cas des **mises en situation** sont faites, que ce soit par des bilans validés (**ManOS, l'EVIC, Lenteur d'écriture**) ou simplement par des **observations cliniques** lors de mises en situation (écrire, découper, tirer un trait, pour boutonner, faire des lacets...) (EA, l. 106-112 ; EB, l. 526,527-529, 531, 537-538, 540-541 ; EC, l. 969-972). Une des ergothérapeutes, utilise souvent le **M-ABC** avec les enfants dyspraxiques s'il n'a pas déjà été fait (EB, l. 521). Des **bilans plus analytiques** sont proposés en fonction des difficultés rencontrées afin d'en déterminer la cause mais aussi car cela permet un partage d'informations utiles pour les autres professionnels et notamment pour les médecins, tels que : le **Perdue Pegboard, BHK, DTVP, VMI, test des cloches, test des H** (EA, l. 117-118 ; EB, l. 540-541, 532-534, 543, ; EC, l. 967-969, 997-999).

Pour 2 des 3 ergothérapeutes rencontrées, la **recherche de troubles INS** est **systématique** auprès de ces enfants (EA, l. 71-72 ; EC, l. 981-982). Pour la 3^{ème}, cette recherche est faite uniquement si cela correspond à la situation d'appel ou si des troubles INS sont suspectés lors des premiers entretiens auprès des parents (EB, l. 563-567). Dans tous les cas, c'est à ce moment-là le **Profil Sensoriel** qui est utilisé en première intention. Il sera complété en fonction des ergothérapeutes : par les **observations cliniques d'Erna Blanche**, le **De Gangi & Berk test**, le **QNST II** (EA, l. 71-72 ; EB, l. 563-567 ; EC, l. 981-982, 997-999).

Au niveau de la **définition des objectifs**, dans les 3 entretiens il est ressorti que suite à l'évaluation initiale, l'ergothérapeute définit ce qui en ressort et lui paraît prioritaire. Ceci est expliqué aux parents et à l'enfant lors d'un autre rendez-vous, ce qui leur permet d'affiner ensemble les objectifs (EA, l. 186 ; EB, l. 595-598 ; EC, l. 1036-1037). C'est souvent dans un second temps que l'**OTHope** est alors utilisé pour impliquer plus spécifiquement l'enfant et travailler en priorité sur des activités qui lui posent problème (EA, l. 106-112 ; EB, l. 592-593 ; EC, l. 1023-1029). Les 3 personnes rencontrées ont à cœur de motiver l'enfant et que ce dernier comprenne ce qu'il vient travailler en séance et qu'elle en est la raison. L'une d'entre elles, nous explique rendre acteur l'enfant dès le début de la séance sur la planification de cette dernière. En effet le plan de la séance est préparé en début avec lui et contrôlé par lui-même à l'aide d'un Time Timer (EA, 290-291).

Analyse

Sur cette première phase d'évaluation, on remarque que les différents éléments prévus dans l'OTIPM sont couverts. Le contexte de performance est bien centré sur l'enfant en questionnant sur la situation d'appel et ses difficultés au quotidien. On observe que des mises en situation sont réalisées, ainsi que la passation de bilans fonctionnels et analytiques. Un des bilans, le Vineland, évoqué dans un entretien sur les 3 n'avait pas été identifié lors de la revue de littérature comme un bilan clef par rapport à ces enfants. Après recherche, il semble effectivement intéressant car il permet de faire ressortir les points forts et les points faibles de l'enfant dans différents domaines (AVQ, communication et relations interpersonnelles, l'aspect moteur, jeu et loisirs, ainsi que les compétences occupationnelles et l'autonomie). Une des limites est le fait qu'il faille être formé pour le faire passer et le nombre de questions conséquent pour les parents. Par ailleurs, il est intéressant de noter que si la situation d'appel est dans quasiment tous les cas les difficultés de graphisme et une demande de mise à l'ordinateur, la phase d'évaluation menée par ces ergothérapeutes est beaucoup plus large. En effet elles s'intéressent à l'enfant, à ses points forts et à ses difficultés sur l'ensemble de ses activités du quotidien.

Il n'a pas toujours été évident dans le recueil de données d'identifier la temporalité de chacun des éléments de cette phase d'évaluation, à savoir si l'analyse des causes a eu lieu après des mises en situation ou pas, par exemple. Il est intéressant de noter que 2 ergothérapeutes sur 3 recherchent systématiquement s'il peut y avoir des troubles INS associés. Au niveau de la définition des objectifs, il ressort que l'enfant et ses parents sont impliqués. Les objectifs initiaux sont souvent ceux identifiés et proposés par l'ergothérapeute. On note cependant une appropriation de ces derniers particulièrement par l'enfant grâce à l'utilisation de OTHope, dans un second temps.

2.3.2. Phase d'intervention

Concernant l'âge de début de prise en soin en ergothérapie de ces enfants, les 3 ergothérapeutes interrogées notent un **abaissement** de ce dernier. Les premières prises de contact étaient généralement autour de 10-12 ans, juste avant ou à l'entrée au collège avec la question de la mise en place de l'ordinateur. Elles reçoivent maintenant des demandes vers le CP-CE1, et pour l'une d'entre elles également des 3-5 ans. Un des cabinets l'explique par l'étiquette INS de ce dernier qui amène donc des enfants plus jeunes (EA, l. 55-56 ; EB, l. 489-490, 491-494, 501-503 ; EC, l. 943-944).

Au niveau des différentes méthodes ou approches utilisées lors des séances, 2 des personnes rencontrées sur les 3 utilisent **systématiquement l'INS en début de séance**. Cela leur permet en premier lieu de travailler par rapport aux troubles INS que présente l'enfant, tout en apportant un **aspect ludique** qui va susciter la **motivation** de ce dernier (EA, l. 195-196 ; EC, l. 1065-1063). Depuis qu'elle utilise l'INS en début de séance, l'une d'entre elles nous confie qu'elle a noté que cela permet vraiment à l'enfant de se **recentrer**, de « préparer son corps » et d'être ensuite prêt et attentif pour la suite de la séance (EA, l. 221-222). Elle souligne aussi qu'avec l'INS, d'autres objectifs peuvent être travaillés, tels que la coordination œil-main, la planification ou encore le tonus musculaire. Pour l'ergothérapeute qui n'utilise pas systématiquement l'INS en début de séance, dans la majorité des cas avec ces enfants-là il y a un **travail sensori-moteur** et de **motricité globale au sol** afin acquérir des schèmes non ou mal acquis, ce qui impacte le reste du développement et des apprentissages (EB, l. 650-653). Dans la structure de la séance, 2 sur 3 expliquent aussi, en second temps après l'INS, mettre plus sur les aspects **coordination, croisement de la ligne médiane, dissociation** (EA, l. 221-222 ; EC, l. 1063-1068). Dans un troisième temps des aspects plus **fonctionnels** sont travaillés (apprentissage de l'ordinateur, écriture, nouer ses lacets...) (EA, l. 197-201 ; EB, l. 670-673 ; EC, l. 1063-1068). La méthode **COOP** est également un outil qui apparaît comme étant très utilisé auprès de ces enfants pour 2 des professionnelles (la 3^{ème} n'y

est pas formée) (EA, 1. 197-201 ; EB, 1. 626-628). Elles utilisent cette méthode souvent sur des objectifs définis avec l'OTHope. Sur l'approche **compensatoire**, les 3 ergothérapeutes font des préconisations d'**aides techniques** « **INS** » (coussin dynamique, fidgets...), ou « **non INS** » (guide doigts, gabarits...) (EA, 1. 275-276, 278 ; EB, 1. 709-712 ; EC, 1. 1087-1090). Au niveau de l'approche **éducative**, elles sont en lien étroit avec les parents, ce qui leur permet d'expliquer le(s) trouble(s) de l'enfant et ses répercussions dans son quotidien. Ceci favorise une **meilleure compréhension** des parents envers l'enfant et donc un **meilleur accompagnement**. Pour 2 thérapeutes sur 3, les parents qui le souhaitent assistent à la séance. Cela leur permet de pouvoir aussi travailler des éléments à la maison. Dans ces cas-là les ergothérapeutes notent **plus d'efficacité** de l'intervention. Elles sont aussi en lien, mais plus rarement, ou par l'intermédiaire des parents, avec les enseignants et l'AVS (EA, 1. 261-262 ; EB, 1. 709-712 ; EC, 1. 1087-1090, 1098-1101).

Concernant **l'adéquation de l'intervention avec les priorités/objectifs**, on peut noter qu'au cours de la séance, notamment sur la dernière partie, les ergothérapeutes restent en lien étroit avec les objectifs définis avec l'enfant et ses parents.

Analyse

Il est intéressant de constater l'abaissement récent du début de prise en soin de ces enfants. En effet, comme nous l'avons vu en première partie, la période recommandée pour le protocole de rééducation ASI® par exemple, est de 3 à 7 ans, période où la neuroplasticité est maximale. Nous avons également pu lire que l'accompagnement précoce de ces enfants était primordial afin d'éviter le développement de troubles secondaires (comportements, faible estime de soi...) qui le plus souvent viennent masquer le problème initial. De plus, en référence à la pyramide des apprentissages, intervenir tôt, permet d'agir sur les premières strates de cette pyramide (le sensoriel, le sensori-moteur essentiellement), sans déjà prendre du retard sur les strates suivantes (perceptuo-moteur et apprentissages), et créer ainsi un décalage plus grand et surtout plus visible avec les enfants du même âge. Au-delà de l'aspect stigmatisant, cela peut mettre l'enfant en situation d'échec scolaire.

Sur une même séance, les 3 ergothérapeutes **combinent des approches INS et non-INS** et **associent autant du Bottom up** (INS, coordination bi-manuelle...) que du **Top Down** (COOP, mise en situation). Cependant, 2 types d'intervention recensés dans la littérature n'ont pas été évoqués par les ergothérapeutes. Il s'agit de la diète sensorielle et de l'autorégulation (Alert Program). Ceci peut venir de la manière dont les questions ont été posées, ce dont nous discuterons dans la partie suivante. De manière générale, nos interlocutrices divisent leurs séances en 3 temps : INS, puis sensori-moteur, puis une activité plus fonctionnelle en fonction des objectifs définis avec l'enfant. On note ici aussi le lien fait

entre COOP pour les objectifs définis avec l'OTHope. COOP permet d'apporter des stratégies concrètes à des difficultés elles aussi concrètes et surtout priorisées par l'enfant. L'enfant est donc acteur de ses soins. Il est également intéressant de noter le parallèle de la structure de ces séances à nouveau avec la pyramide des apprentissages. En effet, les séances commencent par des éléments de la base de la pyramide, éléments structurants, pour ensuite finir la séance sur une activité plus fonctionnelle. Les 3 ergothérapeutes sont également sur les 2 autres approches définies par l'OTIPM : compensatoire (par exemple par la préconisation d'un coussin à air dynamique en classe) et éducative (à travers les échanges et conseils donnés aux parents et aux enseignants). Par défaut ce ne sont pas des éléments qu'elles ont pu mettre en avant dans leur intervention avant que la question ne soit clairement posée. Par ailleurs, il est intéressant de noter que malgré leur formation très récente en INS, les 3 ont investi rapidement et l'utilisent quotidiennement dans leurs séances.

On observe une adéquation et ajustement permanent de l'intervention aux objectifs et priorités revus régulièrement avec l'enfant et les parents.

2.3.3. Réévaluation de la performance occupationnelle

Pour les 3 ergothérapeutes, les bilans initiaux ne sont pas systématiquement réévalués au bout d'un certain temps ou à la fin de la prise en soin, ou du moins pas formellement. Certains peuvent être refaits en fonction de leur pertinence et lors des temps de séance (EA, 1. 299-301 ; EB, 1. 744-747 ; EC, 1. 1109). Ce qui peut être déclencheur est le renouvellement d'un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) par exemple (EB, 1.745). Sinon le point est fait très régulièrement avec l'enfant et ses parents sur les améliorations ou non, et sur le progrès par rapport aux objectifs, mais de manière plus subjective (EA, 1. 314-315 ; EB, 1. 733-735, 737-738 ; EC, 1.1111-1116). Une des ergothérapeutes refait le PQRS (Performance Quality Rating Scale) de COOP après avoir travaillé sur un des objectifs, ce qui lui permet de coter l'amélioration (EA, 1.330-332). Pour les ergothérapeutes qui utilisent OTHope, elles peuvent le refaire passer plutôt pour définir de nouveaux objectifs, mais pas en ré-évaluation des anciens objectifs (EA, 1.328-329). Pour les principales améliorations remontées, il nous a paru opportun de garder les mots employés par les ergothérapeutes: des enfants « plus **participatifs** », « l'enfant a de nouveau **confiance en lui**, en ses capacités » (EA, 1.307-310), « Je vois l'évolution par rapport aux objectifs de travail », « **moins de fatigue** à l'école », « des aménagements mis en place, donc un enfant qui est **mieux compris** et qui du coup **bouge moins**, a **moins de troubles du comportement** », « à la maison il peut y avoir ce retour, un enfant qui **dort mieux** » (EB, 1.767-770), « ils améliorent le graphisme, déjà ouaou ! alors qu'on n'a quasiment pas travaillé

le graphisme », « Ils **arrivent à suivre les cours** », « par **répercussions** : ils arrivent à **couper la viande**, chose qu'ils n'arrivaient pas à faire » « des enfants qui sont **plus calmes** », « des enfants plus ouverts » EC, l. 1146-1149, 1158, 1171).

Analyse

Nous pouvons donc noter que les critères d'évaluation de l'influence de l'intervention sont plutôt basés sur les observations cliniques des ergothérapeutes au cours des séances et aussi beaucoup sur les retours des parents, enseignants ainsi que par l'enfant lui-même dans certains cas. Au-delà des améliorations sur les difficultés initiales et leur motif de consultation (sur le graphisme ou les AVQ par exemple), il est intéressant de noter que d'autres aspects importants dans la performance occupationnelle sont alors identifiés : des enfants plus adaptés et participatifs à l'école (l'enfant est acteur, ne subit pas), un comportement adapté et une meilleure compréhension par son entourage (environnement favorisant), une amélioration de la confiance en soi, une ouverture aux autres et l'investissement de nouvelles activités. Le fait que la réévaluation ne soit pas toujours formelle ne permet pas des résultats quantifiables par rapport à l'influence sur la performance occupationnelle de l'enfant.

3. Discussion et projection professionnelle

3.1. Discussion

Cette phase exploratoire correspond à un pré-test d'une éventuelle phase expérimentale. L'objectif n'était donc pas de répondre à la question de recherche mais bien de vérifier son intérêt et sa pertinence, ce qui a été fait par cette analyse de pratique. Il est donc important d'en faire la critique dans cette partie.

Pour rappel, notre question de recherche est : « *En quoi la **complémentarité des approches en ergothérapie influence-t-elle la **performance occupationnelle** d'un enfant dyspraxique avec troubles INS associés ?*** ».

Cette phase exploratoire nous a bien permis de vérifier qu'il existait une complémentarité des approches en ergothérapie auprès de ces enfants : INS/non INS et sur les 4 approches définies par l'OTIPM. Il semble donc pertinent de prendre en compte ce point et de l'approfondir dans une phase expérimentale. Concernant l'influence sur la performance occupationnelle, les retours subjectifs et d'observations cliniques mettent en avant des résultats positifs dans le quotidien des enfants et sur différentes dimensions : physique (ex : amélioration du graphisme), sensorielle (ex : meilleure appréhension de leur corps), émotionnelle et affective (ex : meilleure gestion des émotions et confiance en soi), cognitive (ex : meilleure

concentration). Il serait cependant intéressant de pouvoir les quantifier avec un outil tel que la GAS qui permettrait une réévaluation formelle de l'atteinte des objectifs.

Concernant la méthodologie, l'entretien semi-dirigé a permis de recueillir les informations nécessaires et semble donc adapté à cette question de recherche. Cependant, il apparaît que certaines questions mériteraient d'être des questions fermées afin de mieux quantifier. Par exemple sur les types d'intervention, il serait intéressant de proposer une liste d'interventions possibles. En effet, lors des entretiens, avec les questions ouvertes, certains types d'intervention n'étaient pas mentionnés par l'ergothérapeute, alors qu'ils ont été mentionnés plus tard dans l'entretien.

Comme dans toute exploration, des biais ont été identifiés. Le panel d'ergothérapeutes présente des similitudes : bien qu'ayant obtenu leur diplôme sur des périodes différentes, les 3 ergothérapeutes interrogées ont suivi la même formation INS, ce qui peut expliquer peut-être certaines similitudes dans l'intervention proposée aux enfants. Il serait intéressant dans une future étude d'avoir un panel plus large en nombre d'ergothérapeutes, mais également sur leur profil, lieu et année de formation INS. Un autre biais identifié, est la manière de mener l'entretien. En effet, la manière de poser certaines questions peut d'une façon ou d'une autre influencer la personne interrogée.

3.2. Phase expérimentale

Si une phase expérimentale devait être mise en place afin de répondre à notre question de recherche, il serait intéressant de tirer les éléments clefs de notre discussion afin d'avoir une méthodologie la plus pertinente possible. Une des limites mise en avant afin d'évaluer l'influence sur la performance occupationnelle est le manque de réévaluation formelle en cours ou en fin d'accompagnement. Il paraît donc important d'avoir un élément tangible et mesurable pour évaluer cet élément. Il serait donc intéressant d'utiliser un outil tel que la GAS, qui permettrait de recueillir des éléments quantitatifs quant à l'influence de l'intervention en ergothérapie sur la performance occupationnelle de l'enfant.

De plus, plutôt qu'une analyse de pratique qualitative, il serait pertinent de suivre des études de cas spécifiques d'accompagnement d'enfants en ergothérapie avec des éléments quantitatifs. Ceci nous permettrait d'obtenir également des éléments mesurables concernant les différents types d'approches utilisés et en quelle proportion.

Comme noté dans notre partie discussion, il serait intéressant d'avoir dans le panel différents profils d'ergothérapeutes, notamment au niveau de la formation INS suivie.

Tout ceci nous amène à dire que la question de recherche initiale reste valide, mais il peut être intéressant de la préciser notamment au niveau de la quantification de la performance occupationnelle :

« *En quoi la **complémentarité des approches en ergothérapie influence-t-elle la performance occupationnelle mesurée à l'aide de la GAS, d'un enfant dyspraxique avec troubles INS associés ?** » ». Un nouveau PICO a été défini en annexe 29.*

3.3. Projection professionnelle

Au-delà du travail d'initiation à la recherche, ce mémoire nous a permis de nous intéresser de plus près, par une analyse de pratique, à l'accompagnement en ergothérapie d'enfants dyspraxiques. Cette population fait partie des populations principales suivies en ergothérapie en libéral. Il a donc été d'autant plus intéressant de pouvoir approfondir et discuter ce sujet.

La **formation INS** semble particulièrement indiquée en tant qu'ergothérapeute auprès des enfants, afin de pouvoir travailler sur leur système sensoriel et l'INS à la base de la pyramide des apprentissages. De plus, rapidement et en fonction des possibilités (espace, matériel...), celle-ci peut être investie en séance comme nous avons pu le constater auprès des 3 ergothérapeutes interrogées.

Même si ce sont des notions répétées lors de la formation, ce mémoire nous a fait prendre conscience plus concrètement de l'**identité de l'ergothérapie** : l'importance de considérer en premier lieu la personne, ses occupations, son environnement et la performance occupationnelle à la croisée de ces 3 éléments. Toutes les approches, les outils de rééducation ou réadaptation ne sont que des moyens qui nous permettent d'atteindre les objectifs définis avec le patient. En fonction de notre patientèle cible, il est important d'avoir certains de ces outils dans notre panel possible d'intervention, afin de les accompagner au mieux et de pouvoir s'adapter à chaque situation singulière. De plus, il paraît intéressant de valoriser cette identité dans nos écrits professionnels afin d'apporter une reconnaissance à ce qui est propre à l'ergothérapie : travailler avec les personnes sur des objectifs concrets liés à des activités et réalités du quotidien. Ceci pourrait également nous permettre de prendre en soin plus fréquemment des enfants dès le plus jeune âge, en amont de la plainte liée au graphisme par exemple.

Pour des interventions en pédiatrie, cela a confirmé **l'importance d'avoir dans sa boîte à outils l'INS comme moyen thérapeutique**, mais au même titre que les autres et **en complémentarité**. Celle-ci nous permet d'avoir une **vision et une interprétation plus globales**, ce qui entraîne une bien **meilleure efficacité** auprès de ces enfants.

Conclusion

La question de départ portait sur l'apport de l'INS auprès d'enfants dyspraxiques. En effet ces enfants représentent 5% à 7% de la population générale et notre revue de littérature nous a montré que la majorité d'entre eux avaient également des troubles INS. Lors de cette revue, en nous appuyant sur le modèle de pratique OTIPM, nous avons pu noter l'importance d'une évaluation centrée sur l'enfant, sur ses occupations et sur sa performance occupationnelle. C'est dans un second temps que l'analyse des causes et donc des troubles, doit intervenir. Nous nous sommes donc ensuite intéressés à ces 2 troubles, avons noté leurs multiples impacts dans le quotidien de l'enfant et, de ce fait, sur sa performance occupationnelle. Concernant les différentes approches proposées en ergothérapie, la littérature nous a montré qu'il existait dans les 2 cas des approches complémentaires au sens de l'OTIPM (Top-Down, Bottom up, compensatoire et éducative). En revanche le fait que plusieurs d'entre elles et en particulier INS/non-INS puissent être utilisées pour un même enfant ne transparaissait pas clairement. De plus, comme cela nous a été confirmé lors de la phase exploratoire, la plainte initiale concerne rarement ces troubles INS mais dans la quasi-totalité des cas des difficultés de graphisme et la question de la mise en place de l'ordinateur pour l'entrée en 6^{ème}. Or, comme nous avons pu le voir avec la pyramide des apprentissages de Williams et Shellenberger, pour pouvoir être efficient au niveau des apprentissages qui se situent tout en haut de cette dernière, il faut d'abord que la base, qui correspond au système sensoriel, soit solide. Tout ceci nous a donc mené à une question de recherche sur la complémentarité des approches en ergothérapie auprès de ces enfants et sur l'influence que cela peut avoir sur leur performance occupationnelle. Notre phase exploratoire nous a permis de confirmer cette complémentarité des approches, au sein d'une même séance et l'amélioration qu'elle entraîne sur la performance occupationnelle de ces enfants qui va au-delà de la difficulté initiale de graphisme.

Ce mémoire nous permet de renforcer l'idée que, même si la prescription et la plainte initiale sont ciblées sur un trouble ou une difficulté précise, il est important, comme préconisé par Anne Fisher dans l'OTIPM, d'avoir une **vision plus globale** de ce que nous présente l'enfant et de ne pas s'attacher directement et seulement au trouble et à ses causes. Cela incite à une **complémentarité des approches** qui apporte des effets plus rapides et durables, du fait d'une meilleure généralisation. Ceci implique souvent d'expliquer en amont ce qu'est l'ergothérapie, ce qui permet d'ouvrir la discussion et le champ d'actions possibles pour accompagner ces enfants. Il est important de se centrer en premier lieu sur la personne, ses points forts et ses difficultés au quotidien, ses besoins, ses envies, ses priorités. Ceci nous permet également de **valoriser notre intervention** et de pouvoir agir plus précocement

auprès de ces enfants et notamment sur le versant rééducation. Nous avons noté que la **formation INS** amenait à des **prises en soin d'enfants plus jeunes**. Notre champ d'action auprès de ces derniers est quelquefois méconnu, ce qui est regrettable puisque nous avons vu l'**importance de la précocité** de l'intervention à plusieurs niveaux : une rééducation basée sur la neuroplasticité, le fait de limiter l'aggravation des troubles, voire le développement de troubles secondaires, mais aussi de favoriser une meilleure confiance en soi et un meilleur épanouissement de l'enfant.

Tout ceci nous amène à une autre question : la place de l'ergothérapie dans le **dépistage précoce**, voire en **prévention** auprès de la petite enfance. Il serait intéressant de pouvoir agir par exemple au niveau des écoles maternelles ou des crèches par de l'observation clinique auprès des enfants. Ceci permettrait un accompagnement précoce et probablement moins complexe qu'une situation prise plus tardivement. Aujourd'hui certains ergothérapeutes sont consultés à ce titre, mais cela reste des opportunités très isolées en France, alors que certaines de ces actions existent dans d'autres pays, tels que l'Australie ou encore les Etats-Unis. De plus, une étude récente publiée dans le British Journal of Occupational Therapy (Missiuna et al., 2017) a démontré les bénéfices de l'intervention des ergothérapeutes en milieu scolaire visant une approche proactive en collaboration avec les enseignants. Ceci a permis des prises en soin immédiates et auprès d'enfants plus jeunes.

Pour conclure, nous nous appuyerons sur une citation de Maria Montessori : *« Il ne s'agit pas d'abandonner l'enfant à lui-même pour qu'il fasse ce qu'il veut. Mais pour qu'il puisse être libre, il s'agit de lui préparer un milieu approprié et de lui donner les moyens nécessaires à son développement »* (Montessori, 2018, p7). En ergothérapie pédiatrique, ceci renforce l'importance de l'accompagnement de l'enfant le plus précocement possible : en agissant sur lui-même, sur son environnement et sur ses occupations. A travers des **approches complémentaires** pour une meilleure efficacité, l'objectif est de créer avec lui et son entourage un **milieu favorable**, lui permettant d'**agir efficacement** dans son quotidien, de manière **autonome et indépendante**, afin d'**optimiser sa performance occupationnelle**.

Bibliographie

Bibliographie principale

- Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., & Vauvillé, B. (2015). *Ergothérapie en pédiatrie*. France: De Boeck.
- Allen, S., & Casey, J. (2017). Developmental coordination disorders and sensory processing and integration: Incidence, associations and co-morbidities. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(9), 549-557. <https://doi.org/10.1177/0308022617709183>
- Alvarez, C. (2016). *Les lois naturelles de l'enfant*. Paris : Editions des Arènes.
- Améli. (2018). Comprendre la dyspraxie de l'enfant. Consulté 29 août 2018, à l'adresse https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/dyspraxie-enfant/definition-mecanismes#text_9673
- ANPEIP. (s. d.). ANPEIP - Les troubles neuro-développementaux. Consulté 16 février 2019, à l'adresse <http://www.anpeip.org/topmenu-dys/1055-troubles-associes>
- ASI WISE. (s. d.). About the Sensory Integration and Praxies Test (SIPT). Consulté 10 février 2019, à l'adresse <https://sensoryproject.org/2018/03/16/about-the-sensory-integration-and-praxis-test-sipt/>
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders* (7th éd.). Université du Michigan: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child - 25th edition revised by Pediatric Therapy Network* (25th Anniversary Edition). USA : WPS.
- Babington, I. (2018). *L'enfant extraordinaire - Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant*. France : Eyrolles.
- Barnhart, R. C., Davenport, M. J., Epps, S. B., & Nordquist, V. M. (2003). Developmental Coordination Disorder. *Physical Therapy*, 83(8), 722-731. <https://doi.org/10.1093/ptj/83.8.722>

- Blanche, E. (2017). *Observations Based on Sensory Integration Theory in School Based Practice*. Consulté le 04/11/2018 à l'adresse <https://www.ocde.us/SPED/Documents/OT%20and%20PT%20Focus%20Day/Observations%20Based%20on%20SI%20Theory.pdf>
- Bodison, S. C., & Parham, L. D. (2018). *Specific Sensory Techniques and Sensory Environmental Modifications for Children and youth With Sensory Integration Difficulties: A systematic Review*. Consulté le 10/05/2018 à l'adresse <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2666720>
- Chauché, C., Gonzalez-Monge, S., Thioller, M.-C., Feige, M., & Chatelus, D. (2017). *Aide aux Dys*. France : Tom Pousse.
- Darnal, A. (2016). *Dyspraxie et troubles de l'écriture, l'ordinateur est-il toujours nécessaire ? Mémoire d'initiation à la recherche*. Consulté à l'adresse <http://www.anfe.fr/memoire-etudiants-ife?view=recherche&layout=info&id=112>
- Dechambre, D. (2010). *Autisme et troubles sensoriels*. France : Sauremps medical.
- Dubois et al. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. France: DeBoeck Supérieur.
- Elbasan, B., Kayihan, H., & Duzgun, I. (2012). Sensory integration and activities of daily living in children with developmental coordination disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 38, 14. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-38-14>
- Fazlioglu, Y., & Baran, G. (2008). A Sensory Integration Therapy Program on Sensory Problems for Children with Autism. *Perceptual and Motor Skills*, 106(2), 415-422. <https://doi.org/10.2466/pms.106.2.415-422>
- Fong, S. S. M., Ng, S. S. M., & Yiu, B. P. H. L. (2013). Slowed muscle force production and sensory organization deficits contribute to altered postural control strategies in children with developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 3040-3048. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.035>

- Geuze, R.-H. (2005). *Le Trouble de l'Acquisition de la Coordination. Evaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant*. Marseille : Solal Éditeurs.
- Gosselin, J., Rouleau, N., & Nadon, G. (2012). *Ergothérapie avancée auprès de l'enfant-fiche descriptive analyse d'outils d'intervention/programmes*. Faculté de médecine Programme d'ergothérapie.
- Hesbeen, W., & D'hoore, W. (2016). *Le mémoire de fin d'études des étudiants en soins infirmiers*. France : Elsevier Masson.
- Lefèvre, G., & Alexandre, A. (2011). *Apport de l'ergothérapie auprès d'enfants présentant une dyspraxie*. Journal de Réadaptation Médicale.
- Macnab, Miller, & Polatajko. (2001). The search for subtypes of DCD: is cluster analysis the answer? *Human Movement Science*, (20), 49–72. <https://doi.org/DOI:10.18002/rama.v11i2s.4210>
- Mazeau, M., & Lostec, C. L. (2011). *L'enfant dyspraxique et les apprentissages : Coordonner les actions thérapeutiques et scolaires*. France : Elsevier Masson.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. France : De Boeck Solal.
- Miller, L. J. (2014). *Sensational Kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder (SPD) (Rev. Ed) (Revised Version)*. USA: TarcherPerigee.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). *Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis*. American Journal of Occupational Therapy.
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., DeCola, C., Hecimovich, C., Sahagian Whalen, S., ... Camden, C. (2017). Using an innovative model of service delivery to identify children who are struggling in school. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 145-154. <https://doi.org/10.1177/0308022616679852>
- Montessori, M. (2018). *La découverte de l'enfant : Pédagogie scientifique, Tome I*. Paris : Desclée de Brouwer.

- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. France : De Boeck Supérieur.
- Mouchard Garelli, C. (2016). *Enfants dyspraxiques - Concrètement que faire?* France : Tom Pousse.
- Perrault, A., & Giraux, C. (2018). *Guide d'utilisation OTHope*. France: ANFE.
- Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of Sensory Integration Interventions in Children With Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 76-85.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2011.09205>
- Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2010). Exploring the Effectiveness of Occupational Therapy Interventions, Other Than the Sensory Integration Approach, With Children and Adolescents Experiencing Difficulty Processing and Integrating Sensory Information. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 415-429. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09072>
- Ray-Kaesler, & Dufour. (2013). Les concepts théoriques et l'approche thérapeutique d'Intégration Sensorielle. *ErgOTHérapie*, (49), 14-20.
- Smith Roley, S., Mailloux, Z., Miller-Kuhaneck, H., & Glennon, T. J. (2007). *Understanding Ayres' Sensory Integration*. AOTA Continuing Education Article.
- TSLAT Texas Statewide Leadership for Autism Training. (2015). *DeGangi-Berk Test of Sensory Integration manual*. Consulté le 04/10/2018 à l'adresse <http://www.txautism.net/assets/uploads/docs/DEGANGI-BERK-ed-KS-AK.pdf>
- Vaivre-Douret, L. (2007). *Troubles d'apprentissage non verbal : les dyspraxies développementales*. Elsevier Masson.
- Williams, & Shellenberger. (2011). *How Does Your Engine Run? - A Leader's Guide to The Alert Program for Self-Regulation*. Albuquerque : TherapyWorks.

Bibliographie complémentaire

- Albaret, J.-M., & Chaix, Y. (2015). *Trouble d'acquisition de la coordination (TAC) C'est quoi ? Et comment ça se soigne ?* Pédiatrie Pratique - Boeck.
- Arial, C. (2018). *L'intégration sensorielle : l'approche et son efficacité auprès d'enfants ayant un trouble du développement -Mémoire d'initiation à la recherche*. Bachelier en ergothérapie, Haute Ecole de la Province de Liège.
- BUNDY et al. (2002). *Sensory Integration, Theory and Practice, Second Edition* (Second Edition). F.A. Davis Company.
- Cauchard, A. (2017). *La thérapie de l'intégration sensorielle : son application en France -Mémoire d'initiation à la recherche*. Institut de Formation en Ergothérapie La Muse.
- Chrétien-Vincent, M., Tétreault, S., & Rossini-Drecq, E. (2018). *Mon enfant apprivoise ses sens - Stratégies d'adaptation aux particularités sensorielles*. Université de Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Forestier, M. (2011). *De la naissance aux premiers pas : Accompagner l'enfant dans ses découvertes motrices*. France: Erès ENFANCE & PAREN.
- Mazeau, M., & Pouhet, A. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant : du développement typique aux dys-*. France: Elsevier Masson.
- Morel-a-l'huissier, P., Martin-Lalande, P., Schmid, C., Hetzel, P., Cherpion, G., Door, J.-P., ... Dhuicq. (s. d.). *Proposition de loi relative à la prise en charge des frais liés aux séances d'ergothérapie nécessaires aux enfants dyspraxiques*. Consulté à l'adresse https://www.dyspraxie.info/images/act_nat/PropositionDeLoiPriseEnChargeErgo.pdf
- Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design. *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 69(S2), 107-131. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>
- Tremblay, M. (2014). *Troubles du spectre autistique et intégration sensorielle : des comportements qui ont du sens - Mémoire d'initiation à la recherche*. Consulté à l'adresse <http://www.anfe.fr/memoire-etudiants-ife?view=recherche&layout=info&id=50>
- Wagner-Moro, Sandra. (2017). *Intégration Sensorielle*. Institut de Formation en Ergothérapie, Toulouse.

Glossaire

- ANFE: Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- ASI® : Ayres Sensory Integration
- AT: Aide Technique
- AVQ: Activité de Vie Quotidienne
- AVS: Auxiliaire de Vie Scolaire
- COOP: Cognitive Orientation to daily Occupationnal Performance
- DCD: Developmental Coordination Disorder
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
- DTVP : Developmental Test of Visual Perception
- EVIC : Evaluation de la Vitesse de frappe au Clavier
- GAS: Goal Assessment Scale
- HAS: Haute Autorité de Santé
- IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
- INS: Integration NeuroSensorielle
- MCRO: Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MEEEX: la Maison des Enfants Extraordinaires
- MIF: MEsure de l'Indépendance Fonctionnelle
- OTIPM: Occupationnal Therapy Intervention Process Model
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- PEO: Personne Environnement Occupation
- PICO: Personne/Intervention/Comparaison/Outcome
- PQRS : Performance Quality Rating Scale
- QI: Quotient Intellectuel
- QNST II : Quick Neurological Screening Test II
- QTAC : Questionnaire sur le Troubles de l'Acquisition de la Coordination
- SPD: Sensory Processing Disorder
- SPM Sensory Processing Measure
- TAC: Troubles d'Acquisition des Coordinations
- TDC: Trouble Développemental de la Coordination
- TND: Trouble Neuro-Developmental
- TSA: Trouble du Spectre Autistique
- TSLA : Troubles Spécifique du Langage et de l'Apprentissage
- VMI : Visual Motor Integration

Annexes

ANNEXE 1 - EXEMPLE DE SALLE D'ERGOTHÉRAPIE POUR LA PRATIQUE DE L'INS	I
ANNEXE 2 - MÉTHODOLOGIE DE REVUE DE LITTÉRATURE	I
ANNEXE 3 - OTIPM -OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION MODEL	V
ANNEXE 4 - CATÉGORISATION DES SYSTÈMES SENSORIELS SELON J.AYRES (Ayres, 2005)	VI
ANNEXE 5 - PYRAMIDE DES APPRENTISSAGES - WILLIAMS ET SHELLENBERGER, 1996	VI
ANNEXE 6 - CLASSIFICATION DE MILLER	VII
ANNEXE 7 - RÉFÉRENCIEMENT DE LA TERMINOLOGIE DE MILLER DANS PLUSIEURS CLASSIFICATIONS	VII
ANNEXE 8 - EXTRAIT DE « COMPRENDRE L'INTÉGRATION SENSORIELLE » ..	VIII
ANNEXE 9 - SCHÉMA COEXISTENCE TROUBLES INS- EXTRAIT DE SENSATIONAL KIDS, (Miller, 2014) p295-300	X
ANNEXE 10 - CRITÈRES D'UNE INTERVENTION AYRES SENSORY INTEGRATION® (ASI®)	XI
ANNEXE 11 - LES LIMITES DE L'ASI®	XII
ANNEXE 12 - EXEMPLE DE DIÈTE SENSORIELLE	XIII
ANNEXE 13 - LES POINTS CLEFS DE LA DIÈTE SENSORIELLE SELON COLLEN BEEK (Beck, 2018)	XIII
ANNEXE 14 - AIDES TECHNIQUES SENSORIELLES	XIV
ANNEXE 15 - LES TROUBLES NEURO-DÉVELOPPEMENTAUX (TND) (ANPEIP, 2018)	XV
ANNEXE 16 - DSM V - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DÉVELOPPEMENTAL DE LA COORDINATION	XVI
ANNEXE 17 - LES 4 TEMPS INDISPENSABLES AU DIAGNOSTIC DE DYSPRAXIE (Mazeau, Lostec, 2010)	XVI
ANNEXE 18- EXEMPLE D'AIDES TECHNIQUES UTILISÉES POUR CERTAINS ENFANTS DYSPRAXIQUES	XVII
ANNEXE 19 - PICO	XVIII
ANNEXE 20 - MATRICE D'ANALYSE DE DONNÉES	XIX
ANNEXE 21 - GUIDE DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ	XXV

ANNEXE 22 - MAIL DE PRISE DE CONTACT	XXIX
ANNEXE 23 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	XXX
ANNEXE 24 - RETRANSCRIPTION DES VERBATIMS.....	XXXI
ANNEXE 25 - ENTRETIEN AVEC ERGOTHÉRAPEUTE A.....	XXXI
ANNEXE 26 - ENTRETIEN AVEC ERGOTHÉRAPEUTE B.....	XLIV
ANNEXE 27 - ENTRETIEN AVEC ERGOTHERAPEUTE C.....	LVI
ANNEXE 28 - ANALYSE TEXTUELLE DES VERBATIMS.....	LXVII
ANNEXE 29 - PICO LIE A LA NOUVELLE QUESTION DE RECHERCHE	LXXXVIII

ANNEXE 1 - EXEMPLE DE SALLE D'ERGOTHÉRAPIE POUR LA PRATIQUE DE L'INS

(photo d'une salle de la MEEEX – Maison des Enfants Extraordinaires)



ANNEXE 2 - MÉTHODOLOGIE DE REVUE DE LITTÉRATURE

Afin de recueillir les données pertinentes dans le cadre de notre question de départ, plusieurs actions ont été mises en œuvre :

- Recherche d'articles et d'ouvrages incontournables sur les sujets de l'INS et de la dyspraxie. Pour cela :
 - Certains auteurs ont été identifiés (ex : J. Ayres en tant que fondatrice de l'INS, puis ses élèves, tels que Miller / Dr Mazeaux reconnue comme spécialiste de la dyspraxie en France).
 - Identification des auteurs ou ouvrages référencés dans la plupart des articles portant sur le sujet
- Prise de contact avec des ergothérapeutes pratiquant l'INS et demande de conseil de lecture
- Prise de contact avec les ergothérapeutes de proche en proche et observation de séances INS afin de mieux appréhender le sujet et orienter vers des lectures pertinentes
- Littérature grise : Lecture de mémoire de fin d'études d'étudiants en ergothérapie portant sur l'INS ou la dyspraxie. Deux étudiantes ont été contactées afin de pouvoir bénéficier de leurs conseils également.

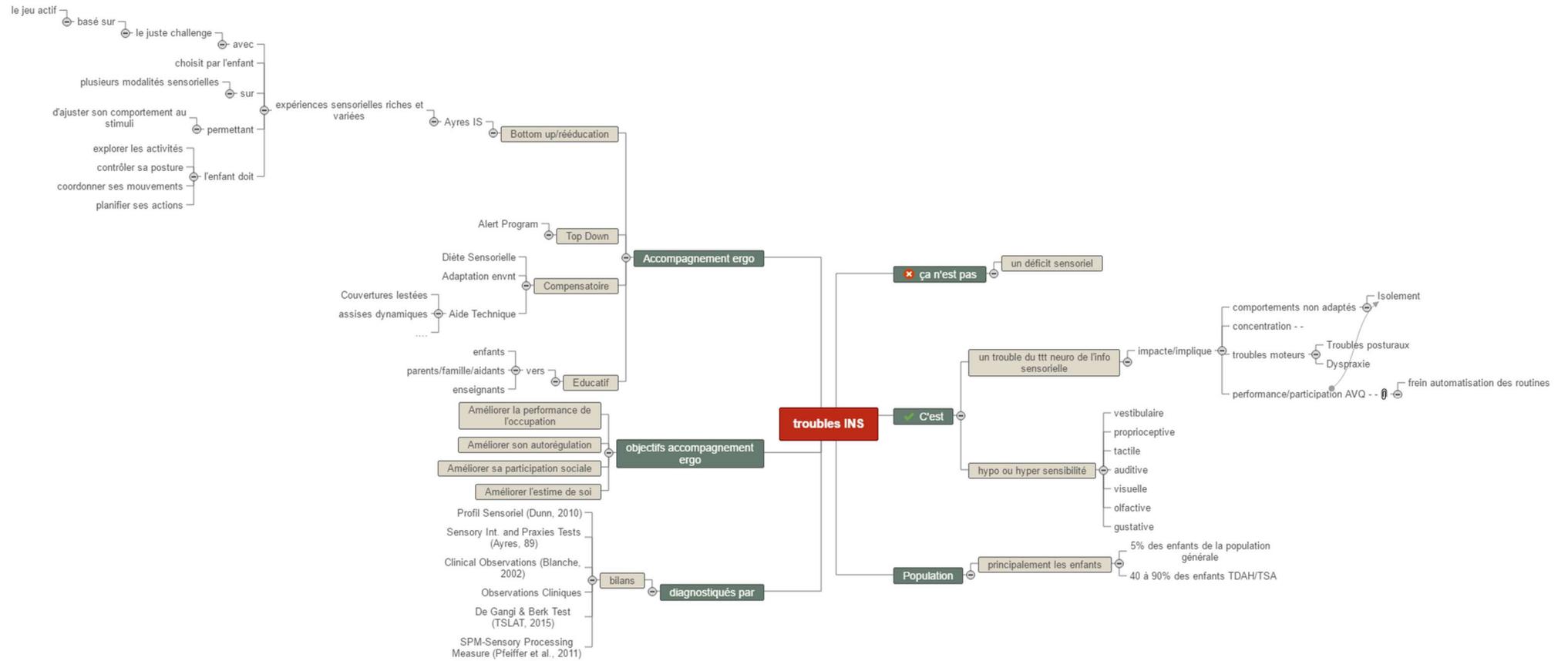
Pour la revue de littérature, une recherche plus large a été menée.

- Plusieurs bases de données ont été consultées : Cochrane, PubMed, Cairn, Google Scholar, AJOT, ANFE
- Les ouvrages pertinents de plusieurs lieux ont été consultés : Infothèque du PREFMS, bibliothèques
- Pour ces recherches, les mots clés utilisés ont été listés dans le tableau ci-dessous

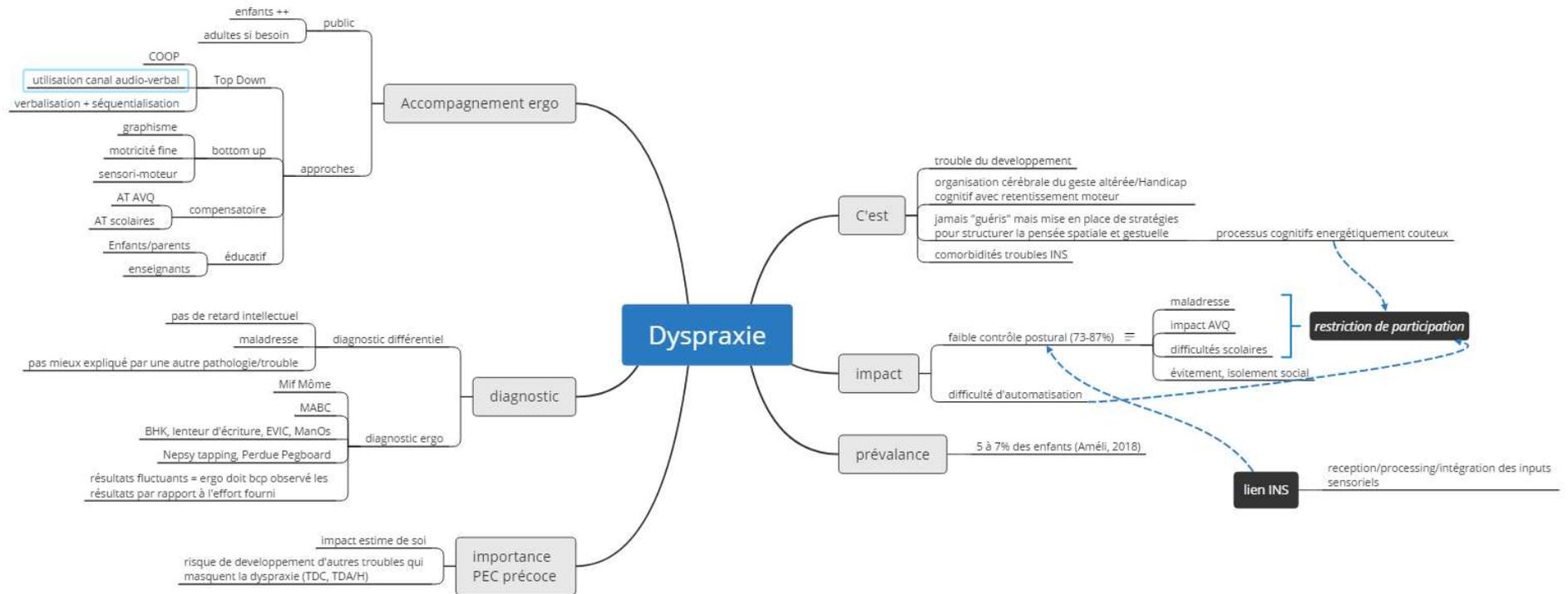
Mots clefs INS		Mots clefs TDC/Dyspraxie	
Anglais	Français	Anglais	Français
Sensory Processing Disorder (SPD)		Developmental Coordination Disorder (DCD)	Trouble Développementale de la Coordination (TDC)
Sensory Integration disorder/dysfunction		Dyspraxia	Dyspraxie
Ayres Sensory Integration (ASI®)		Somatodyspraxia	Somatodyspraxie
	Intégration NeuroSensorielle (INS) Intégration Sensorielle		Trouble d'Acquisition de la coordination (TAC)

De plus, les principales idées de ces lectures ont été traduites sur des cartes conceptuelles (cf pages suivantes), ce qui nous a permis de structurer cette première partie concernant le cadre théorique :

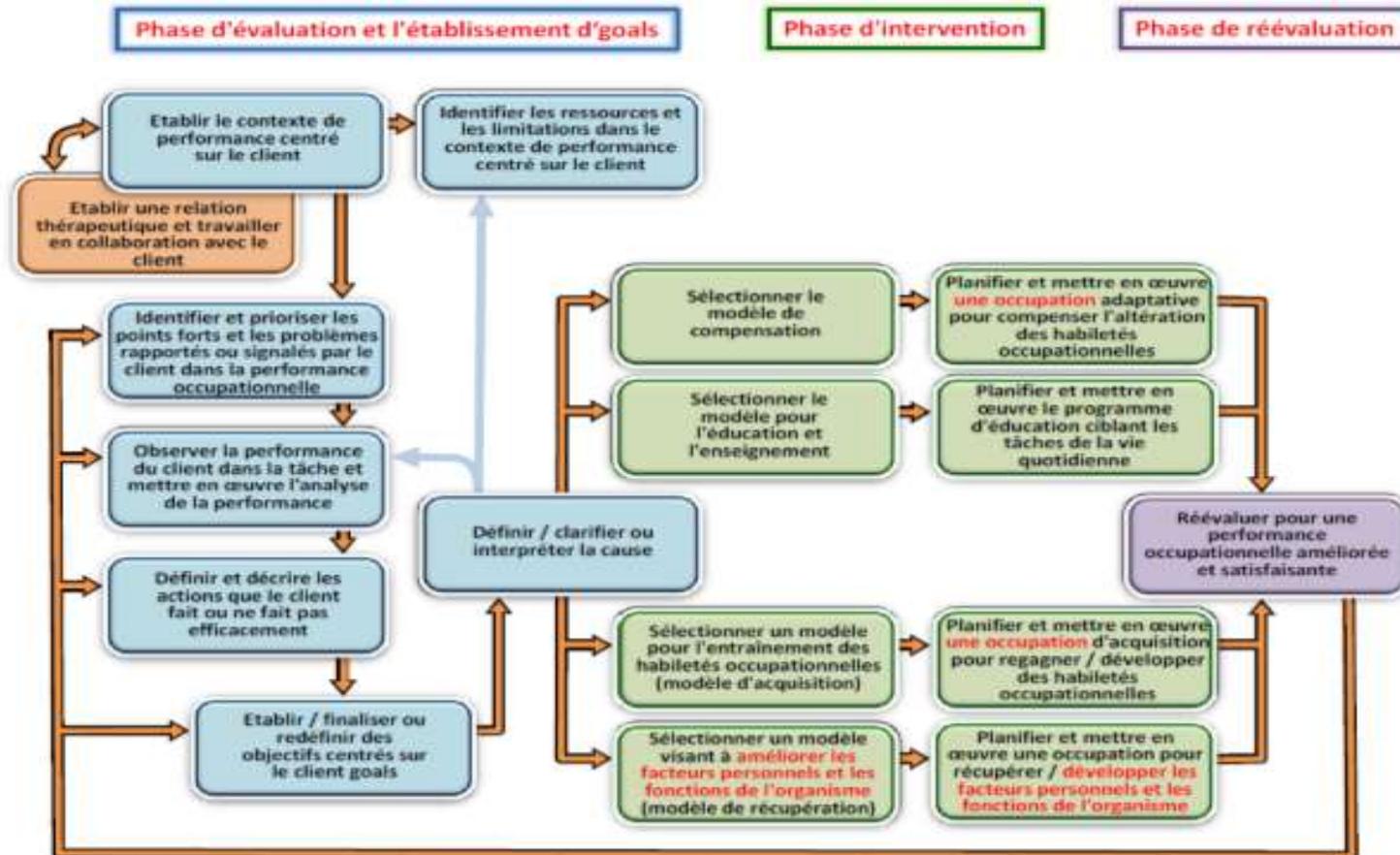
CARTE CONCEPTUELLE CONSTRUITE À PARTIR DES LECTURES SUR LES TROUBLES INS



CARTE CONCEPTUELLE CONSTRUITE À PARTIR DES LECTURES SUR LA DYSPRAXIE

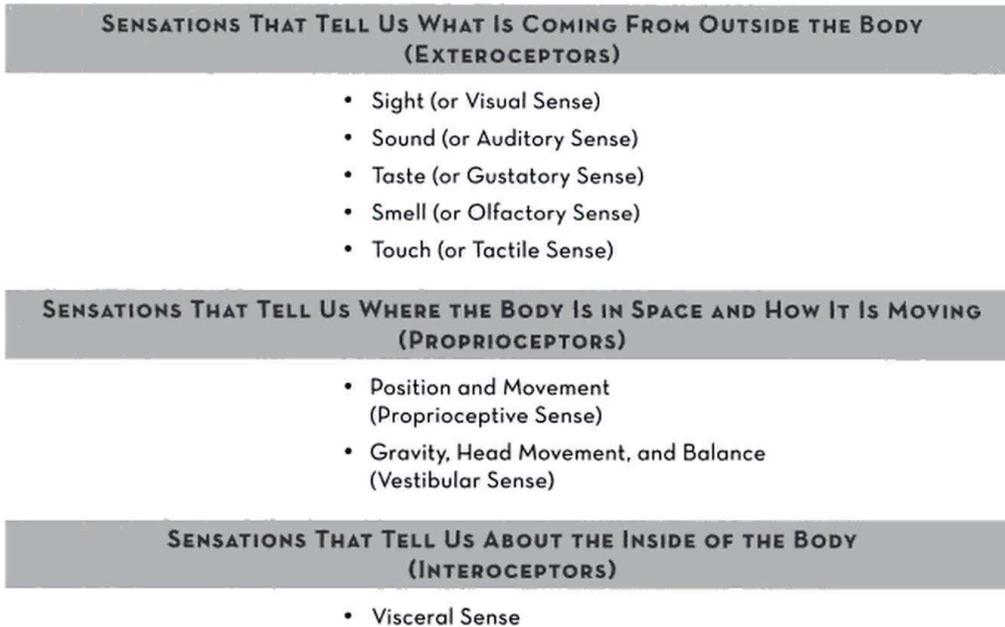


ANNEXE 3 - OTIPM - OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION MODEL

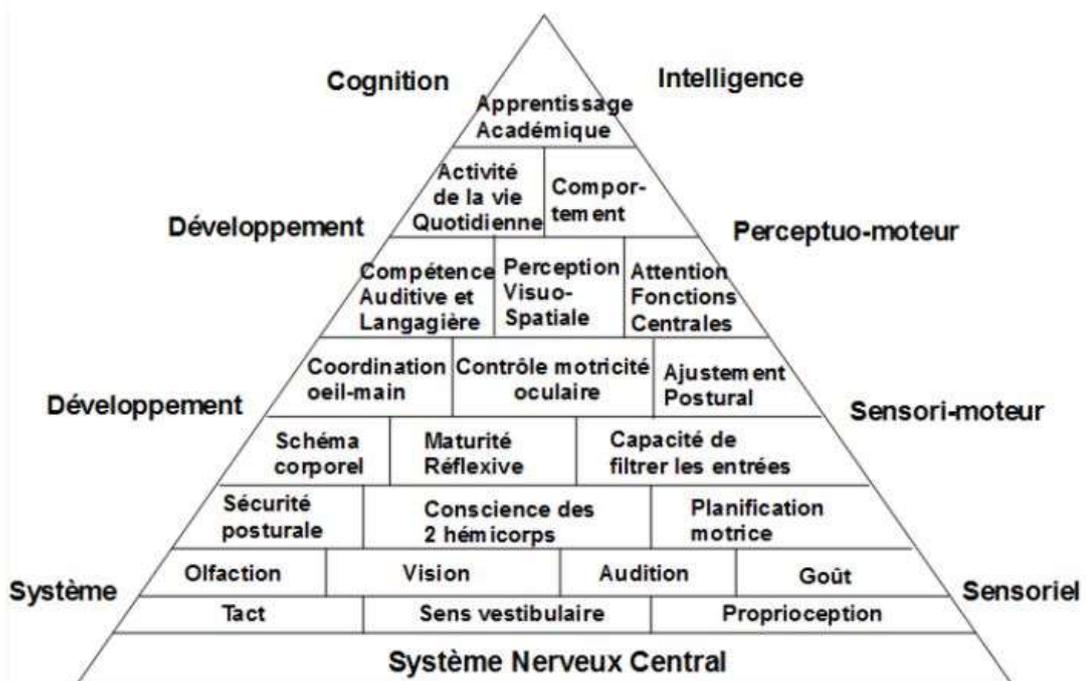


Modèle du processus d'intervention en ergothérapie. Adapté de A. G. Fisher (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins CO: Three Star Press.

ANNEXE 4 - CATÉGORISATION DES SYSTÈMES SENSORIELS SELON J.AYRES (Ayres, 2005)

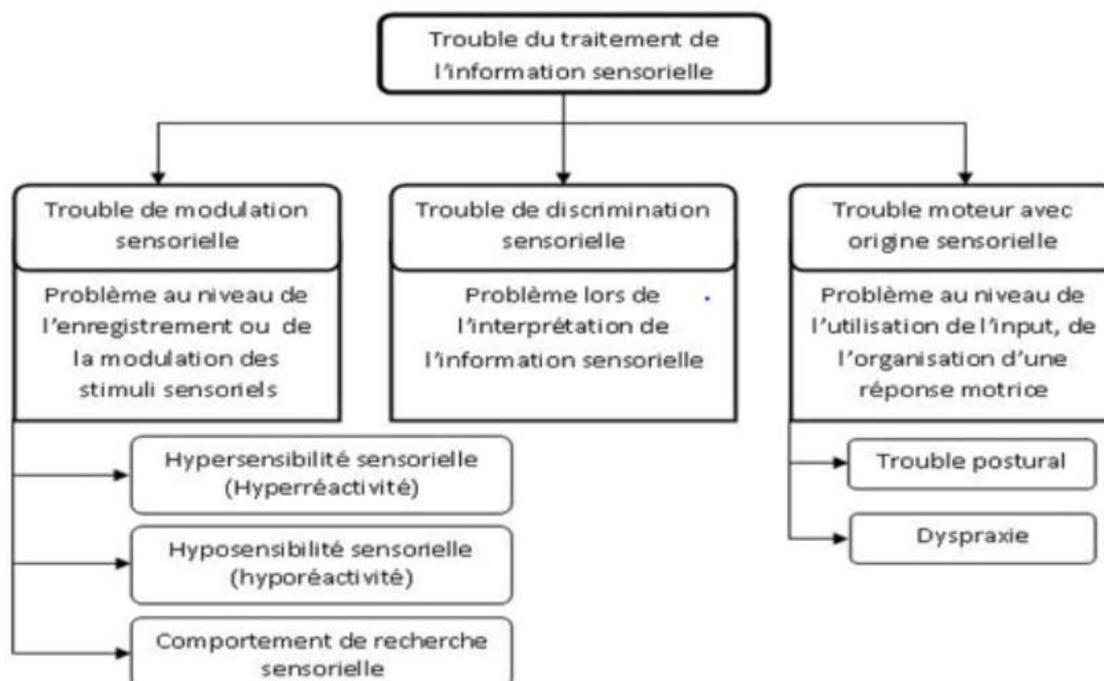


ANNEXE 5 - PYRAMIDE DES APPRENTISSAGES - WILLIAMS ET SHELLENBERGER, 1996



Traduction en français extrait de l'article de D.Dechambre, Expérience en ergothérapie 2010 (Dechambre, 2010)

ANNEXE 6 - CLASSIFICATION DE MILLER



ANNEXE 7 - RÉFÉRENCIEMENT DE LA TERMINOLOGIE DE MILLER DANS PLUSIEURS CLASSIFICATIONS

Les 3 catégories : Les troubles de la modulation sensorielle, les troubles de la discrimination sensorielle, les troubles moteurs avec origine sensorielle.

Cette terminologie est référencée dans plusieurs classifications :

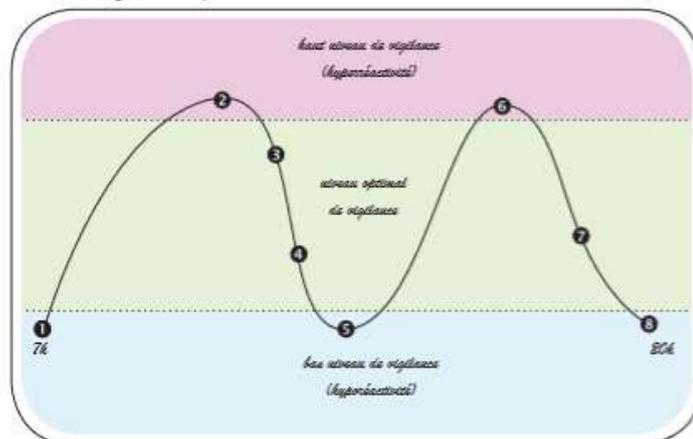
- Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (Zero to Three, DC: 0-3R, 2005)
- Manuel diagnostique de la première et petite enfance (Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, ICDL-DMIC, 2005) (Ray-Kaesler & Dufour, 2013).
- Classification non spécifique à l'ergothérapie : Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006) (Miller, Anzalone, Lane, Cermak, & Osten, 2007).
- A ce jour, par manque de recherche, elle n'est pas référencée dans le DSM V ce qui peut représenter un frein dans la reconnaissance et l'accompagnement de ces troubles INS.

ANNEXE 8 - EXTRAIT DE « COMPRENDRE L'INTÉGRATION SENSORIELLE »

Extrait de « Comprendre l'intégration sensorielle » :

<https://www.irdpq.qc.ca/sites/default/files/brochcomprendreintegrationsensoriellebasseres.pdf>

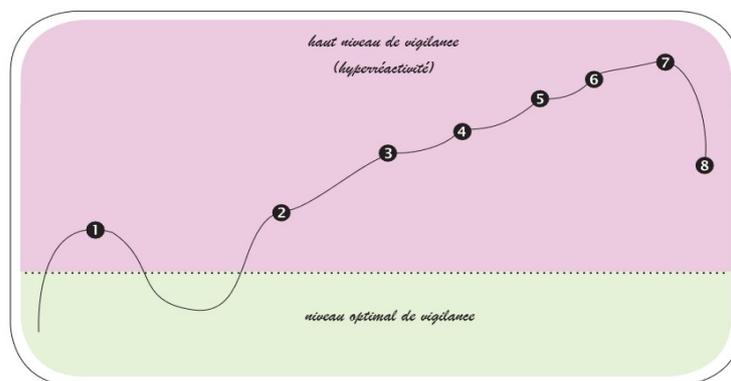
Exemple d'état de vigilance sur une journée de la plupart des enfants : il varie au cours de la journée:



- | | |
|--|---|
| 1 L'enfant se réveille. | 6 En retournant à la maison, il entend une sirène de pompier. |
| 2 Il part pour la garderie (départ précipité). | 7 Il prend son bain et suit sa routine. |
| 3 Il va jouer dehors. | 8 Il se couche. |
| 4 Il dine. | |
| 5 Il fait la sieste. | |

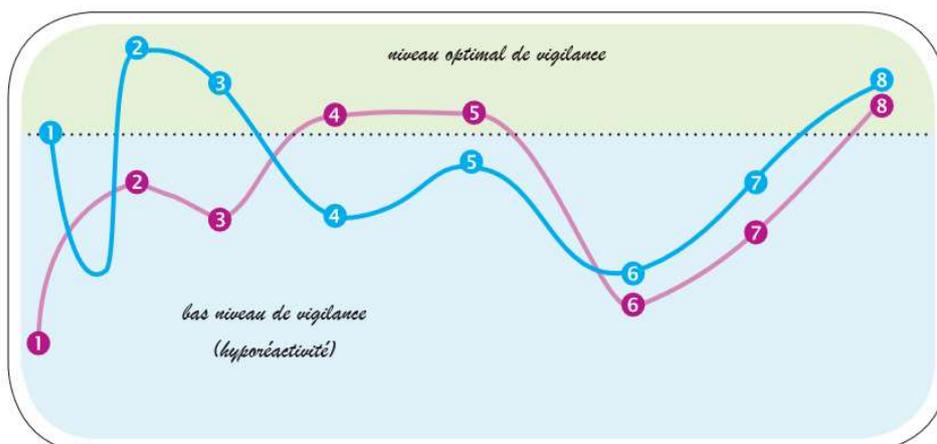
*Vigilance : état d'alerte inconscient du cerveau qui maximise la réussite d'une tâche et qui varie tout au long de la journée

Exemple d'état de vigilance de l'enfant hyperréactif au cours de la journée :

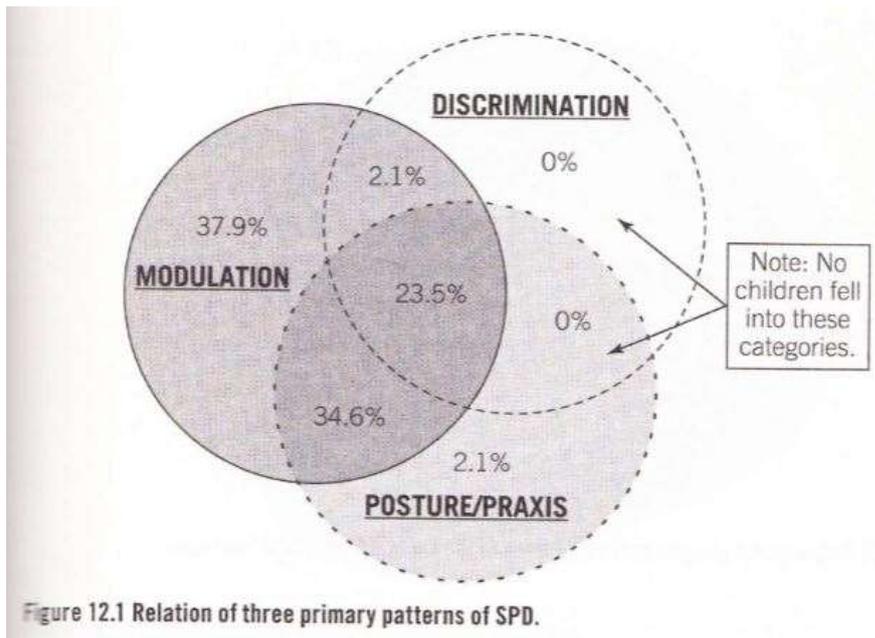


- | | |
|--|---|
| 1 Félix se réveille. Il se sent agressé lorsqu'il met les pieds sur la céramique froide de la salle de bain. | 5 Lors du brossage de dents, Félix fait une crise. |
| 2 Il s'habille avec un chandail neuf; l'étiquette au col le dérange. | 6 Félix part pour la garderie (départ précipité). Il a mal au cœur lors du déplacement en auto. |
| 3 Au déjeuner, Félix a des haut-le-cœur en mangeant son yogourt avec des morceaux de fruits. | 7 Il arrive à la garderie. Il pousse et mord un ami qui voulait lui proposer de jouer. |
| 4 Sa mère lui lave le visage avec une débarbouillette fraîche. | 8 L'éducatrice lui propose le coin repos et un livre qu'il aime. |

Exemples d'état de vigilance d'enfants hyporréactifs :



1. À son réveil, **Sophie** a besoin de se faire chatouiller les orteils pour se lever. **Louis** est déjà réveillé depuis longtemps et joue avec ses petites voitures.
2. La mère de **Sophie** doit lui rappeler à plusieurs reprises de s'habiller et doit même compléter la tâche à sa place. Après avoir sauté sur son lit, **Louis** est assez calme pour s'habiller.
3. **Sophie** s'appuie la tête sur la table et mange lentement. Sa mère doit lui rappeler de prendre une bouchée. **Louis** mange debout à côté de la table, se remplit la bouche en mangeant sa rôtie en deux bouchées.
4. **Sophie** est un peu stimulée par la débarbouillette froide lorsqu'on lui essuie la bouche. Quant à **Louis**, il croque la débarbouillette au passage.
5. **Sophie** aime bien se brosser les dents. **Louis** mord les soies de la brosse à dent.
6. **Sophie** relaxe sur le divan alors que toute la famille est prête à partir pour la garderie. Sa mère doit l'habiller. **Louis** est sorti sans ses souliers et sans attacher son manteau.
7. **Sophie** ne participe pas à la discussion dans la voiture. **Louis** pousse dans le siège du conducteur avec ses pieds en criant.
8. À la garderie, **Sophie** réagit peu. L'éducatrice lui fait faire des exercices physiques pour la rendre disponible à l'activité de groupe. **Louis** fait un gros câlin à son éducatrice et bouscule les amis. L'éducatrice l'amène dans un local pour sauter sur le trampoline avant l'activité de bricolage.



The Most Related Sets of SPD Subtypes	
Postural disorder and dyspraxia	(.80)
Sensory discrimination and dyspraxia	(.68)
SUR and dyspraxia	(.55)
SUR and sensory discrimination disorder	(.51)

Il est aussi intéressant de noter que cette étude met en avant une forte corrélation (0,8) entre trouble postural et dyspraxie et entre trouble de la discrimination sensorielle et dyspraxie (0,68).

Une des limites de cette étude est qu'elle a été menée sur des enfants issus du même centre. Néanmoins, le nombre de 252 enfants reste un nombre permettant d'avoir des chiffres significatifs.

ANNEXE 10 - CRITÈRES D'UNE INTERVENTION AYRES SENSORY INTEGRATION® (ASI®)

Une intervention ASI® doit respecter plusieurs critères résumés ci-dessous (Smith Roley et al., 2007) :

- Seul un ergothérapeute formé peut pratiquer l'ASI.
- Le plan d'intervention doit être soigneusement préparé en fonction de l'évaluation globale et de l'interprétation des troubles INS par l'ergothérapeute.
- La rééducation passe par le jeu qui doit être choisi avec l'enfant et non lui être imposé. En effet, il a été démontré que les résultats de la rééducation étaient d'autant plus efficaces que l'enfant prenait part aux décisions, ce qui est aussi un élément de motivation.
- Le thérapeute doit adapter le niveau de difficulté pour atteindre le « juste challenge » afin de maintenir la motivation de l'enfant, l'envie de réussir et surtout de ne pas le mettre en échec.
- L'activité, le jeu doit être riche au niveau sensoriel et doit présenter plusieurs modalités sensorielles avec au moins 2 des 3 sens de base, à savoir : tactile, vestibulaire, proprioceptif, permettant de les intégrer avec d'autres informations sensorielles, telles que auditives ou visuelles
- Tout au long de la séance, l'ergothérapeute incite l'enfant à contrôler sa posture, notamment en fonction du centre de gravité, à coordonner ses mouvements, notamment au niveau bilatéral, à planifier ses actions et surtout à ajuster son comportement au stimulus. Il veille également à favoriser la régulation et le niveau de vigilance et d'alerte de l'enfant.
- Il doit favoriser les praxies et l'organisation des activités dans le temps et l'espace.
- Il doit également créer les opportunités permettant de favoriser une réponse adaptée à un environnement changeant et face à un niveau supérieur de complexité.

Dans l'article *Understanding Ayres' Sensory Integration* (Smith Roley, Mailloux, Miller-Kuhaneck, & Glennon, 2007), les auteurs insistent sur le fait qu'il est vraiment à différencier des autres protocoles, tels les programmes de stimulation sensorielle. Les auteurs ne sont pas contre ces autres approches mais rappellent qu'elles doivent être basées sur les preuves, qu'il

faut veiller à rester dans le champ de compétences de l'ergothérapie et valoriser ce qui relève de l'occupation.

Miller, L. J., Coll, J.R., Schoen S.A, (Miller, Coll, & Shoen, 2007) ont démontré dans leur étude et publication de 2007 l'efficacité de l'approche ASI® en ergothérapie sur des enfants avec troubles de la modulation sensorielle en comparaison à 2 autres traitements (protocole d'activité ou pas de traitement). En effet ces derniers ont obtenu des résultats significatifs d'après la GAS (Goal Assessment Tool) et plus particulièrement sur l'attention et les aspects cognitifs et sociaux. Ils ont également observé une tendance à la réduction de l'hyperactivité. Cette étude a été réalisée dans l'objectif de démontrer que l'ASI® est basée sur les preuves. Ils ont démontré dans leur étude et publication de 2007 l'efficacité de l'ASI® par l'ergothérapeute dans l'amélioration des difficultés des enfants avec trouble de l'INS.

ANNEXE 11 - LES LIMITES DE L'ASI®

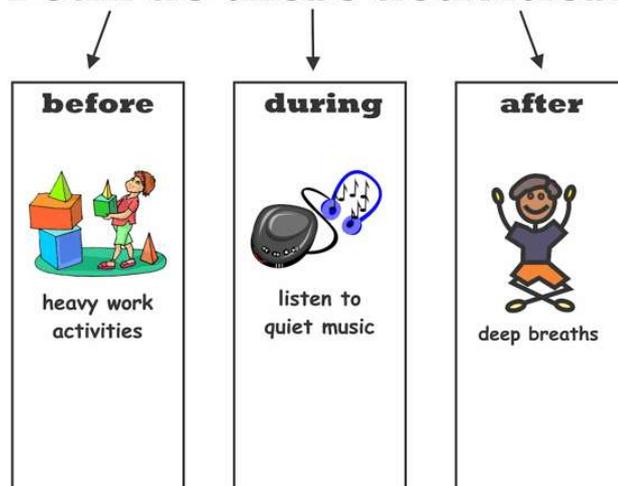
- Le coût à plusieurs niveaux : Pour le thérapeute, il doit obligatoirement avoir suivi une formation certifiante qui se découpe en plusieurs niveaux et donc plusieurs sessions sur plusieurs jours à chaque fois. Le thérapeute doit investir dans du matériel coûteux pour ses séances. Ce matériel est aussi volumineux, ce qui implique un cabinet assez grand pour pouvoir mettre en place toutes sortes de balançoires, tapis...
- L'accessibilité à la thérapie ASI®: Peu d'ergothérapeutes formés en France (10 en Midi-Pyrénées sur les 68 référencés en libéral par l'ANFE régionale), alors qu'outre Atlantique 50% des ergothérapeutes en pédiatrie le sont (Miller, Coll, & Shoen, 2007). De plus en libéral, cette thérapie peut se pratiquer en cabinet, mais plus difficilement à domicile ou à l'école, même si certains thérapeutes le proposent. Cependant ils restent de fait limités dans l'équipement proposé à l'enfant.
- Fréquence et motivation : la réussite de l'ASI® repose sur la motivation de l'enfant, mais également sur la fréquence des séances.

ANNEXE 12 - EXEMPLE DE DIÈTE SENSORIELLE

When I have to:



I can do these activities:



Source : https://yourtherapysource.blogspot.com/2012_09_01_archive.html

ANNEXE 13 - LES POINTS CLEFS DE LA DIÈTE SENSORIELLE SELON COLLEN BEEK (Beck, 2018)

- Le suivi du programme à la maison de la diète sensorielle est primordial. L'implication des parents est donc indispensable.
- Le monitoring et l'observation de la diète sensorielle sont un must. En effet un ajustement permanent est nécessaire en fonction de l'intérêt, des objectifs et de l'impact observé sur le comportement de l'enfant
- La diète sensorielle doit permettre des expériences positives pour l'enfant
- Les stratégies proposées doivent être motivantes et intéressantes pour l'enfant
- Il est important d'impliquer l'enfant dans les choix
- Il est primordial de bien prendre en compte tout le contexte de l'enfant : lui-même, mais également son environnement et ses occupations

ANNEXE 144 - AIDES TECHNIQUES SENSORIELLES

(photos tirées du site Hoptoys)

- Pour des enfants hyposensibles au niveau proprioceptif: des couvertures/gilets/peluches lestés, brosse proprioceptive, stylo vibrant...



Le serpent proprioceptif



Veste en jean sans manche lestée



- pour des enfants hyposensibles au niveau vestibulaire: un coussin d'assise dynamique, ou tabouret



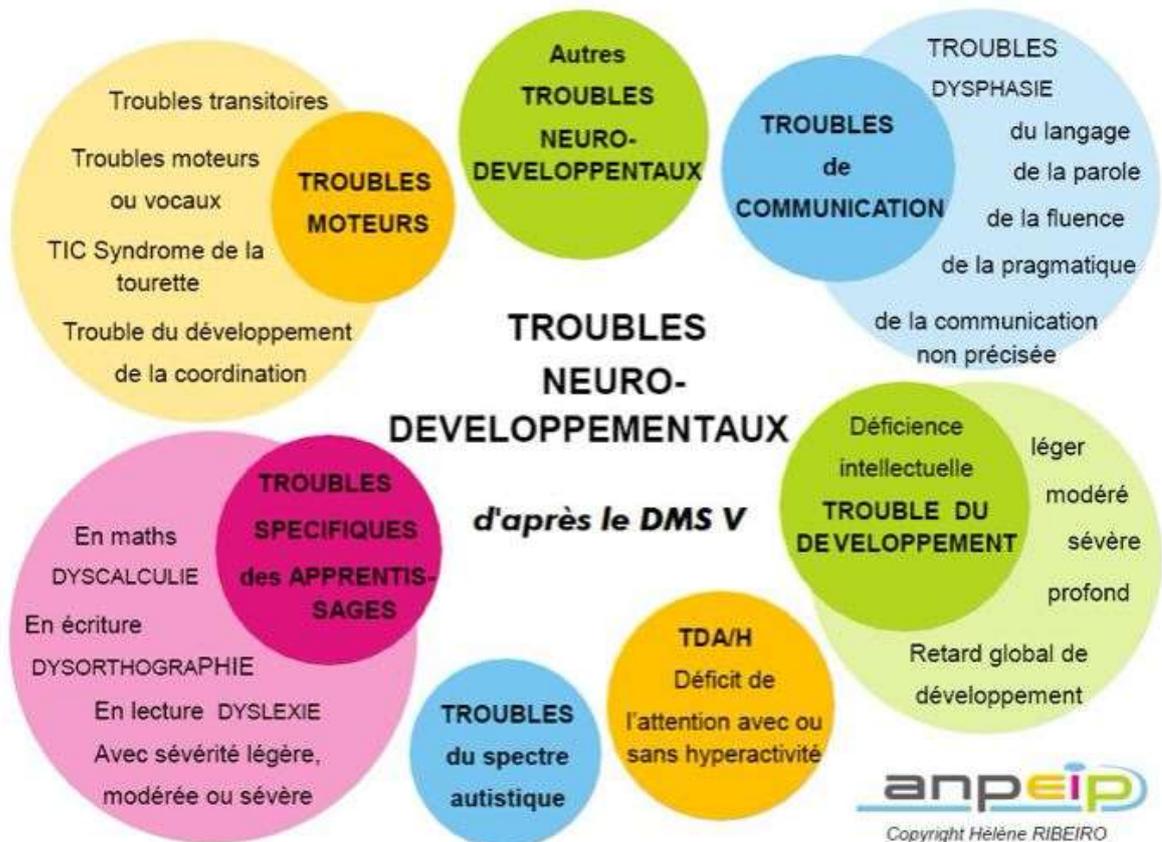
- pour une hyposensibilité tactile: divers objets à manipuler
- collier ou embout de stylo de mastication pour les enfants ayant ce besoin



- les cabanes sensorielles peuvent être utilisées pour différents objectifs: créer un cocon par un espace fermé et contenant pour l'enfant, qui peut lui permettre de s'isoler sur un temps calme ou afin de se recentrer sur lui-même. Cela peut être aussi un temps de découverte sensorielle autour d'objets spécifiques sans être pollué visuellement par d'autres stimuli.



ANNEXE 155 - LES TROUBLES NEURO-DÉVELOPPEMENTAUX (TND) (ANPEIP, 2018)



ANNEXE 16 - DSM V - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DÉVELOPPEMENTAL DE LA COORDINATION

Selon le DSM V de 2015, le terme retenu est Trouble Développemental de la Coordination dont les critères diagnostics sont les suivant : "L'acquisition et l'exécution de bonnes **compétences de coordination motrice** sont **nettement inférieures** au niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet compte tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ces compétences. Les difficultés se traduisent par de la **maladresse**, ainsi que de la **lenteur** et de **l'imprécision** dans la réalisation de tâches motrices.

Les **déficiences** des compétences motrices interfèrent de façon **significative** et **persistante** avec les **activités de la vie quotidienne** correspondant à l'âge chronologique et ont un **impact sur les performances universitaires/scolaires**, ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les **loisirs** et les **jeux**.

Le début des symptômes date de la période développementale précoce.

Les déficiences des compétences motrices ne sont **pas mieux expliquées par un handicap intellectuel** ou une déficience visuelle et ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice."

ANNEXE 17 - LES 4 TEMPS INDISPENSABLES AU DIAGNOSTIC DE DYSPRAXIE (Mazeau, Lostec, 2010)

Tab. I : Les 4 temps indispensables au diagnostic de dyspraxie d'après Mazeau et Le Lostec (2010)

1	Plaintes dans le secteur des gestes, de l'espace, du graphisme, de la maladresse, des AVQ	= suspicion
2	Élimination de troubles neuromoteurs et/ou sensoriels	Hypothèse forte
3	Échelles de Wechsler : QIV >> QIP	= dyspraxie
4	Bilans psychologue, psychomotricien, ergothérapeute +++ = troubles spécifiques	= affirmer diagnostic

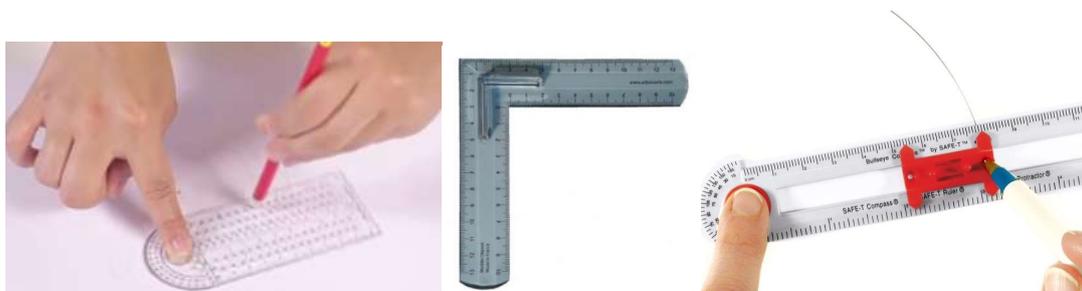
AVQ : activités de la vie quotidienne. QIV : QI verbal. QIP : QI performance ou indice de raisonnement perceptif.

ANNEXE 18- EXEMPLE D'AIDES TECHNIQUES UTILISÉES POUR CERTAINS ENFANTS DYSPRAXIQUES

- Pour une préhension adaptée du stylo : stylos ergonomiques, manchons grossisseurs, bracelet obligeant à fermer les 2 derniers doigts de la main interne et obligeant à la prise tri-digitale



- Pour faciliter les tracés en géométrie : le tamographe faisant office de règle, équerre et compa ou encore les compas adapter ou règle équerre



- Souris scan ou règle scanner pour numériser et annoter des cours ou schéma



- Pour les AVQ : les lacets autobloquants, tapis anti-dérapants pour maintenir l'assiette par exemple.



Cette liste n'est évidemment pas exhaustive

ANNEXE 19 - PICO

Afin de structurer notre question de recherche nous nous sommes appuyés sur la méthodologie PICO (extrait cours de Claire Villepinte S5) :

Hôpitaux de Toulouse					PICO pour aller plus loin				
Type de question clinique	Diagnostic	Étiologie	Thérapeutique / prévention	Pronostic					
P	Population, Patient, Problème								
I (élément soumis à évaluation)	Nouveau test	Facteur d'exposition (facteur de risque)	Intervention thérapeutique	Facteur pronostique					
C* (comparateur)	Test de référence	Absence du facteur d'exposition évalué	Traitement ou intervention de référence, placebo, absence de traitement évalué	Absence du facteur pronostique évalué, degré d'importance du facteur pronostique évalué (ex: taille, extension d'une tumeur), autre facteur pronostique					
O (critère de jugement)	Identification de la maladie (précision du diagnostic)	Survenue de la maladie	Résultat clinique, événement mesuré (survie, évolution de la maladie...)	Résultat clinique (survie, complication, progression de la maladie...)					
* Le champ du comparateur (C) peut ne pas être rempli (absence du facteur de risque ou pronostique, absence du traitement évalué)									

Critères PICO	
P	<ul style="list-style-type: none"> • Patient, problem, or population • Who does the question relate to?
I	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention • Can be a therapy, diagnostic test, prognostic factor, or issue
C	<ul style="list-style-type: none"> • Comparison • Can be another intervention, diagnostic test, placebo, or usual ('standard') care
O	<ul style="list-style-type: none"> • Outcome(s) • Clearly specify the ones you are interested in, e.g. reduction of pain, improved score on functional assessment, decreased length of hospital stay
S	<ul style="list-style-type: none"> • Study designs • Decide on the study designs best able to answer your question type (i.e. therapy, diagnostic, prognosis, etiology, harm)

PICO lié à notre question de recherche en vue de la phase exploratoire

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
P	Ergothérapeutes libéraux, formés à l'approche d'intégration neurosensorielle, le pratiquant et accompagnant des enfants avec des troubles type dyspraxies (coexistant avec des troubles INS)	Ergothérapeutes non formés INS Ergothérapeutes formés mais ne pratiquant pas l'INS, ou n'ayant pas un lieu d'exercice permettant la pratique de l'INS Ergothérapeute n'accompagnant aucun enfant avec suspicion de trouble INS Ergothérapeute ayant eu connaissance du sujet de mémoire
I	Identifier les différents types d'accompagnement en ergothérapie (de l'évaluation à l'intervention), la complémentarité des approches utilisées et sur quels critères	
C	Non applicable	
O	Influence sur la performance occupationnelle de l'enfant dyspraxique	

ANNEXE 20 - MATRICE D'ANALYSE DE DONNÉES

Variable : la complémentarité des approches (basée sur le modèle de pratique OTIPM)			
Sous- variable	Critères	Indicateurs	Questi ons
Phase d'évaluation initiale	Établir le contexte : Origine de la demande/ Éléments incitant les parents à contacter l'ergothérapeute	Demande initiale liée à des difficultés dans les AVQ/occupations (plutôt qu'à un trouble)	1-2
	Etablir une relation thérapeutique	Temps d'échange en amont entre l'ergothérapeute enfant/parents L'ergothérapeute explique son métier/intervention auprès de l'enfant/des parents en amont	4-5-7-8

	<p>Déterminer l'état occupationnel de l'enfant: Evaluation client-centrée / basée sur l'occupation en premier lieu</p> <p>Complétée par évaluation analytique pour clarifier la cause dans un second temps</p>	<p>Proposition d'évaluation(s) client centrée(s) parents/enfants: - OT Hope/MCRO - entretien, questionnaire AVQ et difficultés du quotidien -identification des points forts et difficultés</p> <p>-basée sur l'occupation : mise en situation, observation de la performance : ex AMPS</p> <p>L'ergothérapeute fait passer des bilans analytiques : Purdue Pegboard, BHK, M ABC,...</p>	5-6
	<p>Prise en compte ou questionnement /recherche de troubles INS par l'ergothérapeute</p>	<p>Bilan(s) INS systématique(s) (liste bilans)</p>	6
	<p>Susciter la motivation :</p> <p>Définition d'objectifs et priorités client-centrés</p>	<p>Connaissance des habitudes de vie de l'enfant, ses loisirs</p> <p>Objectifs et priorités définis avec l'enfant et/ou parents</p> <p>Objectifs et priorités discutés avec l'enfant et/ou parents</p> <p>Présentation et explication du plan d'intervention à l'enfant/parents</p>	7-8-9-10

Phase d'intervention	Tranche d'âge du début de suivi (car influence le type d'intervention)	% < 6 ans % de 7-11 % => 12 ans	3
	Combinaison des approches INS et non INS en fonction des objectifs définis	L'ergothérapeute utilise des approches INS et non INS (cf partie théorique du mémoire) => classification à partir de la liste exhaustive des interventions citées par l'ergothérapeute	11-12- 13
	Différentes approches mises en œuvre : - TopDown/acquisition - Bottom- up/rééducative - Compensatoire - Rééducative	L'ergothérapeute utilise différents types d'approches (cf partie théorique du mémoire) => classification à partir de la liste exhaustive des interventions citées par l'ergothérapeute	11-12- 13-15- 16
		L'ergothérapeute utilise des activités qui favorisent la performance occupationnelle (ex : mise en situation écologique)	11-12- 13-15- 16
	Adéquation de l'intervention avec les priorités/objectifs	L'intervention proposée se base sur les priorités définies avec l'enfant et/ou ses parents	14

Réévaluation pour performance occupationnel le améliorée et satisfaisant	=> traiter dans le concept suivant		
--	---------------------------------------	--	--

Concept : Performance Occupationnelle (auteurs Nelson, Law, Kielhofner)

= « Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement » (Meyer, 2013, p16)

Les 3 domaines de l'occupation pour la plupart des auteurs : soins personnels, la productivité, les loisirs

=> sera subjectif par rapport au retour de l'ergothérapeute

sous- concept	Critères	Indicateurs	Quest ions
Evaluation initiale	cf variable		
Réévaluation pour performance occupationn elle améliorée et satisfaisant	<p>Commentaire général pour les critères et indicateurs définis ci-dessous :</p> <p>Critère objectif : évolution par rapport à l'évaluation initiale sur un bilan précis basé sur la performance occupationnelle Ex : Au niveau de la réévaluation : amélioration sur un ou plusieurs domaines sur par exemple un OT Hope ou MCRO</p> <p>Critère subjectif : qualitatif/basé sur avis de l'ergothérapeute Ex : Amélioration sur certaines difficultés, estimée subjectivement par le thérapeute basée par exemple sur les retours des parents/enseignants ou même de l'enfant.</p>		

	Amélioration de la performance occupationnelle	-amélioration sur un ou plusieurs domaines sur par exemple un OT Hope ou MCRO -Amélioration sur certaines difficultés, estimée subjectivement par le thérapeute basée par exemple sur les retours des parents/enseignants ou même de l'enfant	17-18
	Choix de ses occupations par l'enfant	L'enfant fait des choix liés à ses occupations L'enfant est moins limité dans ses activités L'enfant est plus autonome	17-18-19
	Organisation/planification de ses occupations	L'enfant est acteur de ses occupations/ ne subit pas	17-18-19
PEO	Environnement permettant /favorisant l'occupation de l'enfant	L'enfant n'est pas limité par son environnement physique ou familial/social L'environnement physique ou familial/social est favorisant pour l'enfant (ex : meilleure compréhension par la famille, enseignant...)	17-18-19
	Occupation Engagement volontaire dans l'occupation	L'enfant s'engage volontairement dans ses occupations L'enfant investit de nouvelles occupations	17-18-19

	<p>Personne Acquisition/amélioration d'habiletés</p>	<p>L'enfant présente de meilleurs résultats sur les bilans de réévaluation</p> <p>L'enfant et/ou son entourage exprime de meilleurs habiletés dans les diverses AVQ</p>	<p>17-18-19</p>
--	---	---	-----------------

ANNEXE 21 - GUIDE DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Préalable :

- Prise de contact afin d'expliquer le contexte, ce qui est attendu et le temps prévu (45 min maximum)
- Rappeler que l'entretien sera retranscrit de manière anonyme
- Entretien enregistré vocalement afin de permettre la retranscription du verbatim
- Expliquer et faire signer un formulaire de consentement (annexe 23)
- Informations minimales sur le sujet du mémoire (dyspraxie et INS) données aux ergothérapeutes avant l'entretien afin de ne pas influencer les réponses.

Retour d'expérience – Pratique professionnelle

Dans cette partie, les questions ne seront pas forcément posées de manière stricte, les mots en bleu sont les thèmes à aborder par des questions ouvertes.

Les phrases en gras sont les questions qui seront posées. La plupart sont des questions ouvertes. Certaines sont des questions fermées ou avec des propositions de réponse.

Les éléments qui ne sont pas en gras, ne seront pas lus à priori dans la question. Ils ont été listés par sécurité, afin de s'assurer que tous les points auront pu être abordés ou pour permettre de rebondir sur des réponses trop courtes.

Généralités

Dans le cadre d'une prise en soin d'un enfant avec des troubles de type dyspraxiques (diagnostic formel non obligatoire) présentant un doute quant à des troubles INS associés :

- **(1) par qui vous sont adressés les enfants dyspraxiques que vous suivez ?**
 - médecin
 - neuropsychologue
 - autre thérapeute paramédical, précisez :
 - bouche à oreille entre parents
 - autre:
- **(2) Quel(s) est(sont) la(les) demande(s) initiale(s) du médecin/des parents/de l'enfant et l'origine de la demande**
 - graphisme
 - difficulté AVQ
 - troubles moteurs
 - Gestion des émotions
 - comportement
- **(3) Quel est l'âge environ du début de prise en soin ? En quelle proportion approximativement ?**
 - % < 6 ans
 - % de 7-11
 - % => 12 ans
- **(4) En quoi consiste votre premier contact/approche auprès de l'enfant et des parents ?**
 - explication du rôle de l'ergothérapeute
 - explication du déroulement : évaluation/bilan/intervention
 - explication du mode d'intervention (ex: INS)

Evaluation initiale/Bilans

- **(5) Quels éléments utilisez-vous pour votre évaluation initiale ?**
 - Entretiens
 - Questionnaires
 - Observation
 - Bilans
 - => récupérer une liste exhaustive et noms des bilans !!!
- **(6) Faites-vous systématiquement des bilans INS ?**
 - pour quelle raison?
 - sur quel critère? (age, niveau cognitif..)
 - lesquels?
- **(7) Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses habitudes de vie ? loisirs ?**
 - O/N
 - Sous quelle forme : formelle (outil ? ex MCRO) / informelle (discussion ouverte)
- **(8) Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses points forts et difficultés du quotidien ?**
 - O/N
 - Sous quelle forme : formelle (outil ? ex OT Hope) / informelle (discussion ouverte)
- **(9) Comment sont établis les objectifs et le plan d'intervention ?**
- **(10) Sont-ils expliqués en amont aux parents et à l'enfant ? De quelle manière ?**

Intervention

- **(11) Quelle méthode d'intervention / approches utilisez-vous avec ces enfants ?**
 - Récupérer une liste exhaustive !!!! ex: COOP, mise à l'ordinateur, INS, diète sensorielle, exercices sensori-moteur...mise en situation écologique, adaptation Aides techniques, routine à l'école/maison
 - Sur quels critères ? (Âge, niveau cognitif...)

- **(12) Comment choisissez-vous les activités mises en œuvre durant les séances ?**
 - Ex si COOP sur quelle activité ? pourquoi ?
 - Qu'un type d'activité/d'approches ? Plusieurs ? Pourquoi ?

- **(13) Dans quelle proportion ? sur quels critères ?**

- **(14) Comment déterminez-vous les priorités de votre plan d'intervention ?**

- **(15) Quelles autres actions menez-vous ? auprès de l'entourage famille ? école ? agissez-vous directement ou indirectement sur son environnement ?**
 - Infos famille/ enseignants
 - Recommandation aménagement environnement
 - AT - lesquelles
 - Autres

- **(16) Utilisez-vous l'INS systématiquement ?**
 - Si oui pourquoi ? Sur quel critère ?
 - Si non pourquoi ? Sur quel critère ?

Réévaluation/influence Performance occupationnelle :

- **(17) Comment évaluez-vous l'influence de l'intervention en ergothérapie sur le quotidien de l'enfant ?**
 - retour enfant/parents
 - observation clinique
 - réévaluation bilans initiaux
 - revus des objectifs
 - ...
- **(18) A quel moment finalisez-vous l'intervention/fin de prise en soin ?**
 - quand?
 - comment? (ex: atteintes des objectifs/satisfaction de l'enfant/parents)
 - sur quels critères?
- **(19) Quels changements et améliorations constatez-vous ? ou par retour de la famille/enseignants**
 - L'enfant présente de meilleurs résultats sur des évaluation/bilans analytiques
 - Lesquels ?
 - Impact/changement à la maison ?
 - Impact/changement à l'école ? À la cantine ? À la récréation ?
 - choix, engagement dans les occupations
 - réalisation de ses occupations
 - organisation, planification de ses occupations
 - comportement adapté
 - meilleure gestion des émotions
 - meilleure attention, moins d'agitation
 - l'environnement physique ou social/familial plus favorisant
 - l'enfant investit de nouvelles activités
 - l'enfant a plus d'amis / fêtes d'anniversaire
 - meilleur estime/confiance en soi

Ouverture :

- **(20) Que pensez-vous de la place de l'INS en pédiatrie libérale ?**
- **(21) Quelles sont pour vous aujourd'hui les limitations liées à l'accompagnement en ergothérapie de ses enfants ?**
- **(22) Ressentez-vous un besoin d'un suivi/mentor/groupe après la formation INS sur des cas pratiques ou mise en œuvre ?**
- **(23) Y-a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?**
- **(24) Avez-vous des questions ?**

Biométrie (seront posées à la fin pour ne pas influencer, notamment pour les questions sur la formation INS)

- (25) Genre : H/F
- (26) Quelle est l'année obtention de votre DE ?
- (27) Avez-vous été sensibilisé(e) à l'INS lors de la formation initiale ?
- (28) Avez-vous suivi une/des formations spécifiques INS O/N
 - Année de la 1ère formation :
 - Avez-vous suivi d'autres formations liées à votre activité d'ergothérapie : DU, autre... ?
- (29) Vous exercez en :
 - libéral
 - cabinet
 - domicile/école
 - les 2
 - institution
 - SESSAD
 - CMP
 - CAMSP
 - IME
 - autre: ...

Remerciements :

- (30) M'autorisez-vous à vous recontacter si besoin de complément d'information ?
- (31) Souhaitez-vous recevoir mon mémoire de fin d'étude ?

ANNEXE 22 - MAIL DE PRISE DE CONTACT

Entretien mémoire - IFE de Toulouse

Yahoo/Envoyés ★



• Bénédicte ARTHUIS <pellarinbene@yahoo.fr>



14 févr. à 11:01



Bonjour,

Actuellement étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse, je me permets de vous contacter sur les conseils de [REDACTED], ma référente terrain dans le cadre de mon mémoire portant sur l'INS et les enfants TDC/ dyspraxiques.

A la suite d'une phase de revue de littérature, et après avoir posé ma question de recherche, je démarre actuellement la phase exploratoire de mon mémoire. Dans cette phase je souhaite rencontrer des ergothérapeutes, concernés par ces thèmes, afin de répondre à mes questions lors d'un entretien.

Si c'est bien votre cas, seriez-vous disponible à cet effet sachant qu'il s'agit d'un entretien de 45 min maximum?

Je vous remercie d'avance de l'intérêt que vous porterez à ma demande et de l'aide que vous m'apporterez dans ce travail.

Cordialement,

Bénédicte ARTHUIS
[REDACTED]

ANNEXE 23 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Formulaire de consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant _____ en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, son superviseur, son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : _____

Lieu de signature

Date : _____

Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à conserver par les deux personnes concernées.



Institut de Formation en Ergothérapie
de Toulouse

1 ANNEXE 24 - RETRANSCRIPTION DES VERBATIMS

2 ANNEXE 25 - ENTRETIEN AVEC ERGOTHERAPEUTE A

3 (Identifié Ergo A dans la retranscription et EA dans le corps du mémoire)

4

5 **Généralités**

6 **Étudiante : Dans le cadre d'une prise en soin d'un enfant avec des troubles de type**
7 **dyspraxique (diagnostic formel non obligatoire) présentant un doute quant à des troubles**
8 **INS associés :**

9 • **(1) par qui vous sont adressés les enfants dyspraxiques que vous suivez ?**

10 • Ergo A : Comment ils arrivent jusqu'à moi, c'est les familles qui appellent. En général
11 parce qu'est évoqué le problème de l'ordinateur, c'est vraiment la demande. Soit c'est
12 ça, soit c'est éventuellement Paul Dottin qui m'envoie des jeunes, mais là on n'est pas
13 vraiment dans la dyspraxie on est plutôt avec des enfants avec des problèmes à la
14 naissance ou autour de la naissance, qui du fait de leur pathologie ont des troubles
15 praxiques, mais ça n'est pas une dyspraxie développementale ou visuo-spatiale.

16 • Étudiante : Donc pour ceux qui sont plus avec une dyspraxie développementale, ce
17 sont plus les parents ?

18 • Ergo A : Oui les parents, qui appellent.

19 • Étudiante : C'est du bouche à oreille du coup ?

20 • Ergo A : Oui c'est à dire qu'en réunion scolaire il est parlé de la difficulté d'écrire, du
21 coup de l'ordinateur et il leur est parlé de l'ergothérapeute, voilà c'est comme ça la
22 majorité du temps.

23 • Étudiante : Et les médecins ?

24 • Ergo A : Les médecins, non c'est plus rare, même si systématiquement je leur envoie
25 le compte rendu du bilan, avec les plaquettes ANFE qui explique ce qu'est
26 l'ergothérapie etc... après le retour que j'ai, ils me renvoient des adultes, des
27 personnes âgées. Voilà le retour c'est plutôt comme ça. Par contre, le médecin du
28 CAMSP de Carbone m'a appelé en présence de la famille et c'est pour une petite qui
29 est à l'école maternelle avec un gros retard de développement, qui conseillait de faire
30 l'ergothérapie en complément de la psychomotricité qu'elle avait déjà.

31 • Étudiante : Donc ça arrive mais c'est rare les médecins ?

32 • Ergo A : Oui ça arrive, il faut que la culture se fasse. La culture ici pour les médecins
33 c'est plutôt la psychomotricité. La culture n'est pas encore entrée, je pense qu'au fur et
34 à mesure que l'ergothérapie sera expliquée, ça deviendra de plus en plus automatique.
35 Les enfants quand même, j'ai des appels pour des enfants de plus en plus jeunes. Là je
36 dois faire un devis pour un enfant qui est en CE2

- 37 ● (2) Étudiante : Quel(s) est(sont) la(les) demande(s) initiale(s) du médecin/des
38 parents/de l'enfant et l'origine de la demande
- 39 ● Ergo A : Les difficultés graphiques et l'ordinateur.
- 40 ● Étudiante : On ne vous sollicite pas aujourd'hui par exemple pour un problème au
41 niveau du comportement avec ses enfants, ou gestion des émotions ?
- 42 ● Ergo A : Ça vient avec
- 43 ● Étudiante : Oui, mais on ne vous appelle pas pour ça au départ ?
- 44 ● Ergo A : Non mais ça vient dans la discussion : les problèmes, parce que dans le lot il
45 y a des TDAH, des jeunes autistes qui ont des problèmes de comportement, mais les
46 gens cherchent une solution pour qu'ils puissent écrire à l'école. La situation de
47 handicap, qui est notre cœur de métier, c'est la difficulté d'écrire. Après ils ont des
48 problèmes de comportement, des problèmes annexes, mais la situation de handicap
49 soulevée c'est la difficulté d'écrire.
- 50 ● Étudiante : C'est celle-ci pour laquelle on vous contacte au départ.
- 51 ● Ergo A : Voilà, c'est celle-là.
- 52 ● (3) Étudiante : Quel est l'âge environ du début de prise en soin ? En quelle
53 proportion approximativement ?
- 54 ● Ergo A : De manière générale jusque-là c'est plutôt CM1, CM2, 6ème, vers 10 ans.
55 Jusque-là c'était plutôt en CM2 on s'inquiète pour la 6ème, maintenant là j'ai de plus
56 en plus de jeunes ils sont en CE2, voilà, j'ai plusieurs CE2, j'ai quelques maternelles.
- 57 ● (4) Étudiante : En quoi consiste votre premier contact/approche auprès de
58 l'enfant et des parents ? qu'est-ce que vous leur expliquer ou qu'est-ce que vous
59 récoltez comme information ?
- 60 ● Ergo A : Alors, j'ai les parents au téléphone et en général ils me demandent une prise
61 en charge et un bilan pour le dossier MDPH. Donc du coup le premier contact je
62 demande où ils sont, car autant avant j'étais assez souple pour pouvoir prendre les
63 gens de loin ; autant maintenant c'est quelque chose que je restreins puisque là j'ai
64 trop de demandes, donc il faut un moment que je restreigne. Et donc je demande l'âge,
65 l'enfant, quelles sont ses difficultés et après je dis aux parents, je leur demande une
66 adresse mail et je leur envoie une information sur ce qu'est l'ergothérapie et je leur
67 envoie des questionnaires à remplir pour le jour du bilan.
- 68 ● Étudiante : D'accord.
- 69 ● Ergo A : Donc j'envoie une feuille d'autorisation pour filmer le bilan, une feuille
70 d'autorisation pour la CNIL, y'a les plaquettes sur l'INS, les plaquettes sur
71 l'ergothérapie et la pédiatrie, les tarifs de façon systématique et en bilan/questionnaire
72 de bilan : y'a le profil sensoriel, y'a le Vineland pour les AVQ et le QTAC.

- 73 ● Étudiante : QTAC, je ne connais pas ?
- 74 ● Ergo A : Le Questionnaire pour les troubles dyspraxiques, pourtant c'est le
- 75 questionnaire type ! c'est un questionnaire sur la coordination qui a été adapté et
- 76 normé en langue française. Il est récupérable sur le Réseau Francophone de
- 77 Recherche, le RFE. Donc on a la méthodologie, y'a tout. Les parents cotent et en
- 78 fonction on obtient un score qui dit si l'enfant est à risque de TAC, pas de TAC ou
- 79 voilà en fonction. C'est utile parce que les enfants n'ont pas forcément de diagnostic
- 80 posé, parce que ça doit être posé par un médecin. Et les médecins de rééducation ou
- 81 les neuropédiatres, ou... sont overbookés, y'a je ne sais pas combien de temps
- 82 d'attente donc les parents on fait les bilans orthos, psychomot, le bilan ergo etc, y'a
- 83 des suspicions de diagnostic partout, mais ça n'est pas à nous de poser le diagnostic
- 84 final, c'est au médecin et c'est très dur pour avoir des rdvs.
- 85 ● Étudiante : Et ça indice bien vous trouvez ?
- 86 ● Ergo A : Au moins je l'ai, je mets dans mon bilan : QTAC, réponse des parents et
- 87 l'âge, indication. En fonction de l'âge et du score, on voit si c'est léger, ou si grosses
- 88 difficultés.
- 89 ● Étudiante : Et le Vineland il est traduit en français ?
- 90 ● Ergo A : Oui j'essaie d'utiliser au maximum au Vineland de manière systématique.
- 91 J'utilisais avant le questionnaire de Geuze mais y'a pas vraiment de norme.
- 92 ● Étudiante : Du coup tout ça vous l'envoyer en amont à la famille, par mail...
- 93 ● Ergo A : Oui, le Vineland, le QTAC...
- 94 ● Étudiante : Et ils vous le renvoient avant le rendez-vous
- 95 ● Ergo A : Non, non, le jour du rendez-vous. Eventuellement je leur demande s'ils ont
- 96 déjà des bilans qui sont déjà sous format informatique, de me les envoyer pour les lire
- 97 et après on fixe un rendez-vous pour les bilans. Maintenant je ne fais les bilans
- 98 essentiellement que pendant les vacances scolaires.
- 99 ● Étudiante : Quand les créneaux se libèrent ?
- 100 ● Ergo A : Oui, voilà, la première semaine je suis censée être en vacances et après voilà
- 101 la semaine d'après je fais des bilans, toute la semaine.
- 102

103 **Evaluation initiale/Bilans**

- 104 ● (5) Étudiante : Quels éléments utilisez-vous pour votre évaluation initiale ?
- 105 ● Ergo A : En fonction de l'âge, pour la majorité des patients, des jeunes dyspraxiques,
- 106 donc voilà, je fais, comme ils viennent pour des difficultés au niveau de l'écriture, une
- 107 évaluation de la motricité fine, puisque l'écriture fait partie de la motricité fine. Donc
- 108 pour étudier le graphisme je fais passer les lenteurs de l'écriture, voilà en fonction de

- 109 l'âge. Ensuite en général je fais le ManOS, jusqu'à la classe de 5ème ou 6ème. Je fais
 110 passer l'EVIC, mais un EVIC adapté. Je fais un EVIC avec le texte des lenteurs
 111 d'écriture pour pouvoir comparer. Donc après je fais passer l'OTHope pour voir, qu'il
 112 choisisse...
- 113 ● Étudiante : Systématiquement ?
 - 114 ● Ergo A : Systématiquement l'OTHope scolaire
 - 115 ● Étudiante : Ah la partie scolaire ?
 - 116 ● Ergo A : Oui la partie scolaire, parce que le bilan dure déjà 2h30, donc voilà... Ils me
 117 donnent le profil sensoriel, je fais passer le Perdue, en gros et le DTVP 3 ou A en
 118 fonction de l'âge. Et pour les plus petits, je me sers de la Talbot.
 - 119 ● Étudiante : Ok, je vais d'ailleurs la découvrir dans mon prochain stage.
 - 120 ● Ergo A : En gros c'est ça et après je fais les composantes sous-jacentes de la motricité
 121 fine avec mon Canevas où je regarde...
 - 122 ● Étudiante : Ce Canevas, c'est vous qui l'avez construit ?
 - 123 ● Ergo A : Non c'est la base avec la formation de Josiane Caron Santha
 - 124 ● Étudiante : Oui les formations motricité fine qu'elle fait et ensuite vous avez
 125 récupéré...
 - 126 ● Ergo A : Oui voilà j'ai fait ses formations sur la motricité fine.
 - 127 ● Étudiante : Elles sont bien d'ailleurs ? j'en ai entendu de bons retours ?
 - 128 ● Ergo A : C'est formidable, je trouve que c'est une très bonne base pour entrer avec les
 129 enfants en pédiatrie. Là y'a une première partie sur les bilans, une deuxième sur la
 130 rééducation, la prise en charge et donc du coup j'ai rajouté des choses sur la maturité
 131 neurologique, l'intégration bilatérale, voilà quelques petits tests qui montrent quelles
 132 sont les composantes qui sont sous-jacentes à la motricité fine qui impactent la
 133 motricité fine, voilà, sur la dissociation, sur la manipulation des outils, les
 134 coordinations, etc., voilà.
 - 135 ● Étudiante : Et je m'étais noté : sur quel critère vous choisissez vos bilans ? c'est donc
 136 surtout par rapport à l'âge ?
 - 137 ● Ergo A : Oui voilà, c'est ça. Avant je faisais de façon systématique le test des cloches
 138 et puis finalement ça ne m'apportait pas grand-chose... On en a discuté avec ma
 139 collaboratrice et on a décidé de ne plus le faire. Peut-être que si on a le cas d'une
 140 hémiparésie peut être que ça peut être pertinent, mais pour l'instant, voilà.
 - 141 ● Étudiante : Ok
 - 142 ● (6) Étudiante : **Faites-vous systématiquement des bilans INS ?**
 - 143 ● - (couvert plus haut)

- 144 ● (7) Étudiante : **Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses habitudes de**
145 **vie ? loisirs ?**
- 146 ● O/N
- 147 ● **Sous quelle forme : formelle (outil ? ex MCRO) / informelle (discussion**
148 **ouverte)**
- 149 ● Ergo A : Oui, avec le Vineland, vous le connaissez ?
- 150 ● Étudiante : Pas en détail, je le connais de nom.
- 151 ● Ergo A : Voici un exemplaire, on est en train de bien le mettre en place. Il y a
152 l'explication et la cotation aux parents et donc en fonction de l'âge ils
153 commencent ici ou là et répondent aux questions. Y'a la communication, mais
154 y'a la vie quotidienne : boit sans renverser, s'habille, enfile...lire, écrire... et on a
155 en plus une partie qui peut être intéressante, c'est les comportements à
156 problème. Parce que est-ce qu'il a des problèmes de comportement qui influent
157 sur sa motricité fine, ou est-ce que c'est ses problèmes de motricité fine qui
158 déclenchent le comportement ? c'est toujours la question.
- 159 ● (8) Étudiante : **Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses points forts et**
160 **difficultés du quotidien ?**
- 161 ● O/N
- 162 ● **Sous quelle forme : formelle (outil ? ex-OT Hope) / informelle (discussion**
163 **ouverte)**
- 164 ● Étudiante : Du coup vous le faites avec le OTHope sur la partie scolaire, ça permet de
165 faire ressortir ça
- 166 ● Ergo A : Oui
- 167 ● (9) Étudiante : **Comment sont établis les objectifs et le plan d'intervention une**
168 **fois que vous avez fait passer tous vos bilans ?**
- 169 ● Ergo A : Une fois que j'ai fait tous mes bilans, alors c'est mon compte rendu de bilan,
170 je mets quels bilans j'ai réalisés et après je mets tout ce qu'on a dit, le QTAC,
171 l'OTHope, la tenue de crayon, le profil sensoriel et après y'a la partie conclusion où je
172 mets pourquoi c'est difficile l'écriture parce que c'est la demande de départ, je peux
173 dire qu'après souvent : dans un premier temps on peut mettre en place des
174 aménagements scolaires pour soulager le graphisme, donc c'est la première partie et
175 dans un deuxième temps on peut faire une prise en charge en ergothérapie avec 2
176 orientations: une partie où on fait une approche neurodéveloppementale donc bottom
177 up pour travailler..
- 178 ● Étudiante : Plus rééducative du coup ?

- 179 ● Ergo A : Rééducation voilà, tout ce qui est travaillé la motricité fine pour améliorer
180 l'écriture ; et puis on peut avoir l'approche plus ré adaptative avec l'ordinateur, la
181 mise en place d'autres aides techniques ou autres. Donc voilà, c'est ça, je propose ça
182 aux parents et voir s'ils sont d'accord ou pas.
- 183 ● Étudiante : Du coup vous préparez ce compte rendu et vous leur envoyer ?
- 184 ● Ergo A : Non, on se fait une restitution. Je les reçois, d'abord on discute des
185 difficultés, ensuite il y a des 2h/2h30 de bilan et quand j'ai fini de faire le compte
186 rendu, on se revoit et je fais la restitution pour expliquer.
- 187 ● Étudiante : Donc du coup vous leur expliquez ce que vous pouvez soit mettre en
188 place, soit en séance.
- 189 ● Ergo A : Oui et ils voient s'ils veulent continuer ou pas.
- 190 ● Étudiante : Et est-ce que l'enfant est impliqué là-dedans ? est-ce qu'il est là pendant la
191 restitution ?
- 192 ● Ergo A : Il est là, pas toujours, mais assez souvent. Et après la prise en charge en
193 rééducation je pars de ce que l'enfant a choisi avec l'OTHope. Donc quand l'enfant
194 vient, il y a toujours le premier quart d'heure sur "on prépare son corps à travailler".
195 Donc en général on écrit ici (tableau blanc mural) un planning, il commence à mettre
196 l'heure (time timer), donc c'est là que je fais toujours un peu d'INS, pour moi c'est une
197 flèche en plus, donc on fait la plateforme pendulaire, la balançoire, voilà, on fait du
198 sensitif, de la coordination, dissociation, tout ça... et après dans les derniers objectifs
199 qu'il a écrit, c'est soit l'écriture, soit l'ordinateur, mais entre-temps il peut y avoir les
200 lacets, la tenue de la règle, je pars des... je suis formée COOP, donc je me sers
201 beaucoup de COOP.
- 202 ● **(10) Étudiante : Sont-ils expliqués en amont aux parents et à l'enfant ? De quelle**
203 **manière ?**
- 204 ● - (couvert plus haut)

206 **Intervention**

- 207 ● **(11) Étudiante : Quelle méthode d'intervention / approches utilisez-vous avec ces**
208 **enfants ?**
- 209 ● Étudiante : Vous y avez déjà répondu du coup, c'était de savoir ce que vous proposez
210 en séance avec ces enfants. Je comprends que vous avez une structure de séance, qui
211 est toujours la même, enfin, je m'entends, qui est une sorte de routine...

- 212 ● Ergo A : Oui j'ai une routine : quand ils viennent, on a des missions à accomplir. Sa
 213 première mission : on met le Time Timer, comme ça il contrôle le temps.
- 214 ● Étudiante : Et c'est combien de temps vos séances ?
- 215 ● Ergo A : 45 minutes, ensuite la deuxième mission, on fait le planning de ce qu'on va
 216 faire pendant la séance, écrit sur le tableau, ou avec des dessins s'ils sont trop petits et
 217 on coche après quand on a fait. Et donc, dans mon plan, la partie préparation, je me
 218 sers de ça, un plan type : activation/inhibition du tonus, c'est la plateforme
 219 vestibulaire, si l'enfant est hypertonique on fait plutôt des stimulations
 220 lentes/régulières, si l'enfant est plutôt hypotonique on fait en rotatoire, changement de
 221 sens. Après quand on fait la deuxième partie : contrôle postural, intégration bilatérale,
 222 croisement de la ligne médiane, stabilité. Alors ça peut être différentes choses, ça peut
 223 être, je suis sur la plateforme, j'attrape différents trucs, je lance sur la cible, etc... Tout
 224 ce qui est modulation sensorielle, en général je leur donne une boîte où y'a des choses
 225 à plonger la main dans des pâtes, du riz, chercher des objets, ...
- 226 ● Étudiante : Les reconnaître ?
- 227 ● Ergo A : Oui je prends souvent des lettres qu'il faut les yeux fermés les deviner, parce
 228 qu'il y a souvent une dyslexie, dysorthographe, donc... Dissociation de la main, les
 229 préhensions. Donc je me sers de routine, comme la "routine du bricoleur", la "routine
 230 des méchants", ... Intégration fonctionnelle, donc là je mets les objectifs COOP. Si
 231 c'est l'écriture, l'écriture, ou un objectif COOP plus l'ordinateur, ou les 2.
- 232 ● Étudiante : Donc ça c'est votre trame mais en fonction des enfants vous ne faites pas
 233 tout...
- 234 ● Ergo A : En fonction des enfants, c'est ce qu'il y a à travailler.
- 235 ● Étudiante : Ok. Et est-ce que dans tous les cas il y a cette partie INS en début ?
- 236 ● Ergo A : Ah oui
- 237 ● Étudiante : Vous le faites systématiquement ?
- 238 ● Ergo A : Oui, pour les enfants, on prépare son corps pour le travailler. Donc y'a
 239 toujours forcément un petit quart d'heure qui sert à ça.
- 240 ● Étudiante : Ok
- 241 ● Ergo A : Et après c'est en fonction des objectifs définis
- 242 ● Étudiante : Ok, c'est très clair
- 243
- 244 ● **(12) Étudiante : Comment choisissez-vous les activités mises en œuvre durant les**
 245 **séances ?**
- 246 ● – (couvert plus haut)
- 247

- 248 ● **(13) Étudiante : Dans quelle proportion ? sur quels critères ?**
- 249 ● Ergo A : Toujours 15 min INS au début
- 250 ● **(14) Étudiante : Comment déterminez-vous les priorités de votre plan**
- 251 **d'intervention ? par exemple si l'enfant fait ressortir 3 éléments avec OTHope**
- 252 ● Ergo A : Alors quand l'enfant fait ressortir 3 éléments, généralement on en fait un
- 253 dans la routine qu'on fait 1 fois, 2, fois, 3 fois. Puis quand c'est la dernière fois
- 254 puisque normalement c'est 10 fois puis après on arrête. Si on n'a pas acquis on y
- 255 retourne bien plus tard. Donc je fais 5 fois le premier, puis après je peux introduire le
- 256 deuxième quand le premier commence à être acquis. Puis petit à petit j'intègre les
- 257 objectifs. Enfin c'est le principe COOP.
- 258 ● **(15) Étudiante : Quelles autres actions menez-vous ? auprès de l'entourage**
- 259 **famille ? école ? Agissez-vous directement ou indirectement sur son**
- 260 **environnement ?**
- 261 ● Ergo A : Alors les enseignants je les vois en réunion scolaire, j'essaie d'aller à la
- 262 réunion scolaire qui a lieu une fois par an et les parents je les invite à rester.
- 263 ● Étudiante : Ils restent à la séance ?
- 264 ● Ergo A : De plus en plus. De plus en plus, y'en a qui ne veulent pas mais je les invite à
- 265 rester au bilan et aux séances s'ils veulent. Du coup je leur explique au fur et à mesure,
- 266 car des fois ils ne comprennent pas forcément tout. Je leur explique par exemple pour
- 267 un petit, je lui ai tenu le bassin, parce qu'il a tendance à être hémiparésique et donc on
- 268 a fait un jeu de pêche à la ligne. Et puis sa maman a dit "qu'est-ce qu'il a bien travaillé
- 269 aujourd'hui". Alors du coup moi je mets les mots : oui on a bien travaillé, on a
- 270 travaillé la stabilité, on a travaillé le croisement de la ligne médiane, la coordination
- 271 bilatérale. Donc je mets les mots pour qu'ils comprennent.
- 272 ● Étudiante : Ok. Et est-ce qu'il vous arrive avec ces enfants-là de faire des
- 273 recommandations plus d'aménagement de l'environnement. Donc c'est un bien grand
- 274 mot, mais par exemple à l'école par rapport à du positionnement ?
- 275 ● Ergo A : Oui très souvent dans le bilan, pour les enfants en recherche sensorielle, je
- 276 conseille le coussin Dynair afin qu'il puisse bouger etc. Après ça peut être au cours
- 277 des réunions scolaires, si la maîtresse dit qu'il a du mal à poser les opérations, je dis
- 278 qu'on peut mettre en place des guides, je propose des exemplaires. Voilà on avance
- 279 comme ça. Ce n'est souvent pas productif de faire des propositions sans échange, mais
- 280 si ça vient comme ça, alors voilà.
- 281
- 282

- 283 ● **(16) Étudiante : Utilisez-vous l'INS systématiquement ?**
- 284 ● Ergo A : Oui, mais en préparation de la séance. Et depuis que je fais ça
- 285 systématiquement, puisque je suis formée INS que depuis l'année dernière, je trouve
- 286 que les enfants sont beaucoup plus attentifs après pour faire la tâche, le travail. Après
- 287 ils prennent aussi plaisir à revenir.
- 288 ● Étudiante : Oui il y a l'aspect ludique...
- 289 ● Ergo A : Y'a l'aspect ludique et puis ils savent qu'ils vont faire ça etc et hop... et
- 290 comme je fais le planning de la séance ils savent qu'après, ils savent pourquoi ils
- 291 viennent. On vient pour l'ordinateur, on vient pour l'écriture...pour les lacets,
- 292 l'ordinateur. A un moment donné cette partie est finie et ils y vont quoi, alors que
- 293 d'emblée là-dessus...
- 294 ● Étudiante : Oui ça n'est pas le même... ce n'est pas pareil !
- 295 ● Ergo A : Oui voilà ce sont des enfants, il faut faire avec !

296 **Réévaluation/influence Performance occupationnelle :**

- 297 ● **(17) Étudiante : Comment évaluez-vous l'influence de l'intervention en**
- 298 **ergothérapie sur le quotidien de l'enfant ?**
- 299 ● Ergo A : Je n'ai pas de méthode d'évaluation, j'entends juste les mamans qui disent
- 300 "oh c'est mieux depuis qu'il vient !". Voilà c'est les retours des parents, ou quand je
- 301 vais aux réunions scolaires : "il a fait beaucoup de progrès !". Bon ben du coup je me
- 302 dis que c'est grâce à moi ! (Rires)
- 303 ● Étudiante : Oui c'est gratifiant !
- 304 ● Ergo A : Après non, mais ça n'est pas que grâce à moi, il y a un tout, ils grandissent.
- 305 Mais dès que les maîtresses disent qu'il a fait beaucoup de progrès, je me dis que c'est
- 306 efficace. Si les parents me disent, plus sur le comportement, je pense à une jeune, où
- 307 vraiment la dyspraxie est notée, la maman me souligne qu'elle est beaucoup mieux,
- 308 beaucoup plus participative, moins passive qu'elle était avant, une confiance. Le
- 309 retour des parents c'est ça, c'est que l'enfant a de nouveau confiance en lui, en ses
- 310 capacités, c'est plutôt ça que j'ai comme retour, voilà. Et puis les maîtresses : "il se
- 311 remet à travailler". Parce qu'il y a des enfants qui étaient spectateurs en classe, qui
- 312 n'écrivaient plus, voilà, là ils s'y remettent à écrire. Je pense à un petit garçon,
- 313 dyspraxique aussi, avec ce diagnostic-là, il n'écrivait plus. Et là hop il se remet à
- 314 écrire des maths, il est en CM1. Il reprend confiance. (En séance) Je vois l'évolution
- 315 par rapport aux objectifs de travail, ils avancent sur l'apprentissage de l'ordinateur, ils
- 316 avancent un peu dans l'écriture, dans l'apprentissage des lacets, je vois ça. Après c'est
- 317 des fois un peu plus subtil de voir l'évolution de la motricité fine, parce que c'est lent.
- 318 et c'est subtil, car quand on les voit, ils ne présentent pas de handicap ces enfants.

- 319 ● Étudiante : Refaites vous certains de vos bilans initiaux pour voir la différence, ou pas
320 ?
- 321 ● Ergo A : Alors pas tous, mais c'est notre prochain axe d'amélioration avec ma
322 collaboratrice. Qu'est-ce qu'au mois de juin on va mettre en place pour clôturer les
323 prises en charge, ou pour dire que ça serait bien de continuer 6 mois de plus.
324 Normalement la logique voudrait, ils viennent pour par exemple l'apprentissage de
325 l'ordinateur et bien au début ils ne sont pas autonomes, en juin ils savent faire ça et
326 ça. Est-ce que je refais un EVIC, un test graphique, voilà, c'est un truc à travailler.
- 327 ● Étudiante : Et le OTHope, vous ne le refaites pas ?
- 328 ● Ergo A : L'OTHope je pense que je le referai de manière systématique si l'enfant
329 continue au mois de septembre pour déterminer ses objectifs de travail. L'OTHope
330 n'évalue pas une situation de handicap. Après comme je me sers de COOP pour les
331 lacets, je fais un PQRS au début et au bout des 10 séances, je fais systématiquement
332 un PQRS. Donc là j'évalue au fur et à mesure.
- 333 ● **(18) Étudiante : A quel moment finalisez-vous l'intervention/fin de prise en soin ?**
334 ○ - (couvert plus haut)
- 335
- 336 ● **(19) Étudiante : Quels changements et améliorations constatez-vous ? ou par**
337 **retour de la famille/enseignants**
- 338 ● Étudiante : On en a déjà parlé pas mal, on a donc dit : les changements à l'école, les
339 maîtresses disent "il s'investit plus" ou "il ré-écrit",
- 340 ● Ergo A : De toutes façons les maîtresses parlent du scolaire.
- 341 ● Étudiante : Et est-ce que les parents vous font part de changements à la maison ?
- 342 ● Ergo A : Non c'est du scolaire, essentiellement.
- 343 ● Étudiante : Ça aurait pu être les lacets, ou l'habillage...
- 344 ● Ergo A : Ah oui oui, si si, ça m'est arrivé, un jeune TDAH, c'était, je l'ai eu à 10 ans,
345 avec la méthode COOP en une fois il a compris, il savait faire les lacets. Et j'ai eu un
346 appel de la maman le soir qui m'a appelée "oh il sait faire ses lacets, il était fier, il a
347 montré à tous ses copains au foot !". Voilà des fois j'ai des retours comme ça !
- 348 ● Étudiante : Ça doit faire plaisir ?
- 349 ● Ergo A : Oui oui c'est très bien
- 350 ● Étudiante : Avez-vous un retour sur la gestion des émotions chez ces enfants, ou pas
351 particulièrement ?
- 352 ● Ergo A : Non si ce n'est qu'une maman, m'a dit "ouah elle a changé, elle a plus
353 confiance en elle etc". Voilà dans ce sens là

- 354 ● Étudiante : Et sur l'attention et l'agitation en classe ou à l'école ?
355 ● Ergo A : C'est à dire que là c'est vraiment un langage d'ergo
356 ● Étudiante : Oui donc plus par les retours ...
357 ● Ergo A : Oui alors la maîtresse elle me dit avant "oh il n'est pas attentif, il n'écrit
358 pas"... elles mettent tout dans le même sac. Et là "il se, on sent qu'il est remotivé, il
359 écrit". Alors est ce que c'est l'attention ... on peut difficilement les séparer comme ça.

360 **Ouverture :**

- 361 ● **(20) Étudiante : Que pensez-vous de la place de l'INS en pédiatrie libérale ?**
- 362 ● Ergo A : Je trouve que c'est une très bonne approche, un très bon point de départ, c'est
363 ce qui est bien aussi c'est que c'est très bien pour expliquer aux parents. Les parents
364 quand ils viennent en ergo, ils ont fait tout un parcours de psy, ils ont été voir le
365 psychologue, le psychiatre, le psychomot et on a proposé aux enfants, toujours que des
366 méthodes comportementales aux enfants. Mais c'est des enfants, des petits et là moi
367 quand je suis en train de leur expliquer, ce schéma là (la pyramide des apprentissages),
368 que le système nerveux fonctionne comme ça. Si on s'aperçoit qu'au niveau
369 vestibulaire ou tactile ce n'est pas bien calé, ça fait comme les lézardes d'une maison,
370 ça fait des répercussions, là là et là, ça fait beaucoup de bien aux parents, ils
371 comprennent que c'est autre chose que du psy quelque chose, que son enfant a peut-
372 être une fragilité ici mais que ça n'est pas que le problème comportemental qu'on met
373 en avant. Ça n'est pas que leur enfant ne veut pas, c'est que là y'a peut-être des
374 fragilités et qu'il y a des répercussions. Et puis dans les faits, en en faisant un peu
375 même si ça n'est pas de l'INS pure et dure car je ne suis pas assez ancienne là-dedans,
376 quand j'ai le retour des parents qui me disent, il va beaucoup mieux etc., ah ben là je
377 me dis, ça apporte quelque chose.
- 378 ● **(21) Étudiante : Quelles sont pour vous aujourd'hui les limitations liées à**
379 **l'accompagnement en ergothérapie de ses enfants ?**
- 380 ● Ergo A : Non, non non
381 ● Étudiante : Je me suis posée la question par rapport à l'infrastructure, je vois que vous
382 avez la poutre...
383 ● Ergo A : Je pourrai avoir un truc beaucoup plus grand, mais la taille ... mais voilà je
384 fais avec à et euh, je ne voudrais pas tomber dans le travers de faire que de l'INS. Je
385 suis ergothérapeute, je pars de la situation de handicap de l'enfant et l'INS c'est un
386 moyen d'action comme un autre, comme COOP. Les études montrent que mixer

387 différentes approches est plus efficace qu'une seule approche. Donc voilà, ça me va
388 très bien comme ça.

389 ● **(22) Étudiante : Ressentez-vous un besoin d'un suivi/mentor/groupe/personne**
390 **ressource après la formation INS sur des cas pratiques ou mise en œuvre ?**

391 ● Ergo A : Alors il faut que je fasse la deuxième partie, je la fais à la fin de l'année, là.
392 J'ai besoin de la faire parce que même si je me suis saisie de pleins d'éléments déjà
393 que j'ai mais je ne maîtrise pas encore. C'est quelque chose quand même qui n'est pas
394 carré/rigoureux et moi j'aime bien les choses carrées et rigoureuses. Voilà c'est un
395 continuum, en fonction de chaque enfant, ça ne réagit pas toujours pareil. De toutes
396 façons on a besoin de lire tout le temps, donc je fais une ou 2 formations par an et je
397 vais continuer, y'a pas de mystère.

398 ● **(23) Étudiante : Y-a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?**

399 ● Ergo A : Sur les enfants dyspraxiques, je me suis abonnée en ligne sur une formation
400 que fait une ergothérapeute québécoise sur la dyspraxie visuospatiale

401 ● Étudiante : Josiane Caron Santha ?

402 ● Ergo A : Non une autre, qui fait le site jouer et grandir. C'est ...

403 ● Étudiante : J'en profite tant qu'on parle de dyspraxie, vous utilisez ce terme-là ?

404 ● Ergo A : Oui j'utilise dyspraxie ou trouble d'acquisition de la coordination, ou trouble
405 développemental de la coordination. Donc voilà on met les 3.

406 ● Ergo A : Donc elle s'appelle Marie-José, le site «jouer et grandir», je me suis
407 abonnée, je suis en train de lire, par rapport au travail des yeux, pour poser ses jeux
408 qui peuvent être bien. Je l'ai intégré dans ma routine pour préparer ses yeux, on fait la
409 ronde de l'infini et ils font un huit au sol. Et puis je leur montre une feuille avec des
410 mots écrits, je pointe, on travaille quelques petits trucs de plus pour travailler ça.

411 ● **(24) Étudiante : Avez-vous des questions ?**

412 ● Ergo A : Non

413 **Biométrie** (seront posées à la fin pour ne pas influencer, notamment pour les questions sur la
414 formation INS)

415

416 ● **((25) Genre : H/F-(ergo A est une femme)**

417 ● **(26) Étudiante : Quelle est l'année obtention de votre DE ?**

418 ● Ergo A : 88

419 ● **(27) Étudiante : Avez-vous été sensibilisé(e) à l'INS lors de la formation initiale ?**

- 420 ● Ergo A : Non je ne sais même pas si ça existait. Même le mot de dyspraxie, je n'en
421 n'avais pas entendu vraiment parler, tout ce qui était troubles neurodéveloppementaux
422 euh...
- 423 ● **(28) Étudiante : Avez-vous suivi une/des formations spécifiques INS O/N**
- 424 ● **Année de la 1ère formation :** Ergo A : 2018 à la MEEEX
- 425 ● **Avez-vous suivi d'autres formations liées à votre activité d'ergothérapie :**
- 426 **DU, autre...?**
- 427 ● Ergo A : Education Thérapeutique, après c'est des formations continues
- 428 ● **(29) Étudiante : Vous exercez en :**
- 429 ● **libéral**
- 430 ■ **cabinet :**
- 431 ■ Ergo A : Oui
- 432 ■ **domicile/école :**
- 433 ■ Ergo A : Oui le mardi matin je suis au domicile, je vais voir une petite
434 fille qui est en moyenne section de maternelle. Donc elle c'est un
435 problème d'anoxie à la naissance. Ensuite je vais voir une adulte qui a
436 fait un infarctus suivi d'un AVC du tronc cérébral. Ensuite je vais voir
437 une jeune fille à l'école primaire de l'ESAT. Elle c'est une dyspraxie,
438 gros retard depuis le début, mais pas de diagnostic, la maman n'est
439 jamais allée voir un neuropédiatre. Je vais au collège à l'ESAT et là
440 c'est un jeune diagnostic d'autisme, ordinateur au collège
- 441 ■ Étudiante : Du coup je vais plutôt cibler sur les enfants que vous iriez
442 voir au domicile ou à l'école, vous pouvez faire votre routine ou vous
443 êtes limitée.
- 444 ● Ergo A : Ah je suis limitée, mais j'en fais une petite. Mais après celle où je vais à la
445 maison, la petite qui a 4 et demi/5 ans, elle a un tapis chez elle, je le fais.

Remerciements :

- 447 ● **(30) Étudiante : M'autorisez-vous à vous recontacter si besoin de complément**
- 448 **d'information ?**
- 449 ● Ergo A : Oui y'a pas de souci
- 450 ● **(31) Étudiante : Souhaitez-vous recevoir mon mémoire de fin d'étude ?**
- 451 ● Ergo A : Oui je veux bien !
- 452
- 453
- 454
- 455

457 (Identifié Ergo B dans la retranscription et EB dans le corps du mémoire)

458

459 **Généralités**

460 **Étudiante : Dans le cadre d'une prise en soin d'un enfant avec des troubles de type**
461 **dyspraxiques (diagnostic formel non obligatoire) présentant un doute quant à des**
462 **troubles INS associés :**

463 ● **(1) par qui vous sont adressés les enfants dyspraxiques que vous suivez ?**

464 ● Ergo B : Et si c'est des enfants qui ont d'autres troubles associés. C'est rarement que
465 la dyspraxie.

466 ● Étudiante : Il faut qu'il ait au moins la dyspraxie, mais s'il a d'autres troubles associés,
467 oui il rentre dans les critères.

468 ● Ergo B : Voilà, ok

469 ● Ergo B : Ils sont envoyés soit par l'école soit par une équipe de suivi ou une équipe
470 éducative, l'école pointe des difficultés, forcément ils arrivent si c'est par l'école parce
471 qu'il y a la difficulté d'écriture, d'outils scolaires qu'il faut compenser par de l'outil
472 informatique. Donc souvent, ...

473 ● Étudiante : C'est ça la demande

474 ● Ergo B : C'est ça la demande, donc souvent les parents vont appeler les
475 ergothérapeutes pour faire un bilan. Les familles elles-mêmes qui vont s'être
476 renseignées, avoir vu mon site internet et qui vont se poser la question de voilà, en
477 quoi un ergothérapeute pourrait aider ces enfants-là, surtout pour du quotidien, ça peut
478 être un peu plus là-dessus. Et sinon après c'est les collègues, les orthophonistes, les
479 psychomotriciens, les neuropsychiatres qui vont être autour de l'enfant.

480 ● Étudiante : Ok et les médecins, pas spécialement ?

481 ● Ergo B : Et les médecins, y'en a mais ça va être forcément plus grand, pour l'entrée au
482 collège et pour de la compensation informatique.

483 ● **(2) Étudiante : Quel(s) est(sont) la(les) demande(s) initiale(s) du médecin/des**
484 **parents/de l'enfant et l'origine de la demande**

485 ● Ergo B : Compenser l'écriture qui est difficile et mettre en place l'outil informatique.

486 ● Étudiante : C'est donc la situation d'appel pour te consulter. Est-ce que ça arrive qu'ils
487 te consultent en premier lieu plus pour des difficultés dans le quotidien ?

488 ● Ergo B : Aujourd'hui petit à petit, ici avec S., on développe déjà un peu plus, on
489 s'attaque aux plus petits. Avant on avait fin de primaire, début de collège, maintenant
490 on est plutôt sur du 0-8 ans, donc aujourd'hui les familles et même les autres
491 paramédicaux, arrivent déjà avec une plainte sensorielle, puisqu'on est reconnues

492 comme ça et aussi des troubles au quotidien : donc manipulation des couverts,
493 autonomie à l'habillage, les lacets, ce genre de chose. On revient à des objectifs un
494 peu plus de base, un peu plus concrets et qui sont au cœur de notre métier.

495 ● Étudiante : Et sur des difficultés au niveau des émotions ou du comportement ?
496 ● Ergo B : Après tout ce qui va être lié à l'intégration sensorielle, forcément derrière y'a
497 ça, y'a des troubles du comportement, une gestion difficile à l'école ou à la maison,
498 des explosions, un trouble attentionnel.

499 ● **(3) Étudiante : Quel est l'âge environ du début de prise en soin ? En quelle
500 proportion approximativement ?**

501 ● Ergo B : Aujourd'hui on a des 3-4-5 ans on va dire, alors qu'avant on avait des 8-9
502 ans. Donc ça c'est pas mal ! La couleur intégration sensorielle amène des enfants plus
503 petits aussi.

504 ● **(4) Étudiante : En quoi consiste votre premier contact/approche auprès de l'enfant
505 et des parents ?**

506 ● Ergo B : Le premier contact déjà c'est par téléphone. C'est les familles qui déjà,
507 m'appellent pour savoir si j'ai de la place, se questionnent déjà avant, m'expliquent un
508 peu le parcours, la situation, les difficultés de leur enfant aujourd'hui et moi si j'ai de
509 la place, je pars sur un premier bilan. Je pars sur un bon recueil de données déjà par
510 téléphone, où vraiment savoir les antécédents, le parcours, qui c'est qui le suit, quelles
511 sont les plaintes aujourd'hui à la maison, à l'école et moi je demande les comptes
512 rendus des bilans, pour les avoir le jour du bilan, là où je rencontre la famille et
513 l'enfant en premier entretien. On fait un peu le point sur tout ça, on liste un petit peu,
514 on fait le tour si j'ai eu des interrogations dans les bilans et après ça dure entre 30 min
515 et 1 heure et après je garde l'enfant 2 heures pour faire des épreuves spécifiques.

516 **Evaluation initiale/Bilans**

517 ● **(5) Étudiante : Quels éléments utilisez-vous pour votre évaluation initiale ?**

518 ● Ergo B : Tout va dépendre du parcours qu'ils ont eu, c'est pour ça que c'est bien
519 d'avoir les autres comptes rendus et notamment ceux des psychomotriciens.

520 ● Étudiante : Mais qu'est-ce que tu ferais si tu n'avais pas ces autres comptes rendus ?

521 ● Ergo B : Alors pour un enfant dyspraxique, déjà c'est de savoir si le MABC il est fait
522 par un psychomotricien. S'il n'est pas fait, c'est bien de le faire parce que c'est un
523 outil qui permet de donner un âge de développement moteur et de vraiment
524 diagnostiquer une dyspraxie. En plus des éléments qu'on va recueillir dans les
525 éléments du quotidien, après forcément la dyspraxie ça va être les gestes, la
526 manipulation des outils scolaires, voilà, moi j'utilise la ManOs pour ceux qui sont en
527 âge primaire. Ceux qui sont plus petits parce que le ManOs ça commence qu'au CP,

- 528 on va rester sur des manipulations de base, au moins les ciseaux, la colle, la règle ce
529 genre de chose, dessiner des formes.
- 530 ● Étudiante : C'est plus de l'observation ?
 - 531 ● Ergo B : Oui voilà c'est de l'observation avec les petits. Les plus petits ça va plus
532 être de l'observation et des petits tests papier-crayon comme ça, un peu simple. Là
533 on commence à se mettre au VMI, le Beery qui est un ancien bilan, un peu comme la
534 Nepsy qui fait copie de figure, relation spatiale, tout ça et qui est pas mal pour les
535 tout-petits. Après ce qui est intéressant nous pour voir, c'est copie de figures, s'ils ne
536 sont pas en difficultés, la précision visuo-motrice c'est bien aussi (les labyrinthes).
537 Tout ce qui est praxies gestuelles, les lacets, découper, couper la viande, donc ça on
538 fait avec la pâte à modeler. Les outils scolaires, forcément l'écriture si ça n'a pas été
539 fait, l'écriture de son prénom déjà, en fonction de l'âge, dessin libre, moi j'aime bien
540 faire ça voir comment ils se débrouillent. Et puis ensuite s'ils sont en âge et en
541 capacité d'avoir le BHK et lenteur d'écriture. Après tout va dépendre s'il y a des
542 troubles associés. S'il y a une suspicion de troubles neuro-visuels et qu'il n'y a pas
543 eu de bilan orthoptiques, je vais peut-être faire quelques épreuves du DTVP3 ou au
544 niveau visuel pur : est-ce qu'il y a des problématiques de figures-fond, qui vont aussi
545 nous aider peut être à faire des aménagements à l'école. Tout va dépendre après avec
546 quoi l'enfant arrive et qu'est-ce qu'il a déjà eu comme bilans. S'il y a une demande
547 de bilan sensoriel, bon là, voilà on va aller un peu plus vite sur les bilans praxiques
548 et on va se centrer sur des bilans sensoriels.
 - 549 ● Étudiante : Du coup tu dis s'il y a une demande : s'ils te l'ont exprimé ou si toi tu
550 estimes qu'il y en aurait besoin ?
 - 551 ● Ergo B : Si la demande principale est d'évaluer le trouble sensoriel et si c'est la plainte
552 principale, je vais faire quelques petites épreuves, mais si je sais qu'il y a déjà un
553 diagnostic dyspraxies, je ne vais pas aller recréer derrière. Il faut plus que j'aie
554 creuser moi au niveau sensoriel, est-ce que ça rajoute des difficultés à l'enfant. Donc
555 là ça va plus être des tests le Profil sensoriel, des observations : Erna Blanche, De
556 Gangi, QSNT II : je ne fais pas tout, je mixe plusieurs épreuves. J'interroge la famille
557 sur les habitudes à la maison et à l'école au niveau du traitement des informations
558 sensorielles (tactile, auditif, visuel, alimentation, proprio, vestibulaire).
 - 559 ● **(6) Étudiante : Faites-vous systématiquement des bilans INS ?**
 - 560 ● Étudiante : Je sais que maintenant le cabinet à cette étiquette, mais si un enfant vient
561 avec le diagnostic de dyspraxie mais sans demande spécifique sur le sensoriel, est-ce
562 que toi tu le regardes ou pas par défaut ?

- 563 ● Ergo B : A l'interrogatoire, le recueil de données, je vais en parler à la famille et en
564 fonction s'il ressort ça, en deuxième temps je ferais passer le profil sensoriel à la
565 famille et en fonction des retours du questionnaire, je ferai pour peut être creuser
566 quelques épreuves. Mais si ça n'est pas la demande en première intention, je ne vais
567 pas creuser, sinon je les garde deux jours à faire des bilans ! Il faut vraiment que je
568 creuse en fonction des difficultés actuelles de l'enfant.
- 569 ● Étudiante : De ce qui t'a été remonté.
- 570 ● Ergo B : Oui
- 571 ● Étudiante : Y a-t-il des bilans que tu envoies à l'avance ?
- 572 ● Ergo B : Le profil sensoriel oui, moi je ne travaille pas avec le questionnaire pour les
573 dyspraxiques, le QTAC, parce qu'en fait ce sont les questions que je pose moi à
574 l'entretien téléphonique. J'aime bien pour certains envoyer la liste/ le journal du jour
575 de COOP qui permet de lister un jour d'école, un jour de week-end. Qu'est-ce que fait
576 l'enfant ? Est-ce qu'il y arrive ou pas ? ça je le faisais pas mal avant, peut-être un peu
577 moins maintenant c'était un support de discussion, en prenant chaque étape, l'enfant
578 qu'est-ce qu'il en pense, est-ce qu'il se sent en difficulté, comment ses parents le
579 voient, plus sur l'autonomie.
- 580 ● (7) Étudiante : **Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses habitudes de**
581 **vie ? loisirs?**
- 582 ● O/N
- 583 ● **Sous quelle forme : formelle (outil ? ex MCRO) / informelle (discussion**
584 **ouverte)**
- 585 ● Ergo B : Oui, donc ça avec l'enfant et ses parents, on essaie vraiment de faire un
586 point tous ensemble sur comment ça se passe aujourd'hui ? qu'est-ce qu'il fait
587 de ses journées à l'école. Après il est présent avec ses parents, je laisse libre
588 l'enfant, si il veut rester assis et participer, moi je l'interroge en première
589 intention, si je sens que ça bloque je vais plutôt me diriger vers les parents en
590 disant voilà : "tu intervies quand tu veux, tu joues pendant ce temps-là". Dans
591 ces cas-là j'écourte un peu l'entretien pour être plus de temps avec lui en
592 individuel. Et pour certains, en première séance, je vais faire passer le OTHope,
593 ou là c'est pas mal, si l'enfant est en âge et en capacité de...
- 594 ● Étudiante : Au premier rendez-vous ?
- 595 ● Ergo B : Oui en première séance on reprend les éléments du bilan, je lui fais un
596 petit résumé des bilans, des objectifs que j'ai vu, mais on essaie de les préciser
597 ensemble. Et donc c'est pas mal car ça permet vraiment à l'enfant de se dire,
598 tiens la semaine prochaine c'est là-dessus qu'on travaille.

- 599 ● Étudiante : C'est concret
- 600 ● Ergo B : Oui, c'est concret et il y en a qui aime vraiment beaucoup ce support-là
- 601
- 602 ● **(8) Étudiante : Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses points forts et**
- 603 **difficultés du quotidien ?**
- 604 ● O/N
- 605 ● **Sous quelle forme : formelle (outil ? ex OT Hope) / informelle (discussion**
- 606 **ouverte)**
- 607 ● – (couvert plus haut)
- 608
- 609 ● **(9) Étudiante : Comment sont établis les objectifs et le plan d'intervention ?**
- 610 ● Ergo B : Moi déjà à la fin du temps de bilan, je fais déjà une petite restitution, entre ce
- 611 que j'ai pu observer, ce que je pense seront les plus gros objectifs de la prise en
- 612 charge. De se dire, s'il y a un suivi, si ils sont d'accord, voici ce que j'ai observé et ce
- 613 vers quoi on part. Après le compte rendu de bilan, en conclusion, il y a les objectifs
- 614 plus précis, si besoin de les reprendre avec les parents, je reprends rendez-vous avec
- 615 eux et sinon je le reprends en séance avec l'enfant aussi et on discute des premiers
- 616 objectifs sur lesquels on va travailler.
- 617 ● Étudiante : Ok
- 618
- 619 ● **(10) Étudiante : Sont-ils expliqués en amont aux parents et à l'enfant ? De quelle**
- 620 **manière ?**
- 621 -(couvert plus haut)
- 622

Intervention

- 623
- 624 ● **(11) Étudiante : Quelle méthode d'intervention / approches utilisez-vous avec ces**
- 625 **enfants ?**
- 626 ● Ergo B : Alors ça peut être pour des objectifs très concrets, des objectifs comme
- 627 apprendre à faire les lacets ou apprendre à découper, y'en a plein qui sont assez
- 628 sensibles à COOP. Comme je suis formée à COOP, ça marche bien. Après, comme
- 629 méthode...
- 630 ● Étudiante : Méthodes, approches, c'est large, en fait qu'elles sont les types
- 631 d'interventions que tu mets en œuvre, qu'est-ce que tu proposes pendant tes séances ?
- 632 ● Ergo B : Il peut y avoir COOP de temps en temps ça c'est sûr pour certains, pour tout
- 633 ce qui est rééducation du graphisme je peux avoir un peu, je ne suis pas méthode
- 634 Jeannot ou ABC Boum, je n'y suis pas formée, je suis plutôt dans le pluri-sensoriel au

- 635 niveau graphisme, de dire voilà, comment je construis la lettre, au niveau du son je me
636 fais une image, une représentation mentale, J'aide l'enfant à se la trouver lui-même.
637 Mais je n'adopte pas une méthode ... je ne fais pas ABC Boum...
- 638 ● Étudiante : Ok, là c'est plus qu'est-ce que tu peux travailler en séance. Donc là tu me
639 dis, le graphisme, ...
 - 640 ● Ergo B : En séance, ça va être...
 - 641 ● Étudiante : S'il a des troubles intégrations neurosensorielle ?
 - 642 ● Ergo B : Déjà il va falloir creuser la dyspraxie elle vient de quoi ? est-ce qu'il n'y a
643 pas au niveau du sensori-moteur, de son développement moteur des choses qui n'ont
644 pas été bien comme il faut. Donc c'est vrai que les dernières formations que j'ai faites
645 m'ont fait changer. La formation sensori-motrice qui est toute récente me fait encore
646 plus revenir en arrière. Donc il y a des choses qu'on reprend, parce que le dyspraxique
647 il va pouvoir avoir aussi la difficulté d'écriture, elle vient de la tenue du crayon, certes,
648 du suivi de la ligne aussi, peut être au niveau neuro-visuel respect des lignes, mais elle
649 vient peut-être aussi d'un mauvais contrôle de l'axe, mauvais contrôle des épaules, ça
650 peut être un enfant qui est chewing-gum, qui tient pas assis. Donc déjà on va
651 retravailler au sol, beaucoup. Avant de travailler le distal, on va plutôt remonter à : est-
652 ce que je me tiens bien droit ? est-ce que j'arrive à bien faire le rampé et toutes mes
653 étapes de développement quand j'étais petit. Donc là on va repasser au tapis, au sol.
 - 654 ● Étudiante : Donc tu fais ça en premier ?
 - 655 ● Ergo B : Oui déjà je fais ça avant et bien travailler au niveau de la main. Est-ce qu'il a
656 une bonne connaissance de sa main, développer sa main extrinsèque/intrinsèque pour
657 développer déjà à bien tenir son crayon ? est-ce qu'il a une bonne sensibilité pour tenir
658 aussi suffisamment son crayon et après on commence au bout de plusieurs mois à
659 rentrer peut-être dans les lettres... Voilà tout dépend l'âge où ils en sont et les
660 difficultés qu'ils ont. Mais déjà il va y avoir un travail un peu global au niveau moteur
661 et sensoriel pour déjà remettre un peu tout dans les bonnes cases. Et puis après ça va
662 dépendre de l'enfant. Là j'en ai une en ce moment, c'est "moi je veux apprendre à
663 faire la marelle comme les copines à la récréation". Donc on va pouvoir faire ce travail
664 moteur global, mais quand même on travaille COOP et la marelle en fin de séance
665 5/10 minutes à chaque fois. Donc ça, ça va vraiment varier en fonction des objectifs
666 avec l'enfant, ses demandes aussi.
 - 667 ● Étudiante : Tu fais des séances de 45 minutes ?
 - 668 ● Ergo B : Je fais principalement 1heure. 45 min c'est pour les plus petits 2,5 ans/3 ans.
 - 669 ● Étudiante : Et donc sur les 1 heure, tu ne fais pas ...

- 670 ● Ergo B : Sur une heure je fais du moteur et sensoriel global au tapis les 20 premières
671 minutes, puis 20 minutes où on va plutôt travailler peut-être au tableau, soit tableau
672 blanc, soit tableau à craie, puis les 20 dernières où on est plutôt à table et on fait plutôt
673 des jeux, de l'écriture. On essaie de varier entre les enfants.
- 674 ● Étudiante : En fonction des enfants, des objectifs... l'envie et la fatigue du jour !
- 675 ● Ergo B : C'est ça ! et la motivation, un petit jeu pour les récompenser à la fin
- 676 **(12) Étudiante : Comment choisissez-vous les activités mises en œuvre durant les**
677 **séances ?**
- 678 ● -(couvert plus haut)
- 679 **(13) Étudiante : Dans quelle proportion ? sur quels critères ?**
- 680 ● -(couvert plus haut)
- 681 ● **(14) Étudiante : Comment déterminez-vous les priorités de votre plan**
682 **d'intervention ?**
- 683 ● Ergo B : On essaie de faire un peu le point avec les familles. Suite au bilan, quand je
684 vois l'enfant, je contacte les autres professionnels pour me présenter et essayer d'avoir
685 un projet commun pour l'année scolaire. Moi j'aime bien solliciter une Equipe
686 Educative à l'école, rencontrer l'enseignant, pourquoi pas l'AVS, pour se dire on part
687 tous cette année sur un objectif commun. Si c'est plus cette année, l'entrée dans la
688 lecture qui est importante, on va axer là-dessus, si c'est plus l'autonomie, l'habillage,
689 les lacets, c'est pareil, on va vraiment essayer de se calquer. Après il y a beaucoup
690 d'objectifs qui sont liés avec l'école. On va déjà se caler là-dessus, en fonction à la
691 maison il y a d'autres objectifs qu'on va choisir, mais...l'objectif c'est qu'il puisse
692 suivre sa scolarité quand même comme les copains. Donc on va essayer de se
693 coordonner les uns les autres, avoir les mêmes méthodes, s'envoyer les outils qui
694 fonctionnent au fur et à mesure que chacun les met en place. L'intérêt c'est d'essayer
695 d'avoir une cohésion et une ligne directrice.
- 696 ● Étudiante : Vous arrivez à le maintenir ce lien sur l'année ?
- 697 ● Ergo B : C'est difficile. Déjà si moi je ne fais pas l'effort de les contacter...ça ne les
698 soucie pas du tout et ils n'en voient pas l'intérêt. Donc quand je les appelle ils sont un
699 peu surpris. Je leur dis, mais vous connaissez l'enfant mieux que moi, moi j'arrive
700 comme un cheveu sur la soupe, voilà la demande[...]. Mais après je fais le point
701 régulièrement avec les familles.
- 702 ● Étudiante : Donc les familles peuvent faire le lien ?

- 703 ● Ergo B : Oui c'est ça, après ça peut être des échanges par mail avec les professionnels,
704 mais si je ne fais pas l'effort...
- 705 ● Étudiante : Il n'est pas fait dans l'autre sens ?
- 706 ● Non, il n'est pas fait !
- 707 ● **(15) Étudiante : Quelles autres actions menez-vous ? auprès de l'entourage famille**
708 **? école ? agissez-vous directement ou indirectement sur son environnement ?**
- 709 ● Ergo B : Oui plus des conseils à la maison de les aider. J'ai souvent la famille aux
710 séances au cabinet : soit les faire participer à la séance, soit en fin de séance faire un
711 point et leur donner les conseils à la maison, ce que j'ai travaillé en séance, au niveau
712 moteur et bien refaites-le à la maison, ou bien faites-moi le retour d'ici la semaine
713 prochaine, est-ce que ça a modifié des choses ? Et puis réfléchir avec eux. Y'en a qui
714 vont me dire, l'endormissement ce n'est pas possible, donc là on y réfléchit avec
715 l'enfant, on fait une petite méthode, une petite fiche outil pourquoi pas, on teste et la
716 semaine d'après on revoit. Et puis après moi quand je peux aller à l'école, l'intérêt
717 c'est aussi de conseiller la maîtresse, l'AVS, ...lui donner des outils, les expliquer : les
718 guide-doigts, les gabarits.
- 719 ● Étudiante : Ils sont ouverts là-dessus ?
- 720 ● Ergo B : Il y en a qui sont ouverts, après c'est toujours un peu difficile de rentrer en
721 contact avec eux, les enseignants. Donc c'est soit par mail si ils sont d'accord, soit
722 directement je vais dans la classe. En temps, c'est difficile, pour eux et pour nous de
723 nous dégager du temps, mais c'est important et c'est essentiel de pouvoir les
724 rencontrer en début d'année.
- 725
- 726 ● **(16) Étudiante : Utilisez-vous l'INS systématiquement ?**
- 727 ● Ergo B : Non, ça dépend
- 728 ● Étudiante : ça dépend vraiment de la demande et de la plainte ?
- 729 ● Ergo B : Oui

730 Réévaluation/influence Performance occupationnelle :

- 731 ● **(17) Étudiante : Comment évaluez-vous l'influence de l'intervention en**
732 **ergothérapie sur le quotidien de l'enfant ?**
- 733 ● Ergo B : Ça va être de faire un petit peu le point au bout de 6-7 mois en milieu
734 d'année. On refait le point avec la famille par rapport aux objectifs qu'on avait eu, est-
735 ce que ça a progressé, est-ce qu'ils voient des améliorations à la maison, est-ce qu'à
736 l'école ils voient des améliorations. En fonction on les abandonne et on passe à autre
737 chose. Après c'est beaucoup fait avec l'enfant, tu vois il y a des objectifs on se dit :

738 est-ce que tu penses qu'on est bon, par exemple l'activité compas : comment tu te
739 sens? à l'école ça va bien? est-ce qu'on doit reprendre des choses? Quand tout va bien,
740 je valide avec la maîtresse et hop on passe à autre chose.

741 ● Étudiante : C'est plus au fur et à mesure des objectifs.

742 ● Ergo B : Oui

743 ● Étudiante : Est-ce que tu refais passer des bilans que tu avais fait passer initialement

744 ● Ergo B : Je peux refaire passer des bilans mais pas forcément. Il va falloir qu'il y ait
745 une demande de renouvellement de dossier, souvent c'est ça, pour prolonger la
746 demande de suivi. Après je peux refaire quelques épreuves au bout d'un an, oui quand
747 même, pour voir, notamment au niveau de l'écriture. Si ça n'a pas été refait par
748 d'autres, en début d'année scolaire d'après, si je continue le suivi ou si je suis en fin de
749 prise en charge, je fais au moins repasser quelques épreuves, pour voir si les chiffres
750 montrent une vraie évolution et est-ce qu'on est arrivé au bout de ce que l'on devait
751 travailler en ergothérapie.

752 ● **(18) Étudiante : A quel moment finalisez-vous l'intervention/fin de prise en soin ?**

753 ● Ergo B : Alors ça c'est variable. Souvent c'est lié à l'année scolaire. Après, c'est
754 vraiment en accord avec la famille, l'enfant. Et puis-moi si je pense que j'ai été au
755 bout de mes objectifs et souvent les familles nous font énormément confiance, les
756 enfants adorent venir en ergothérapie pour la plupart, donc on pourrait les garder toute
757 leur vie ! C'est aussi des fois de faire le point, reconnaître que je suis arrivée à mes
758 limites par rapport à ses difficultés, qu'on pourra peut-être reprendre dans quelques
759 années. Donc c'est vraiment variable d'un enfant à l'autre.

760

761 ● **(19) Étudiante : Quels changements et améliorations constatez-vous ? ou par**
762 **retour de la famille/enseignants**

763 ● Etudiante : je pense qu'on avait déjà pas mal parlé, je regarde juste si j'avais noté
764 d'autres choses... On a parlé pas mal du scolaire, est-ce que pour revenir un petit peu
765 à ce qui est émotions, comportement, on te fait des retours là-dessus suite à ton
766 intervention ou pas ?

767 ● Ergo B : Après ça va pouvoir être un point global effectivement, de manière générale :
768 moins de fatigue à l'école, des aménagements mis en place, donc un enfant qui est
769 mieux compris et qui du coup bouge moins, a moins de troubles du comportement. A
770 la maison il peut y avoir ce retour, un enfant qui dort mieux. Toutes les semaines de
771 toutes façons je demande à la famille comment ça se passe, s'il y a des améliorations
772 et qu'ils me tiennent au courant si vraiment il y a quelque chose de radical mis en
773 place, ou, qu'il y ait une recrudescence ... J'en ai un petit, un dyspraxique, c'était ça, à

774 Noel, reprise du mâchage, il reprenait à manger le bord de son lit, la table du salon.
775 Donc là on s'est dit qu'est-ce qu'il se passe. Angoisse derrière, donc pas liée
776 forcément moi à ma pratique, mais une angoisse, on a été creusé, c'était une angoisse
777 due à une charge de travail à l'école qui avait augmenté un peu et puis au bout d'un
778 moment il a sorti qu'il se faisait harceler par des copains depuis la rentrée. Une fois
779 que c'est sorti il y a des choses qui ont pu être mises en place à l'école. On essaie
780 d'être assez à l'écoute de ça. [...] L'espace d'ergothérapie est souvent quand même un
781 espace où l'enfant se livre pas mal, dans le jeu, dans la discussion comme ça, on arrive
782 à creuser un peu.

783 **Ouverture :**

- 784 • **(20) Étudiante : Que pensez-vous de la place de l'INS en pédiatrie libérale ?**
- 785 • Ergo B Essentielle on va dire! Il faut que tous les ergos se forment à l'INS, non mais
786 c'est impressionnant tous les profils qu'on a. Déjà je me suis formée à ça parce que
787 depuis que je suis en libéral et que je travaille en pédiatrie du coup, puisque c'est
788 l'objet central de l'intervention en libéral, ça me posait question et aujourd'hui on est
789 au coeur du problème. C'est tous des enfants, que ce soient les enfants avec troubles
790 des apprentissages, les enfants autistes forcément, mais même les autres, il y a de
791 toute façon un trouble sensori-moteur, donc à la fois moteur et sensoriel. Il est
792 important de se dire qu'il faut qu'on ait cette lecture là et on est les seuls à l'avoir.
793 Donc c'est surtout ça, parce que tout le monde, quand je vois les comptes rendus des,
794 même des plus grands qui arrivent, tout le monde a repéré qu'il y a un problème, ou
795 une hypersensibilité tactile, ou auditive, on l'a tous repéré, sauf que personne n'a traité.
796 Et donc on se dit que c'est vraiment ça qui peut être à la base d'un trouble attentionnel,
797 ou une fois qu'on va l'avoir réglé c'est un enfant qui va moins bouger, en tout cas, il
798 n'y aura plus ce diagnostic de posé. Forcément ça colore l'autisme, on ne peut pas
799 régler complètement si c'est lié à l'autisme, mais on peut remettre dans des cases
800 certaines choses. Je me dis que pour les dyspraxiques, dyslexiques, il y en a un paquet
801 qui ont des troubles sensoriels et des troubles sensori-moteur dans leur développement.
802 Et c'est là où c'est bien d'avoir les 2 formations. Et là on va se former nous aux
803 réflexes archaïques la semaine prochaine, je pense que ça va encore bouleverser. C'est
804 une formation ouverte à tous les professionnels, mais d'avoir cette connaissance c'est
805 un plus. Par contre l'Intégration NeuroSensorielle, c'est ergo, en tout cas la thérapie
806 qu'on met en place c'est ergothérapique. Les autres, il faut qu'ils arrêtent de dire qu'ils
807 en font. Ils ne font pas de la modulation, ils font un travail de stimulation, mais pour ces

808 enfants-là c'est contre-productif. On surstimule des domaines dans lesquels ils n'ont
809 pas encore bien mis dans les cases, donc ça ne va pas. En pédiatrie, il faut qu'on ait ce
810 regard, il faut que vous aussi vous soyez formés au développement moteur déjà de
811 l'enfant, de base, au fonctionnement sensori-moteur et à l'intégration sensorielle, ça
812 c'est obligatoire. Et il faut que les ergos s'engouffrent là-dedans, sinon les psychomots
813 vont s'y mettre.

814 Même en étant formée à ça, je ne vais pas forcément m'attaquer à ça, mais c'est bien
815 d'avoir une boîte à outil.

816 ● Étudiante : Oui comme le reste

817 ● Ergo B : Oui, parce qu'un trouble sensoriel pur, moi j'en ai qui viennent que pour ça.
818 Déjà, c'est jamais pur, derrière, quand tu creuses y'a souvent une dyspraxie, des fois
819 aussi dyslexie. Bon après qui vient après l'autre, ça ... mais y'a pas que ça. De toutes
820 façons faire du sensoriel pour faire du sensoriel on ne peut pas non plus. Je n'ai jamais
821 vu un enfant qu'avec des troubles sensoriels, là c'est une autre pathologie.

822 ● Ergo B : Donc pour moi en pédiatrie, il va falloir que les ergos s'ouvrent à ça et ose
823 aussi montrer qu'on a d'autres compétences que la compensation informatique. C'est
824 bien, il y en a besoin pour les enfants qui grandissent et qui n'arrivent pas à
825 effectivement rattraper leur retard et pour les accompagner dans les apprentissages et
826 leur scolarité, il va falloir ça. Mais si on les prend avant ce sera aussi beaucoup mieux.
827 On peut travailler l'écriture avant et puis de façon globale, sensori-motrice.

828 ● Étudiante : Plutôt que de la réadaptation à 12 ans

829 ● Ergo B : Oui voilà c'est ça

830 ● (La compensation informatique) Aujourd'hui c'est la mode et on est connus et
831 reconnus que pour ça.

832 ● Ergo B : L'étiquette intégration sensorielle de cabinet nous amène des enfants plus
833 jeunes. On a même maintenant des prescriptions de bilans sensoriels. Mais on n'est
834 pas suffisamment à faire du suivi. On est trop peu nombreuses. En plus si tu veux
835 vraiment faire de l'INS pur il faut le matériel, un cabinet...

836 ● **(21) Étudiante : Quelles sont pour vous aujourd'hui les limitations liées à**
837 **l'accompagnement en ergothérapie de ses enfants ?**

838 ● (cf ci-dessus) +

839 ● Ergo B : Parce qu'avant je pouvais faire le protocole du brushing, me déplacer avec un
840 ballon, une planche à roulette, un tapis au sol, mais si tu veux vraiment faire du proprio
841 et surtout du vestibulaire, il faut des balançoires, si vraiment tu veux faire le travail de

- 842 base et de fond et puis il faut de la place. Dans les écoles ou à la maison, ça n'est pas
843 possible.
- 844 ● Étudiante : Et le vestibulaire tu ne l'auras pas...
- 845 ● Ergo B : Oui, ça nécessite d'avoir un cabinet et du matériel pour le faire.
- 846 ● Étudiante : Donc dans les limitations il y a ça et le fait que vous ne soyez pas beaucoup
847 à être formées et à pratiquer.
- 848 ● Ergo B : Oui voilà c'est ça
- 849 ● **(22) Ressentez-vous un besoin d'un suivi/mentor/groupe après la formation INS**
850 **sur des cas pratiques ou mise en oeuvre?**
- 851 ● – (non abordé)
- 852 ● **(23) Étudiante : Y-a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?**
- 853 ● Ergo B : Il faut qu'on recommuniquent sur notre profession, que l'on nous voit comme
854 des rééducateurs au même titre que les autres, qui s'occupent des troubles. On est sur
855 des objectifs et des activités concrètes.
- 856 **(24) Étudiante : Avez-vous des questions ?**
- 857 **Biométrie** (seront posées à la fin pour ne pas influencer, notamment pour les questions sur la
858 formation INS)
- 859
- 860 ● **(25) Genre : H/F F**
- 861 ● **(26) Étudiante : Quelle est l'année obtention de votre DE ? 2004**
- 862 ● **(27) Étudiante : Avez-vous été sensibilisé(e) à l'INS lors de la formation initiale ?**
863 Non
- 864 ● **(28) Étudiante : Avez-vous suivi une/des formations spécifiques INS O/N**
- 865 ● **Année de la 1ère formation : 2018**
- 866 ● **Avez-vous suivi d'autres formations liées à votre activité d'ergothérapie :**
867 **DU, autre..?**
- 868 ● Ergo B : COOP, MCRO, INS, sensori-motricité, la on va se former aux réflexes
869 archaïques
- 870 ● **(29) Étudiante : Vous exercez en :**
- 871 ● **libéral**
- 872 ● **cabinet** Oui
- 873 ● **domicile/école** Ergo B : Oui, mais plus rarement - à l'école et donc pas
874 d'INS

- 875 • les 2
- 876 • institution
- 877 • SESSAD
- 878 • CMP
- 879 • CAMSP
- 880 • IME

881 autre: ...

882 **Remerciements :**

- 883 • (30) Étudiante : M'autorisez-vous à vous recontacter si besoin de complément
884 d'information ? Ergo B : Oui
- 885 • (31) Étudiante : Souhaitez-vous recevoir mon mémoire de fin d'étude ? Ergo B :
886 Oui

887 ANNEXE 27 - ENTRETIEN AVEC ERGOTHERAPEUTE C

888 (Identifié Ergo C dans la retranscription et EC dans le corps du mémoire)

889

890 **Généralités**

- 891 • Étudiante : Dans le cadre d'une prise en soin d'un enfant avec des troubles de
892 type dyspraxiques (diagnostic formel non obligatoire) présentant un doute quant
893 à des troubles INS associés :
- 894 • Ergo C : Quand tu regardes, quasiment tous y'a des troubles INS, plus ou moins graves
895 et j'allais dire, plus ou moins handicapants dans les activités de la vie quotidienne.
896 Après il faut savoir où on place le curseur, parce que des fois, il peut y avoir des
897 troubles, mais si les enfants compensent et que ça ne pose pas de difficultés, on ne va
898 pas aller chercher non plus. Mais quand tu regardes, même nous, tu te rends compte que
899 même nous y'a des choses qui dérangent et quand tu cherches tu te rends compte que
900 oui en effet, il y a ça que je n'aime pas faire et que je n'arrive pas à faire et pourquoi...
901 voilà. Et pourtant on a fait des études, ça ne nous a pas empêché, on l'a compensé. Du
902 moment que ça n'est pas gênant dans le quotidien... Là où c'est problématique c'est
903 quand ça commence à impacter les apprentissages. Et là il faut faire quelque chose.
- 904 • (1) par qui vous sont adressés les enfants dyspraxiques que vous suivez ?
- 905 • Ergo C : Alors la plupart du temps par l'école, par certains médecins, de plus en plus,
906 qui m'ont repérée, puis par le bouche à oreille d'un parent à l'autre.
- 907 • (2) Étudiante : Quel(s) est(sont) la(les) demande(s) initiale(s) du médecin/des
908 parents/de l'enfant et l'origine de la demande

- 909 • Ergo C : Alors une prescription j'en ai toujours une, j'en demande toujours une. La
910 demande initiale des parents, le plus souvent c'est le graphisme, motricité fine, après ça
911 peut être aussi des problèmes d'activités de la vie quotidienne, des enfants qu'ont du
912 mal à s'habiller, des enfants qu'ont du mal à entrer dans l'activité, des enfants, où on
913 doit toujours être derrière eux pour leur dire de faire ci, de faire ça, des parents qui sont
914 épuisés et qui ont fait tout un tas de professionnels avant. C'est un peu la problématique
915 qu'on a ici en France et particulièrement en Haute-Garonne. C'est que les parents
916 arrivent presque en fin de parcours, épuisés, là où tout le monde leur a dit « moi j'ai fait
917 tout ce que je peux, maintenant on ne peut plus rien, allez voir l'ergo ». La petite fée
918 clochette quoi, quand on ne sait plus quoi faire ! Donc c'est aussi des enfants qui sont
919 épuisés, dans le sens où ils en ont ras le bol des prises en charge. Ils ont quelques fois
920 des emplois du temps de ministre, donc ils arrivent dans un contexte un peu... un nième
921 bilan, une nième prise en charge et dans un truc où ils ont tout essayé et ils sont déjà
922 vieux, enfin vieux... ils ont déjà 12 ans. On se pose la question de l'entrée en 6^{ème} et on
923 fait quoi ?
- 924 • Etudiante : tu me dis qu'ils viennent essentiellement pour des difficultés sur le
925 graphisme, la motricité fine, mais est-ce que ça arrive qu'ils mettent en avant des
926 difficultés sur les émotions ou le comportement ?
- 927 • Ergo C : de plus en plus. Alors, ce n'était pas forcément de prime abord au début, mais
928 de plus en plus j'ai des personnes qui viennent maintenant avec des choses moins
929 ciblées, comme le graphisme par exemple, avec in fine, d'après les parents et surtout
930 d'après l'école l'idée de l'ordinateur, il ne faut pas se leurrer. Parce que c'est l'école
931 qui ne cherche pas : « mais il a des problèmes il faut le mettre sur ordi », point, ils ne
932 cherchent pas. C'est un autre débat. Mais j'ai de plus en plus des enfants qui ne
933 viennent pas pour l'ordi, qui viennent parce qu'il y a des problèmes d'émotions à gérer,
934 parce qu'il y a des problèmes de motricité fine quand même. Donc j'ai de plus en plus
935 de demandes sur la gestion des émotions, où c'est vraiment des demandes comme ça,
936 des enfants qui bougent tout le temps, qui ont du mal à se concentrer. Tu vois là depuis
937 le début de l'année, je vois vraiment un changement dans les demandes.
- 938 • Etudiante : donc ça c'est plus du bouche à oreille
- 939 • Ergo C : c'est plus du bouche à oreille des parents et des médecins je pense.
- 940 • **(3) Étudiante : Quel est l'âge environ du début de prise en soin ? En quelle**
941 **proportion approximativement ?**
- 942 • Ergo C : Du coup j'ai de plus en plus de jeunes, d'enfants qui sont au primaire. La
943 majorité c'est CP/CE1. C'est là où on voit les difficultés. C'est là où ils doivent avoir

944 un comportement social adapté. Encore en maternelle..., à partir de CP/CE1, on leur
945 demande d'être élève et c'est là où les petites choses qui étaient gérables en maternelle,
946 ne sont plus gérables en classe. C'est là où on entre dans le graphisme, c'est là où leur
947 demande des choses de plus en plus précises, donc voilà...

948

949 • **(4) Étudiante : En quoi consiste votre premier contact/approche auprès de l'enfant
950 et des parents ?**

951 • Ergo C : Lors du premier contact je leur précise comment moi je travaille, donc l'INS
952 et toutes les activités à côtés, l'ergo en général, parce que l'ergo ça n'est pas que l'INS.
953 Il faut bien se rendre compte que quand tu es ergo, tu es ergo et l'INS n'est qu'un outil
954 de plus parmi tous ... donc en fait tu fais plein de petites choses en même temps. Là tu
955 fais l'INS, mais en même temps tu travailles la planification et en même temps on va
956 travailler tout ce qui est concentration, visuo-spatiale. Tu vois, on ne fait pas que de
957 l'INS, on fait plein de choses. Donc j'explique un peu comment je travaille et de toutes
958 façons en tant que libéraux, on a maintenant l'obligation de faire un devis du bilan et
959 des séances, donc je renvoie un devis avec une plaquette sur l'ergo, l'INS. Et après ils
960 accrochent ou ils n'accrochent pas.

961 • Etudiante : Il y en a qui ne reviennent pas ?

962 • Ergo C : oui il y en a toujours mais pas énormément. Après est-ce qu'ils ne viennent
963 pas parce que c'est l'INS, est-ce qu'ils ne viennent pas parce que financièrement...

964 **Evaluation initiale/Bilans**

965 • **(5) Étudiante : Quels éléments utilisez-vous pour votre évaluation initiale ?**

966 • Ergo C : je fais plein de choses. J'utilise des bilans cotés comme le Purdue, comme le
967 BHK, tout ce qui va être le test des H ou des cloches, le DTPV le 2, le 3, ... ce sont les
968 bilans qui plaisent aux médecins, avec des chiffres et qu'ils comprennent. Mais après
969 j'utilise énormément de bilans écologiques et d'observation donc de mises en situations
970 scolaires, comment fait l'enfant pour écrire, découper, tirer un trait, pour boutonner,
971 faire des lacets... enfin voilà, j'observe. Ça aussi j'explique bien aux parents qu'un
972 bilan c'est à un instant t, vue par une certaine personne. Même dans les bilans cotés y'a
973 une part d'observation, je ne fais pas que ... il y a toute l'observation de comment se
974 comporte l'enfant, de comment il va agir sur le bilan... voilà il y a toute une
975 observation à côté. Je pense que c'est la richesse même de la vision d'ergo, c'est le
976 cœur de notre métier. Toute cette observation qu'on est capable de faire, à partir d'un
977 bilan, d'une feuille et d'une paire de ciseau, tout ce qu'on peut dire sur un enfant.

978 • **(6) Étudiante : Faites-vous systématiquement des bilans INS ?**

- 979 • Ergo C : y'un questionnaire, le Profil Sensoriel, que je donne aux parents avant, quand
980 je donne le devis, que j'informe sur l'INS, etc... je donne aussi le Profil Sensoriel,
981 qu'ils me rapportent le jour du bilan.
- 982 • Etudiante : tu leur donnes systématiquement ?
- 983 • Ergo C : oui, ce qui me donne déjà une vision de l'enfant à la maison, des difficultés et
984 de comment se comporte l'enfant. Et mine de rien ça fait aussi réfléchir les parents sur
985 leur enfant. « Ah mais oui c'est vrai qu'il fait ça ». Y'a des choses c'est tellement dans
986 le quotidien que les parents ne s'en rendent pas forcément compte, mais quand on
987 commence à poser des questions et qu'ils doivent répondre par beaucoup, souvent... et
988 bien ils se disent « ah mais c'est vrai que dès qu'on lui met des manches un peu
989 longues, il est gêné, il crise, il pleure ... ça fait réfléchir et ça commence à poser
990 certaines choses et les faire réfléchir sur le comportement.
- 991 • Etudiante : Ils te ramènent le Profil Sensoriel au rendez-vous du bilan ? Et tu fais
992 d'autres bilans INS en fonction ?
- 993 • Ergo C : Oui je fais, le De Gangi, c'est le plus courant, après c'est plus de
994 l'observation, comment il fait pour marcher sur une ligne, des petites séries de gestes,
995 ...
- 996 • Etudiante : Tu m'avais parlé du QNST ?
- 997 • Ergo C : Oui le QNST. C'est pas typiquement profil sensoriel, c'est aussi neuro, du
998 coup je ne fais pas tout, quelques items.
- 999
- 1000 • **(7) Étudiante : Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses habitudes de**
1001 **vie ? loisirs ?**
- 1002 • **O/N**
- 1003 • **Sous quelle forme : formelle (outil ? ex MCRO) / informelle (discussion**
1004 **ouverte)**
- 1005 • Ergo : Dans l'idéal oui, on parle forcément des activités de la vie quotidienne.
1006 J'interroge aussi les parents, comment se comporte l'enfant, ou est-ce qu'il a
1007 des difficultés et est-ce que les parents ont mis des choses pour ne pas que
1008 l'enfant soit en difficulté. Par ce que des fois, sans s'en rendre compte on met
1009 en place des choses parce qu'il y a une activité qui est difficile. Et en fait on ne
1010 se rend plus compte de la difficulté jusqu'à ce que l'enfant aille chez le grand-
1011 parent et là l'enfant n'arrive plus à prendre sa douche, ben pourquoi ? Donc
1012 j'interroge là-dessus. Est-ce qu'il y a des choses qui continuent à être difficiles.

- 1013 Après l'enfant je vais l'interroger, plus sur qu'est ce qui est difficile pour lui et
1014 qu'est-ce qui est important pour lui de résoudre
- 1015 • Etudiante : un peu sur le type MCRO ?
 - 1016 • Ergo C : Oui voilà.
- 1017 • **(8) Étudiante : Discutez-vous avec l'enfant et/ou ses parents de ses points forts et**
1018 **difficultés du quotidien ?**
- 1019 • **O/N**
 - 1020 • **Sous quelle forme : formelle (outil ? ex : OT Hope) / informelle (discussion**
1021 **ouverte)**
 - 1022 • Ergo C : Oui l'OTHope, mais pas forcément en bilan. Le bilan me permet de
1023 voir qu'est-ce qui ne va pas, qu'est-ce qui est difficile. Après, une fois qu'on a
1024 vu avec les parents ce qu'on pouvait faire, ce que je propose moi comme plan
1025 de rééducation et dans quel but, je vois aussi avec l'enfant ce qui est important
1026 pour lui, parce que de toutes façons, tout ce qui est difficile va ressortir dans les
1027 activités qui sont importantes pour lui. Donc en fait, ensuite je vais plus orienter
1028 mes séances sur des activités qui sont importantes pour lui.
- 1029
- 1030 • **(9) Étudiante : Comment sont établis les objectifs et le plan d'intervention ?**
- 1031 **(10) Étudiante : Sont-ils expliqués en amont aux parents et à l'enfant ? De quelle**
1032 **manière ?**
- 1033 • Etudiante : Donc toi de ton bilan, tu en ressors les points à travailler et tu en discutes
1034 avec l'enfant et les parents pour définir des priorités ?
 - 1035 • Ergo C : Oui. Donc moi déjà dans le bilan je mets déjà ce que j'ai observé et qu'est-ce
1036 qui est important à travailler en priorité d'après moi. Parce que par exemple un enfant
1037 qui a des difficultés de motricité fine, ça ne sert à rien de travailler la motricité fine si
1038 il n'a pas un bon positionnement et si au niveau de la ceinture scapulaire y'a rien... ça
1039 ne sert à rien. Ça il faut l'expliquer aux parents : ok on va travailler la motricité fine,
1040 mais avant il y a d'autres choses à travailler.
 - 1041 • Etudiante : et donc ça justement tout ce qui est postural ou positionnement tu le vois
1042 avec quel bilan en particulier ou observation ?
 - 1043 • Ergo C : ben tu le vois avec tout en fait. Et c'est ce que j'explique aux parents. Tu ne
1044 peux pas dire y'a tel test qui dit telle chose, donc c'est ça. C'est vraiment un faisceau
1045 d'informations. Et d'une activité à l'autre tu retrouves les mêmes choses, c'est qu'il y
1046 a vraiment un problème. L'INS confirme, mais c'est plein de petites infos données à

1047 travers les bilans et après c'est à toi de rassembler toutes ces infos et de former
1048 quelque chose de cohérent.

1049 **Intervention**

1050 • **(11) Étudiante : Quelle méthode d'intervention / approches utilisez-vous avec ces**
1051 **enfants ?**

1052 • Ergo C : ça dépend de ce qu'il y a à travailler

1053 • Etudiante : Commences-tu systématiquement par de l'INS pour les recentrer ?

1054 • Ergo C : très souvent je commence par l'INS par ce que déjà ça permet de faire quelque
1055 chose qui leur plaît (ah moins qu'ils me disent non, mais c'est rare). Très souvent ça
1056 permet de nouer un bon contact, de bonnes relations, car comme je te l'ai dit ce sont
1057 des enfants qui arrivent en bout de parcours, donc bouger des petites pions ils en ont raz
1058 le bol et que les mettre sur une table, une chaise... pfff... ils en ont fait... ça permet de
1059 travailler un peu différemment, pas forcément de la balançoire, du trampoline, mais
1060 c'est vrai que très souvent... puis les enfants dyspraxiques ont très souvent des
1061 problèmes de dissociations des hémicorps, donc c'est important déjà de travailler là-
1062 dessus. Donc ça dépend après de ce qui est ressorti du bilan, mais le plus souvent, c'est
1063 la base. Après il n'empêche que dans la séance il va y avoir ça déjà, une activité de
1064 recentrage, parce que ce sont des enfants très souvent dispersés et après, suivant ce
1065 qu'il y a à travailler, soit la posture, soit le croisement de la ligne, soit la dissociation,
1066 soit la coordination etc... et après on finit par une activité qui est un peu plus
1067 fonctionnelle, par exemple avec le crayon. Dans l'idéal, j'essaie de faire ça, c'est pas
1068 toujours réalisable, parce qu'on a des temps de séances qui sont assez structurés, les
1069 gens qui viennent les uns derrière les autres donc je ne peux pas trop dépasser.

1070 La durée des séances c'est en fonction des enfants, la grande majorité c'est 45 minutes.

1071 • Etudiante : et la méthode COOP par exemple tu l'utilises ?

1072 • Ergo C : je ne suis pas formée à la méthode COOP

1073 • **(12) Étudiante : Comment choisissez-vous les activités mises en œuvre durant les**
1074 **séances ?**

1075 - (couvert plus haut)

1076 • **(13) Étudiante : Dans quelle proportion ? sur quels critères ?**

1077 - (couvert plus haut)

1078 • **(14) Étudiante : Comment déterminez-vous les priorités de votre plan**
1079 **d'intervention ?**

1080 - (couvert plus haut)

- 1081 • **(15) Étudiante : Quelles autres actions menez-vous ? auprès de l'entourage**
 1082 **famille ? école ? agissez-vous directement ou indirectement sur son**
 1083 **environnement ?**
- 1084 • Etudiante : Est-ce que tu préconises pour certains enfants, la diète sensorielle, ou des
 1085 outils qu'ils peuvent utiliser à l'école ? des coussins dynamiques ce genre de choses ?
- 1086 • Ergo C : Oui ça peut être les coussins dynamiques, ça peut être les fidgets. Donc oui on
 1087 travaille beaucoup au niveau sensoriel, déjà on explique aux parents pourquoi l'enfant
 1088 réagit comme ça, qu'est ce qu'on peut faire pour le soulager, parce que c'est une
 1089 souffrance aussi pour les enfants. Ça peut être aussi au niveau des fidgets : donc j'en ai
 1090 toujours 2/3 pour montrer aux parents qu'est ce qui peut être bien pour eux et je les
 1091 essaie en séance. Je travaille aussi sur les gros ballons. Alors ils ne peuvent pas les
 1092 prendre à l'école, mais à la maison. Et en principe quand on va travailler à la table, je
 1093 demande aux enfants de choisir. La chaise seule, la chaise avec coussin dynamique ou
 1094 le gros ballon. Et c'est eux qui choisissent avec lequel ils préfèrent. On va dire que 80%
 1095 choisissent le ballon, 15% la chaise et le coussin dynamique...
- 1096 • Etudiante : et du coup ils peuvent le mettre en place à l'école après ?
- 1097 • Ergo C : le gros ballon non, le coussin dynamique et les fidgets très facilement. Après
 1098 du moment que ça ne fait pas de bruit...les enseignants voient l'efficacité parce que
 1099 sinon ce sont des enfants qui vont jouer avec le clic-clic du stylo quatre couleurs, donc
 1100 en classe c'est insupportable, ils vont faire du bruit avec la règle, ...
- 1101 • Etudiante : donc c'est bénéfique pour tout le monde !
- 1102 • Ergo C : c'est ça, c'est bénéfique pour tout le monde !
- 1103 • **(16) Étudiante : Utilisez-vous l'INS systématiquement ?**
- 1104 • Ergo C : Quasiment oui.
- 1105 **Réévaluation/influence Performance occupationnelle :**
- 1106 • **(17) Étudiante : Comment évaluez-vous l'influence de l'intervention en**
 1107 **ergothérapie sur le quotidien de l'enfant ?**
- 1108 • Ergo C : beaucoup sur les retours, sur les évaluations que je refais
- 1109 • Etudiante : celles que tu avais fait au début ?
- 1110 • Ergo C : Oui voilà, pour voir un peu la différence. Sur les retours de ce qui a été mis
 1111 en place au début, maintenant...
- 1112 • Etudiante : donc les bilans initiaux tu en refais certains pour voir où ça en est ? mais
 1113 pas tous systématiquement ? c'est plus en fonction de ce que tu as travaillé ?
- 1114 • Ergo C : c'est plus en fonction et aussi de ce qui me paraît pertinent. Puis ce n'est pas
 1115 une séance de bilans, je les case dans une séance, puis une autre...

1116

1117 • **(18) Étudiante : A quel moment finalisez-vous l'intervention/fin de prise en soin ?**

1118 • Ergo C : Alors ça c'est le plus compliqué. Ça je suis toujours en travail là-dessus. J'ai
1119 beaucoup de mal parce que c'est compliqué. Même quand tu vois que l'enfant il est
1120 bien, qu'il n'y a plus besoin d'ergo, ça n'est pas forcément évident d'expliquer aux
1121 enfants, ni aux parents. Et c'est vraiment compliqué. J'ai des parents au début qui se
1122 sont vexés et se sont sentis rejetés, abandonnés. Donc maintenant je fais beaucoup de
1123 travail, je commence en amont à l'anticiper. J'anticipe en disant, ben voilà, s'il
1124 continue comme ça d'ici quelques mois on va passer à une séance sur 2. Et puis après,
1125 si ça va bien, on peut essayer de voir une fois par mois. J'essaie comme ça d'espacer
1126 et en disant on peut aussi arrêter. Et si vous sentez que ça ne va pas, qu'il y a un
1127 besoin, on trouvera un créneau. Par ce que trouver un créneau de temps en temps, tu
1128 fais une heure de plus le soir, tu arrives à le caser. En tous cas, moi, c'est la solution
1129 que j'ai trouvée. Je ne sais pas si c'est la solution miracle. Mais ça tranquillise le
1130 parent, il sait qu'il peut revenir et puis ça peut être par objectif. Ça peut être en début
1131 d'année, on prend quelques séances pour mettre en place comme il faut l'année, mettre
1132 en place quelques petites choses pour rassurer et puis après ça va...

1133 • **(19) Étudiante : Quels changements et améliorations constatez-vous ? ou par**
1134 **retour de la famille/enseignants**

1135 • Etudiante : Quels sont les retours principaux que tu as pour ces enfants-là que ce soit à
1136 l'école ou à la maison ?

1137 • Ergo C : oui c'est un tout. C'est-à-dire que c'est des enfants, ils viennent me voir très
1138 souvent pour la motricité fine et le graphisme, mais après les parents se rendent
1139 compte qu'il y a plein de choses qui changent dans la façon même d'être de l'enfant.
1140 Les enfants qui vont plus se prendre en charge. J'ai plein de retours là-dessus : je n'ai
1141 plus besoin de lui dire 15 fois, va t'habiller, va à la douche, tu ne t'es pas lavé les
1142 cheveux... Voilà ils commencent à se prendre un peu en charge. Alors ok ils
1143 grandissent aussi, mais quand c'est une vraie problématique à un âge où ça ne devrait
1144 plus être une problématique, y'a quand même eu quelque chose.

1145 Ça peut être des enfants où ok ils améliorent le graphisme, déjà ouaou ! alors qu'on
1146 n'a quasiment pas travaillé le graphisme. Ils arrivent à suivre les cours, énorme ! et des
1147 choses bêtes, mais par répercussions : ils arrivent à couper la viande, chose qu'ils
1148 n'arrivaient pas à faire. Voilà quand à 12 ans un enfant n'arrive toujours pas à couper
1149 sa viande...c'est problématique. Mais ça c'est des choses où tu dois souvent aller à la
1150 pêche aux infos. C'est des choses qu'on ne te dit pas forcément par défaut parce que

1151 comme ça se met en place petit à petit les parents ne s'en rendent même pas compte et
1152 se disent mais c'est vrai ! J'ai souvent des retours quand la famille vient et que ça fait
1153 longtemps qu'ils n'ont pas vu l'enfant et là ont un retour : « ah oui il est allé voir sa
1154 grand-mère et elle m'a dit ça, mais oui c'est vrai ! ».

- 1155 • Etudiante : Tu m'as dit au début que certains viennent te voir pour le comportement,
1156 l'agitation, ou les émotions. Là aussi c'est des retours que tu peux avoir ?
- 1157 • Ergo C : oui des enfants qui sont plus calmes. Alors à savoir que c'est pas forcément
1158 du tac o tac. Il faut plus de temps, il faut trouver pourquoi l'enfant est agité, pourquoi
1159 l'enfant n'arrive pas à se concentrer. Il faut d'abord trouver la cause : est-ce que c'est
1160 parce qu'il ne ressent pas son corps qu'il a tout le temps besoin de bouger pour le
1161 ressentir, est-ce que c'est par ce qu'il y a trop de stimulations visuelles autour de lui et
1162 que donc il ne peut pas se concentrer sur une chose, ou trop de stimulations auditives.
1163 Mais ça peut être 1001 choses qui font qu'il n'arrive pas à se concentrer. Après il faut
1164 pouvoir mettre les choses en place et ça ça n'est pas toujours évident.
- 1165 • Etudiante : Est-ce que tu as des retours sur l'estime ou la confiance en soi qui pourrait
1166 être améliorée ? ou indirectement par le fait de mieux maîtriser ces gestes du
1167 quotidien.
- 1168 • Ergo C : J'ai pas de retour directement de ça mais c'est des enfants qui vont être plus
1169 ouverts. Les parents ne le disent pas forcément, mais des enfants plus ouverts, plus
1170 souriants. Ça joue forcément, mais ce n'est pas forcément quelque chose qu'on aborde
1171 de manière directe.

1172 **Ouverture :**

- 1173 • **(20) Étudiante : Que pensez-vous de la place de l'INS en pédiatrie libérale ?**
- 1174 • Ergo C : c'est un outil de plus. Il ne faut pas être que fermé là-dessus car après c'est un
1175 piège et tu peux ne voir que par l'œil de l'INS et si tu fais ça tu passes à côté de
1176 beaucoup de choses. Faut pas oublier qu'on est ergo avant tout, c'est...
- 1177 • Etudiante : il faut plus regarder avant tout l'enfant... ses difficultés...
- 1178 • Ergo C : voilà, l'enfant, ses difficultés
- 1179 • **(21) Étudiante : Quelles sont pour vous aujourd'hui les limitations liées à**
1180 **l'accompagnement en ergothérapie de ses enfants ?**
- 1181 • Ergo C : la limitation que je vois, c'est le libéral et le fait qu'il n'y ait pas de
1182 financement. Il peut y avoir la MDPH, mais c'est pas énorme, y'a aucun
1183 remboursement et donc ce sont des séances qui sont très limitées. Limitées en temps et
1184 en fréquence. Alors que des fois y'aurait besoin limite tous les 2 jours, alors pas
1185 forcément ergo, mais ça pourrait être un vrai partenariat avec les parents. Et l'autre

1186 limitation c'est l'implication des parents qui des fois n'est pas au top pour des raisons x
1187 ou y. Parce qu'ils ont plein de choses à gérer, parce qu'ils en ont marre, parce
1188 que...pris dans le quotidien, 3 autres gamins à gérer, il faut les gérer quand même.
1189 Donc voilà, le tout est toi, de trouver quelle approche avoir avec ce parent-là pour le
1190 motiver, partir sur de tout petits objectifs, mais réalisables. De faire des choses qui vont
1191 prendre 2-3 min par jour, mais de lui dire si c'est 3 min vous avez réussi à les faire tous
1192 les jours, déjà il va y avoir du changement. Essayer de les motiver comme ça. Mais
1193 c'est vraiment la limite en libéral par rapport à un enfant qui est en centre, où là tu les
1194 vois tous les jours, donc y'a une routine...

1195 • **(22) Étudiante : Ressentez-vous un besoin d'un suivi/mentor/groupe après la**
1196 **formation INS sur des cas pratiques ou mise en œuvre ?**

1197 • **(23) Étudiante : Y-a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?**

1198 • Ergo C : je pense que tu as à peu près tout vu. Si peut être que je ne fais pas toujours
1199 attention au diagnostic de l'enfant en tant que tel. Parce que je trouve qu'il y a
1200 beaucoup de diagnostics... On met vite des étiquettes aux enfants et moi ça me dérange
1201 vraiment... et je trouve que plus je pratique, moins je vois que ces étiquettes collent.
1202 Donc c'est à ça qu'il faut faire attention je trouve et j'avoue que des fois sur certains
1203 enfants, je ne sais même plus le diagnostic qu'ils ont, mais je sais plus quelles
1204 difficultés ils ont, qu'est-ce qu'on va faire pour eux et pourquoi je fais cette activité-là.

1205 **(24) Étudiante : Avez-vous des questions ?**

1206 **Biométrie**(seront posées à la fin pour ne pas influencer, notamment pour les questions sur la
1207 formation INS)

1208 • **(25) Genre : H/F -F**

1209 • **(26) Étudiante : Quelle est l'année obtention de votre DE? 96**

1210 • **(27) Étudiante : Avez-vous été sensibilisé(e) à l'INS lors de la formation initiale ?**

1211 Non, on n'en parlé pas du tout, on ne parlait même pas de dyspraxie

1212 • **(28) Étudiante : Avez-vous suivi une/des formations spécifiques INS O/N**

1213 • **Année de la 1ère formation : 2018**

1214 • **Avez-vous suivi d'autres formations liées à votre activité d'ergothérapie :**
1215 **DU, autre...? Oui beaucoup ! C'est essentiel de se former**

1216 • **(29) Étudiante : Vous exercez en :**

1217 • **libéral**

1218 • **cabinet**

1219 • **domicile/école**

1220 • **les 2**

- 1221 • **institution**
- 1222 • **SESSAD**
- 1223 • **CMP**
- 1224 • **CAMSP**
- 1225 • **IME**
- 1226 • **autre: ...**
- 1227 **Remerciements :**
- 1228 • **(30) Étudiante : M'autorisez-vous à vous recontacter si besoin de complément**
- 1229 **d'information ? Oui**
- 1230 • **(31) Étudiante : Souhaitez-vous recevoir mon mémoire de fin d'étude ? Oui**

ANNEXE 28 - ANALYSE TEXTUELLE DES VERBATIMS

Variable: la complémentarité des approches
(basée sur le modèle de pratique OTIPM)

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
Phase d'évaluation initiale	<p>Établir le contexte : Origine de la demande/ Éléments incitant les parents à contacter l'ergothérapeute</p>	<p>Demande initiale liée à des difficultés dans les AVQ/occupations (plutôt qu'à un trouble)</p>	<p>“c’est les familles qui appellent en général parce qu’est évoqué le problème de l’ordinateur, c’est vraiment la demande” (EA, Lignes 10-11)</p> <p>“en réunion scolaire il est parlé de la difficulté d’écrire, du coup de l’ordinateur et il leur est parlé de l’ergothérapeute” (EA, Lignes 20-21)</p> <p>“Après ils ont des problèmes de comportement, des problèmes annexes, mais la situation de handicap soulevée c’est la difficulté d’écrire” (EA, lignes 47-49)</p>	<p>« Ils sont envoyés soit par l’école soit par une équipe de suivi ou une équipe éducative, l’école pointe des difficultés, forcément ils arrivent si c’est par l’école parce qu’il y a la difficulté d’écriture, d’outils scolaires qu’il faut compenser par de l’outil informatique” (EB, lignes 469-472)</p> <p>“Et sinon après c’est les collègues, les orthophonistes, les psychomotriciens, les neuropsychy qui vont être autour de l’enfant” (EB, lignes 478-479)</p> <p>“Compenser l’écriture qui est difficile et mettre en place</p>	<p>« Alors la plupart du temps par l’école, par certains médecins, de plus en plus, qui m’ont repérée, puis par le bouche à oreille d’un parent à l’autre. » (EC, ligne 906)</p> <p>« le plus souvent c’est le graphisme, motricité fine, après ça peut être aussi des problèmes activités de la vie quotidienne, des enfants qu’ont du mal à s’habiller, des enfants qu’ont du mal à entrer dans l’activité, des enfants qui sont, où on doit toujours être</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
				<p>l'outil informatique" (EB, ligne 485)</p> <p>"[...]arrivent déjà avec une plainte sensorielle, puisqu'on est reconnues comme ça et aussi des troubles au quotidien : donc manipulation des couverts, autonomie à l'habillage, les lacets, ce genre de chose. On revient à des objectifs un peu plus de base, un peu plus concrets et qui sont au cœur de notre métier" (EB, ligne 491-494)</p> <p>"Après tout ce qui va être lié à l'intégration sensorielle, forcément derrière y'a ça, y'a des troubles du comportement, une gestion difficile à l'école ou à la maison, des explosions, un trouble attentionnelle" (EB, lignes 496-498)</p>	<p>derrière eux pour leur dire de faire ci, de faire ça, des parents qui sont épuisés » (EC, lignes 910-917)</p> <p>« Les parents arrivent presque en fin de parcours, épuisés » (EC, lignes 911-917)</p> <p>« Donc c'est aussi des enfants qui sont épuisés, dans le sens où ils en ont ras le bol des prises en charge. » (EC, lignes 919-920)</p> <p>« On se pose la question de l'entrée en 6^{ème} et on fait quoi ? » (EC, lignes 923-924)</p> <p>« J'ai de plus en plus de demande sur la gestion des émotions, où c'est</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
					vraiment des demandes comme ça, des enfants qui bougent tout le temps, qui ont du mal à se concentrer . Tu vois là depuis le début de l'année, je vois vraiment un changement dans les demandes » (EC, lignes 935-938)
	Etablir une relation thérapeutique	temps d'échange en amont entre l'ergothérapeute enfant/parents l'ergothérapeute explique son métier/intervention auprès de l'enfant/des parents en amont	«j'ai les parents au téléphone [...]je demande l'âge, l'enfant, quelles sont ses difficultés et après je dis aux parents, je leur demande une adresse mail et je leur envoie une information sur ce qu'est l'ergothérapie et je leur envoie des questionnaires à remplir pour le jour du bilan[...] y'a les plaquettes sur l'INS , les plaquettes sur l'ergothérapie et la pédiatrie" (EA, lignes 60-67)	“Le premier contact déjà c'est par téléphone ” (EB, ligne 506) “ils m'expliquent un peu le parcours, la situation, les difficultés de leur enfant aujourd'hui" « je pars sur un bon recueil de données : [...]quelles sont les plaintes aujourd'hui à la maison, à l'école » (EB, lignes 506-511) “On fait un peu le point sur tout ça, on liste un petit peu, on fait le tour si j'ai eu des	« Lors du premier contact je leur précise comment moi je travaille, donc l'INS et toutes les activités à côtés, l'ergo en général, parce que l'ergo ça n'est pas que l'INS (...) l'INS n'est qu'un outil de plus parmi tous » (EC, lignes 952-955) «j'explique un peu comment je travaille et de toutes façons (...) donc je renvoie un devis

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
				interrogations dans les bilans et après ça dure entre 30 min et 1 heure et après je garde l'enfant 2 heures pour faire des épreuves spécifiques " (EB, ligne 513-515)	avec une plaquette sur l'ergo, l'INS » (EC, lignes 958-960)

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
	<p>déterminer l'état occupationnel de l'enfant: Evaluation client-centrée / basée sur l'occupation en premier lieu</p> <p>complétée par évaluation analytique pour clarifier la cause dans un second temps</p>	<p>proposition d'évaluation(s) client centrée(s) parents/enfants: - OT Hope/MCRO - entretien, questionnaire AVQ et difficultés du quotidien -identification des points forts et difficultés</p> <p>-basée sur l'occupation: mise en situation, observation de la performance : ex AMPS</p> <p>l'ergothérapeute fait passer des bilans analytiques : Purdue Pegboard, BHK, M ABC,...</p>	<p>(envoyés en amont) “y’a le profil sensoriel, y’a le Vineland pour les AVQ et le QTAC” (EA, ligne 72)</p> <p>(lors du bilan) “une évaluation de la motricité fine. Donc pour étudier le graphisme je fais passer les lenteurs de l'écriture, voilà en fonction de l'âge. Ensuite en général je fais le ManOS, jusqu'à la classe de 5ème ou 6ème. je fais passer l'EVIC, mais un EVIC adapté. Je fais un EVIC avec le texte des lenteurs d'écriture pour pouvoir comparer. Donc après je fais passer l'OTHope pour voir, qu'il choisisse.” (EA, lignes 106-112)</p> <p>“je fais passer le Perdue, en gros et le DTVP 3 ou A en fonction de l'âge. Et pour les plus petits, je me sers de la</p>	<p>« j'aime bien pour certains envoyer la liste/ le journal du jour de COOP qui permet de lister un jour d'école, un jour de week end” (EB, lignes 574-575)</p> <p>“Et pour certains, en première séance, je vais faire passer le OTHope, ou là c'est pas mal, si l'enfant est en âge et en capacité de” (EB, lignes 592-593)</p>	<p>« Mais après j'utilise énormément de bilans écologiques et d'observations donc de mises en situation scolaire, comment fait l'enfant pour écrire, découper, tirer un trait, pour boutonner, faire des lacets... enfin voilà, j'observe » (EC, lignes 969-972)</p> <p>« Même dans les bilans cotés y'a une part d'observation, » (EC, lignes 973-974)</p> <p>« je donne aussi (systématiquement) le Profil Sensoriel, qu'ils me rapportent le jour du bilan. (...) ce qui me donne déjà une vision de l'enfant à la maison, des difficultés et de</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
			<p>Talbot” (EA, lignes 117-118)</p> <p>“Après je fais les composantes sous-jacente de la motricité fine avec mon Canevas [...](formation de Josiane Caron Santha)”(EA, lignes 120-121)</p>	<p>« Alors pour un enfant dyspraxique, déjà c’est de savoir si le MABC il est fait » (EB, ligne 521)</p> <p>“éléments qu’on va recueillir dans les éléments du quotidien” (EB, lignes 524-525) “j’utilise la ManOS” (EB, ligne 526)</p> <p>“Ceux qui sont plus petits parce que le ManOs ça commence qu’au CP, on va rester sur des manipulations de base, au moins les ciseaux, la colle, la règle ce genre de chose, dessiner des formes” (EB, lignes 527-529)</p> <p>“c’est de l’observation avec les petits” (EB, ligne 531)</p> <p>« Tout ce qui est praxies gestuelles, les lacets, découper, couper la viande, donc ça on fait avec la pâte à modeler. » (EB, lignes 537-538)</p>	<p>comment se comporte l’enfant » (EC, lignes 981-985)</p> <p>« je fais plein de chose. J’utilise des bilans cotés comme le Purdue, comme le BHK, tout ce qui va être le test des H ou des cloches, le DTPV le 2, le 3, ... ce sont les bilans qui plaisent aux médecins, avec des chiffres et qu’ils comprennent. » (EC, lignes 967-969)</p> <p>« je fais, le De Gangi, c’est le plus courant, après c’est plus de l’observation, comment il fait pour marcher sur une ligne, des petites séries de gestes » (EC,</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
				<p>“forcément l’écriture si ça n’a pas été fait” (EB, lignes 538-539)</p> <p>“Et puis ensuite s’ils sont en âge et en capacité d’avoir le BHK et lenteur d’écriture” (EB, lignes 540-541)</p> <p>“Là on commence à se mettre au VMI, le Beery”</p> <p>“après ce qui est intéressant nous pour voir, c’est la copie de figures” (EB, lignes 532-534)</p> <p>“je vais peut-être faire quelques épreuves du DTVP3” (EB, ligne 543)</p> <p>“Si il y a une demande de bilan sensoriel, bon là, voilà on va aller un peu plus vite sur les bilans praxiques, et on va se centrer sur des bilans sensoriels” (EB, lignes 546-548)</p> <p>“Si la demande principale est d’évaluer le trouble sensoriel</p>	<p>lignes 994-995)</p> <p>« Oui le QNST. C’est pas typiquement profil sensoriel, c’est aussi neuro, du coup je ne fais pas tout, quelques items » (EC, lignes 997-999)</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
				<p>et si c'est la plainte principale, je vais faire quelques petites épreuves, mais si je sais qu'il y a déjà un diagnostic dyspraxies, je ne vais pas aller recreuser derrière. Il faut plus que j'aïlle creuser moi au niveau sensoriel, est-ce que ça rajoute des difficultés à l'enfant. Donc là ça va plus être des tests le Profil sensoriel, des observations : Erna Blanche, De Gangi, QSNT II: je ne fais pas tout, je mixte plusieurs épreuves. J'interroge la famille sur les habitudes à la maison et à l'école au niveau du traitement des informations sensorielles (tactile, auditif, visuel, alimentation, proprio, vestibulaire)." (EB, lignes 551-558)</p>	

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
	Prise en compte ou questionnement /recherche de troubles INS par l'ergothérapeute	bilan(s) INS systématique(s) (liste bilans)	Profil sensoriel systématiquement (EA, lignes 71-72)	<p>«A l'interrogatoire, le recueil de données, je vais en parler à la famille et en fonction si il ressort ça, en deuxième temps je ferais passer le profil sensoriel à la famille et en fonction des retours du questionnaire, je ferai pour peut être creuser quelques épreuves. Mais si ça n'est pas la demande en première intention, je ne vais pas creuser" (EB, lignes 563-567)</p>	<p>« je donne aussi (systématiquement) le Profil Sensoriel, qu'ils me rapportent le jour du bilan. » (EC, lignes 981-982)</p> <p>« je fais, le De Gangi, c'est le plus courant, après c'est plus de l'observation, comment il fait pour marcher sur une ligne, des petites séries de gestes » (EC, lignes 997-999)</p> <p>« Oui le QNST. C'est pas typiquement profil sensoriel, c'est aussi neuro, du coup je ne fais pas tout, quelques items » (EC, lignes 997-999)</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
	<p>Susciter la motivation: définition d'objectifs et priorités client-centrés</p>	<p>connaissance des habitudes de vie de l'enfant, ses loisirs</p> <p>objectifs et priorités définis avec l'enfant et/ou parents</p> <p>objectifs et priorités discutés avec l'enfant et/ou parents</p> <p>Présentation et explication du plan d'intervention à l'enfant/parents</p>	<p>“Oui avec le Vineland” (EA, ligne 149)</p> <p>“il y a des 2h/2h30 de bilan et quand j’ai fini de faire le compte rendu, on se revoit et je fais la restitution pour expliquer” (EA, ligne 186)</p> <p>“la prise en charge en rééducation je pars de ce que l’enfant a choisi avec l’OTHope” (EA, ligne 192, 193)</p> <p>“comme je fais le planning de la séance ils savent qu’après, ils savent pourquoi ils viennent.” (EA, 290-291)</p>	<p>“Oui en première séance on reprend les éléments du bilan, je lui fais un petit résumé des bilans, des objectifs que j’ai vu, mais on essaie de les préciser ensemble. Et donc c’est pas mal car ça permet vraiment à l’enfant de se dire, tiens la semaine prochaine c’est là-dessus qu’on travaille.” (EB, lignes 595-598)</p> <p>“Après le compte rendu de bilan, en conclusion, il y a les objectifs plus précis, si besoin de les reprendre avec les parents, je reprends rendez-vous avec eux et sinon je le reprends en séance avec l’enfant aussi et on discute des premiers objectifs sur lesquels on va travailler.” (EB, lignes 613-616)</p> <p>“Et pour certains, en première séance, je vais faire passer le OTHope, ou là c’est pas mal,</p>	<p>« Donc moi déjà dans le bilan je mets déjà ce que j’ai observé et qu’est-ce qui est important à travailler en priorité d’après moi. » (EC, lignes 1036-1037)</p> <p>« Après l’enfant je vais l’interroger, plus sûr qu’est ce qui est difficile pour lui et qu’est-ce qui est important pour lui de résoudre » (EC, lignes 1014-1015)</p> <p>Etudiante : « un peu sur le type MCRO ? »</p> <p>Ergo C : « Oui voilà. » (EC, ligne 1016-1017)</p> <p>« Oui l’OTHope, mais pas forcément en bilan. Le bilan me permet de voir qu’est-ce qui ne va</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
				si l'enfant est en âge et en capacité de" (EB, lignes 592-593)	pas, qu'est-ce qui est difficile. Après, une fois qu'on a vu avec les parents ce qu'on pouvait faire, ce que je propose moi comme plan de rééducation et dans quel but, je vois aussi avec l'enfant ce qui est important pour lui, parce que de toutes façons, tout ce qui est difficile va ressortir dans les activités qui sont importantes pour lui. Donc en fait ensuite je vais plus orienter mes séances sur des activités qui sont importantes pour lui. » (EC, lignes 1023-1029)

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
Phase d'intervention	Tranche d'âge du début de suivi (car influence le type d'intervention)	% < 6 ans % de 7-11 % => 12 ans	Jusque-là c'était plutôt en CM2 on s'inquiète pour la 6ème, maintenant là j'ai de plus en plus de jeunes ils sont en CE2 , voilà, j'ai plusieurs CE2, j'ai quelques maternelles » (EA, lignes 55-56)	Avant on avait fin de primaire, début de collège, maintenant on est plutôt sur du 0-8 ans " (EB, lignes 489-490) "Aujourd'hui on a des 3-4-5 ans on va dire, alors qu'avant on avait des 8-9 ans . Donc ça c'est pas mal! La couleur intégration sensorielle amène des enfants plus petits aussi." (EB, lignes 501-503)	« Du coup j'ai de plus en plus de jeunes, d'enfants qui sont au primaire. La majorité c'est CP/CE1 . C'est là où on voit les difficultés » (EC, lignes 943-944)
	Combinaison des approches INS et non INS en fonction des objectifs définis + différentes approches mises en oeuvre: - TopDown/acquisition - Bottom-up/rééducative - Compensatoire - Rééducative	l'ergothérapeute utilise des approches (cf partie théorique du mémoire) => classification à partir de la liste exhaustive des interventions citées par l'ergothérapeute	"Donc en général on écrit ici (tableau blanc mural) un planning, il commence à mettre l'heure (time timer), donc c'est là que je fais toujours un peu d'INS ". (EA, lignes 195-196) " on fait du sensitif, de la coordination, dissociation , tout ça... et après dans les derniers objectifs qu'il a écrit, c'est soit l'écriture , soit l'ordinateur , mais entre-temps il peut y avoir	(Utilisez-vous l'INS systématiquement ?) " Non ça dépend" (de la demande et de la plainte) (EB, lignes 727-729) " Alors ça peut être pour des objectifs très concrets, des objectifs comme apprendre à faire les lacets ou apprendre à découper, y'en a plein qui sont assez sensibles à COOP " (EB, lignes 626-628) "je suis plutôt dans le pluri-	« Très souvent je commence par l'INS par ce que déjà ça permet de faire quelque chose qui leur plaît [...] Très souvent ça permet de nouer un bon contact, [...] ça permet de travailler un peu différemment, [...] puis les enfants dyspraxiques ont très souvent des problèmes de dissociations des hémicorps , donc c'est

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
			<p>les lacets, la tenue de la règle, je pars des ... je suis formée COOP, donc je me sers beaucoup de COOP” (EA, lignes 197-201)</p> <p>“Après quand on fait la deuxième partie : contrôle postural, intégration bilatérale, croisement de la ligne médiane, stabilité[...]”. (EA, ligne 221 – 222)</p> <p>“Toujours 15 min INS au début” (Utilisez-vous l’INS systématiquement ?): “Oui, mais en préparation de la séance. et depuis que je fais ça systématiquement[...], je trouve que les enfants sont beaucoup plus attentifs après pour faire la tâche, le travail. Après ils prennent aussi plaisir à revenir.” (EA, lignes 221-222)</p>	<p>sensoriel au niveau graphisme” (EB, lignes 634-635)</p> <p>“on va retravailler au sol, beaucoup. Avant de travailler le distal, on va plutôt remonter à : est-ce que je me tiens bien droit ? est-ce que j’arrive à bien faire le rampé et toutes mes étapes de développement quand j’étais petit. Donc là on va repasser au tapis, au sol” (travail sur le sensori-moteur global) (EB, lignes 650-653)</p> <p>“développer sa main extrinsèque/intrinsèque pour développer déjà à bien tenir son crayon” (EB, lignes 656-658)</p> <p>“est-ce qu’il a une bonne sensibilité pour tenir aussi suffisamment son crayon et après on commence au bout de plusieurs mois à rentrer peut-être dans les lettres”</p>	<p>important déjà de travailler là-dessus. » (EC, lignes 1065-1063)</p> <p>« Donc ça dépend après de ce qui est ressorti du bilan, mais le plus souvent, c’est la base. Après il n’empêche que dans la séance il va y avoir ça déjà, une activité de recentrage, parce que ce sont des enfants très souvent dispersés et après, suivant ce qu’il y a à travailler, soit la posture, soit le croisement de la ligne, soit la dissociation, soit la coordination etc... et après on finit par une activité qui est un peu plus fonctionnelle, par exemple avec le crayon. » (EC, lignes 1063-1068)</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
				<p>(EB, lignes 657-659) “Mais déjà il va y avoir un travail un peu global au niveau moteur et sensoriel pour déjà remettre un peu tout dans les bonnes cases” (EB, 660-661)</p> <p>“Sur une heure je fais du moteur et sensoriel global au tapis les 20 premières minutes, puis 20 minutes où on va plutôt travailler peut-être au tableau, soit tableau blanc, soit tableau à craie, puis les 20 dernières où on est plutôt à table et on fait plutôt des jeux, de l’écriture. On essaie de varier entre les enfants.” (EB, lignes 670-673)</p>	

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
			<p>“Oui très souvent dans le bilan, pour les enfants en recherche sensorielle, je conseille le coussin dynair afin qu’il puisse bouger etc” (EA, lignes 275-276)</p> <p>“on peut mettre en place des guides, je propose des exemplaires” (EA, ligne 278)</p> <p>« Alors les enseignants je les vois en réunion scolaire, j’essaie d’aller à la réunion scolaire qui a lieu une fois par an et les parents je les invite à rester » (EA, ligne 261-262)</p>	<p>“ J’ai souvent la famille aux séances au cabinet : soit les faire participer à la séance, soit en fin de séance faire un point et leur donner les conseils à la maison, ce que j’ai travaillé en séance, au niveau moteur et bien refaites-le à la maison” (EB, lignes 709-712)</p> <p>“Et puis après moi quand je peux aller à l’école, l’intérêt c’est aussi de conseiller la maîtresse, l’AVS, ... lui donner des outils, les expliquer : les guide-doigts, les gabarits” (EB, lignes 716-719)</p>	<p>« Oui ça peut être les coussins dynamiques, ça peut être les fidgets. Donc oui on travaille beaucoup au niveau sensoriel, déjà on explique aux parents pourquoi l’enfant réagit comme ça, qu’est ce qu’on peut faire pour le soulager, parce que c’est une souffrance aussi pour les enfants. » (EC, lignes 1087-1090)</p> <p>« Je travaille aussi sur les gros ballons » (EC, ligne 1092)</p> <p>« Après du moment que ça ne fait pas de bruit...les enseignants voient l’efficacité parce que sinon ce sont des enfants qui vont jouer avec le clic-clic du stylo quatre couleurs, donc en classe c’est insupportable » (EC, ligne 1098-1101)</p>

sous-variable	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
	Adéquation de l'intervention avec les priorités/objectifs	l'intervention proposée se base sur les priorités définies avec l'enfant et/ou ses parents	Cf partie objectifs	« Je contacte les autres professionnels pour me présenter et essayer d'avoir un projet commun pour l'année scolaire » (EB, lignes 684-685)	Cf partie objectifs
Réévaluation pour performance occupationnelle améliorée et satisfaisant	=> traiter dans le concept suivant				

Concept: Performance Occupationnelle (auteurs Nelson, Law, Kielhofner)

= Le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations en interaction avec l'environnement. (Meyer, 2013)

Les 3 domaines de l'occupation pour la plupart des auteurs: soins personnels, la productivité, les loisirs

Engagement effectif et volontaire dans la réalisation d'une occupation

Faux ami! Perform = exécuter = produit d'une dynamique, certainement complexe entre P, E et O

=> sera subjectif par rapport au retour de l'ergothérapeute

sous-concept	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
Evaluation initiale	cf variable				
Réévaluation pour performance occupationnelle améliorée et satisfaisant	Commentaire général pour les critères et indicateurs définis ci-dessous : Critère objectif : évolution par rapport à l'évaluation initiale sur un bilan précis basé sur la performance occupationnelle Ex : Au niveau de la réévaluation : amélioration sur un ou plusieurs domaines sur par exemple un OT Hope ou MCRO Critère subjectif : qualitatif/basé sur avis de l'ergothérapeute ex : Amélioration sur certaines difficultés, estimée subjectivement par le thérapeute basée par exemple sur les retours des parents/enseignants ou même de l'enfant.				

sous-concept	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
	Amélioration de la performance occupationnelle	<p>-amélioration sur un ou plusieurs domaines sur par exemple un OT Hope ou MCRO</p> <p>-Amélioration sur certaines difficultés, estimées subjectivement par le thérapeute basé par exemple sur les retours des parents/enseignants ou même de l'enfant</p>	<p>« J'ai pas de méthode d'évaluation, j'entends juste les mamans qui disent "oh c'est mieux depuis qu'il vient!". Voilà c'est les retours des parents, ou quand je vais aux réunions scolaires" (EA, lignes 299-301)</p> <p>"Après comme je me sers de COOP pour les lacets, je fais un PQRS au début et au bout des 10 séances, je fais systématiquement un PQRS. Donc là j'évalue au fur et à mesure. » (EA, lignes 330-332)</p> <p>"Je vois l'évolution par rapport aux objectifs de travail" (EA, lignes 314-315)</p> <p>"Après c'est des fois un peu plus subtil de voir l'évolution de la</p>	<p>"Je peux refaire passer des bilans mais pas forcément. Il va falloir qu'il y ait une demande de renouvellement de dossier. Après je peux refaire quelques épreuves au bout d'un an, oui quand même, pour voir, notamment au niveau de l'écriture" (EB, lignes 744-747)</p> <p>« Ça va être de faire un petit peu le point au bout de 6-7 mois en milieu d'année. On refait le point avec la famille par rapport aux objectifs qu'on avait eu, est-ce que ça a progressé, est-ce qu'ils voient des améliorations à la maison, est-ce qu'à l'école ils voient des améliorations » (EB, lignes 733-735)</p> <p>"Après c'est beaucoup fait avec l'enfant, tu vois il y a des objectifs on se dit : est-</p>	<p>« beaucoup sur les retours, sur les évaluations que je refais » (EC, ligne 1109)</p> <p>Ergo C : « beaucoup sur les retours, sur les évaluations que je refais »</p> <p>Etudiante : « celles que tu avais fait au début ? »</p> <p>Ergo C : « Oui voilà, pour voir un peu la différence. Sur les retours de ce qui a été mis en place au début, maintenant... »</p> <p>Etudiante : « donc les bilans initiaux tu en refais certains pour voir où ça en est ? mais pas tous systématiquement ? c'est plus en fonction de ce que tu as travaillé ? »</p> <p>Ergo C : « c'est plus en fonction et aussi de ce qui me paraît pertinent. Puis ce n'est pas une séance de bilans, je les case dans une séance, puis une autre... » (EC, lignes 1111-1116)</p>

sous-concept	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
			<p>motricité fine, parce que c'est lent. Et c'est subtil, car quand on les voit, ils ne présentent pas de handicap ces enfants" (EA, lignes 316-318)</p>	<p>ce que tu penses qu'on est bon" (EC, lignes 737-738)</p>	

sous-concept	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
	<p>Choix de ses occupations par l'enfant</p> <p>Organisation/ planification de ses occupations</p> <p>Environnement permettant /favorisant l'occupation de l'enfant</p> <p>Occupation engagement volontaire dans l'occupation</p> <p>Personne acquisition/amélioration d'habiletés</p>	<p>l'enfant fait des choix liés à ses occupations</p> <p>l'enfant est moins limité dans ses activités</p> <p>l'enfant est plus autonome</p> <p>l'enfant est acteur de ses occupations/ ne subit pas</p> <p>l'enfant n'est pas limité par son environnement physique ou familial/social</p> <p>L'environnement physique ou familial/social est favorisant pour l'enfant (ex: meilleure compréhension par la famille, enseignant..)</p> <p>l'enfant s'engage</p>	<p>“ la maman me souligne qu'elle est beaucoup mieux, beaucoup plus participative, moins passive qu'elle était avant, une confiance.”</p> <p>“Le retour des parents c'est ça, c'est que l'enfant a de nouveau confiance en lui, en ses capacités” (EA, lignes 307-310)</p>	<p>« Après ça va pouvoir être un point global effectivement, de manière générale : moins de fatigue à l'école, des aménagements mis en place, donc un enfant qui est mieux compris et qui du coup bouge moins, a moins de troubles du comportement. A la maison il peut y avoir ce retour, un enfant qui dort mieux. » (EB, lignes 767-770)</p> <p>“Toutes les semaines de toutes façons je demande à la famille comment ça se passe, s'il y a des améliorations” (EB, lignes 770-771)</p>	<p>« C'est-à-dire que c'est des enfants, ils viennent me voir très souvent pour la motricité fine et le graphisme, mais après les parents se rendent compte qu'il y a plein de choses qui changent dans la façon même d'être de l'enfant. Les enfants qui vont plus se prendre en charge. J'ai plein de retours là-dessus » (EC, ligne 1138-1141)</p> <p>«Ça peut être des enfants ou ok ils améliorent le graphisme, déjà ouaou ! alors qu'on n'a quasiment pas travaillé le graphisme. Ils arrivent à suivre les cours, énorme ! et des choses bêtes, mais par répercussions : ils arrivent à couper la viande, chose qu'ils n'arrivaient pas à faire » (EC, ligne 1146-1149)</p> <p>« oui des enfants qui sont plus calmes. » (EC, lignes</p>

sous-concept	Critères	Indicateurs	Ergo A	Ergo B	Ergo C
		<p>volontairement dans ses occupations</p> <p>L'enfant investit de nouvelles occupations</p> <p>L'enfant présente de meilleurs résultats sur les bilans de réévaluation</p> <p>L'enfant et/ou son entourage exprime de meilleurs habiletés dans les diverses AVQ</p>			<p>1158)</p> <p>« Les parents ne le disent pas forcément, mais des enfants plus ouverts, plus souriants » (EC, 1171)</p>

ANNEXE 29 - PICO LIÉ À LA NOUVELLE QUESTION DE RECHERCHE

Nouvelle question de recherche :

« *En quoi la **complémentarité des approches** en ergothérapie influence-t-elle la **performance occupationnelle mesurée à l'aide de la GAS**, d'un enfant dyspraxique avec troubles INS associés ?* ».

Éléments du PICO liés à la nouvelle question de recherche :

P	Ergothérapeutes libéraux formés INS et accompagnant des enfants dyspraxiques avec troubles INS
I	Analyse quantitative des différentes approches/méthodes utilisées par l'ergothérapeute auprès de chaque enfant
C	Comparaison de la GAS initiale/finale en fonction des approches utilisées
O	Évaluation de l'influence de l'intervention sur la Performance occupationnelle de l'enfant à travers les objectifs initiaux définis et réévalués à l'aide de la GAS

Performance Occupationnelle de l'enfant dyspraxique avec troubles de l'Intégration NeuroSensorielle : Complémentarité des approches en ergothérapie

Bénédicte ARTHUIS-PELLARIN

INTRODUCTION- Les enfants dyspraxiques, dont la prévalence est de 5 à 7%, font face à de multiples difficultés dans leurs activités quotidiennes. La plupart d'entre eux présentent également des troubles de l'Intégration NeuroSensorielle (INS), impactant aussi leur performance occupationnelle. Des interventions spécifiques et distinctes en ergothérapie sont clairement identifiées auprès des enfants dyspraxiques, ainsi qu'auprès des enfants avec troubles INS. Cependant, peu de littérature existe sur la complémentarité de ces différentes approches auprès de ces enfants.

OBJECTIF- Le but de cette étude qualitative est d'explorer par une analyse de pratique auprès d'ergothérapeutes exerçant en France l'influence des approches choisies sur la performance occupationnelle de l'enfant.

MÉTHODE- Des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès d'ergothérapeutes libéraux, formés à l'INS et travaillant auprès de cette population. Une analyse de contenu a été réalisée sur les verbatims de ces entretiens.

RÉSULTATS – Afin d'atteindre les objectifs définis avec l'enfant, les ergothérapeutes interrogés combinent différentes approches : INS/non-INS et suivant les 4 modalités du modèle de pratique OTIPM. Tous notent une amélioration sur la performance occupationnelle de l'enfant. Cependant, cela reste souvent subjectif et non mesurable.

CONCLUSION – La complémentarité des différentes approches influence positivement la performance occupationnelle de ces enfants. Il est primordial de se centrer sur les besoins de l'enfant, d'adapter son intervention en conséquence plutôt que de se focaliser directement et uniquement sur le trouble. Pour une future recherche, une étude quantitative pourrait être menée afin d'analyser des données mesurables, notamment au niveau de la performance occupationnelle au travers d'objectifs spécifiques définis avec la GAS.

Mots-clés : Intégration NeuroSensorielle (INS) - Dyspraxie / Trouble Développemental de la Coordination (TDC) - Ergothérapie- Performance Occupationnelle - OTIPM

INTRODUCTION- Children with Developmental Coordination Disorder (DCD), which prevalence is 5 to 7 %, experience many challenges in their daily activities. Most of them also present with Sensory Processing Disorder (SPD), which impacts their occupational performance. Specific and distinct approaches for interventions are defined within the scope of Occupational Therapy (OT) for the treatment of children with DCD, and children with SPD. However, the literature is limited in reviewing the use of mixed approaches to treat these children.

OBJECTIVES- The purpose of this qualitative study is to explore the OT professional practice in France with this population and to identify the influence of chosen approaches on these children's occupational performance.

METHOD- Semi-structured interviews have been conducted with OT, specifically trained in the Sensory Integration (SI) protocol and working with this population. A content analysis has been done based on interview's verbatims.

RESULTS – Interviewed OT are using mixed approaches to reach their defined objectives. They are using SI and non-SI methods, as well as the 4 approaches defined in OTIPM practice model. They all notice some improvements on the children's occupational performance. However, their progress remains subjective and not measurable.

CONCLUSION – Mixed approaches is providing good results on the children's occupational performance. What remains important is to focus on children needs, and to use appropriate approaches consequently, rather than focus directly and solely on their disorder. For future research, it could be interesting to get a quantitative study enabling measurable data, mainly on occupational performance improvement through specific objectives defined with GAS tool.

Key words: Sensory Integration - Sensory Processing Disorder (SPD) - Dyspraxia/Developmental Coordination Disorder (DCD) - Occupational Therapist - Occupational Performance - OTIPM