

La CO-OP contre-atT C

L'influence de la méthode CO-OP sur les
compétences non académiques intrapersonnelles de
l'enfant atteint de trouble d'acquisition de la coordination

Mémoire d'initiation à la démarche de recherche présenté pour le
diplôme d'état d'ergothérapeute

Session Juin 2015

Claire BELLIARD

ENGAGEMENT SUR HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, Claire BELLIARD , étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je soussigné(e) avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le

Signature

Notes aux lecteurs : « Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma maître de mémoire, Lauriane Giraudeau, pour l'accompagnement et la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi que pour ses conseils et ses relectures.

Je remercie également Cynthia Engels et Henri Aboiron, pour leurs travaux dirigés toujours riches en conseils avisés et pour leur soutien par leur écoute active et intéressée. Merci également à l'ensemble du groupe 81 pour avoir contribué à développer un climat de confiance et de bonne humeur tout au long de cette longue période de travail.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes, ayant participé à la partie recherche, d'avoir accepté de m'accorder un peu de leur temps. Sans eux, ce mémoire n'aurait pu aboutir.

Enfin, je remercie ma famille, mes amies, futures ergothérapeutes, et mon amie psychomotricienne, pour leurs relectures assidue, leurs conseils et leur soutien.

Sommaire

SOMMAIRE.....	1
Table des illustrations.....	Erreur ! Signet non défini.
Table des sigles et des abréviations.....	4
INTRODUCTION.....	5
METHODOLOGIE GENERALE.....	7
PARTIE 1: CADRE THEORIQUE.....	9
1.1 Le trouble d'acquisition de la coordination	9
1.1.1 L'acquisition de la coordination au cours du développement normal de l'enfant.....	9
1.1.2 Théorie de référence.....	9
1.1.3 Le trouble d'acquisition de la coordination.....	10
1.1.3.1 Évolution des concepts	10
1.1.3.2 Définition du trouble d'acquisition de la coordination	10
1.1.3.3 Étiologie du trouble d'acquisition de la coordination et de la dyspraxie développementale	12
1.1.3.4 Comorbidité.....	13
1.1.3.5 Critères diagnostiques	14
1.1.3.6 Conséquences de la pathologie.....	15
1.2 Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP)	16
1.2.1 Les méthodes de rééducation actuelles	16
1.2.1.1 Les approches bottom-up.....	16
1.2.1.2 Les approches top-down	17
1.2.1.3 Les recommandations actuelles au sujet de la rééducation des TAC.....	18
1.2.2 Les théories sous-jacentes à la CO-OP	19
1.2.2.1 La classification internationale du fonctionnement.....	19
1.2.2.2 La pratique basée sur les preuves.....	19
1.2.2.3 Une méthode centrée sur le client	19
1.2.2.4 La performance occupationnelle	20

1.2.2.5	Les théories de l'apprentissage.....	20
1.2.2.6	L'apprentissage moteur et la performance	23
1.2.3	Le protocole de la CO-OP	24
1.2.3.1	Objectifs de la CO-OP	24
1.2.3.2	Les prérequis de l'enfant pour bénéficier de la CO-OP	25
1.2.4	Les principales caractéristiques de la CO-OP	25
1.2.4.1	Les objectifs choisis par le client	25
1.2.4.2	L'analyse dynamique de la performance	26
1.2.4.3	L'utilisation de stratégies cognitives.....	26
1.2.4.4	La découverte guidée.....	27
1.2.4.5	Les principes facilitants	28
1.2.4.6	L'implication des parents ou de l'entourage	29
1.2.4.7	Le cadre d'intervention	29
1.3	Les compétences non académiques ou Soft skills	30
1.3.1	Définition des compétences non académiques.....	30
1.3.2	L'influence des compétences non académiques sur la participation sociale de l'individu	32
1.3.2.1	Les compétences non académiques dans la sphère de l'emploi	32
1.3.2.2	Les compétences non académiques dans l'éducation supérieure.....	32
1.3.2.3	Les compétences non académiques à l'école élémentaire	33
1.3.3	Les compétences non académiques dans la littérature liée au trouble d'acquisition de la coordination.	33
1.3.3.1	Choix des compétences intrapersonnelles à étudier	33
1.3.3.2	L'estime de soi	34
1.3.3.3	La créativité.....	35
1.3.3.4	La motivation	36
1.3.3.5	L'autonomie	37
1.4	Conclusion du cadre théorique	38
	PARTIE 2 : CADRE DE RECHERCHE.....	39
2.1	Méthodologie de recherche	39
2.1.1	Pré-enquête	39
2.1.2	Objectifs de l'enquête	39
2.1.3	Choix des outils	40
2.1.3.1	L'entretien	40
2.1.4	Elaboration de l'outil d'investigation.....	41

2.1.4.1	Population interrogée	41
2.1.4.2	Objectifs de l'entretien.....	41
2.1.4.3	Construction du guide d'entretien	42
2.1.4.4	Paramètres environnementaux	42
2.2	Résultats et analyse.....	42
2.2.1	Profil des ergothérapeutes	43
2.2.2	Données brutes et analyse des données	43
2.2.3	Conclusion de l'analyse	48
2.3	Discussion	49
2.3.1	Discussion des résultats	49
2.3.2	Critique de la recherche.....	51
2.3.3	Réflexion et perspectives de recherches.....	52
CONCLUSION		54
BIBLIOGRAPHIE		55
SOMMAIRE DES ANNEXES		61

NB : Les citations suivies d'un astérisque représentent des traductions libres

Table des sigles et des abréviations

ABD	Hypothèse du développement cérébral atypique
ADP	Analyse Dynamique de la Performance
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APA	American Psychiatric Association / association américaine de psychiatrie
BPFV	But/Plan/Fait/Vérifie
CIF	La <i>Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé</i>
CIF-EA	La <i>Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, Version pour Enfants et Adolescents</i>
CIM	La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
DAMP	Hypothèse des déficits de l'attention, du contrôle moteur, et de la perception
DCD	Developmental Coordination Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EACD	European academy of childhood disability / Académie européenne du handicap et de l'enfance
MCRO-E	Mesure Canadienne Rendement Occupationnel et de l'engagement
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACS	Paediatric Activity Card Sort / Cartes sur les activités en pédiatrie*
PQRS	Performance Quality Rating Scale/ L'échelle de la qualité de la performance*
SIT	self-instructional training program / programme d'auto apprentissage*
TAC	Trouble d'Acquisition de la Coordination
TDA /H	Trouble Déficitaire de l'Attention / Hyperactivité
TOP	Traitement Orienté vers le Processus

Introduction

Dans un de ses nombreux articles sur le trouble d'acquisition de la coordination (TAC), Helene Polatajko et ses collègues déclarent qu'il est important de prendre en compte les compétences non académiques de l'enfant lors de l'évaluation (Polatajko, Fox, & Missiuna, 1995). Ce sont des détails souvent soulevés par les auteurs mais jamais vraiment approfondis. Par ailleurs, aucune clef n'est donnée au thérapeute pour guider l'enfant dans l'acquisition des compétences intrapersonnelles. Suite à un premier travail réalisé sur les signes cliniques de l'enfant atteint de TAC lors d'un stage, j'ai eu l'occasion de m'intéresser à certaines compétences intrapersonnelles. Or si cette première approche du sujet m'avait permis d'en cerner les contours, je n'avais pas eu l'opportunité d'approfondir la démarche d'acquisition des compétences intrapersonnelles de l'enfant en ergothérapie. Partant de ce constat, j'ai retenu la problématique suivante: **En quoi l'utilisation de la méthode CO-OP en ergothérapie favorise les compétences non académiques intrapersonnelles de l'enfant atteint d'un trouble d'acquisition de la coordination ?**

La pertinence de cette problématique s'est d'ailleurs confirmée au cours des travaux préparatoires de la présente étude. En effet, il m'a semblé que la CO-OP comporte des éléments essentiels, susceptibles d'aider le thérapeute et l'enfant dans le processus d'apprentissage des compétences intrapersonnelles. C'est en me fondant sur l'abondante bibliographie consacrée à ces trois concepts (CO-OP, compétences intrapersonnelles et TAC), qu'il me fut possible de déterminer les éléments intrinsèques à la CO-OP susceptibles d'influencer ou non, les compétences intrapersonnelles de l'enfant atteint de trouble d'acquisition de la coordination. Ce mémoire tente ainsi de démontrer que la CO-OP est susceptible de contenir certaines clefs soutenant l'acquisition de ces compétences chez l'enfant atteint de TAC.

Ce mémoire d'initiation à la démarche de recherche se décompose en deux grandes parties : Le cadre théorique et le cadre de recherche.

Dans le cadre théorique je commencerai par présenter la méthodologie générale de mon travail. Je définirai ensuite les principaux concepts que sont : le trouble d'acquisition de la coordination, la méthode CO-OP et les compétences intrapersonnelles.

La seconde partie de ce mémoire sera consacrée à la description du cadre de recherche. La présentation de l'outil utilisé ainsi que sa construction, les résultats puis l'analyse et la

discussion de ces résultats seront présentés. Les limites et intérêts du mémoire seront ensuite explicités avant de conclure ce travail en répondant à l'hypothèse de recherche.

Méthodologie générale

En fin de deuxième année, j'ai pu réaliser un stage au Canada, dans un centre de rééducation en pédiatrie, et plus précisément dans un programme spécialisé dans les troubles de la communication. J'ai alors eu l'occasion de rencontrer des enfants atteints de trouble d'acquisition de la coordination (TAC). En effet, les affections comorbides aux troubles du langage sont nombreuses, et les TAC sont fréquemment présents (Vissier, 2005). J'ai donc décidé de m'intéresser à cette population d'enfants, porteurs d'un handicap invisible, complexifiant ainsi leur engagement occupationnel et leur participation sociale.

Au cours du stage, je me suis intéressée aux différentes approches de rééducation existantes et utilisées dans ce programme. J'ai ainsi découvert l'approche bottom-up et son antagoniste, l'approche top-down. Les ergothérapeutes utilisaient les deux approches selon les besoins et les objectifs de l'enfant. Suite à mes recherches, je me suis plus particulièrement intéressée à la méthode CO-OP, dont s'inspiraient parfois les ergothérapeutes. Je trouvais « le concept » de stratégies cognitives intéressant. En effet, cette méthode permet, à priori, d'acquérir des compétences sans fournir un effort considérable et donne accès à une grande généralisation des acquisitions. Par ailleurs, c'est une approche qui se base sur des objectifs choisis par les enfants, élément que je trouve indispensable dans la thérapie et que j'aimerais mettre en œuvre dans ma future pratique. Lors de mes recherches, j'ai trouvé très peu d'écrits français portant sur la CO-OP et il se trouve que peu d'ergothérapeutes la connaissent et encore moins l'utilisent. La formation CO-OP est d'ailleurs dispensée par l'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) depuis seulement décembre 2013.

Par ailleurs, j'ai remarqué que beaucoup d'enfants atteints de TAC avaient tendance à me répéter en séance des phrases du type « je ne peux pas le faire, je ne suis pas capable ». Leur estime d'eux-mêmes semblait fortement perturbée pour leur âge. En outre, beaucoup manquait cruellement de motivation pendant leurs séances, même si l'attitude ludique de l'ergothérapeute était omniprésente. Puis, suite aux différentes lectures que j'ai pu faire, j'ai remarqué que de nombreux auteurs pointaient des difficultés au niveau de leur estime d'eux-mêmes, de leur motivation, de leur capacité à communiquer etc..., sans pour autant les développer et y apporter des solutions.

En étudiant plus attentivement la CO-OP, j'ai discerné de nombreux facteurs qui, d'après moi, pouvaient hypothétiquement influencer ces compétences dites « non académiques », dans lesquelles les enfants atteints de TAC semblent présenter tant de difficultés.

En tant que future ergothérapeute, j'ai ressenti le besoin d'approfondir cette réflexion. En effet, les thérapies en pédiatrie ont tendance à très vite s'orienter vers l'amélioration des compétences académiques. Parfois sans prendre en compte les réels envies de l'enfant. Par extension, cela revient à négliger certains aspects de la personne, de son environnement et de son occupation. Ces trois éléments sont définis par la mesure canadienne du rendement occupationnel et de l'engagement, modèle sur lequel j'ai choisi de m'appuyer.

En quoi l'utilisation de la méthode CO-OP en ergothérapie favorise-t-elle les compétences non académiques intrapersonnelles de l'enfant atteint d'un trouble d'acquisition de la coordination ?

Mes recherches m'ont permis de poser l'hypothèse suivante : **Les stratégies cognitives utilisées par l'enfant atteint de TAC lors de la méthode CO-OP en ergothérapie améliorent ses compétences non académiques intrapersonnelles.**

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je souhaiterais pouvoir élaborer une réponse à ce questionnement.

Partie 1: Cadre théorique

1.1 Le trouble d'acquisition de la coordination

1.1.1 L'acquisition de la coordination au cours du développement normal de l'enfant

Le mouvement est secondaire à la contraction d'un muscle ou d'un groupe de muscles, et réalise le déplacement d'un segment de membre. Le geste est un ensemble coordonné de mouvements volontaires, intentionnels, réalisés en fonction d'un but, d'une action finalisée (Mazeau, 2005). Le geste se distingue ainsi du mouvement par sa finalité, sa volonté humaine. Pour Jean Piaget¹, « les praxies ne sont pas des mouvements quelconques mais des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention » (Piaget, 1972, p. 67). Il décrit six stades (Annexe D), appartenant à la période sensorimotrice, dans lesquels se développent les schèmes de l'action, correspondant à la structure générale de l'action. Les coordinations apparaîtront au troisième stade de cette période (Piaget, 1972). Ces coordinations se développeront progressivement grâce au développement de l'enfant et aux interactions spontanées avec l'environnement. L'apprentissage de la coordination se fera à travers l'observation, l'imitation, et l'entraînement. L'acquisition des coordinations suivra alors le développement psychomoteur dans l'ordre chronologique des acquisitions (Thomas, 2002).

Enfin, la réalisation d'un geste fera appel à différentes structures neurologiques et différents processus neuropsychologiques, allant de sa conceptualisation à son exécution. Laurence Vaivre-Douret², a théorisé l'exécution de l'action par un schéma (Annexe II (Vaivre-Douret L. , 2007, p. 1341)) et situe l'étiologie du trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) au niveau des étapes deux et trois (Vaivre-Douret, Lalanne, Cabrol, Ingster-Moati, Falissard, & Golse, 2011, p. 452).

1.1.2 Théorie de référence

Dans la littérature, le TAC est désigné de différentes manières et plusieurs théories coexistent à ce sujet. Un des termes les plus couramment utilisé en France étant la « dyspraxie développementale ». Certains auteurs tels que Valérie Leroy Malherbe³ considère que la

¹ Jean Piaget, Psychologue suisse

² Laurence Vaivre-Douret, Neuropsychologue française

³ Véronique Leroy-Malherbe, Médecin française

dyspraxie développementale serait une atteinte du geste dans sa dimension culturelle, tandis que le TAC serait une atteinte du mouvement inné indépendante des facteurs environnementaux. Il semble finalement que la distinction entre ces deux définitions soit difficile à réaliser. Par ailleurs, de plus en plus de recherches mènent à croire qu'il pourrait exister des sous-types de TAC. De nombreuses analyses en clusters⁴ nous conduisent à un classement des déficiences en plusieurs groupes. C'est par exemple le cas de la théorie de Vaivre-Douret, que nous prendrons comme théorie de référence (Cf. I.3.2). Cette théorie distingue plusieurs sous-groupes de TAC, appelés dyspraxies, et retient l'intégralité de sa sémiologie. Basée sur les critères du DSM IV⁵ (Cf. I.3.5), cette théorie prend en compte le consensus établi à Londres en 1994. Elle nous permettra également d'utiliser la littérature française et la littérature anglo-saxonne.

1.1.3 Le trouble d'acquisition de la coordination

1.1.3.1 Évolution des concepts

Comme nous l'avons souligné précédemment, il existe en théorie un consensus concernant le terme à employer. Cependant, cette position n'est pas partagée par tous et le terme de «dyspraxie développementale» est encore largement employé. En 1900, Collier⁶ est le premier à parler de cette pathologie en la qualifiant de « maladresse congénitale ». Puis, en 1909 Dupré⁷ et Merklen⁸ parle de « débilité motrice ». Ces deux concepts s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'une maladie congénitale, caractérisée par une maladresse lors de l'exécution de mouvements volontaires. D'autres théories se confrontent ensuite puis, apparaît le terme de « dyspraxie du développement » en 1961 avec Brain. Finalement, les deux terminologies reprises sur le plan international sont celles de dyspraxie développementale et de trouble d'acquisition de la coordination. Cependant, le TAC est le seul terme intégrant un consensus international.

1.1.3.2 Définition du trouble d'acquisition de la coordination

Le trouble d'acquisition de la coordination (TAC), est la traduction littérale de l'expression «developmental coordination disorder ». Ce terme a été choisi pour être le terme de référence

⁴ Méthode d'analyse statistique de partitionnement de données

⁵ Quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Il est à noter que la plupart des recherches se sont appuyées sur la quatrième édition mais qu'une cinquième édition du DSM est parue en 2013.

⁶ Collier, Médecin américain

⁷ Ernest Dupré, Psychologue français

⁸ Prosper Merklen, Médecin français

suite au consensus adopté à la conférence tenue en Ontario en 1994 et organisée en outre par Hélène Polatajko⁹. Cette décision a été réaffirmée lors du consensus international de Leeds en 2006. Le TAC désigne globalement un retard d'acquisition des habiletés motrices par rapport à ce qui est attendu compte tenu de l'âge de l'enfant, sans atteinte du quotient intellectuel. Laurence Vaivre-Douret définit le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) comme « une perturbation de l'action d'un geste intentionnel en raison de dysfonctionnements au niveau de la planification et de la programmation cérébrale du mouvement en amont de l'exécution motrice et semblant être essentiellement spécifique à un déficit d'intégration et de régulation sensorimotrice et/ou visuo-spatiale motrice, perturbant la réalisation précise et efficace du geste » (Vaivre-Douret, Lalanne, Cabrol, Ingster-Moati, Falissard, & Golse, 2011, p. 452). Les profils des enfants atteints de TAC sont très hétérogènes et il est impossible de dresser un tableau exhaustif. On peut ainsi observer selon les individus des troubles au niveau du contrôle postural, de l'apprentissage moteur, et de la coordination sensorimotrice. Selon les individus, les signes cliniques sont plus ou moins prégnants, et ce, dans un ou plusieurs domaines. Ces signes se répercutent ensuite dans différentes activités de vie quotidienne et scolaire. L'étendue des difficultés est également variable. Certains enfants seront par exemple incapables de réaliser correctement une quelconque tâche motrice tandis que pour d'autres le trouble ne sera présent que lors de la réalisation de certaines activités.

L. Vaivre-Douret distingue trois sous-types de TAC (Vaivre-Douret, Lalanne, Cabrol, Ingster-Moati, Falissard, & Golse, 2011):

- La dyspraxie idéomotrice pure (IM), désignant des troubles significatifs au niveau des praxies digitales et des gnosopraxies. Les praxies digitales sont la capacité à imiter des positions des doigts (former un anneau avec le pouce et l'index, croiser l'index et le majeur ...). Les gnosopraxies représentent la capacité à reconnaître puis reproduire un objet sans retour visuel. L'enfant présente également des difficultés à réaliser des gestes symboliques ou des mimes (dire au revoir, jouer de la trompette...) sans manipuler des objets. En revanche aucun troubles au niveau de la dextérité fine ne sont observés. On retrouve parfois des troubles d'intégration de l'orientation spatiale corporelle (gauche/droite).
- La dyspraxie visuo spatiale/constructive pure, désignant uniquement des troubles dans le domaine visuo moteur. L'enfant présente des difficultés à poursuivre une cible des yeux, à s'organiser dans l'espace. On observe notamment des difficultés dans les jeux de construction, et dans les mathématiques, essentiellement en géométrie.

⁹ Hélène J. Polatajko, Docteur en ergothérapie canadienne

- La dyspraxie mixte, associant les deux sous-groupes précédents, auxquels peuvent s'ajouter d'autres éléments. On retrouve ainsi les troubles de la coordination bimanuelle, de la dextérité, des troubles de la motricité globale, et les praxies bucco linguo faciale. Ainsi, les activités tels que le découpage, l'écriture sont particulièrement compliquées. La dyspraxie mixte regroupe également les troubles de la motricité globale tels que l'équilibre statique et dynamique, l'hypotonie, la dissociation des ceintures ... L'enfant peut alors présenter des difficultés dans les activités physiques comme monter sur une échelle ou une poutre par exemple...

1.1.3.3 Étiologie du trouble d'acquisition de la coordination et de la dyspraxie développementale

Aucune étiologie n'est connue actuellement mais beaucoup de théories existent et se confrontent à ce sujet. On peut distinguer deux grands types d'étiologie : celles d'origine neurologique et celles d'origine neuropsychologique.

Hypothèses étiologiques neurologiques

Au niveau des nombreuses et hypothétiques causes d'origine neurologique, on suspecte tout particulièrement l'implication des neurones miroirs et du cervelet. En effet, ces derniers seraient responsables des automatismes moteurs dès les premières étapes du développement (Habib, 2014). Les neurones miroirs font partie du cortex pariétal, lui-même responsable de l'apprentissage des gestes, par imitation. Quant au cervelet, il serait impliqué dans l'automatisation du geste.

Hypothèses étiologiques neuropsychologiques

De nombreuses théories neuropsychologiques se confrontent quant à définir la dyspraxie :

Pour Deborah Dewey¹⁰, il s'agit d'un trouble dans la conceptualisation du geste. La mauvaise performance du geste n'est donc pas imputable à un déficit moteur ou idéomoteur mais à des difficultés dans la conceptualisation symbolique du geste.

Michèle Mazeau¹¹, construit un modèle de la dyspraxie à partir du modèle de l'apraxie adulte. Elle distingue alors la dyspraxie idéatoire, la dyspraxie constructive visuo spatiale, la dyspraxie constructive non visuo spatiale, la dyspraxie de l'habillement, et la dyspraxie idéomotrice.

¹⁰ Deborah Dewey, Médecin neuropédiatre canadienne

¹¹ Michèle Mazeau, Médecin de rééducation française

Sharon Cermak¹² distingue deux grands groupes de dyspraxie. Le premier groupe est caractérisé par un trouble de planification motrice. Dans ce groupe, on distingue les individus présentant des troubles de la conceptualisation du geste, rejoignant ainsi la position de D.Dewey, et les individus présentant un trouble d'orientation spatiale et d'intégration sensorielle, rejoignant alors la théorie de J.Ayres¹³. Le second groupe est caractérisé par des troubles dans l'exécution du geste, pouvant ainsi être comparé à l'apraxie de l'adulte.

Jean Ayres considère que la dyspraxie développementale est due à un défaut d'intégration sensorielle. L'intégration sensorielle permet à l'enfant de se construire un schème cognitif et ainsi de pouvoir planifier le geste. Or, dans la dyspraxie, l'enfant ne parvient pas à évaluer les informations extéroceptives et intéroceptives, ce qui nuit à planification du mouvement et s'illustre par une mauvaise exécution de celui-ci.

1.1.3.4 Comorbidité

La référence utilisée dans la plupart des articles portant sur les individus atteints de trouble d'acquisition de la coordination est celle du DSM IV, éditée en 2004. Les données les plus récentes en termes d'épidémiologie proviennent d'une étude réalisée au Royaume-Unis sur un échantillon de 6990 enfants âgés de 7 à 8 ans. En utilisant les critères diagnostics du DSM IV, ils considèrent que la prévalence de TAC est de 1,8 % (Emond, Golding, Hunt, Jongmans, & Lingam). Toutefois, le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux indique une prévalence de 6% pour des enfants âgés de 6 à 11 ans (APA, 2004). Les études actuellement menées sur les troubles d'acquisition de la coordination ne prennent pour la plupart pas en compte la comorbidité, ce qui entraîne des disparités dans les résultats de ces études quantitatives. Or, la comorbidité est la règle plus que l'exception (Vissier, 2005).

Deux théories se confrontent actuellement sur la comorbidité (Vissier, 2005): l'hypothèse du développement cérébral atypique (ABD) et l'hypothèse des déficits de l'attention, du contrôle moteur, et de la perception (DAMP). Globalement l'hypothèse ABD suppose que les symptômes du TAC, du trouble de la lecture et du TDA/H (trouble déficitaire de l'attention associé ou non à l'hyperactivité) résulte d'un même dysfonctionnement cérébral. L'hypothèse DAMP suppose quant à elle l'existence d'un trouble global affectant la capacité de l'enfant à automatiser les habiletés.

Pour conclure, on constate que les cas purs de troubles de la coordination motrice sont rares. La plupart des enfants présentent d'autres syndromes, dont les plus fréquents sont les

¹² Sharon Cermak, Docteur en ergothérapie américaine

¹³ Anna Jean Ayres, Docteur en ergothérapie et en psychologie américaine

troubles spécifiques du développement et le TDA/H (Aussilloux & Baghdali, 2005). Par ailleurs ces enfants représentent 4 à 6 % des enfants ayant des troubles des apprentissages selon une étude de l'éducation nationale (Lequette, Pouget & Peiffer, 2002).

1.1.3.5 Critères diagnostiques

Dans la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS), on retrouve les termes de « débilité motrice de l'enfant », de « dyspraxie de développement » et de « trouble de l'acquisition de la coordination ». Ces trois termes sont inclus dans la sous-classe (F82) des troubles spécifiques du développement moteur, elle-même appartenant à la classe des troubles mentaux et du comportement. L'OMS définit alors indifféremment la dyspraxie développementale et le trouble de l'acquisition de la coordination comme étant « Des altérations sévères du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise ».

La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V), publiée par l'association américaine de psychiatrie (APA), identifie comme trouble des habiletés motrices, le trouble de l'acquisition de la coordination.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- Critère A : Les performances dans les activités quotidiennes nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel, et des opportunités d'apprentissage.
- Critère B : La perturbation décrite dans le critère A interfère de façon significative et durable dans la réussite scolaire et ou les activités de vie courante et de loisirs.
- Critère C : Les symptômes sont apparus lors des premières phases de développement.
- Critère D : Le déficit moteur n'est pas imputable à un retard mental, ni à une affection neurologique ou sensorielle.

Cependant, comme le soumet R.H. Geuze¹⁴ dans sa publication intitulée « clinical and research diagnostic criteria for DCD » (Geuze, Jongmans, Schoemaker, & Smits-Engelsman, 2001), tous les critères énoncés par le DSM IV (et par extension le DSM V) sont qualitatifs et ne permettent pas de poser de diagnostic précis. D'après lui, des tests standardisés devraient être utilisés afin de réduire l'hétérogénéité des profils de patients atteints d'un TAC.

¹⁴ Reint Geuze, Professeur en neuropsychologie développementale hollandais

1.1.3.6 Conséquences de la pathologie

Les répercussions à l'école sont notables dès le début de la scolarité. C'est d'ailleurs souvent l'échec scolaire qui amène les parents à consulter (Barbeau & Meneguzzi, 2005). Les activités graphiques sont souvent de piètre qualité. La tenue du crayon est inadéquate, le coloriage est de mauvaise qualité, et les dessins ne sont souvent pas représentatifs. Par ailleurs, l'organisation dans les exercices est confuse (Franc, 2005), notamment en mathématiques où les chiffres ne sont pas alignés, ce qui rend alors l'opération difficile à résoudre.

Les répercussions du TAC dans les activités de vie quotidienne sont souvent sous-estimées par l'entourage alors que ce sont des répercussions très stigmatisantes pour l'enfant (Pouet, 2015). En effet, il peut-être difficile pour l'enfant de s'habiller, de mettre des boutons, de faire ses lacets, de se servir du couteau et de la fourchette Il présente également des difficultés dans les activités ludiques et de loisirs, notamment dans les jeux de construction, les jeux de motricité fine, et l'apprentissage du vélo. De part ses nombreuses difficultés qui s'expriment tant en classe, que dans la cour de récréation, que dans la vie quotidienne, l'enfant reste en retrait et participe peu aux activités.

Il est important de souligner l'impact non négligeable de cette restriction de participation sur l'estime de soi des enfants atteints. En effet, l'acceptation sociale est inférieure à celle de leurs pairs (Piek & Skinner, 2001). Ces enfants sont identifiés par leurs camarades comme « l'enfant ne rattrapant jamais la balle », dans la cours de récréation. Peu à peu l'enfant, conscient de ses difficultés, va s'isoler et réduire sa participation dans les activités scolaires et de loisirs. Par ailleurs, l'estime de soi est significativement associée à la réussite scolaire (Salamon, Husky, & Swendsen, 2003). Des études démontrent également que ces enfants sont plus fragiles psychologiquement et ont deux fois plus de risque que les autres de développer une dépression (Lingam, Jongmans, Ellis, Hunt, Golding, & Emond, 2012).

La notion de handicap invisible joue également un rôle important dans la considération que l'on donne à ces enfants. Le TAC étant une pathologie très peu connue du grand public, les enfants sont souvent qualifiés de maladroits voire paresseux. Il devient alors évident qu'une perte progressive de confiance en soi s'installe lorsque l'enfant est confronté à ce type de propos.

L'ergothérapeute doit alors, dans la mesure du possible, proposer une rééducation adaptée aux besoins de l'enfant et prendre en compte le vécu de celui-ci afin qu'il soit investi et motivé dans sa thérapie. Certaines méthodes, telle que la CO-OP, proposent d'ailleurs une rééducation basée sur les souhaits et objectifs de l'enfant.

1.2 Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP)

La méthode CO-OP signifiant littéralement l'orientation cognitive au rendement occupationnel quotidien est une méthode de rééducation cognitive initialement destinée aux enfants atteints de trouble d'acquisition de la coordination. La CO-OP a été créée par Hélène Polatajko et Angela Mandich, deux ergothérapeutes canadiennes, dans les années 90. La création de ce nouvel outil de rééducation a pour but de répondre aux besoins de réussite de l'enfant, d'améliorer sa performance dans les activités qui lui sont significatives, le tout en se basant sur les théories de l'apprentissage et les théories contemporaines du contrôle moteur. Le but de la méthode est que l'enfant trouve seul la solution aux problèmes qu'il rencontre, par le biais des stratégies cognitives.

Actuellement, il existe plusieurs perspectives de rééducation mais cette méthode centrée sur le client¹⁵ s'inscrit dans les approches dites « top-down » en se focalisant uniquement sur le rendement occupationnel.

1.2.1 Les méthodes de rééducation actuelles

L'ergothérapie permet aux enfants atteints d'un TAC d'améliorer leur participation ainsi que leur performance dans les activités de vie quotidienne et dans toute autre activité qui leur est significative. L'ergothérapeute utilise alors une ou plusieurs des approches suivantes : les approches orientées sur la performance (top down) ou bien les approches orientées sur le processus (bottom up). Il existe de nombreuses approches dans la rééducation de l'enfant atteint de TAC, représentées en Annexe III. Ces approches dérivent des théories explicatives de l'étiologie du TAC. L'étiologie du TAC étant encore inconnue à ce jour, il est alors difficile de sélectionner la méthode d'intervention idéale (Polatajko & Cantin, 2005).

1.2.1.1 Les approches bottom-up

L'approche orientée vers le processus est définie comme « un programme limité dans le temps visant à accroître les performances kinesthésiques d'enfants présentant des problèmes moteurs modérés pour améliorer les performances motrices » (Polatajko, Macnab, Anstett, & Malloy-Miller, 1995). L'approche bottom up est tout d'abord une approche centrée sur les

¹⁵ Le terme « client » remplace le terme « patient », notamment au Canada. Nous utiliserons donc ce terme dans cet écrit

déficiences. Ainsi, on considère que pour accroître la participation de l'individu il faut rééduquer le système sous-jacent au trouble existant. De nombreuses méthodes existent et toutes supposent que le TAC est dû à un défaut d'intégration sensorielle ou de perception. Ainsi sont utilisés avec les enfants atteints de TAC, les méthodes d'intégration sensorielle, les méthodes sensori-motrices, et le traitement orienté sur le processus.

L'intégration sensorielle a été développée par Jean Ayres dans les années 70. Cette méthode est basée sur le postulat selon lequel les déficits de l'enfant TAC seraient dus à un déficit des modalités sensorielles proximales (Schaaf, Schoen, Smith Roley, Lane, Koomar, & May-Benson, 2010) tels que le canal vestibulaire, tactile et proprioceptif. Ainsi la rééducation consiste à fournir graduellement des stimulations de ce type afin d'obtenir ensuite une réponse motrice adaptée.

L'approche sensori-motrice est basée sur un postulat très proche de celui de l'intégration sensorielle. La rééducation diffèrera par l'apport de stimulations motrices, en plus de stimulations sensorielles (Albaret, 2007). Cette approche regroupe plusieurs autres méthodes comme les programmes d'entraînement de Kephart, de Frostig, de Bobath ou bien la méthode « Le Bon Départ ».

Le traitement orienté vers le processus (TOP) part du postulat selon lequel la perception kinesthésique est fondamentale pour l'exécution motrice et les apprentissages moteurs (Albaret, 2007). Cette théorie a été développée par Bairstow et Laszlo dans les années 80. La rééducation se centre sur les activités motrices et non sur les processus sous-jacents et a pour objectif principal d'améliorer la sensibilité kinesthésique.

1.2.1.2 Les approches top-down

Les approches top-down considèrent que les troubles moteurs ne sont pas forcément imputables à des déficits sous-jacents mais plutôt à l'interaction dynamique d'un ensemble de facteurs, incluant le corps, la tâche et l'environnement (Polatajko & Cantin, 2005). Dans cette approche, on fait le postulat que c'est l'apprentissage qui améliorera le contrôle moteur. Contrairement aux approches bottom up, les approches top down ne se fondent pas sur les déficits du client mais sur ses limitations de participation. En effet, l'objectif est d'accroître la performance de l'individu dans les domaines choisis par celui-ci.

L'approche orientée vers la tâche fait partie des approches dite « top-down » et se définit comme « un entraînement ou une thérapie où le patient pratique une tâche motrice dans un contexte spécifique durant laquelle il reçoit une rétroaction » (Hubbard, Parsons, Neilson, & Carey, 2009). Parmi cette approche, on distingue deux thérapies : l'intervention spécifique à la

tâche et l'entraînement neuromoteur à la tâche. Ces deux thérapies décomposent l'activité en sous-tâches puis s'exercent à ces sous-composantes tout en fournissant à l'enfant un maximum de feed-back. Cependant, le transfert aux autres habiletés est peu attendu.

Les approches cognitives consistent à résoudre un problème pour l'individu. On considère que les capacités cognitives et motrices sont en interaction. Ainsi, c'est à l'enfant de définir une stratégie afin de pallier le trouble. Le programme de rééducation Parent-Enseignant et la CO-OP sont les deux principales méthodes cognitives.

1.2.1.3 Les recommandations actuelles au sujet de la rééducation des TAC

Nombre d'articles sont publiés au sujet des méthodes de rééducation des enfants atteints d'un TAC, notamment dans la littérature nord-américaine. En revanche, peu d'organismes publics émettent des recommandations voire des directives à ce sujet. Le monde de l'ergothérapie français reste d'ailleurs assez réservé. Certains ont cependant pris parti et ont émis des recommandations, en s'appuyant sur les multiples recherches déjà émises sur le sujet. C'est le cas de l'European academy for childhood disability (EACD)¹⁶, qui a publié une série de recommandations, adoptées lors de consensus en Juin 2010 (Blank, Smits-Engelsman, Polatajko, & Wilson, 2011). Ces recommandations sont toutes basées sur des recherches et leurs fiabilités varient selon le niveau de preuve constaté. La recommandation 24 stipule que l'utilisation des approches orientées vers la tâche est préférable dans le cadre de l'amélioration des activités motrices ou des activités où un objectif bien précis est défini. Enfin, l'EACD déclare que la thérapie d'intégration sensorielle ne fournit actuellement pas assez de preuves de son efficacité dans la rééducation de l'enfant TAC. L'Annexe IV illustre les recommandations de prise en charge d'un enfant atteint d'un TAC et met en avant la thérapie préconisée, soit l'approche orientée vers la tâche. Il s'avère que ce sont les seules et uniques recommandations dont nous disposons à ce sujet. Néanmoins, ces recommandations ne sont pas suivies en France. Les thérapeutes sont donc libres d'appliquer la thérapie de leur choix et de tenir compte ou non des recommandations émises par l'EACD.

¹⁶ Organisation non gouvernementale regroupant des professionnels santé exerçant en pédiatrie au sein de l'Union européenne

1.2.2 Les théories sous-jacentes à la CO-OP

La méthode CO-OP s'est bâtie sur de multiples modèles, concepts, et théories, illustrés par la pyramide en Annexe V.

1.2.2.1 La classification internationale du fonctionnement

La CIF¹⁷, publiée en 2001 par l'OMS¹⁸ constitue le pilier de la CO-OP. C'est un modèle bio-psycho-social impliquant toutes les dimensions de l'individu. La CIF fournit une approche multidimensionnelle interactive et évolutive pour comprendre une ou plusieurs situations de handicap.

La CIF a fourni à la CO-OP un vocabulaire et un modèle d'intervention, centrés sur l'activité et la participation (Annexe VI). Ce modèle prend également en compte l'environnement humain et matériel. Ce facteur est essentiel pour la thérapie car toutes les acquisitions de l'enfant devront se transposer dans son environnement propre. Enfin, la CIF-EA (OMS, 2007)¹⁹ met en avant la notion de « contexte familial », notion essentielle pour le succès de la thérapie.

1.2.2.2 La pratique basée sur les preuves

La pratique basée sur les preuves²⁰ se définit comme « une approche de soins de santé, dans laquelle le professionnel de santé utilise les meilleures preuves possibles, c'est-à-dire la meilleure information disponible, pour prendre ses décisions cliniques pour des patients [...]. Cela implique de prendre des décisions complexes et consciencieuses non seulement basées sur les preuves disponibles mais aussi sur les caractéristiques du patient, sa situation, ses préférences » (Roberts & Yeager, 2006). La pratique doit alors être basée sur les études cliniques réalisées. Il existe quatre niveaux de preuves, permettant ainsi de classer la fiabilité de l'essai clinique (Annexe VII). Concernant la CO-OP, de nombreuses études attestant de son efficacité ont été réalisées (Chan, 2007), (Sangster, Beninger, Polatajko, & Mandich, 2005). Cependant, aucune étude de niveau un n'existe et les études sont toutes classées en niveaux deux et trois.

1.2.2.3 Une méthode centrée sur le client

L'approche centrée sur le client est apparue dans les années 1950 avec Carl Rogers,

¹⁷ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

¹⁸ Organisation mondiale de la santé

¹⁹ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé version pour enfant et adolescent

²⁰ Traduit littéralement de l'anglais « evidence based of practice »

psychologue américain. Tout d'abord, Carl Rogers considère le client comme principal acteur de sa thérapie. Il pense que nous sommes les meilleurs experts de nous-mêmes, et que c'est à la personne elle-même de tenter de comprendre son point de vue subjectif sur le monde. Le thérapeute et le client sont alors partenaires. Le thérapeute jouant plutôt le rôle d'un guide plutôt que d'un « expert ». Enfin, pour Rogers la « thérapie dépend non seulement de la personnalité du thérapeute, des techniques et attitudes, mais surtout la manière dont elle est vécue par le client »* (Rogers, 2003, p. 34). Le principe de la CO-OP correspond à tous ces points abordés par Rogers en plaçant le client comme principal acteur de sa thérapie. Le client choisit ses objectifs de travail selon ses envies et ses besoins, et travaillera en partenariat avec l'ergothérapeute afin d'atteindre les buts fixés en début de thérapie.

1.2.2.4 La performance occupationnelle

L'occupation est « un ensemble d'activités significatives, effectuées avec une certaine constance et régularité »* (Polatajko, et al., 2004, p. 263). L'occupation fait partie des déterminants de santé. La santé, définie par l'OMS comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, dépend donc en parti de la qualité que l'individu perçoit de sa propre performance dans ses occupations.

La CO-OP s'appuie sur un second modèle, le modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO). Il été élaboré par l'association canadienne des ergothérapeutes sous cette appellation, puis une extension a été publiée en 2007 en incluant la notion « d'engagement » (Polatajko, Townsend, & Craik, 2007). La pratique centrée sur le client est l'élément phare sur quoi se fonde ce modèle. La MCRO prend en compte la subjectivité du patient ainsi que ses désirs et besoins qui lui sont propres. Elle met également en avant la notion de spiritualité, définie comme « l'essence de soi, le lieu où la détermination et le sens naissent »* (Polatajko, Townsend, & Craik, 2007, p. 3). La CO-OP fonde sa pratique sur le postulat que la performance est due à l'intrication de trois composantes que sont : la personne, l'environnement, et l'occupation (Annexe VIII).

1.2.2.5 Les théories de l'apprentissage

La théorie de l'apprentissage désigne le phénomène par lequel l'individu acquière de nouvelles connaissances ou compétences. Il existe quatre courants de pensées : le courant behavioriste, cognitiviste, constructiviste et socio-constructiviste. En l'occurrence, la méthode CO-OP est fondée sur les principes du modèle behavioriste et cognitiviste.

La théorie behavioriste

La théorie behavioriste considère l'apprentissage comme une modification durable du comportement résultant d'un entraînement. Dans ce processus d'apprentissage, l'enseignant stimule, crée et renforce des comportements ; et l'apprenant associe par conditionnement une récompense à une réponse spécifique. Cette théorie s'est principalement construite autour des travaux d'Ivan Pavlov²¹, de Burrhus Frederic Skinner²², et d'Edward Tolman²³.

Pavlov décrit une théorie essentiellement basée sur le conditionnement, c'est-à-dire sur la survenue d'une réponse induite par un stimulus neutre. Le conditionnement est dit « classique » chez I. Pavlov, tandis que le conditionnement est dit « opérant » dans les travaux de B. Skinner. Dans le conditionnement classique, le stimulus provient d'une variable extérieure, tandis que dans le conditionnement opérant, le stimulus provient de la personne elle-même. Pour B. Skinner, l'apprentissage se fait également par le biais d'essais, d'erreurs, de pratique, d'entraînement. Enfin, E. Tolman suggère que les moments d'exploration libre sont propices à l'apprentissage.

Ces théories font appel à de nombreux concepts et techniques utilisés par la CO-OP :

- Le renforcement : Egalement appelé « feed-back », consiste à encourager ou non un comportement afin d'augmenter ou de diminuer la fréquence de celui-ci.
- L'imitation : Fait parti des modes d'apprentissage de l'Homme. Elle peut-être utilisée afin d'expliquer une action complexe.
- Le « shaping » : On ne demande pas à l'enfant de réaliser l'action désirée de manière efficiente au premier essai. La réussite se fera suite à de nombreux essais qui seront de plus en plus précis et se rapprocheront de l'action souhaitée.
- L'incitation : Consiste à fournir un repère à l'enfant pour l'aider à initier le comportement désiré ou la compétence. Il s'agit de donner des indices.
- Le « fading » : Désigne la suppression graduée des indices selon l'acquisition des compétences de l'enfant.
- Le « chaining » : Consiste à diviser l'activité en plusieurs séquences et à se concentrer sur chacune d'entre elles.

La théorie cognitive

Dans cette théorie on considère que l'individu va mettre en place des stratégies

²¹ Ivan Pavlov, Médecin Russe de la fin du XIXème siècle

²² Burrhus Frederic Skinner, Psychologue Américain du milieu du XXème siècle

²³ Edward Tolman, Psychologue Américain du milieu du XXème siècle

d'apprentissage et fera appel à sa métacognition²⁴ en évaluant le travail effectué et en ré axant, si nécessaire, sa stratégie. La théorie cognitive étudie la connaissance, la mémoire, la perception et le raisonnement. Elle compare l'esprit humain à un ordinateur et le qualifie de « système de traitement de l'information ». Dans ce processus d'apprentissage, l'enseignant présente les informations de manière structurée et hiérarchisée afin que l'apprenant soit en mesure de traiter et d'emmagasiner les nouvelles informations de manière organisée. Cette théorie s'est essentiellement construite autour des travaux de Jean Piaget, de Lev Vygotski²⁵, et de Serge Moscovici²⁶.

Pour J. Piaget, l'apprenant doit construire et déconstruire ce qu'il apprend. Ainsi, l'apprenant doit remodeler à sa manière les informations apportées par l'enseignant afin de les assimiler. Pour L. Vygotski, l'apprentissage se réalise par le biais d'un processus qui va du social et aux connaissances interpersonnelles, à l'individuel et aux connaissances intra personnelles. Ce qui nous amène aux compétences intra personnelles, que nous aborderons dans la troisième partie de l'écrit. Enfin, S. Moscovici, pense que l'apprentissage est influencé par les convictions personnelles.

La thérapie cognitivo comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale intègre la notion de restructuration cognitive de l'approche cognitive avec les techniques de modification comportementales de l'approche behavioriste. C'est dans cette approche que Donald Meichenbaum²⁷ a développé une thérapie intitulée « self-instructional training program » (SIT) dans les années 70. Cette méthode utilise la résolution de problèmes et introduit le schéma «but/plan/fait/vérifie », littéralement traduit de « goal/plan/do/check ». Par ailleurs cette approche se base sur l'auto guidage verbal et utilise la métacognition. Pendant la thérapie, l'enfant est encouragé à verbaliser ses actions et à s'auto-évaluer afin de se corriger si nécessaire. Il identifie cinq étapes :

- Le modelage cognitif : Le thérapeute verbalise toutes les actions de la thérapie.
- Le guidage ouvert : L'enfant réalise ce que le thérapeute verbalise.
- L'autoguidage ouvert : L'enfant réalise l'activité en verbalisant ses actions.
- L'autoguidage atténué : L'enfant réalise l'activité mais verbalise ses actions en chuchotant.

²⁴ La métacognition désigne la connaissance de ses propres connaissances.

²⁵ Lev Vygotski, Psychologue Russe du début du XXème siècle

²⁶ Serge Moscovici, Psychologue Roumain de la fin du XXème siècle

²⁷ Donald Meichenbaum, Docteur en psychologie canadien

- L'autoguidage intériorisé : L'enfant réalise l'activité en verbalisant intérieurement les actions réalisées.

Utilisation de stratégies et résolution de problèmes

Les stratégies cognitives sont impliquées dans toutes les activités qui requièrent de planifier une action. C'est pourquoi elles constituent une notion phare de la CO-OP. Les stratégies sont définies comme étant « des tactiques, des procédures ou des méthodes qu'une personne peut utiliser soit consciemment soit automatiquement afin d'acquérir de nouvelles compétences ou faire face à des activités difficiles ou des problèmes »* (Toglia, Rodger, & Polatajko, 2012, p. 226). Au début de la thérapie, ces stratégies seront bien évidemment conscientes, mais celles-ci le seront de moins en moins au fur et à mesure de la thérapie et de la généralisation dans la vie quotidienne. La stratégie cognitive est « un plan mental qui guide la façon dont on utilise l'entrée sensorielle, détecte et corrige les erreurs, et dirige les actions motrices » (Sangster, Beninger, Polatajko, & Mandich, 2005, p. 69).

Généralisation et transfert des apprentissages

La généralisation est le fait de reproduire dans n'importe quel contexte une compétence acquise dans un contexte spécifique. En effet, l'enfant fera l'acquisition de compétences lors de la thérapie mais l'objectif est qu'il réussisse à généraliser les acquis dans sa vie quotidienne. Le transfert est défini comme l'influence d'une compétence apprise sur l'apprentissage d'une compétence. (Polatajko & Mandich, 2004). H.J Polatajko et A.Mandich identifient trois types de transfert :

- Le transfert proche, qui désigne le transfert d'une compétence sur une compétence similaire (rattraper une balle de tennis et rattraper un ballon de football),
- Le transfert éloigné, qui désigne le transfert d'une compétence sur une compétence sensiblement différente (sauter à pieds joints et faire du patin à roulettes),
- Le contre-transfert, qui désigne l'acquisition d'une compétence contraire à une compétence précédemment acquise (avoir toujours conduit à droite puis recommencer l'apprentissage de la conduite à gauche).

1.2.2.6 L'apprentissage moteur et la performance

L'apprentissage moteur désigne « l'acquisition de nouveaux mouvements et se réfère à la capacité d'un individu à acquérir les caractéristiques spatiales et temporelles d'un mouvement »* (Halsband & Freund, 1993, p. 940). Il existe de nombreuses théories quant à

cet apprentissage moteur mais la CO-OP s'appuie principalement sur l'une d'elles : la théorie des systèmes dynamiques.

Cette théorie suppose que le mouvement est dû à un réseau de contraintes que sont la tâche, l'individu, et l'environnement. Elle met également en évidence le rôle de la cognition dans l'apprentissage moteur.

Lors de l'apprentissage moteur, on observe trois stades, le premier étant le stade cognitif où l'apprenant essaie de comprendre l'idée générale du mouvement. Le second stade se nomme le stade associatif. A cet instant, l'apprenant apprend à exécuter le mouvement de manière plus ou moins précise, puis l'apprenant utilisera les rétroactions que fournit l'environnement afin de corriger le mouvement si besoin est. Enfin, l'apprenant se situe dans le stade autonome lorsqu'il parvient à exécuter la tâche motrice de manière fluide et automatique.

Un modèle illustrant la complexité des mouvements et intégrant un grand nombre de théories a été créé et est illustré par l'annexe IX. Ce modèle combine la fonction de l'action et les exigences de l'environnement. La fonction de l'action est représentée par l'orientation du corps, qui peut-être stable ou en mouvement, l'éventuelle manipulation d'objets, et la structure de la tâche, qui peut-être discrète, en série, ou continue. On qualifie l'activité de « discrète » lorsqu'un début et une fin sont identifiables, et « en série » si l'activité se décompose en plusieurs tâches discrètes. Enfin, l'activité est qualifiée de « continue » lorsqu'elle est répétitive et que c'est l'environnement qui mettra fin à l'activité, comme une ballade en bicyclette par exemple. L'environnement peut-être stationnaire, en mouvement, ou variable. Ce modèle permet au thérapeute de définir le niveau de complexité des activités à accomplir et ainsi de les simplifier ou de les complexifier afin de développer l'acquisition de compétences ainsi que la généralisation et le transfert.

L'apprentissage moteur peut-être influencé par les capacités attentionnelles et mnésiques de l'enfant, ainsi que par ses compétences intra personnelles, telle que la motivation.

1.2.3 Le protocole de la CO-OP

1.2.3.1 Objectifs de la CO-OP

Acquisitions de compétences

L'acquisition de compétences est le principal objectif de la méthode CO-OP. L'enfant choisira lui-même trois compétences à acquérir selon ses besoins dans sa vie quotidienne, à l'école, ou bien dans ses activités de loisirs. Ces objectifs seront identifiés en collaboration

avec les parents de l'enfant.

Utilisation de stratégies cognitives

L'utilisation de stratégies cognitives constitue le principal outil de résolution de problèmes puis d'acquisition de compétences de l'enfant. Au début de la thérapie ce sera au thérapeute de guider l'enfant dans la découverte de ses stratégies, puis le thérapeute indicera de moins en moins l'enfant en fonction de ses progrès.

Généralisation et transfert des apprentissages

La généralisation des apprentissages est essentielle à l'autonomie et à l'indépendance complète de l'enfant. En effet, à travers les trois buts que se fixe l'enfant, l'objectif est de pouvoir généraliser certains acquis à d'autres activités.

1.2.3.2 Les prérequis de l'enfant pour bénéficier de la CO-OP

Afin de pouvoir bénéficier de la CO-OP l'enfant doit présenter un certain nombre de prérequis pour une rééducation efficace. Tout d'abord, l'enfant doit avoir des capacités langagières suffisantes car celui-ci sera amené à verbaliser ses actes. Par ailleurs, si un trouble de la communication dans la sphère réceptive est présent, les consignes données par le thérapeute ne seront pas forcément comprises. Cependant, c'est au thérapeute de s'adapter au niveau langagier de l'enfant selon l'âge cognitif de ce dernier. Par ailleurs, l'enfant doit disposer de capacités cognitives suffisantes pour pouvoir comprendre les consignes et interagir avec le thérapeute. Toutefois, aucun niveau n'a été spécifié et cette approche a été utilisée avec des niveaux cognitifs très variés. Enfin, l'enfant doit présenter une certaine réactivité comportementale car la méthode requiert l'engagement de l'enfant et sa motivation.

1.2.4 Les principales caractéristiques de la CO-OP

1.2.4.1 Les objectifs choisis par le client

La méthode CO-OP est une approche centrée sur le client. Il est donc fondamental que ce soit le client qui choisisse ses objectifs. Ainsi, en se fixant lui-même des buts, l'enfant se sentira acteur de sa thérapie, et en comprendra les bénéfices. L'enfant doit alors choisir trois objectifs et ce, grâce à cinq étapes effectuées avec l'ergothérapeute.

- **Fixer les paramètres** : Entretien avec les parents et l'enfant où sont expliqués les objectifs de la thérapie ainsi que ses modalités.

- Réalisation du journal de la vie quotidienne : L'enfant doit décrire une journée typique d'école et de week-end afin que l'ergothérapeute puisse se représenter le quotidien de l'enfant.
- Le « paediatric activity card sort » (PACS): C'est une évaluation basée sur des images d'activités de vie quotidienne et permettant de déterminer le niveau d'engagement dans les activités de l'enfant. Ces cartes permettent de discuter des activités de loisirs, du sport, des soins personnels, et des activités de routine.
- La MCRO : Elle est utilisée afin de définir les trois objectifs de la thérapie. L'enfant devra donc donner un score de sa performance et un score de sa satisfaction concernant sa performance, comme le soumet le protocole de la MCRO. Cependant, il s'avère que c'est un exercice difficile pour les enfants de moins de sept ans. L'ergothérapeute peut donc s'aider des images du PACS afin d'expliquer à l'enfant. La MCRO sera réutilisée en fin de thérapie afin d'évaluer la perception que l'enfant a de son progrès.
- « The performance quality rating scale » (PQRS): C'est une évaluation de la performance basée sur une analyse de l'activité (Annexe X). Cet outil est coté sur dix points qui correspondent au niveau de performance de l'enfant dans l'activité donnée. L'évaluation est réalisée pré et post rééducation. Bien que basé sur l'observation, le PQRS est un outil d'évaluation objectif. Une étude menée par Rose Martini, conceptrice du PQRS, démontre la haute fiabilité inter juge de l'outil (Martini, Rose, Polatajko, Wolf, & McEwen, 2014).

1.2.4.2 L'analyse dynamique de la performance

L'analyse dynamique de la performance (ADP), représentée en Annexe XI a pour objectifs principaux d'identifier les problèmes de performance permettant ensuite de déterminer des stratégies pouvant améliorer cette performance. L'ADP se distingue de l'analyse de la tâche par l'analyse comportementale. En effet, l'analyse de la tâche se focalise sur la manière dont l'activité est réalisée tandis que l'ADP considère que la performance optimale est le produit de l'interaction de la personne, de l'environnement, et de l'activité (Hyland & Polatajko, 2012). Afin de réaliser l'ADP, l'enfant doit être motivé et présenter une connaissance suffisante de la tâche à accomplir.

1.2.4.3 L'utilisation de stratégies cognitives

L'utilisation de stratégies cognitives permet de faciliter l'apprentissage, la mémorisation, et la résolution de problèmes. Il existe les stratégies globales et les stratégies spécifiques de

domaine.

Les stratégies globales constituent un encadrement pour la résolution de tous types de problèmes. Dans la CO-OP, il s'agit de « But/Plan/Fait/Vérifie » (BPFV), littéralement traduit de « Goal/Plan/Do/Check ».

- But : « Qu'est ce que je veux faire ? ».
- Plan : « Comment est ce que je vais le faire ? ».
- Fait : « Je le fais ! ».
- Vérifie : Fait appel à la métacognition, « Est-ce que mon plan a bien fonctionné ? ».

Pour introduire ce plan auprès de l'enfant, il est possible d'utiliser un moyen mnémotechnique avec son personnage fictif favori représentant les quatre étapes afin de donner un aspect ludique (Annexe XII). L'enfant découvrira ensuite les stratégies par lui-même en utilisant l'auto guidance verbale. C'est-à-dire que chaque démarche devra être verbalisée par l'enfant. Le thérapeute ne doit pas fournir les stratégies à utiliser, et doit faire comprendre à l'enfant que la découverte d'une stratégie peut faire l'objet d'erreurs et qu'il doit être capable de trouver d'autres solutions si la première ne fonctionne pas.

Les stratégies de domaine spécifique sont utilisées en plus des stratégies globales, dans le cadre de tâche spécifique. Ces stratégies dépendent de l'activité réalisée et de l'enfant. Pour une même activité, un enfant peut appliquer une stratégie et un autre enfant une autre. Celles-ci sont généralement identifiées lors de l'étape « plan » de la stratégie globale. Ces stratégies ont été regroupées en classes (Annexe XIII) par H.J Polatajko et A. Mandich et constituent le BATS For 2V's²⁸. Cependant, ce classement ne constitue pas un listing exhaustif des stratégies existantes.

1.2.4.4 La découverte guidée

La découverte guidée est un outil facilitant l'autonomie de l'enfant dans la découverte de stratégies et guide le thérapeute dans le processus d'accompagnement. Cette méthode permet à l'enfant d'être le seul responsable de sa réussite, ce qui impactera ensuite sur son estime de soi et sur son sentiment d'auto efficacité. La découverte guidée soutient non seulement l'acquisition de compétences mais également l'utilisation de stratégies cognitives adéquates. Pour une découverte guidée réussie, quatre notions sont indispensables :

- « Une seule chose à la fois » : Lorsque la tâche est trop complexe pour l'enfant, il est préférable de se concentrer sur un élément de l'activité.
- « Posez des questions, ne donnez pas la réponse » : Lorsque l'enfant se retrouve en

²⁸ Acronyme anglais

difficulté, il ne faut pas donner la solution, mais plutôt lui poser des questions pour l'amener à une réflexion.

- « Coachez mais n'ajustez pas » : Normalement, l'ergothérapeute adapte l'activité au client. Or, dans ce cas-ci, c'est à l'enfant d'adapter et de simplifier son environnement afin de réussir l'activité.
- « Rendez-ça évident » : La réalisation d'une activité peut paraître complexe pour un enfant atteint de TAC, c'est pourquoi l'ergothérapeute doit exagérer les exemples afin de rendre l'activité évidente pour l'enfant. Lors de la réalisation de l'activité, l'ergothérapeute doit également fournir à l'enfant des feedback. Ces éléments permettront alors de favoriser la prise de conscience de l'action et des stratégies utilisées.

1.2.4.5 Les principes facilitants

Dans la CO-OP, l'enfant est considéré comme un partenaire. Le principe « enabling » traduit par « facilitant », est donc un principe clé de l'intervention et est défini comme suit par l'association canadienne des ergothérapeutes : « Enabling réfère à un processus de facilitation, de guidage, d'entraînement, d'éducation, de favorisation, d'écoute, de réflexion, d'encouragement, ou d'autres collaborations avec les personnes afin que les individus, les groupes, les organismes ou les organisations, aient les moyens et la possibilité de participer au façonnement de leur propre vie » (CAOT, 2008, p. 25). Ainsi, quatre grands principes sont identifiés :

- « Rendre amusant » : L'aspect ludique est très important compte tenu de l'âge de la clientèle. Si l'enfant s'amuse, cela renforcera d'autant plus sa motivation et son implication dans la thérapie. Le thérapeute doit donc présenter une attitude ludique et encourager de manière enthousiaste l'enfant.
- « Favoriser l'apprentissage » : Cf. 1.2.2.5
- « Travailler vers l'autonomie » : L'objectif ultime de la thérapie est de rendre l'enfant autonome dans la découverte des stratégies cognitives et dans la généralisation et le transfert de celles-ci. L'ergothérapeute devra donc graduellement diminuer ses conseils.
- « Promouvoir la généralisation et le transfert » : La généralisation est favorisée par la réalisation de plan par l'enfant et par le choix de stratégies spécifiques de domaines applicables à de multiples activités. Le transfert est supporté par l'intervention de l'ergothérapeute et par les liens qu'il effectue entre les plans, les stratégies, les activités et l'environnement rencontré.

1.2.4.6 L'implication des parents ou de l'entourage

La CO-OP est fondée sur la MCRO, qui place l'environnement, non seulement matériel, mais aussi humain au centre de la démarche. Dans cette méthode, il est indispensable d'impliquer les parents ou tout autre entourage ayant une place signifiante dans la vie de l'enfant. Ces personnes seront également des partenaires de soins. L'entourage permettra de favoriser la généralisation et le transfert dans les activités de vie quotidienne, tant au domicile, qu'à l'école, mais également lors des activités de loisirs. Il est donc essentiel d'informer les parents sur les principes de la thérapie afin qu'ils puissent accompagner leur enfant.

1.2.4.7 Le cadre d'intervention

Globalement la thérapie se décompose en trois phases, malléable selon les besoins de l'enfant et de son entourage. Durant la phase de préparation, la méthode est expliquée aux parents et à l'enfant, et les objectifs sont posés. Cette phase nécessite au minimum trois séances. La seconde phase est dite « d'acquisition ». C'est la période de rééducation en tant que telle. Chaque session dure approximativement une heure et se déroule une à deux fois par semaine. Chaque séance débute par un échange entre l'enfant et l'ergothérapeute à propos des objectifs et des plans que l'enfant utilisera. La phase d'acquisition dure environ dix séances. Enfin, arrive la phase de réévaluation, c'est la phase de vérification. L'enfant est questionné sur les stratégies qu'il a utilisées et sur ce qu'il a appris. Puis, l'ergothérapeute fera repasser les évaluations réalisées pendant la phase de préparation afin d'évaluer la progression de l'enfant dans l'acquisition de compétences.

Dans les années soixante, un programme d'apprentissage participatif, nommé «highscope», et destiné à l'école maternelle et élémentaire a été créé. Ce programme favorise la prise de décision, la résolution de problèmes et veille à ce que l'entourage familial (la mère en l'occurrence) participe de manière active. Une étude réalisée sur ce programme démontre que la motivation des enfants à l'apprentissage des compétences académiques est significativement plus importante par rapport à une approche plus traditionnelle (Heckman, Pinto, & Savelyev, 2013). Ainsi, en mettant en valeur les compétences intrapersonnelles de l'enfant, ce programme favorise l'apprentissage des compétences académiques. Ce programme fait appel à des concepts de la CO-OP et influencerait les compétences non académiques que nous définirons dans la partie suivante.

1.3 Les compétences non académiques ou Soft skills

Alfred Binet, un des fondateurs de la première échelle de mesure de l'intelligence, désormais appelée le quotient intellectuel, déclare que les capacités cognitives ne sont pas toujours suffisantes et que la réussite dépend également de l'attention, de la volonté et de la personnalité. En effet, l'enfant aura besoin de mettre en œuvre ses capacités cognitives, mais sans motivation ni volonté et si le sujet estime ne pas être capable de réussir, alors les chances de succès seront effectivement amoindries. Posséder des compétences non académiques intrapersonnelles devient alors indispensable pour l'enfant afin d'atteindre ses objectifs fixés en début de parcours.

La théorie des intelligences multiples d'H. Gardner²⁹, développée en 1983, développe huit formes d'intelligence qui fourniront à l'individu la capacité à résoudre des problèmes de la vie courante. Parmi ces formes d'intelligence H. Gardner distingue l'intelligence intrapersonnelle et l'intelligence interpersonnelle. Pour lui, l'intelligence intrapersonnelle est celle qui permettra de capitaliser les forces dans d'autres intelligences fortes et de compenser les faiblesses dans des intelligences plus faibles. Elle représente donc l'intelligence clef de cette théorie.

1.3.1 Définition des compétences non académiques

Tout d'abord, une compétence est définie comme étant une « connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières » (Le petit Robert, 2015). La compétence est ce qui permet à l'humain de justifier et d'appuyer une éventuelle analyse ou production ultérieure. Cependant, ce socle représente de multiples facteurs, qui peuvent être d'ordre technique, social, ou personnel et de nombreuses interrogations subsistent quant à la classification et la définition de ces compétences.

Ainsi, une des classifications existantes distingue les compétences académiques des compétences non académiques, traduit de l'anglais « hard skill » et « soft skill ».

Les compétences académiques, également appelées « compétences techniques », ou « hard skills » sont définies comme étant « la capacité, venant des connaissances et de la pratique, de faire quelque chose correctement »* (Robles, 2012, p. 456). Les compétences académiques sont des compétences spécifiques objectivables.

Les compétences non académiques, sont également retrouvées sous diverses appellations

²⁹ Howard Gardner, Docteur en psychologie développementale et cognitive américain

dans la littérature, telles que : « soft skills », « traits de personnalité », « compétences non cognitives », « personnalité » et « compétences socio émotionnelles ». Les compétences non académiques sont des « qualités souhaitables pour certaines formes d'emploi qui ne dépendent pas des connaissances acquises: elles comprennent le sens commun, la capacité de traiter avec les gens, et une attitude flexive positive »* (Collins, 2015). Pour Michel Robles³⁰ (Robles, 2012), les soft skills se définissent comme les traits de caractères, les attitudes, et les comportements. Les compétences non académiques ne sont pas des compétences spécifiques. Elles sont transférables et généralisables dans de nombreuses professions et activités, et se développent d'années en années, à travers les expériences de vie.

Les compétences non académiques peuvent être décomposées en deux sous groupes : les compétences interpersonnelles et les compétences intra personnelles.

Les compétences non académiques = Les compétences interpersonnelles + Les compétences intrapersonnelles

Beaucoup d'écrits s'appuient sur la classification des « big five » mises en évidence par L. Goldberg³¹ en 1990. Ces « big five » représentent les cinq principaux traits de personnalités que sont : l'ouverture à l'expérience, la conscience, l'extraversion, l'agréabilité, et le névrosisme (Plaisant, Guertault, Courtois, Reveillères, Mendelshon, & John, 2010). Ces big five sont illustrés par le schéma en Annexe XIV qui propose un champ lexical des facettes pour chaque trait psychologique (Plaisant, Guertault, Courtois, Reveillères, Mendelshon, & John, 2010, p. 484). Cette liste non exhaustive de facettes regroupe un ensemble de termes nous permettant de définir les compétences non académiques de l'individu comprenant à la fois les compétences inter et intra.

Les compétences interpersonnelles concernent tout ce qui a trait aux relations avec autrui. Actuellement, beaucoup considèrent que ce sont les compétences interpersonnelles qui sont les plus importantes pour la réussite professionnelle. Mais nous pouvons nous demander si les compétences intra personnelles ne constituent pas des prérequis aux compétences interpersonnelles. Pour M. Robles, les compétences interpersonnelles désignent le sens de l'humour, l'empathie, la sociabilité, la politesse, le charisme, et la gentillesse.

Les compétences intrapersonnelles sont les caractéristiques personnelles. Dans la littérature, aucun consensus n'existe quant à la définition de ces compétences. Pour M. Robles, les compétences intrapersonnelles regroupent l'estime de soi, la flexibilité, la responsabilité,

³⁰ Marcel Robles, Professeur en management américaine

³¹ Lewis Goldberg, Psychologue américain

l'autonomie, la motivation, la prise d'initiatives, l'intégrité et la créativité (Robles, 2012).

1.3.2 L'influence des compétences non académiques sur la participation sociale de l'individu

L'intérêt pour les soft skills s'est amplifié, notamment suite à la croissance du modèle individualiste vers lequel s'oriente actuellement la société. L'individu va de plus en plus chercher à mettre en avant ses qualités personnelles afin de se distinguer. Sur le marché du travail, les ressources humaines se tournent vers un modèle de gestion des compétences, c'est-à-dire d'évaluation de la personne, et de ses capacités à mettre en œuvre ses propres compétences (Gilbert, 2006).

1.3.2.1 Les compétences non académiques dans la sphère de l'emploi

Les soft skills sont donc des concepts récents et essentiellement abordés dans la sphère de l'emploi. En effet, une étude a démontré que le succès de l'individu est davantage dû aux softs skills (85%) qu'aux hard skills (John, 2009). Par ailleurs, les employeurs prêtent de plus en plus d'attention aux qualités individuelles du candidat lors des entretiens d'embauche. En outre, le fait que la société se tourne de plus en plus vers les services, au détriment de la production, accentue cet intérêt pour les softs skills. En effet, les personnes travaillant dans le service tertiaire, sont pour la plupart amenées à communiquer avec autrui, mettant alors en jeu leurs compétences intra et inter personnelles.

1.3.2.2 Les compétences non académiques dans l'éducation supérieure

Le concept de compétence non académique a été très largement repris dans la sphère de l'éducation supérieure afin de répondre à ces nouvelles demandes. Certains auteurs, tel que T. Chamorro-Premuzic³² affirment qu'il est nécessaire d'initier les étudiants aux softs skills. Par ailleurs, ces derniers semblent conscients de l'importance d'acquérir ce type de compétences. Il affirme également dans cet article que les soft skills seraient des prérequis indispensables au succès dans les compétences académiques et dans la performance occupationnelle (Chamorro-Premuzic, Arteche, Bremner, Greven, & Furnham, 2010). Par ailleurs, de nombreux employeurs se plaignent des lacunes, en termes de soft skills, des nouvelles recrues et il en est de même lors des stages professionnels. Cynthia Engels³³ relate par exemple, le cas de certains professionnels ergothérapeutes, déclarant que même si l'étudiant possède toutes les

³² Tomas Chamorro-Premuzic, Professeur de psychologie d'affaire américain et créateur de tests psychométriques

³³ Cynthia Engels, Ergothérapeute, Formatrice à l'IFE de Créteil, Doctorante en sciences de l'éducation

compétences techniques requises et évaluées, ceux-ci ne l'estiment pas forcément apte à exercer en tant qu'ergothérapeute, et ce, par manque d'indépendance, de flexibilité... (Engels, 2014).

1.3.2.3 Les compétences non académiques à l'école élémentaire

Enfin, la notion de soft skills commence à être abordée à l'école élémentaire. L'article 9 de la loi du 23 avril 2005 « d'orientation et de programme pour l'avenir de l'École » précise que « la scolarité obligatoire doit au moins garantir à chaque élève les moyens nécessaires à l'acquisition d'un socle commun constitué d'un ensemble de connaissances et de compétences qu'il est indispensable de maîtriser pour accomplir avec succès sa scolarité, poursuivre sa formation, construire son avenir personnel et professionnel et réussir sa vie en société » (Chirac, 2015). Suite à cette loi un socle commun de connaissances et de compétences, issu du décret du 11 Juillet 2006 a été établi (socle commun de connaissances et de compétences, direction générale de l'enseignement scolaire ; 2006). Parmi les sept compétences existantes, l'une d'elle s'intitule « l'autonomie et l'initiative ». Ce document stipule également que ces compétences s'acquièrent tout au long de la scolarité. Dans ce module, les objectifs sont de favoriser le développement de l'esprit critique, la capacité de juger par soi-même, l'autonomie. L'élève doit également être capable de concevoir des projets individuels et collectifs dans différents domaines, dont le domaine artistique. Toutes ces compétences font sans aucun doute appel aux softs skills, bien que toutes les composantes ne soient pas énoncées et que le concept ne soit pas clairement explicité.

1.3.3 Les compétences non académiques dans la littérature liée au trouble d'acquisition de la coordination

1.3.3.1 Choix des compétences intrapersonnelles à étudier

Comme nous l'avons évoqué précédemment (Cf. 1.3.1), il existe de nombreuses compétences intrapersonnelles et nous ne possédons aucune liste exhaustive de celles-ci. Nous nous intéresserons donc aux quatre compétences intrapersonnelles qui sont le plus fréquemment évoquées dans la littérature concernant les TAC et évoquant des troubles au niveau de ces compétences. Celles-ci ont été choisies suite à la réalisation d'une brève étude de la littérature disponible en Annexe XV. L'Annexe XVI illustre la fréquence d'apparition des différents termes dans la littérature.

1.3.3.2 L'estime de soi

Définition de l'estime de soi

De manière générale, avoir une bonne estime de soi signifie avoir une bonne représentation de soi-même. Elle représente « le degré de mérite, de valeur, de respect et d'amour que l'individu peut adopter vis-à-vis de lui-même » (Famose & Bertsh, 2009, p. 17). Pour W. James³⁴, elle peut s'évaluer grâce au ratio entre nos actualités et nos potentialités. Concrètement, c'est le degré de similitude entre les objectifs fixés et notre performance réelle.

L'estime de soi peut-être appréhendée sur un versant cognitif ou sur un versant affectif. Le versant cognitif désigne l'évaluation globale de soi spécifique à un domaine. C'est l'autoévaluation qu'un sujet fera de sa propre performance dans un domaine donné. Cette évaluation de soi est également influencée par les affects du sujet. Certains auteurs, comme W. James, considèrent que l'estime de soi est un phénomène affectif, tout comme un sentiment. Un modèle hiérarchique, créé par Hubner et Stanton, distingue les concepts de soi scolaire et non scolaire³⁵ en incluant dans la partie non scolaire, le concept de soi social et le concept de soi émotionnel. Cependant, il semble difficile de déterminer si l'estime de soi désigne une réponse cognitive, affective ou les deux. En effet, l'estime de soi désignant une sorte d'autoévaluation, l'évaluateur et l'évalué représente une seule et même personne. Il paraît donc difficile de considérer que l'individu en question pourra supprimer l'afférence de ses affects afin de rendre un jugement purement factuel de son estime de soi dans un domaine spécifique.

D'après les travaux de S. Coopersmith³⁶, l'estime de soi prendrait source dans les relations interpersonnelles, et notamment les relations entretenues avec les parents. En effet, ce sont les attitudes et les comportements adoptés par les parents envers leur enfant qui influenceront la construction non linéaire de l'estime de soi de l'enfant.

L'estime de soi chez l'enfant atteint de TAC

L'estime de soi est la principale compétence intrapersonnelle citée dans les articles et ouvrages faisant référence au TAC. Il semblerait que cette mauvaise estime de soi soit principalement due à une piètre autoévaluation que l'enfant fait de sa propre performance. Par ailleurs, la méconnaissance de la pathologie ne joue pas en la faveur d'un regain d'auto

³⁴ William James, Psychologue et philosophe américain

³⁵ Termes faisant références aux concepts de compétences académiques et non académiques développées précédemment

³⁶ Stanley Coopersmith, Docteur en psychologie du développement américain

considération pour l'enfant.

La place de l'estime de soi dans la CO-OP

Il semblerait qu'une bonne estime de soi permette à l'enfant d'adopter des stratégies de résolution de problèmes adaptées lorsque celui-ci rencontre des situations problématiques (André, 2005). Or, les stratégies de résolution de problèmes sont au cœur de la CO-OP. Par ailleurs, la MCRO prend en compte l'aspect spirituel de l'individu et donc, son bien-être émotionnel, qui lui-même est favorisé par l'estime de soi.

1.3.3.3 La créativité

Définition de la créativité

La créativité fait de chaque individu une source potentielle d'originalité et de changement. Elle permet à chacun de s'individualiser, de se rendre original et unique grâce au développement de ses talents, à ses goûts et aux valeurs auxquelles on aspire. La créativité est définie comme « la possibilité qu'a un individu, dans les processus de résolution des problèmes, de trouver des relations inédites, de produire de façon relativement courante et souple des idées nouvelles et des solutions originales » (Rouquette, 2007, p. 37). En effet, la créativité ne fait pas forcément référence à la création d'une œuvre matérielle. Une création peut être palpable, tel qu'un dessin, une sculpture, ou impalpable s'il s'agit d'une idée ou bien d'un concept par exemple. Il est important de souligner l'importance que l'on porte à la valeur de la création. En effet, la valeur du produit créatif (objet ou réflexion issu du processus de création) dépendra de la légitimité attribuée au créateur, qui elle-même dépend du groupe de référent du créateur. Lorsqu'un enfant offre un collier de nouilles à sa mère pour la fête des mères par exemple, ce cadeau aura une plus grande valeur pour la mère que pour une personne lambda. La mère représente le groupe de référent du créateur et c'est sa considération qui donnera la valeur et la légitimité à ce produit créatif. On considère alors que « la créativité n'est donc pas la reconnaissance de la valeur mais la valeur de la reconnaissance » (Rouquette, 2007, p. 42). Le produit créatif est, dans la plupart des cas, destiné à quelqu'un. Cela implique donc un jugement, qu'il soit positif ou négatif de la part du récepteur. On peut alors imaginer la présence d'une certaine pression pour le créateur, qui n'a évidemment pas les mêmes représentations que son récepteur et qui ne peut donc pas imaginer comment celui-ci va recevoir et percevoir ce produit créatif.

Enfin, pour aboutir à un produit créatif, cela nécessite l'engagement du créateur et donc sa

motivation.

La créativité chez l'enfant atteint de TAC

L'enfant atteint de TAC est en général, peu créatif. En effet la création nécessite de prendre des risques, et d'avoir relativement confiance en soi afin de concevoir, de créer. Or, ces enfants ont une faible estime d'eux même, et la pression qui s'exerce sur eux au quotidien tend à les rendre de plus en plus anxieux. Le regard des autres et leurs attentes provoquent chez eux une anxiété et l'enfant a souvent « peur de ne pas être capable ».

La place de la créativité dans la CO-OP

La place de la créativité dans la CO-OP est fondamentale, mais il s'agit davantage d'une créativité de nature « intellectuelle », impalpable. En effet, la recherche de stratégies de résolution de problèmes fait partie des phénomènes créatifs, comme nous l'avons évoqué précédemment. Par ailleurs, en utilisant un personnage fictif et en le remplaçant dans un autre contexte, ceci peut favoriser la créativité de l'enfant en inventant des histoires par exemple et en le rendant acteur de ses propres péripéties.

1.3.3.4 La motivation

Définition de la motivation

Le Petit Robert définit la motivation comme l'action des forces (inconscientes ou conscientes) qui déterminent le comportement. Le comportement, et donc l'implication que l'enfant aura dans l'activité dépendra de cette fameuse « motivation ».

Tout d'abord, la motivation trouve ses sources dans le sens. En effet, « la perte du sens est la base essentielle de la démoralisation et de la démotivation » (Muchielli, 2006, p. 7). Cependant, nous possédons tous nos propres représentations. Pourtant, il est important de comprendre quel sens cette activité a pour l'enfant afin de mieux le comprendre et de le guider au mieux. Motiver, c'est également l'art de communiquer avec autrui (Muchielli, 2006). Mais pour communiquer il faut parler le même langage, et pour cela, il faut savoir appréhender les représentations de l'autre. Or, le sens dépend de plusieurs facteurs : le niveau biologique, affectif, cognitif, social, culturel, imaginaire. Tous ces facteurs agissent simultanément, et l'individu perçoit d'une manière ou d'une autre une activité, selon les différents contextes. Il est donc important de considérer l'ensemble de ces facteurs afin de comprendre au mieux l'enfant.

Enfin, l'estime de soi semble être un prérequis essentiel dans la dynamisation de l'individu et donc dans la représentation qu'il a de ses capacités d'action.

La motivation chez l'enfant atteint de TAC

La plupart des enfants atteints de TAC présentent des difficultés scolaires. Or, la vie scolaire représente une partie importante du temps de l'enfant. Celui-ci se retrouve donc souvent en situation d'échec. Cette situation répétée démotive et décourage l'enfant. Celui-ci n'est alors motivé que pour les tâches qu'il se sent capable d'accomplir correctement.

La place de la motivation dans la CO-OP

La CO-OP utilise en début de thérapie des techniques de recueil de motivations telles que le journal de vie quotidienne, le PACS, et la MCRO. En effet, tous ces outils permettent de connaître les envies, les goûts et les motivations de l'enfant. Suite à ça, la thérapie se basera donc sur les activités significatives pour l'enfant car les objectifs ont été choisis par ce dernier. La CO-OP permet à l'ergothérapeute d'avoir une vision globale de la personne, notamment grâce aux outils de départ.

1.3.3.5 L'autonomie

Définition de l'autonomie

L'autonomie est définie comme le «droit de se gouverner par ses propres lois» (Le petit Robert, 2015). Plus simplement, on reconnaît une personne autonome à sa capacité à prendre des décisions. Les propres lois sont alors définies par l'individu en fonction de son identité et de ses valeurs. Plus la personne est autonome, mieux elle pourra se déterminer de manière authentique, et alors s'affirmer. En effet, plus l'individu sera autonome, moins il aura de difficultés à développer ses compétences intrapersonnelles.

L'autonomie s'appuie sur trois piliers que sont la liberté, la décision, et les règles, représentés par l'Annexe XVII (Montier & Desfontaines, 2012, p. 5). Le concept de liberté est inhérent à l'autonomie, puisque si l'individu n'est pas responsable de ses choix, il devient contraint et donc dépendant. L'individu doit alors être capable d'assumer les décisions prises dans son propre cadre réglementaire, lui-même régit ses propres convictions. Enfin, il convient de distinguer: l'autonomie relationnelle de l'autonomie stratégique. L'autonomie relationnelle désigne la «capacité de gérer ses relations pour pouvoir négocier une liberté avec son environnement afin de décider et d'agir selon sa propre loi» (Montier & Desfontaines, 2012, p.

7). L'autonomie stratégique ; laquelle désigne l'autonomie dans l'action, définie comme «la capacité à se déterminer, c'est-à-dire à choisir et à atteindre les objectifs fixés » (Montier & Desfontaines, 2012, p. 8).

L'autonomie est une « capacité en développement », qui s'accroît, s'expérimente et s'ajuste dans le temps.

L'autonomie chez l'enfant atteint de TAC

L'enfant atteint de TAC a généralement une faible estime de soi. Ceci le perturbe dans la définition de son identité. L'enfant a alors des difficultés à poser un cadre réglementaire, qui pourtant, constitue l'un des piliers de l'autonomie. Cependant, comme nous l'avons précisé précédemment, l'autonomie se construit au cours du développement de l'enfant. Les attentes ne seront donc pas équivalentes pour un enfant en école maternelle et un enfant en école primaire. Par ailleurs, l'autonomie se développe à travers l'expérimentation. Or, ces enfants ont souvent du mal à expérimenter de nouvelles choses, par peur de l'échec. Tous ces éléments entravent donc la maturation de l'autonomie.

La place de l'autonomie dans la CO-OP

Le concept d'autonomie est central dans la CO-OP puisque cette méthode amène l'enfant à la prise de décision en choisissant ses stratégies cognitives. En favorisant de manière directe l'indépendance de l'enfant, la CO-OP tend à améliorer l'autonomie de l'enfant.

1.4 Conclusion du cadre théorique

En définissant ces trois concepts, il s'avère finalement que ceux-ci présentent de nombreux points communs, notamment au sujet des théories de l'apprentissage. Effectivement les deux concepts se basent tous deux sur une approche que nous pouvons qualifier de « comportementaliste ». Enfin, il s'avère que le modèle conceptuel de la MCRO-E sur lequel s'appuie ce travail englobe et concerne les trois concepts. Le cadre de recherche s'efforcera de démontrer s'il existe effectivement un lien entre ces trois concepts dans la pratique.

Partie 2 : Cadre de recherche

Cette seconde partie nous permettra de confronter les notions développées précédemment dans la partie théorique et les données recueillies sur le terrain. La méthode de l'enquête sera d'abord explicitée avant de présenter les résultats et l'analyse. Enfin nous concluons ce travail d'initiation à la recherche en apportant une conclusion au questionnement établi initialement.

2.1 Méthodologie de recherche

2.1.1 Pré-enquête

J'ai réalisé ma pré-enquête notamment par le biais de forums spécialisés en ergothérapie en pédiatrie et par des entretiens informels auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants atteints de TAC. J'ai également complété en me documentant sur la littérature française et anglo-saxonne sur le thème de TAC et de la CO-OP. Ce sont les réponses fournies par les ergothérapeutes qui m'ont permis de réorienter mon sujet en ciblant une méthode particulière : la CO-OP.

De cette pré-enquête, j'ai pu mettre en lumière trois constats :

- En France, peu d'ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants TAC connaissent vraiment la méthode CO-OP.
- L'intérêt pour la méthode CO-OP commence tout juste à se faire ressentir en France.
- Les ergothérapeutes étant formés à la CO-OP adhèrent, pour la plupart, de suite à celle-ci.
- Beaucoup d'ergothérapeutes constatent des troubles au niveau des compétences non académiques chez les enfants atteints de TAC.

Il faut toutefois nuancer ces constats étant donné le faible nombre d'ergothérapeutes interrogés.

2.1.2 Objectifs de l'enquête

Afin de valider ou d'invalider l'hypothèse de ce travail (*Rappel : Les stratégies cognitives utilisées par l'enfant atteint de TAC lors de la méthode CO-OP améliorent ses compétences non académiques intrapersonnelles*), j'ai choisi de m'orienter vers les objectifs suivants :

- **Objectif 1** : Déterminer si les enfants atteints de TAC souffrent de troubles au niveau des compétences non académiques intrapersonnelles,
- **Objectif 2** : Déterminer si la CO-OP est susceptible d'influencer les compétences non académiques intrapersonnelles de l'enfant atteint de TAC,
- **Objectif 3** : Déterminer quel(s) élément(s) précis de la CO-OP serai(en)t susceptible(s) d'influencer les compétences non académiques intrapersonnelles de l'enfant atteint de TAC.

2.1.3 Choix des outils

Pour l'enquête plusieurs outils sont à notre disposition ; dont l'observation et l'expérimentation. Ces deux outils ne m'ont pas paru adaptés.

Tout d'abord, l'observation des compétences intrapersonnelles n'aurait pas été pertinente au regard du nombre de séances auxquelles il m'aurait été possible d'assister. Par ailleurs, il me semblait difficile d'évaluer ces compétences sans connaître l'enfant au préalable et ayant pour seule référence les séances d'ergothérapie. Or, ces compétences se manifestent à chaque instant de la vie de l'enfant. Il paraissait donc très réducteur de se focaliser sur la période de thérapie. N'ayant pas bénéficié de la formation CO-OP et d'un point de vue éthique, je ne pouvais l'expérimenter. L'entretien m'a paru être un outil tout à fait adapté aux objectifs de l'enquête.

2.1.3.1 L'entretien

L'entretien produit un discours de l'interlocuteur et non une réponse prédéfinie. Or, il me semble que c'est un sujet qui mérite d'être nuancé, notamment par la présence de facteurs assez subjectifs, que sont les compétences intrapersonnelles. L'entretien est l'outil d'enquête à usage principal. C'est à dire que c'est le seul mode de collecte d'informations.

J'avais pour objectif de m'entretenir avec des enfants bénéficiant de la CO-OP ainsi qu'avec leurs parents. Cependant, il s'est avéré impossible de réaliser ces entretiens, notamment en raison du faible nombre d'ergothérapeutes pratiquant la méthode CO-OP mais également à cause de leur réticence, compréhensible, à m'orienter vers les patients et leurs familles. J'ai donc choisi de n'interroger que les ergothérapeutes.

2.1.4 Elaboration de l'outil d'investigation

2.1.4.1 Population interrogée

L'entretien a été utilisé uniquement avec des ergothérapeutes. Les critères d'inclusion sont liés à l'hypothèse et sont les suivants :

- Ergothérapeute diplômé d'état,
- Formation à la CO-OP,
- Utilisation de la CO-OP auprès d'enfants avec un diagnostic établi de TAC ou de dyspraxie.

Ces critères permettent une diversification de l'échantillonnage d'individus interrogés. C'est-à-dire que l'expérience professionnelle, l'application du protocole de la CO-OP, et le pays de pratique peuvent varier.

Les individus interrogés ont un statut d'informateur à dominante modale dans l'entretien. C'est-à-dire qu'une réflexion est attendue de leur part.

Le nombre d'individus contenu dans l'échantillon est fonction des entretiens réalisés. En théorie, la constitution de l'échantillon est close lorsque nous arrivons à saturation des informations recueillies. En pratique, il a été difficile de constituer un échantillon suffisamment important pour que nous puissions atteindre une saturation des informations.

C'est le mode d'accès indirect qui a été utilisé afin de constituer cet échantillon. Tout d'abord, la méthode de proche en proche, ou de mobilisation des relations sociales a été utilisée. Cette méthode consiste à demander à un premier interviewé de désigner un individu correspondant aux critères d'inclusion et susceptible d'être intéressé par le sujet. J'ai également utilisé la méthode de l'informateur relais. Cet informateur désigne quelqu'un intégré aux réseaux sociaux et qui est en mesure d'indiquer des gens concernés par l'enquête. En l'occurrence, c'est l'ANFE qui a transféré un courriel à tous les ergothérapeutes ayant reçu la formation CO-OP les années passées. Des personnes intégrées à la recherche CO-OP ont également transmis un message aux ergothérapeutes de leur connaissance. Enfin, j'ai utilisé tous les réseaux disponibles sur internet, tels que des groupes suisses, québécois, français, d'ergothérapeutes en pédiatrie.

2.1.4.2 Objectifs de l'entretien

Pour l'entretien, les trois objectifs définis précédemment (Cf. 2.1.2) sont mis en jeu. Cependant, nous serons plus attentifs aux objectifs 1 et 2 étant donné que cela concerne la

pratique de l'ergothérapeute et que seul celui-ci est capable d'y répondre.

2.1.4.3 Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe XVIII) a été construit à partir de la première partie théorique. Les définitions des concepts ont permis d'élaborer des sous thématiques à chaque question principale. Ces notions ont également permis d'alimenter la discussion et de parfois préciser certains aspects de l'échange.

En début et en fin d'entretien, des questions (Q1, Q9, Q10) ont été posées afin de mettre à l'aise l'interviewé mais également en vue d'une éventuelle ouverture au sujet de la problématique. L'entretien a globalement suivi le plan d'une des parties théoriques (Cf. 1.3.3). Chaque compétence a à été reprise et liée avec le concept du TAC et de la CO-OP.

Le cadre contractuel de la communication a été établi à chaque début d'entretien en précisant à l'interviewé les raisons de cette recherche et les raisons qui m'ont amenées à le contacter.

Le guide d'entretien a été testé au préalable par une étudiante en ergothérapie étant initiée à la CO-OP, ce qui a permis de réorienter certaine question, et de les préciser.

2.1.4.4 Paramètres environnementaux

Les paramètres environnementaux dans lesquels se sont déroulés les entretiens ont été très variables, selon le lieu d'exercice (France ou étranger) et les disponibilités du thérapeute. Les entretiens ont eu lieu en face à face, par téléphone, ou par vidéoconférence.

2.2 Résultats et analyse

Les données brutes des entretiens seront tout d'abord exposées, puis analysées de manière à synthétiser les idées et de faire du lien entre les avis des quatre ergothérapeutes interrogés. Les résultats bruts et l'analyse seront présentés en cinq parties, en suivant le guide d'entretien, et grâce aux retranscriptions (Annexe XIX).

2.2.1 Profil des ergothérapeutes

	E1	E2	E3	E4
Pays d'exercice	France	France	Suisse	Canada
Formation CO-OP	Oui	Oui	Oui	Oui
Années d'expérience CO-OP avec enfants TAC	Sept 2013	Dec 2014	Printemps 2013	2003
Type de structure	SESSAD	SESSAD	Cabinet	Recherche CO-OP/ Formatrice / Professeure

Ce tableau référence les données susceptibles d'influencer la pratique de chaque ergothérapeute interrogé.

2.2.2 Données brutes et analyse des données*Question n°1*

	Pourquoi la CO-OP plutôt qu'une autre méthode ?
E1	« D'habitude on se centre sur les déficits. Dans CO-OP on amène eux même les gens à trouver eux-mêmes leurs solutions », « on se centre [...] sur ce que désire les gens », « on est vraiment sur ce que veut l'enfant », « il y a des solutions [...] et vont trouver les leurs surtout c'est ça le plus important », « c'est l'enfant qui va trouver et c'est ça qui va changer l'efficacité de la méthode », « il a fait toute la démarche de résolution de problème et ça fait beaucoup de transfert et de généralisation ».
E2	« Les rendre vraiment acteurs de leur prise en charge », « y arrive par lui-même », « choisir ses objectifs et du coup travailler ce qui lui tenait à cœur », « le côté stratégies cognitives qui est intéressant », « beaucoup d'enfants sont capables d'analyser les points d'échec », « influence ma manière d'analyser la performance », « j'essaie de les laisser élaborer des stratégies », « questionner mais ne pas dire », « elle a intégré [...] et maintenant elle fait ça aussi en cours », « c'est une méthode qui peut aider à mobiliser les parents ».
E3	« J'étais déjà assez stratégies cognitives et essayer de trouver des solutions avec l'enfant et que ce soit l'enfant qui soit acteur [...], de vraiment rechercher avec l'enfant », « l'enfant qui a lui-même la solution », « l'effet boule de neige des résultats. Dès qu'il a compris [...], il essaie sur d'autres choses », « on a des résultats très vite », « souvent c'est nous qui allons amener les solutions au patient [...] et là c'est autre regard », « la motivation », « la grande différence c'est d'échanger les rôles en fait ».
E4	« Le schème de référence correspond à mes valeurs », « on travaille vraiment l'apprentissage de l'enfant dans le contexte de son milieu, [...] de ses occupations », « la CO-OP favorise le succès de l'enfant, la CO-OP donne aux enfants les outils pour qu'ils soient capables de réussir de façon autonome », « approche démontrée comme efficace ».

Trois des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la CO-OP permet de rendre l'enfant **acteur de sa prise en charge**. Ceci est facilité par **l'utilisation des stratégies cognitives** et en considérant l'enfant comme étant la seule personne à connaître ses solutions. Ils considèrent

également que la CO-OP permet **un transfert et une généralisation des apprentissages**. Deux ergothérapeutes évoquent l'importance de se centrer sur les objectifs de l'enfant et deux autres évoquent l'efficacité de la méthode. Pour une des ergothérapeutes, il s'agit du cadre de référence de la méthode qui correspond davantage à sa manière de voir l'ergothérapie en pédiatrie.

Question n°2

	Avez-vous remarqué chez les enfants atteints de TAC, des déficits au niveau de l'estime de soi ?
E1	« Les enfants ont souvent une faible estime de soi, surtout quand c'est un handicap invisible ».
E2	« Dans tous types de handicap finalement ils se dévalorisent », « la confiance en soi c'est super important ».
E3	« Ça dépend de l'âge, ça dépend de l'enfant. Ça dépend de l'entourage », « ce sont des enfants plus sensibles au niveau de l'estime d'eux ».
E4	« C'est certain que c'est une conséquence », « c'est une problématique de l'on rencontre », « certains enfants qui ont un diagnostic TAC ne devraient pas l'avoir car le seul problème c'est l'estime de soi ».

	D'après vous, est-ce que la CO-OP peut améliorer l'estime de soi ? Et quelle sera(en)t la/les composante(s) de la CO-OP responsable(s) de cette amélioration ?
E1	« CO-OP fait énormément de bien à l'estime de soi parce que l'enfant arrive à faire des choses qu'il est persuadé ne jamais être capable de faire », « on lui a répété comment faire ses lacets depuis des années et bon enfin il y arrive », « c'est une des raisons pour laquelle il faut faire CO-OP », « tu as pas l'impression que c'est un surentraînement », « c'est toi qui a réussi, c'est toi qui a gagné », « il a trouvé sa solution et il est très satisfait ».
E2	« On fait vraiment participer », « il a vraiment l'impression d'être acteur, pas passif », « d'habitude [...] on ne lui demande jamais de décider grand-chose », « là il choisit ses objectifs », « il est vraiment acteur de sa rééducation et pas seulement de l'activité », « c'est aussi une méthode qui peut aider à mobiliser les parents et à ce que les parents arrêtent de dénigrer quelque fois leurs enfants ».
E3	« Oui car ils se prouvent à eux-mêmes qu'ils sont capables de faire », « c'est lui qui a trouvé les stratégies », « il aura une meilleure estime de lui parce qu'il sait que c'est lui qui y est arrivé », « on est plus satisfait quand c'est nous qui avons fait ».
E4	« C'est certain que la CO-OP a été faite avec ça en tête », « l'estime de soi c'est un moteur essentiel pour la motivation de l'enfant », « un enfant motivé, qui se sent compétent va être motivé à essayer », « l'estime de soi est préservée dans la CO-OP [...] l'enfant ait du succès et que l'enfant se soit lui-même qui découvre les plans », « c'est l'enfant qui guide le processus d'intervention et qui découvre les plans. C'est le fait que le thérapeute fasse la découverte guidée », « Que ce soit à l'enfant de trouver lui-même c'est aussi un facteur favorisant pour l'estime de soi ».

Les quatre ergothérapeutes sont d'accord pour dire que **les enfants atteints de TAC ont généralement une plus faible estime d'eux-mêmes**. Une personne fait ressortir la notion de handicap invisible et une autre évoque l'entourage de l'enfant qui aurait un impact sur cette estime de lui.

Les quatre ergothérapeutes pensent que le fait de rendre l'enfant **acteur de sa thérapie**, et de son progrès permet à l'enfant de se rendre compte de ses capacités et ainsi d'améliorer son sentiment d'auto efficacité et donc son estime de lui-même. Trois ergothérapeutes soulignent également **l'efficacité de la méthode** amenant l'enfant à être **satisfait de ses résultats et de sa performance**. Un ergothérapeute souligne l'importance du regard des parents qu'ils portent sur leur enfant. Enfin, un des ergothérapeutes fait un parallèle entre la **motivation et l'estime de soi** qui seraient liés.

Question n°3

	Avez-vous remarqué chez les enfants atteints de TAC, des déficits au niveau de la créativité ?
E1	« C'est très variable d'un enfant à l'autre », « Moi je le marquerai pas comme un trouble des TAC », « on a l'impression qu'ils ne sont pas créatifs mais on peut se rendre compte [...] qu'ils en ont tout plein d'imagination », « je ne pense pas que ce soit vraiment un trouble ».
E2	« je ne sais pas », « pas nécessairement », « des choses qui le bloque dans sa créativité parce qu'il n'ose pas faire », « leurs difficultés motrices peuvent les freiner ... »
E3	« Il y en a qui en ont, d'autres qui en ont pas. Mais ceux qui en ont l'utilisent pas à bon escient », « il y en a qui en ont mais qui savent que être dans le milieu ludique ».
E4	« J'y ai pas réfléchi », « on sait que les enfants TAC sont moins habiles à générer des stratégies, à réfléchir à des solutions aux problèmes », « les enfants TAC pour eux c'est une difficulté de générer des idées ».

	D'après vous, est ce que la CO-OP peut améliorer la créativité ? Et quelle serai(en)t la/les composante(s) de la CO-OP responsable(s) de cette amélioration ?
E1	Non concerné
E2	Non concerné
E3	« La clef des stratégies cognitives c'est d'avoir un minimum d'imagination », « c'est parfois difficile avec CO-OP car on ne doit pas donner la réponse, pas être directif mais en même temps essayer de les canaliser », « donc pour nous il faut beaucoup d'imagination ».
E4	« Avec CO-OP, on les accompagne dans ce processus là et on va les aider à générer des stratégies, des solutions aux problèmes », « c'est sûr qu'un des objectif ciblé par CO-OP c'est de générer des réponses ».

La question d'un éventuel trouble de la créativité chez les enfants atteints de TAC a suscité de la perplexité chez les ergothérapeutes interrogés. **Deux d'entre eux identifient des troubles de la créativité chez la plupart de ces enfants, tandis que deux autres pensent que ce n'est pas un trouble récurrent.**

Deux ergothérapeutes font le lien de l'utilisation des stratégies cognitives avec la créativité. En effet, les enfants atteints de TAC auraient à priori, plus de difficultés à établir des stratégies. La CO-OP permettrait donc à l'enfant, de le guider dans la **création de stratégies** en utilisant ses ressources créatives de nature intellectuelle. Un ergothérapeute souligne que cette

compétence de créativité doit être acquise par le thérapeute, notamment pour guider l'enfant de manière implicite.

Question n°4

	Avez-vous remarqué chez les enfants atteints de TAC, des déficits au niveau de la motivation ?
E1	« Ça dépend pour quoi », « si on travaille des choses qui motivent des fois on a des retombées sur d'autres éléments ».
E2	« Oui. Parce qu'ils ont des séances depuis longtemps ».
E3	« J'ai envie de dire ils ont envie. Il y a plein de jeux », « généralement en début de thérapie, les enfants sont motivés, enfin conciliants », « la majorité sont quand même un peu sceptiques ».
E4	« oui c'est certain, et il y a un lien à faire entre l'estime de soi et la motivation », « on essaie de voir comment la motivation de l'enfant est aussi en lien avec son sentiment de compétence. L'enfant qui se sent compétent va être plus motivé à faire », « il y a beaucoup d'enfants TAC qui ont des problèmes à ce niveau-là ».

	D'après vous, est ce que la CO-OP peut améliorer la motivation ? Et quelle serai(en)t la/les composante(s) de la CO-OP responsable(s) de cette amélioration ?
E1	« Dans CO-OP ça fait partie des grandes clefs de la méthode », « le but c'est que la personne choisisse ce qu'elle veut faire », « souvent l'enfant est très motivé au début et c'est très porteur », « ce n'est pas stimulé dans CO-OP c'est totalement des bénéfices secondaires ».
E2	« Là c'est lui qui a choisi et il est super motivé. J'ai trouvé que ça avait tout changé. La première fois c'est sa maman qui voulait », « de nouveau on repart sur ce qu'il leur tient à cœur », « ils voient qu'ils ne sont pas si nuls. Qu'il y a des stratégies à mettre en place », « le fait qu'il se l'approprie et qu'ils recherchent par eux-mêmes des stratégies et que le plus souvent ça marche. [...] ça les remotive pendant les séances ».
E3	« Pour moi le plus important c'est le premier contact, comment créer quelque chose », « il faut changer un peu le regard de l'enfant, qu'il se dise tient on me comprend », « peut-être que ça peut augmenter la motivation, comme dans l'effet boule de neige mais ce n'est pas en expliquant », « quand ils ont atteint un objectif et ils disent ah je peux faire ça, donc peut être qu'à l'école on peut faire ça aussi ? ça c'est de la motivation », « c'est plus la motivation que CO-OP engendre pour le reste des activités une fois qu'ils ont atteint un objectif ».
E4	« La découverte guidée, le fait que les objectifs soient choisis par l'enfant ce sont des facteurs de l'approche qui font que l'enfant est plus motivé », « on s'assure du succès tout au long de l'approche ».

Deux ergothérapeutes s'accordent à dire que les enfants atteints de TAC ont généralement des troubles au niveau de leur motivation. Les deux autres ergothérapeutes ont des propos plus nuancés et déclarent que cette motivation est intrinsèque aux éléments travaillés. Tous s'accordent tout de même sur le fait que **la CO-OP serait susceptible d'améliorer cette motivation.**

Les quatre ergothérapeutes interrogés pensent que **le fait que l'enfant choisisse lui-même ses objectifs contribue à le motiver** et améliore par conséquent son engagement dans le

processus de rééducation. Par ailleurs, trois des ergothérapeutes soulignent l'importance de **l'utilisation des stratégies cognitives et du processus de guidage**, rendant ainsi l'enfant autonome dans sa résolution de problèmes. L'un d'eux déclare ainsi que ceci permet de changer le regard de l'enfant en le rendant acteur et seul vainqueur de sa thérapie. **Le processus de transfert et de généralisation** (« effet boule de neige »), est également identifié comme élément facilitateur par un ergothérapeute. Effectivement, l'enfant prend conscience des répercussions de ses nouvelles habiletés sur d'autres activités de la vie quotidienne. Enfin, un ergothérapeute déclare que cette motivation sera en partie engendrée par le **lien thérapeutique** que l'on crée avec l'enfant, et ce, dès la première séance.

Question n°5

	Avez-vous remarqué chez les enfants atteints de TAC, des déficits au niveau de l'autonomie ?
E1	« C'est vrai que ce sont des enfants qui manquent beaucoup, beaucoup d'autonomie », « ils sont toujours eu l'habitude d'être assistés par des adultes », « c'est même pas dans l'ordre de la difficulté ou de l'indépendance, on est vraiment dans l'ordre de l'autonomie [...] qui ne s'est pas créée parce qu'il y a eu cette dépendance et qu'on a jamais fait travailler l'enfant à sa propre solution ».
E2	« Oui, il y a des gros problèmes d'autonomie », « il n'arrive pas à tout gérer, [...] il va chez une nourrice le matin mais il a quand même 15 ans ».
E3	« Ça dépend de la tâche », « quand ils savent qu'ils font tout de travers, alors oui c'est un frein ».
E4	« Oui c'est certain ».

	D'après vous, est ce que la CO-OP peut améliorer l'autonomie ? Et quelle serai(en)t la/les composante(s) de la CO-OP responsable(s) de cette amélioration ?
E1	« On pousse l'enfant à trouver des solutions [...] et c'est ça qui apporte de l'autonomie », « il apprend lui-même à poser les bonnes questions à trouver les réponses aux difficultés qu'il rencontre », « il apprend à se gérer, ne pas attendre que les solutions viennent de l'extérieur », « c'est vraiment une méthode qui apporte beaucoup beaucoup d'autonomie ».
E2	« C'est la confiance en soi, [...] c'est un des principes de la CO-OP », « je suis capable de prendre ma vie en main »
E3	« Après quand ils arrivent à faire des choses et avec cet effet boule de neige », « après tout est lié. Dès qu'ils gagnent un peu confiance en eux ils gagnent d'office en autonomie, l'autonomie renforce la confiance en soi », « le transfert », « c'est grâce à son analyse qu'il saura comment faire », « pour moi la clé de la méthode [...] c'est vraiment de partir sur trois objectifs [...] et ça leur permet de voir qu'ils sont capables dans toutes les situations de vraiment analyser et trouver des réponses », « ils peuvent transférer leur réflexion ».
E4	« Dans les objectifs ciblés par l'approche, on favorise la généralisation et le transfert dans l'intervention donc on favorise vraiment l'autonomie de l'enfant parce que ce qu'on veut c'est que l'enfant soit capable de poser les stratégies par lui mêmes », « en théorie c'est certain que l'approche CO-OP, elle favorise l'autonomie, et c'est une composante de l'approche difficile à appliquer, [...] de faire la généralisation et le transfert », « si la généralisation et le transfert sont pas travaillés en intervention, l'autonomie viendra pas nécessairement », « les parents ont une place importante, [...] de soutenir l'enfant dans

le travail qu'il doit faire pour continuer de pourvoir son autonomie », « le parent favorise l'autonomie de l'enfant à long terme ».

Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que **les enfants atteints d'un TAC présentent généralement des troubles de l'autonomie**. L'un d'eux nuance toute de même ses propos en précisant que cela dépend de la tâche à accomplir.

Trois des ergothérapeutes pensent que l'autonomie est favorisée par l'application des **stratégies cognitives**. Effectivement l'enfant ne bénéficiera pas de compensations et devra par lui-même trouver ses solutions. Pour deux ergothérapeutes, l'autonomie s'améliorera ensuite en **transférant et en généralisant les acquis**. Deux ergothérapeutes pensent également que cette autonomie est améliorée en donnant à l'enfant l'opportunité de **choisir ses objectifs de rééducation**. Pour d'eux d'entre eux, **l'autonomie serait directement reliée à l'estime de soi**. Enfin, un ergothérapeute souligne que l'autonomie de l'enfant est assurée à plus long terme grâce à **l'implication de l'entourage**, et notamment des parents.

2.2.3 Conclusion de l'analyse

Le tableau en Annexe XX synthétise les réponses des ergothérapeutes pour chaque question mais également pour la globalité de l'entretien. Il représente également les réponses majoritairement données par les ergothérapeutes pour chaque thème étudié. Pour l'ensemble des compétences intrapersonnelles, ce sont les stratégies cognitives qui sont désignées comme étant l'élément le plus susceptible de majorer les compétences intrapersonnelles chez l'enfant atteint de TAC. Cependant, il convient de remarquer que beaucoup d'autres éléments sont cités, tel que le choix des objectifs. Les quatre ergothérapeutes sont plutôt en connivence. Cependant, deux d'entre eux, les plus récemment formés à la CO-OP (E1 et E2), sont davantage sensibles au fait de choisir les objectifs et cela semble représenter pour eux l'élément clef de l'approche. Les deux autres ergothérapeutes (E3 et E4) soulèvent surtout l'acquisition de stratégies cognitives chez l'enfant, élément que l'on retrouve uniquement dans la CO-OP, contrairement au choix des objectifs.

2.3 Discussion

2.3.1 Discussion des résultats

D'après les entretiens, la CO-OP permettrait de rendre l'enfant davantage acteur de sa thérapie et donc de faciliter son engagement. L'engagement représente l'investissement d'une personne associée à son sentiment de participation. Ce sentiment est soutenu par le fait que l'enfant trouve par lui-même les solutions, mais également en le laissant prendre part au choix de ses objectifs. Ces éléments sont soutenus et décrits par le modèle conceptuel de la MCRO-E. Il s'avère que l'engagement est le point clef de la thérapie et que tous les points convergent pour favoriser l'engagement de l'enfant dans sa thérapie (Annexe XXI).

Suite aux entretiens, il s'avère que la plupart des ergothérapeutes relie l'estime de soi de l'enfant à son sentiment d'auto-efficacité, versant cognitif de l'estime de soi (Cf. 1.3.3.2). Pour A. Bandura³⁷, le sentiment d'auto-efficacité est défini selon 4 axes :

- La maîtrise personnelle : Qui se construit via les réussites et qui améliore le sentiment d'efficacité,
- L'apprentissage social : Comparaison de sa propre efficacité en observant d'autres individus,
- La persuasion par autrui : Un proche exprime sa confiance en ses capacités,
- L'état physiologique et émotionnel.

Dans la méthode CO-OP, l'enfant est effectivement dans la maîtrise et l'ergothérapeute veille au succès de celui-ci tout au long de la thérapie. Par ailleurs, l'entourage de l'enfant est invité à s'impliquer dans la thérapie et à appliquer les concepts, dont font partis l'encouragement et la bienveillance. Il s'agit ici davantage du versant affectif de l'estime de soi (Cf. 1.3.3.2). Plus l'enfant sera satisfait de sa performance et de son rendement, plus il se sentira performant. Il améliorera ainsi son sentiment d'auto-efficacité, et aura envie de transférer ses nouvelles habiletés dans de nouvelles activités. L'enfant deviendra alors de plus en plus motivé.

A. Kielhofner considère la motivation comme un des éléments clefs de l'occupation humaine dans son modèle de l'occupation humaine (MOH). La motivation dépend des intérêts de l'enfant, c'est-à-dire tout ce qu'il trouve agréable et satisfaisant à réaliser et qui rend certaines occupations plus attirantes que d'autres. Etant une approche centrée sur le client (Cf.

³⁷Albert Bandura, Psychologue canadien

1.3.3.4), la CO-OP se centre justement sur les objectifs et les activités significatives de l'enfant, favorisant ainsi sa motivation, comme le soulignent tous les ergothérapeutes interrogés. Par ailleurs, l'utilisation des stratégies cognitives, introduites de manière ludique, offrent à l'enfant une nouvelle approche d'apprentissage. Le fait qu'il recherche des nouveaux plans qui lui correspondent et lui paraissent logiques, permet également d'inhiber le sentiment de répétition et d'échec. Enfin, l'alliance thérapeutique représente le désir de collaborer à la thérapie qui s'appuie sur les sentiments positifs du client envers le thérapeute (Brillon, 2011), d'où l'importance de la relation thérapeutique.

L'autonomie et la motivation sont étroitement liées dans les processus d'apprentissage. Pour autant, « un apprenant pleinement autonome est en général motivé, mais ce n'est pas toujours le cas que les apprenants veulent être autonomes » (Prince, 2009, p.1). Or, nous avons ici à faire à des enfants qui présentent généralement des gros troubles au niveau de leur autonomie. L'autonomie dépendrait de trois facteurs, que sont (Prince, 2009, p.76) :

- Une base solide de connaissances métacognitives,
- Un certain sentiment d'auto efficacité,
- Une motivation suffisamment élevée.

Il apparaît lors des entretiens que les ergothérapeutes pensent que cette autonomie est favorisée par l'application des stratégies cognitives, faisant justement appel aux connaissances métacognitives. Par ailleurs, ces derniers pensent également que le fait de choisir les objectifs procure davantage d'autonomie à l'enfant. La CO-OP constitue un guide vers l'autonomie de l'enfant et sera assurée au long terme grâce à l'implication de l'entourage. L'autonomie est un élément difficile à conceptualiser et il apparaît des divergences entre la théorie exposée ci-dessus et la pratique des ergothérapeutes interrogés. En effet, il ressort des entretiens que c'est l'accès à l'autonomie acquise grâce aux stratégies cognitives qui aura un impact sur la motivation. En revanche, la théorie nous explique que l'autonomie dépend de cette motivation.

La notion de créativité peut-être difficile à saisir, mais rappelons qu'il s'agit bien du processus de création et non du produit créatif. D. Winnicott³⁸ appréhende la créativité de l'enfant dans un son aspect universel. Pour lui, "il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; [...] le monde et tous ses éléments sont alors reconnus mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter » (Winnicott, 1975, p. 91). Même à travers une définition psychanalytique

³⁸ Donald Winnicott, Pédiatre et psychanalyste anglais

que propose Winnicott, nous pouvons constater que la créativité est présente à chaque instant de la vie et est illustrée par le regard critique qu'exerce l'enfant sur le monde et son adaptation à l'environnement. Dans le contexte de cet écrit, l'enfant atteint de TAC doit également s'adapter à son environnement qu'il analyse comme problématique et mettra en œuvre sa créativité en trouvant lui-même les réponses à ses problèmes. Il s'avère qu'un article (Courtet & Castelnau, 2003) ayant étudié les corrélations entre la personnalité et le processus créatif révèle que la créativité dépendrait en partie de l'autodétermination et du tempérament affectif de l'individu, concepts intrinsèques à celui de l'estime de soi. L'article révèle également que "le créateur ne se contentera pas de la première pensée qui lui vient à l'esprit, mais il recherche des éléments n'ayant aucun rapport entre eux qui déboucheront sur une combinaison originale. La pensée créatrice se caractérise par la capacité à produire un grand nombre de solutions " (Courtet & Castelnau, 2003, p. 680). Ceci parle donc du processus cognitif de la créativité qui fait donc directement appel aux stratégies cognitives mises en place par l'enfant. Il est évident que le processus de créativité ne peut se produire qu'avec l'engagement de l'enfant.

Grâce au cadre conceptuel, aux entretiens et aux recherches qui ont suivies, j'ai pu conceptualiser par un schéma (figure 14), les relations entre les différents concepts abordés. Bien sûr, ce schéma n'est pas exhaustif et ne reflète que les résultats de mes recherches. Il s'avère que l'estime de soi semble être la compétence intrapersonnelle clef dans le parcours d'acquisition et de développement des compétences non académiques. En effet, l'estime de soi constitue une base pour chaque compétence étudiée. Il semblerait cependant que les stratégies cognitives n'aient pas, ou que très peu d'influence sur cet élément. En revanche, les stratégies cognitives sont citées comme faisant partie des facteurs susceptibles d'améliorer la créativité, l'autonomie, et la motivation. Les faits théoriques soutiennent également cette version des faits. Il convient cependant de remarquer que d'autres éléments intrinsèques à la CO-OP, tels que la généralisation des transferts, l'implication de l'entourage, ainsi que le choix des objectifs seraient également susceptibles de jouer un rôle dans le développement de ces compétences.

2.3.2 Critique de la recherche

La présente étude comprend certaines limites concernant les outils utilisés ainsi que la population d'enquête.

Tout d'abord, seuls les entretiens ont été utilisés dans cet écrit bien que des questionnaires à l'attention des enfants et des parents aient été réalisés (Annexes XXII, XXIII, XXIV, XXV,

XXVI). J'ai donc seulement recueilli le point de vue des ergothérapeutes, certes compétents pour juger de l'impact de la CO-OP sur les compétences non académiques, mais peu à même d'évaluer le versant subjectif tel que l'estime de soi.

Par ailleurs, le guide d'entretien aurait gagné en précision en étant testé au préalable auprès d'une personne correspondant à mes critères d'inclusion. Cependant, je n'avais que très peu d'ergothérapeutes disponibles pour un entretien, je ne pouvais donc me permettre d'utiliser l'un d'eux pour un test.

De plus, je me suis rendue compte au fil des entretiens, qu'il était plus simple de procéder par thème plutôt que par type de question. C'est-à-dire de regrouper les questions, « Avez-vous remarqué, chez les enfants atteints de TAC, des difficultés au niveau de *telle compétence non académique* ? » avec les questions « *Quels éléments intrinsèques à la CO-OP sont en mesure d'améliorer ce type de compétence ?* ». Cette modification a été apportée en cours d'enquête lors des entretiens puis a perduré dans l'analyse afin d'apporter davantage de fluidité et de cohérence. Par ailleurs, il aurait pu être utile de se documenter davantage sur les autres méthodes utilisées par les ergothérapeutes afin de mieux appréhender les avantages et inconvénients identifiés dans la CO-OP.

2.3.3 Réflexion et perspectives de recherches

Les réflexions menées tout au long de ce mémoire d'initiation à la recherche suivent deux orientations :

- Une orientation davantage axée sur l'ergothérapeute et sa pratique,
- Une orientation centrée sur l'enfant et l'autre versant des compétences non académiques : les compétences interpersonnelles.

Lors des entretiens (E3), un des échanges présenté ci-dessous, m'a interpellée :

« Et donc ce manque d'imagination est ce que ça bloque pour l'utilisation de la CO-OP ? Ou est ce que justement la CO-OP peut améliorer cette créativité ? »

« C'est ça qui est parfois difficile avec CO-OP car on ne doit pas donner la réponse, pas être directif mais en même temps essayer de canaliser certains enfants qui s'éparpillent trop ou ne partent même nulle part, d'essayer de leur donner des pistes sans qu'ils reprennent tout de suite le premier mot qu'on dise. Donc pour nous, il faut beaucoup d'imagination pour pouvoir les amener où on veut. Ça demande parfois plus d'énergie et de créativité qu'une rééducation plus simple ou classique quoi ».

Lors de cet échange, l'ergothérapeute met en lumière les qualités que doit posséder le thérapeute. En effet, il est nécessaire que l'ergothérapeute dispose de ces compétences afin d'être en mesure de les transmettre à l'enfant lors de la thérapie. Nous pouvons donc nous interroger sur la manière dont l'ergothérapeute peut développer ses compétences intrapersonnelles et par quels moyens l'ergothérapeute est en mesure de les transmettre dans son attitude. C. Engels³⁹ a d'ailleurs étudié l'importance des compétences non académiques dans le cursus de formation en ergothérapie (Engels, 2014).

Enfin, deux questions ont été posées aux ergothérapeutes au sujet des compétences interpersonnelles pour conclure chaque entretien. Les résultats bruts sont disponibles en Annexe XXVII. Il apparaît que deux des ergothérapeutes déclarent ne pouvoir généraliser à ce sujet. Tout dépendrait de l'environnement de l'enfant ainsi qu'à l'importance qu'il donne à sa performance. Les troubles au niveau des compétences interpersonnelles seraient donc secondaires aux troubles primaires, générés par le TAC. Deux des ergothérapeutes pensent qu'effectivement un grand nombre d'enfant présente des troubles au niveau des compétences interpersonnelles. L'un d'eux met en valeur l'impact du handicap invisible et l'autre soumet que ce trouble va être aggravé à l'adolescence. Il serait donc intéressant de savoir si les troubles au niveau des compétences interpersonnelles sont un phénomène récurrent chez les TAC, et si oui, de développer l'accompagnement à ce niveau, notamment à l'adolescence, thème peu abordé dans la littérature.

³⁹ Cynthia Engels, ergothérapeute, formatrice à l'institut de formation en ergothérapie de Créteil et doctorante en sciences de l'éducation

Conclusion

Au terme de cet écrit, il me semble essentiel de rappeler le contexte de l'étude. En effet, au cours d'un stage réalisé en pédiatrie, il m'est apparu qu'une majorité d'enfants atteints de trouble d'acquisition de la coordination présentaient des déficits au niveau de leurs compétences non académiques, et plus spécifiquement au niveau de leurs compétences intrapersonnelles. Par ailleurs, la littérature que j'ai pu consulter confirme ce constat. Il s'agissait donc de savoir si la méthode CO-OP permet d'influencer ou non les compétences intrapersonnelles de l'enfant. J'avais émis l'hypothèse suivante : **Les stratégies cognitives utilisées par l'enfant atteint de TAC lors de la méthode CO-OP en ergothérapie améliorent ses compétences non académiques intrapersonnelles.**

L'analyse ainsi que la discussion des résultats permettent de déterminer que l'utilisation de stratégies cognitives constitue à priori l'élément principal de la CO-OP permettant de renforcer les compétences intrapersonnelles de l'enfant atteint de TAC. Néanmoins, il convient de préciser que seules quatre compétences intrapersonnelles ont été étudiées sur les multitudes de compétences existantes. Par ailleurs, les stratégies cognitives ne semblent pas avoir de répercussions sur « l'estime de soi » de l'enfant. Compétence qui paraît, suite aux recherches, influencer toutes les autres. Dans le cadre de ce travail, **l'hypothèse est donc partiellement validée.**

D'un point de vue professionnel, ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir une démarche méthodologique pour réaliser une recherche mais également d'aiguiser mon analyse de la pratique en ergothérapie. En effet, quel que soit le domaine de pratique, il me semble fondamental de centrer notre approche sur le client, le patient, l'utilisateur, ou tout autre terme désignant la personne accompagnée par l'ergothérapeute. La réflexion menée à travers ce mémoire m'a permis de confirmer la nécessité de prendre en compte tous les aspects de l'individu afin de l'accompagner au mieux dans le processus de rééducation et de réadaptation mais aussi afin d'optimiser son engagement.

Il serait toutefois intéressant d'interroger les ergothérapeutes en ce qui concerne les compétences non académiques qu'ils estiment posséder et s'ils considèrent être en mesure de contribuer à améliorer celles de leurs patients.

Bibliographie

Ouvrages et Articles

Albaret, J.-M. (2007). Clinique des troubles du mouvement intentionnels: de la débilité motrice au trouble de l'acquisition de la coordination. *thérapie psychomotrice* , 150, pp. 96-110.

André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherches en soins infirmiers* , pp. 26-30.

APA. (2004). *DSM IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson.

Aubourg, F. (2003). Winnicott et la créativité. *Le coq-héron* (173), pp. 21-30.

Aussilloux, C., & Baghdali, A. (2005). Psychopathologie développementale des troubles de la coordination motrice. Dans V. Brun, *Les dyspraxies de l'enfant* (pp. 107-116). Elsevier-Masson.

Barbeau, M., & Meneguzzi, S. (2005). Aspects cognitifs des dyspraxies. Dans C. Gerard, & V. Brun, *Les dyspraxies de l'enfant* (pp. 53-69). Elsevier Masson.

Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Wilson, P. (2011). European academy for childhood disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder. *developmental medicine & child neurology* , pp. 54-93.

Breton, S., & Léger, F. (2007). *Mon cerveau ne m'écoute pas: Comprendre et aider l'enfant dyspraxique*. Broché.

Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique. *Psychologie Québec* , 28, pp. 20-23.

CAOT. (2008). CAOT position statement: occupation and health. *occupational therapy now* .

Chamorro-Premuzic, T., Arteche, A., Bremner, A., Greven, C., & Furnham, A. (2010). Soft skills in higher education: importance and improvement ratings as a function of individual differences and academic performance. *Educational Psychology* , 30, pp. 221-241.

Chan, D. (2007). the application of cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) in children with developmental coordination disorder (DCD) in Hong-Kong: A pilot study. *Hong Kong journal of occupational therapy* , 17, pp. 39-44.

- Courtet, P., & Castelnaud, D. (2003). Tempérament et créativité. *Anales Médico Psychologiques*, 161, pp. 674-683.
- Emond, A., Golding, J., Hunt, L., Jongmans, M., & Lingam, R. (s.d.). Prevalence of Developmental Coordination Disorder Using the DSM-IV at 7 Years of Age: A UK Population-Based Study. *Pediatrics*, 123, pp. 693-700.
- Engels, C. (2014). L'importance des soft skills en formation d'ergothérapie. Dans M. Izard, *Expériences en ergothérapie 27ème série* (pp. 33-41). sauramps médical.
- Famose, J.-P., & Bertsh, J. (2009). *L'estime de soi: une controverse éducative*. Presses universitaires de France.
- Franc, S. (2005). Evaluation et prise en charge médicale des dyspraxies de développement. Dans C. Gerard, & V. Brun, *Les dyspraxies de l'enfant* (pp. 37-52,41). Elsevier Masson.
- Geuze, R. (2005). Caractéristiques du trouble d'acquisition de la coordination (TAC): A propos des difficultés et du pronostic d'évolution. Dans R. Geuze, *Le trouble d'acquisition et de la coordination: Evaluation et rééducation de la maladresse chez l'enfant* (pp. 9-27). Solal.
- Geuze, R., Jongmans, M., Schoemaker, M., & Smits-Engelsman, B. (2001). Clinical and research diagnostic criteria for developmental coordination disorder: a review and discussion. *Human movement science*, 20, pp. 7-47.
- Gilbert, P. (2006). La compétence : concept nomade, significations fixes. *Psychologie du travail et des organisations*, pp. 67-77.
- Habib, M. (2014). Acquisition des coordinations motrices et ses troubles: de la maladresse du geste aux praxies de développement. Dans M. Habib, *La constellation des dys* (pp. 177-213,213). De Boeck-Solal.
- Halsband, U., & Freund, H. (1993). Motor learning. *Current Opinion in Neurobiology*, pp. 940-949.
- Heckman, J., Pinto, R., & Savelyev, P. (2013). Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. *The american economic review*, 103, pp. 2052-2086.

Hubbard, I., Parsons, M., Neilson, C., & Carey, L. (2009). Task-specific training: Evidence for and translation to clinical practice. *Occupational therapy international* , pp. 175-189.

Hyland, M., & Polatajko, H. (2012). Enabling children with Developmental Coordination Disorder to self-regulate through the use of Dynamic Performance Analysis: Evidence from the CO-OP approach. *Human Movement Science* , 31, pp. 987-998.

John, J. (2009). Study on the Nature of Impact of Soft Skills Training Programme on the Soft Skills Development of Management Students. *Pacific Business Review* , pp. 19-27.

Kaiser, M.-L., Drecq, E., Monney, E., & Thommen, E. (2007). Changements dans l'orientation des thérapies des enfants atteints de trouble d'acquisition de la coordination. *ErgoThérapies* , 28, pp. 29-38.

Lemonnier, E. (2007). La psychopathologie de l'enfant dyspraxique. *Archives de pédiatrie* , pp. 1243-1248.

Lingam, R., Jongmans, M., Ellis, M., Hunt, L., Golding, J., & Emond, A. (2012). Mental health difficulties in children with developmental coordination disorder. *Pediatrics* , 129, pp. 881-892, 887.

Mandich, A., Polatajko, H., & Rodger, S. (2003). Ites of passages: Understanding participation of children with developmental coordination disorder. *Human movement of science* , 22, pp. 583-595.

Martini, R., Rose, J., Polatajko, H., Wolf, T., & McEwen, S. (2014). The performance quality rating scale (PQRS): reliability, convergent validity, and internal responsiveness for two scoring systems. *disability and rehabilitation* , pp. 1-8.

Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et trouble des apprentissages : Du Symptôme à la rééducation*. Elsevier Masson.

Missiuna, C., & Polatajko, H. (1994). developmental dyspraxia by any other name: are they all just clumsy children ? *the american journal of occupational therapy* , pp. 619-627.

Montier, S., & Desfontaines, S. (2012). *Les clés de l'autonomie - Modèles et processus d'accompagnement*. Broché.

- Muchielli, A. (2006). *Les motivations*. Presses Universitaires de France.
- OMS. (2007). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: Version pour enfants et adolescents*. presses de l'EHESP.
- Pannetier, E. (2007). *La dyspraxie : Une approche clinique et pratique*. Broché.
- Piaget, J. (1972). Les praxies chez l'enfant. *Problèmes de psychologie génétique* , pp. -67-94.
- Piek, J., & Skinner, R. (2001). Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. *Human movement of science* , 20, pp. 73-90,75.
- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Reveillères, R., Mendelshon, L., & John, O. (2010). Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-Psychologiques* , 168, pp. 481-486.
- Polatajko, A., & Mandich, A. (2004). *Enabling occupation in children: the cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach*. canadian association of occupational therapist.
- Polatajko, H., & Cantin, N. (2005). La prise en charge des enfants atteints d'un trouble d'acquisition de la coordination (TAC): Approches thérapeutiques et niveau de preuve. Dans R. Geuze, *Le trouble de l'acquisition de la coordination* (pp. 147-195,159). Solal.
- Polatajko, H., Davis, J., Hobson, S., Landry, J., Mandich, A., Street, S., et al. (2004). Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation. *canadian journal of occupational therapy* , 71, pp. 261-264.
- Polatajko, H., Fox, A., & Missiuna, C. (1995). An international consensus on children with developmental coordination disorder. *Canadian journal of occupational therapy* , 62, pp. 3-6.
- Polatajko, H., Macnab, J., Anstett, B., & Malloy-Miller, T. (1995). A clinical trial of the process-oriented approach for children with developmental coordination disorder. *developmental medicine & child neurology* , pp. 310-319.
- Polatajko, H., Townsend, E., & Craik, J. (2007). The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans E. Townsend, & H. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice*

through Occupation (pp. 22-36). CAOT.

Roberts, A., & Yeager, K. (2006). *foundations of evidence-based social work practice*. Oxford university press.

Robles, M. (2012). Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. *Business Communication Quarterly* , 75, pp. 453-465.

Rogers, C. (2003). The Therapeutic Relationship as Experienced by the client. Dans C. Rogers, *Client Centred Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory* (p. 32).

Rouquette, M.-L. (2007). *La créativité*. Presses Universitaires de France.

Salamon, R., Husky, M., & Swendsen, D. (2003). Estime de soi et bien-être émotionnel des élèves en difficultés scolaires: Une étude en vie quotidienne. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* , pp. 24-30.

Sangster, C., Beninger, C., Polatajko, H., & Mandich, A. (2005). cognitive strategy generation in children with developmental coordination disorder. *canadian journal of occupational therapy* , 72, pp. 67-77.

Sangster, C., Beninger, C., Polatajko, H., & Mandich, A. (2005). cognitive strategy generation in children with developmental coordination disorder. *canadian journal of occupational therapy* , 72, pp. 67-77,69.

Schaaf, R., Schoen, S., Smith Roley, S., Lane, S., Koomar, J., & May-Benson, T. (2010). A frame of reference for sensory integration. Dans P. Kramer, & J. Hinojosa, *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (pp. 99-186). Lippincott Williams & Wilkins.

Toglia, J., Rodger, S., & Polatajko, H. (2012). Anatomy of cognitive strategies: A therapist's primer for enabling occupational performance. *canadian journal of occupational therapy* , pp. 225-236,226.

Vaivre-Douret, L. (2007). Troubles d'apprentissage non verbal: Les dyspraxies développementales. *Archives de pédiatrie* , 14, pp. 1341-1349.

Vaivre-Douret, L., Lalanne, C., Cabrol, D., Ingster-Moati, I., Falissard, B., & Golse, B. (2011). Identification des critères diagnostics des sous-types de trouble de l'acquisition de la

coordination (TAC) ou dyspraxie développementale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, pp. 443-453.

Vissier, J. (2005). Sous-types et comorbidités du trouble de l'acquisition de la coordination. Dans R. Geuze, *Le trouble d'acquisition de la coordination* (pp. 87-116,105). Solal.

Winnicott, D. (1975). La créativité et ses origines. Dans D. Winnicott, *Jeu et réalité* (p. 275).

Sites web

Chirac, J. (2005). *Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école*. Consulté le février 22, 2015, sur Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2005/18/MENX0400282L.htm#loi>

Collins (2014). *Soft skills*. Consulté le février 19, 2015, sur Collins dictionary: <http://www.collinsdictionary.com/>

Le petit Robert (2015). *Autonomie*. Consulté le 02 28, 2015, sur Le petit robert: <http://pr.bvdep.com.ezproxy.u-pec.fr/>

Le petit Robert (2015). *Compétence*. Consulté le février 18, 2015, sur Le petit robert: <http://pr.bvdep.com.ezproxy.u-pec.fr/>

Lequette, C., Pouget, G., Peiffer, E., *Actes de l'université d'automne : La dyslexie à l'école*. Consulté le Mars 14, 2015, sur Eduscol : <http://eduscol.education.fr/cid45916/reperer-depister-diagnostiquer.html>

Prince, P. (2009). *Un ménage à trois fragile : Autonomie, Motivation, et Apprentissage dans un centre de langues*. Consulté le Mai 5, 2015, sur Lidil : <http://lidil.revues.org/2925>

Thomas, N. (2002). *Psychomotricité: développement psychomoteur de l'enfant*. Consulté le février 24, 2015, sur Université Pierre et Marie Curie: <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf>

Conférence

Pouet, A. (10 Mars 2015). Fais des efforts ! Concentre-toi ! Applique-toi !..., PEEP, Boulogne (France)

Sommaire des Annexes

Annexe I : Les six stades de la période sensorimotrice de l'enfant	I
Annexe II : Schéma représentant les processus cognitifs sollicités dans un geste	II
Annexe III : Tableau représentant les principales approches thérapeutiques selon leur orientation.....	III
Annexe IV : Schéma « planification du traitement, intervention, évaluation » proposé par l'EACD*.....	IV
Annexe V: Pyramide représentant les théories sous jacente à la CO-OP.....	V
Annexe VI : schéma de la CIF.....	VI
Annexe VII : Niveaux de preuves selon la haute autorité de santé	VII
Annexe VIII : Schéma de la MCRO-E.....	VIII
Annexe IX : Modèle de la complexité de la performance*.....	IX
Annexe X: Performance quality rating scale*	X
Annexe XI: Analyse dynamique de la performance*.....	XI
Annexe XII: Exemple de plan pour l'enfant.....	XII
Annexe XIII: BATS For 2V's.....	XIII
Annexe XIV : Lien entre les traits psychologiques et les champs lexicaux.....	XIV
Annexe XV : Etude de la littérature des TAC évoquant les compétences intrapersonnelles...XV	
Annexe XVI: Nuage de mot illustrant la fréquence d'apparition des compétences intrapersonnelles dans la littérature des TAC.....	XVI
Annexe XVII : Les trois piliers de l'autonomie.....	XVII

Annexe XVIII : Guide d'entretien.....	XVIII
Annexe XIX: Retranscription de l'entretien E1.....	XIX
Annexe XX: Tableaux d'analyse des entretiens	XXVI
Figure XXI : Schéma représentant l'impact des compétences intrapersonnelles sur l'engagement de l'enfant.....	XXVII
Annexe XXII : Méthodologie de construction des questionnaires adressés aux parents et aux enfants.....	XXVIII
Annexe XXIII: Questionnaire N°1 adressé aux jeunes.....	XXXI
Annexe XIV: Questionnaire N°2 adressé aux jeunes.....	XXXII
Annexe XXV: Questionnaire N°3 adressé aux jeunes.....	XXXIII
Annexe XXVI: Questionnaire adressé aux parents	XXXIV
Annexe XXVII: Résultats bruts au sujet des compétences interpersonnelles.....	XXXVI

Annexe I : Les six stades de la période sensorimotrice de l'enfant

Stade 1 : Réflexes complexes et formation des schèmes

Stade 2 : Nouvelles acquisitions et développement de la structure de départ des schèmes

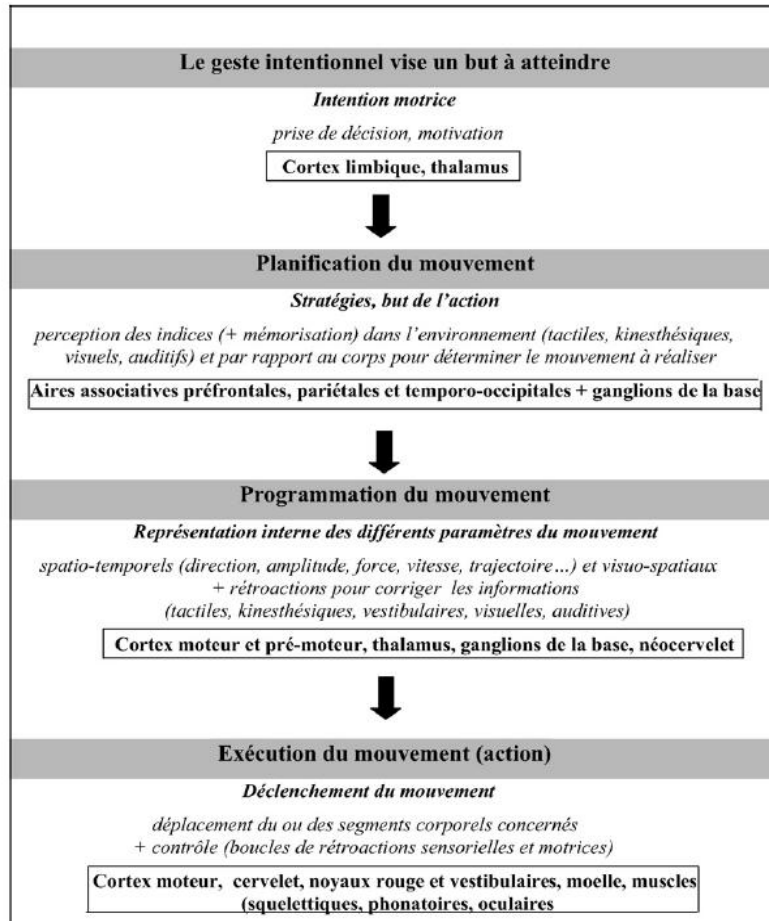
Stade 3 : Apparition de la coordination de la vision et de la préhension

Stade 4 : Coordination des schèmes entre eux

Stade 5 : Adaptation des schèmes à l'environnement

Stade 6 : Combinaison mentale des schèmes et résolution de problèmes par représentation mentale

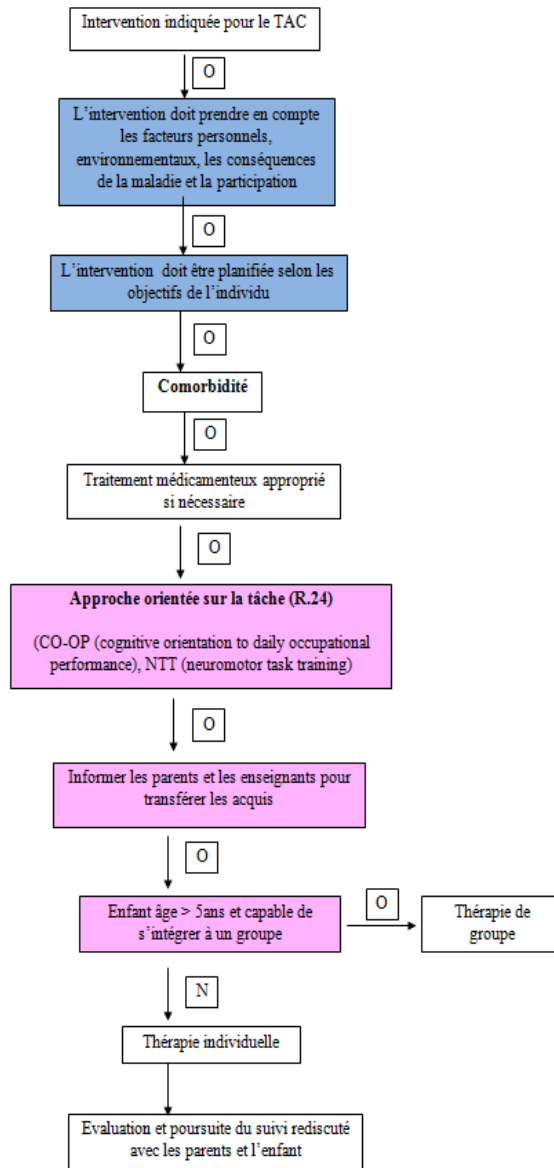
Annexe II : Schéma représentant les processus cognitifs sollicités dans un geste



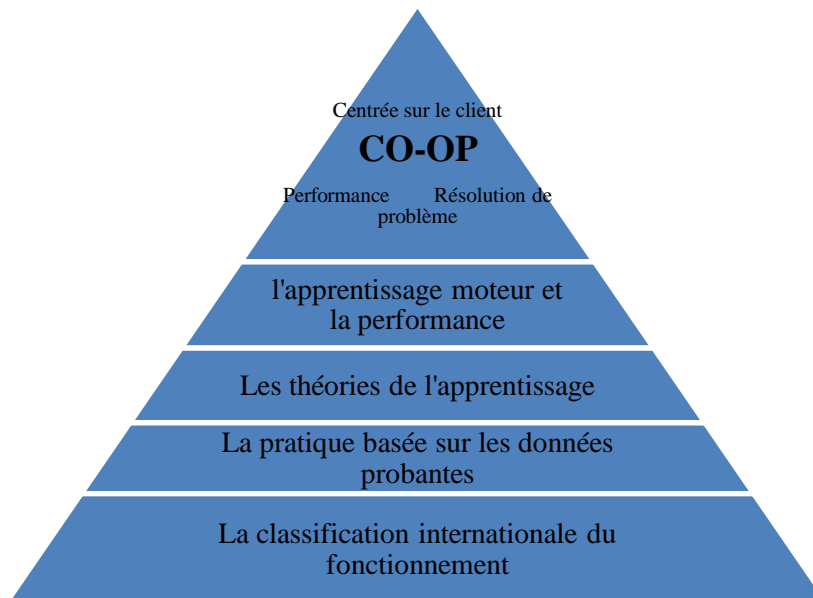
Annexe III : Tableau représentant les principales approches thérapeutiques selon leur orientation

Objectif	Orientation thérapeutique	Principales approches thérapeutiques
Réduction du trouble au niveau de la fonction corporelle	Bottom up	<ul style="list-style-type: none">- Intégration sensorielle- Approches sensori-motrices- Traitement orienté sur le processus
Augmentation de l'activité et de la participation	Top Down	<ul style="list-style-type: none">- Approches orientées sur la tâche- Approches cognitives (ex : CO-OP)

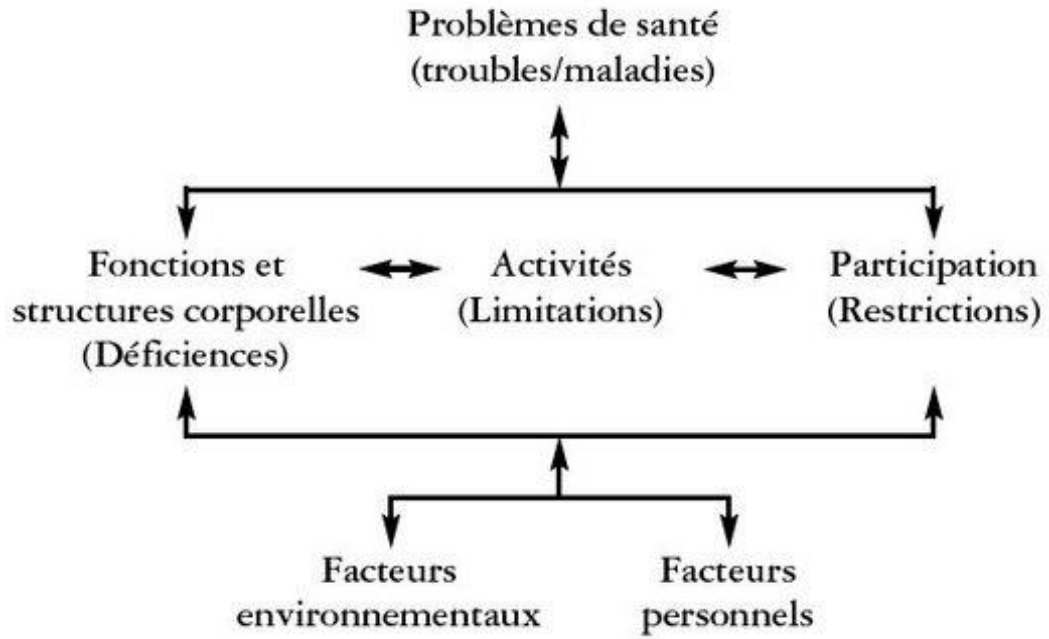
Annexe IV : Schéma « planification du traitement, intervention, évaluation » proposé par l'EACD*



Annexe V: Pyramide représentant les théories sous-jacentes à la CO-OP



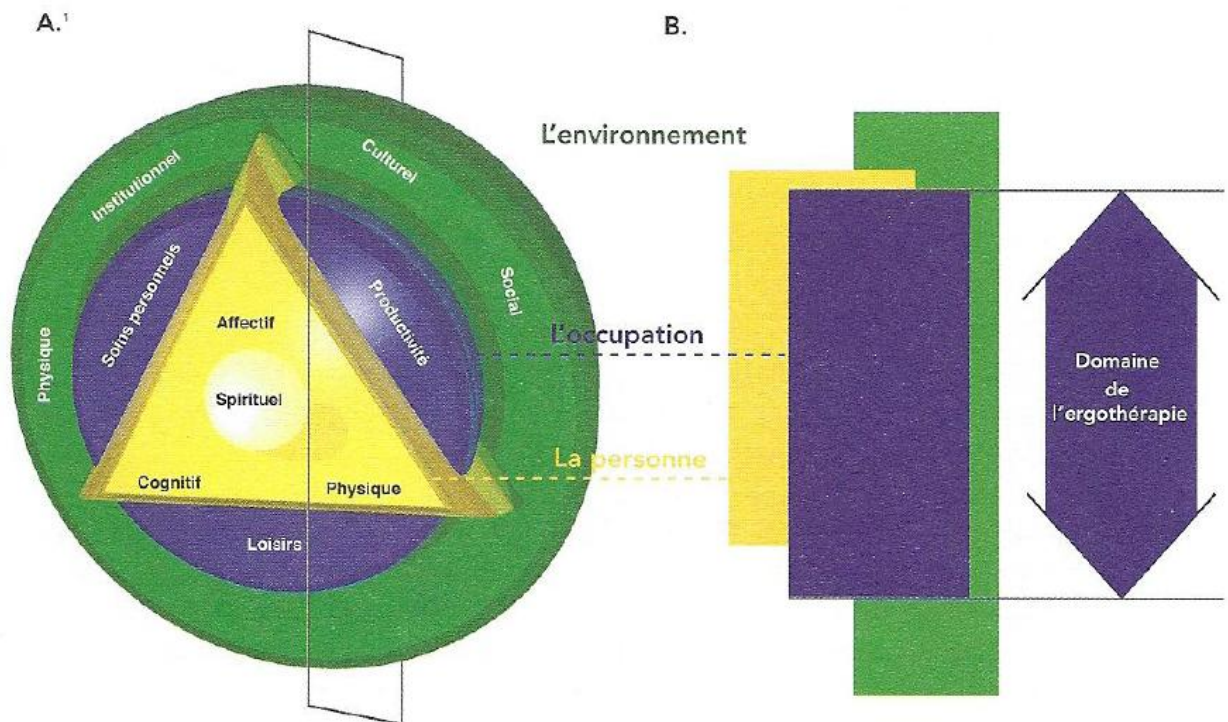
Annexe VI : schéma de la CIF



Annexe VII : Niveaux de preuves selon la haute autorité de santé

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
Niveau 1	
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	A
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	
Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie
Niveau 2	
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	B
Études comparatives non randomisées bien menées	
Études de cohorte	Présomption scientifique
Niveau 3	
Études cas-témoins	
Niveau 4	
Études comparatives comportant des biais importants	C
Études rétrospectives	
Séries de cas	
Études épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales)	Faible niveau de preuve scientifique

Annexe VIII : Schéma de la MCRO-E



Annexe IX : Modèle de la complexité de la performance*

	Niveau de complexité		
	Bas		Elevé
Orientation du corps	Stable		En mouvement
Manipulation d'objet	Absent		Présent
Structure de la tâche	Discrète	En série	Continue
Environnement	Stationnaire	En mouvement	Variable

Annexe X : Performance quality rating scale*

Partie A : Echelle de notation sur 10 points

Nom :												
Ergothérapeute :												
Date pré :					Date post :							
Objectif										Commentaire		
1.	_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
2.	_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
3.	_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Partie B : Echelle de l'ampleur des changements

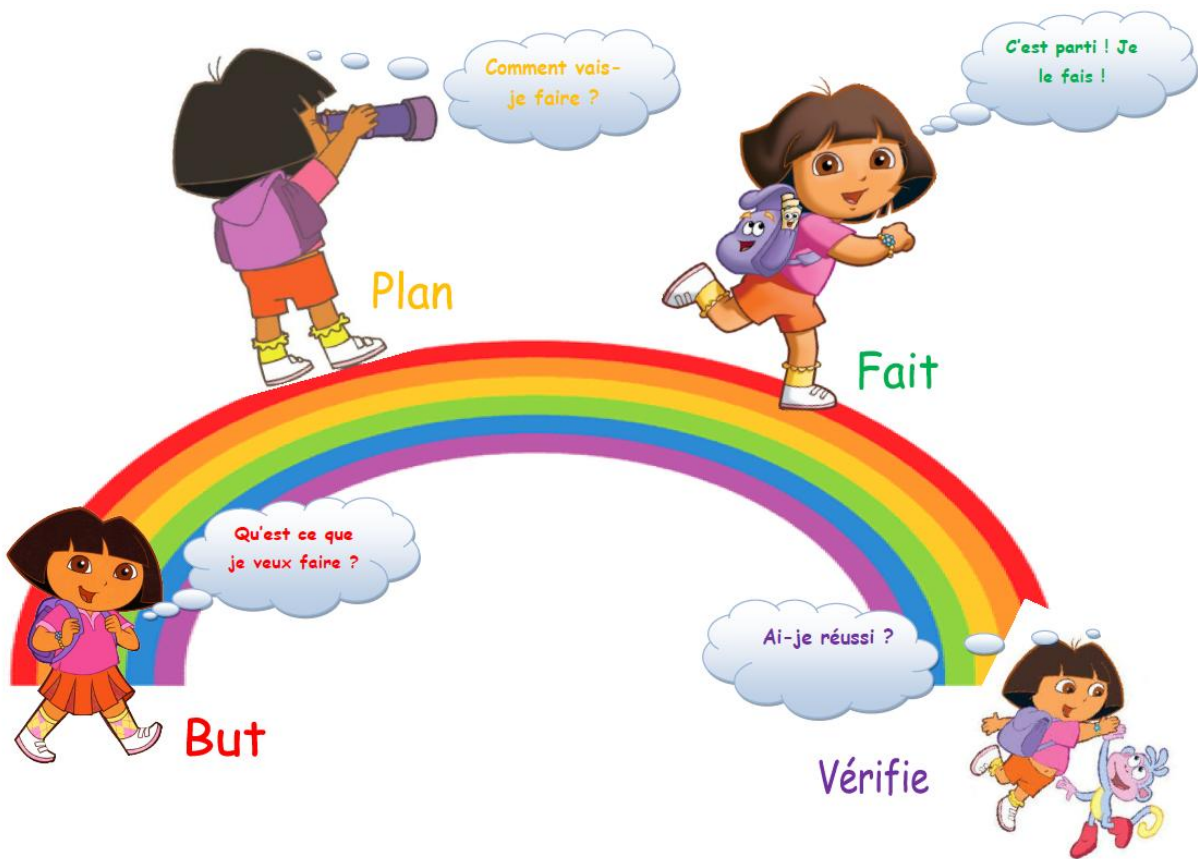
Nom :													
Ergothérapeute :													
Date pré :					Date post :								
Date- Ampleur des changements :													
Objectif										Commentaire			
1.	_____	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	_____
2.	_____	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	_____
3.	_____	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	_____

Annexe XI : Analyse dynamique de la performance*

Nom _____ _____	Date de pré évaluation																															
Ergothérapeute _____ _____	Date de post évaluation																															
Objectif _____																																
I Pré-requis du client																																
1. Est-ce que le client veut faire l'activité ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui									
Non																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
Oui																																
2. Est-ce que le client sait comment faire l'activité ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										
Non																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
Oui																																
II Pré-requis liée à la performance																																
3. Est-ce que l'activité est réalisée correctement ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										
Non																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
Oui																																
III Identification des problèmes de performance																																
4. Problèmes de performance																																
a) Est-ce que le client sait comment faire _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										
Non																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
Oui																																
b) Est-ce que le client veut faire _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										
Non																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
Oui																																
c) Est-ce que le client peut faire _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										
Non																																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
Oui																																

IV Spécification de la stratégie d'intervention																																																																																													
5. Problèmes de performance																																																																																													
a) Est-ce que les capacités du client sont suffisantes ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui										<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left;">Non</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Non										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oui									
Non																																																																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																				
Oui																																																																																													
Non																																																																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																				
Oui																																																																																													
Non																																																																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																				
Oui																																																																																													
b) Les capacités peuvent-elles être améliorées ?	Non Oui N/A	Non Oui N/A	Non Oui N/A																																																																																										
c) Intervention																																																																																													
6.																																																																																													
a) Quelles sont les exigences de l'activité ?	Non Oui	Non Oui	Non Oui																																																																																										
b) Peuvent-elles être modifiées ?	Non N/A	Non N/A	Non N/A																																																																																										
c) Intervention																																																																																													
7.																																																																																													
a) Quelles sont les exigences de l'environnement ?	Non Oui	Non Oui	Non Oui																																																																																										
b) Peuvent-elles être modifiées ?	Non N/A	Non N/A	Non N/A																																																																																										
c) Intervention																																																																																													

Annexe XXII : Exemple de plan pour l'enfant



Annexe XIII: BATS For 2V's

BATS For 2V's

Position du corps

Attention à la tâche

Modification de la tâche

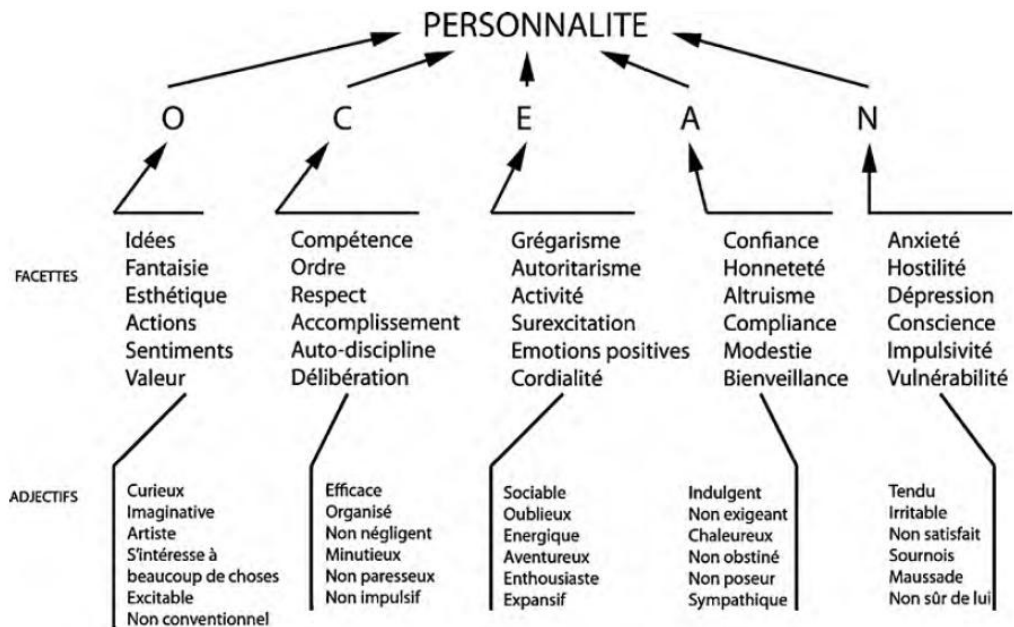
Augmenter la connaissance de la tâche

Ressentir le mouvement

2V's Moyen mnémotechnique verbal

 Moyen mnémotechnique rythmique

Annexe XIV : Lien entre les traits psychologiques et les champs lexicaux



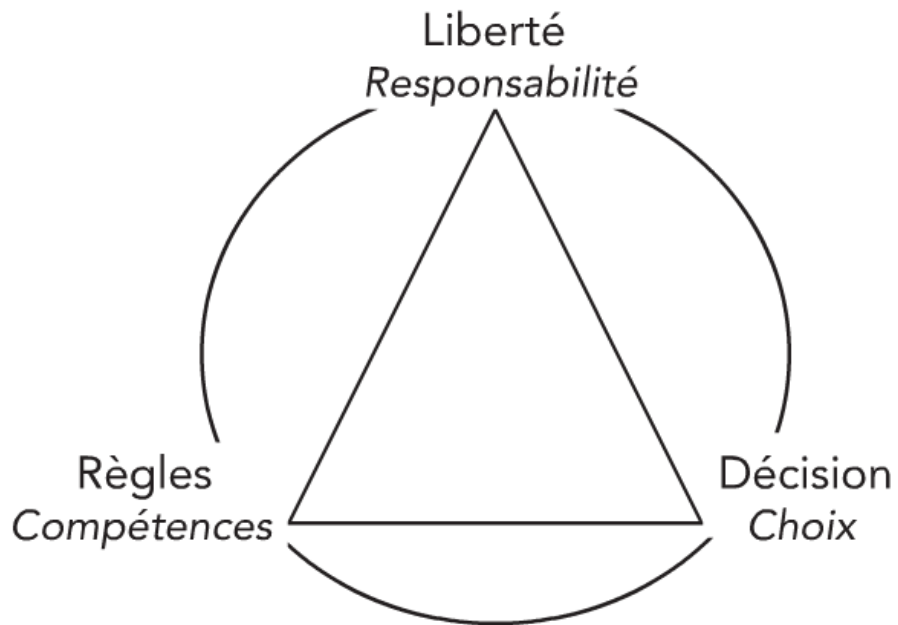
Annexe XV : Etude de la littérature des TAC évoquant les compétences intrapersonnelles

Compétences intrapersonnelles	Estime de soi	Flexibilité	Responsabilité	Autonomie	Prise d'initiatives	Intégrité	Créativité	Motivation
Ouvrages et articles								
(Breton & Léger, 2007)	✓			✓			✓	
(Pannetier, 2007)							✓	
(Geuze, Caractéristiques du trouble d'acquisition de la coordination (TAC): A propos des difficultés et du pronostic d'évolution, 2005)	✓							✓
(Lemonnier, 2007)	✓							
(Vaivre-Douret, Lalanne, Cabrol, Ingster-Moati, Falissard, & Golse, 2011)								✓
(Missiuna & Polatajko, 1994)	✓			✓				
(Vaivre-Douret L. , 2007)	✓			✓	✓		✓	
(Lingam, Jongmans, Ellis, Hunt, Golding, & Emond, 2012)	✓							
(Piek & Skinner, 2001)	✓							✓
(Mandich, Polatajko, & Rodger, 2003)	✓			✓	✓			

Annexe XVI: Nuage de mot illustrant la fréquence d'apparition des compétences intrapersonnelles dans la littérature des TAC



Annexe XVII : Les trois piliers de l'autonomie



Annexe XVIII : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Rappel de l'étude et du déroulement.

Rappel de la problématique : En quoi l'utilisation de la méthode CO-OP en ergothérapie favorise-t-elle les compétences non académiques intrapersonnelles de l'enfant atteint d'un trouble d'acquisition de la coordination ?

Demande d'autorisation pour l'enregistrement et la retranscription des données.

- ▲ Question (Q) 1 : Depuis quand pratiquez-vous la méthode CO-OP avec les enfants atteints de Trouble d'acquisition de la coordination ?
- ▲ Q2 : Dans quel type de structure exercez-vous ?
- ▲ Q3 : Quand avez-vous été formé à la CO-OP ?
- ▲ Q4 : Pourquoi proposez-vous cette méthode ?
- ▲ Q5 : Qu'est-ce que la méthode CO-OP apporte en plus pour les enfants ?
- ▲ Q7 : Avez-vous remarqué, chez les enfants atteints de TAC, des difficultés au niveau des compétences non académiques ?
 - Estime de soi
 - Motivation
 - Autonomie
 - Créativité
- ▲ Q8 : A votre avis, l'utilisation de la CO-OP peut-elle influencer ces facteurs ?
 - Si oui, de quelle manière ?
 - Quels éléments intrinsèques à la CO-OP sont en mesure d'améliorer ce type de compétences ?
- ▲ Q9 : Avez-vous remarqué des déficits au niveau des compétences interpersonnelles ?
- ▲ Q10 : A votre avis, est-ce que le fait de renforcer les compétences inter renforce les compétences intra ?

Remerciements et proposition de retour des résultats

Annexe XIX : Retranscription de l'entretien E1

Depuis quand pratiquez vous la méthode CO-OP avec les enfants atteints de TAC ?

Alors j'utilise la méthode CO-OP depuis septembre 2013, depuis que je suis dans mon nouveau SESSAD de troubles spécifiques des apprentissages. Parce qu'avant je l'utilisais avec des enfants IMC et ou avec un handicap moteur associé, avec un trouble moteur avéré. J'utilise vraiment cette méthode avec des enfants TAC depuis septembre 2013.

Pourquoi avez-vous choisi de proposer cette méthode ?

Parce que c'est une méthode que j'ai découverte quand j'étais en troisième année, pour mon mémoire. Parce que Mme B m'en avait parlé en fin de seconde année comme quoi c'était un modèle conceptuel canadien, hyper intéressant et jamais amené en France par personne. Du coup j'ai commandé le livre au Canada, je l'ai reçu, je l'ai traduit dans mon mémoire et maintenant je l'applique. Dès que j'ai pu, je l'ai appliqué, j'avais hâte de l'appliquer. Je l'ai présenté partout où j'étais en stage, à tous mes maitres de stage et puis j'ai commencé à divulguer mon truc un peu partout et je donne des cours à l'IFE de Bordeaux là-dessus, et puis des conférences. Je diffuse mon CO-OP partout.

Utilisez-vous le programme de la CO-OP de A à Z ?

Alors oui, j'essaie d'utiliser le protocole tel qu'il avait été écrit à la base par Polatajko. Je n'utilise pas le PACS car il est optionnel et parce qu'il est payant donc je ne l'ai pas acheté, mais j'utilise tous les autres outils, quasiment dans l'ordre de ce qu'il est écrit dans le protocole, les seules adaptations sont parce que matériellement ce n'est pas possible. J'essaie au maximum de me tenir au protocole. Au début je l'avais beaucoup adapté pour les enfants IMC, et maintenant je suis quasiment dans le protocole officiel. On fait même... j'enregistre en vidéo, les enfants au début et à la fin, et au milieu d'ailleurs, et c'est ma collègue qui ne les connaît pas et qui ne les suit pas, qui me fait les évaluations externes. Donc du coup on a même une validation, on va dire scientifiquement valide, de l'efficacité de la méthode d'un point de vue externe.

Quand vous parlez de filmer l'enfant c'est le PQRS ?

Oui oui c'est ça. La mise en situation, enfin on peut appeler ça comme on veut. Le moment où on évalue l'activité sans intervention extérieure. Ma collègue fait aussi l'ADP, tant que j'y suis-je lui demande son avis, « qu'est ce que tu en penses ? ». On échange quand même. Mais je

n'influence pas, je dis rien.

Pour vous, qu'est ce que la méthode CO-OP présente en plus par rapport aux autres méthodes ?

Tout. Ça n'a rien à voir. Ce n'est pas du tout la même méthode. D'habitude on se centre, quoi qu'on dise, même ergo, sur les déficits ou alors on apporte un contournement tout fait. Dans CO-OP on amène eux même les gens à trouver eux-mêmes leurs solutions. Donc on ne travaille pas du tout pareil. On se centre vraiment sur l'activité, sur ce que désire les gens et non pas sur ce que décide ni les parents ni le service ni l'école ni machin, on est vraiment sur ce que veut l'enfant et ça peut être des choses qui se recoupe mais pas forcément. On se centre purement sur l'activité, purement sur une solution qu'on doit amener l'enfant à trouver et c'est souvent pratico pratique qui est pas forcément le truc sorti des ronces, le truc hyper compliqué que des fois nous on aurait sorti par ce que des fois il ya des solutions plus simples que les enfants vont trouver et vont trouver les leurs surtout c'est ça le plus important. Donc comme je le disais ce n'est pas forcément une méthode qui apporte par rapport à la solution, rapide que si on utilise une méthode compensatoire habituelle en tant qu'ergo. On va mettre la même cale avec l'enfant qu'on aurait mis avec l'ergo sauf que là c'est l'enfant qui va trouver et c'est ça qui va changer l'efficacité de la méthode et de la calle parce que l'enfant a retenu que c'était ça qu'il lui fallait et comment trouver une solution, il a fait toute la démarche de résolution de problème, et ça c'est quelque chose qui fait beaucoup de transfert et de généralisation.

Avez-vous remarqué chez les enfants atteints de TAC, des déficits au niveau des compétences non académiques intrapersonnelles ?

Donc les quatre dont vous parliez tout à l'heure ? Oui pour l'estime de soi, les enfants ont souvent une faible estime de soi, surtout quand c'est un handicap invisible. La créativité, pas toujours, ça va être selon les enfants ça peut même être un point fort pour certains. La motivation, ça dépend pour quoi. Pour l'école souvent non, mais dans d'autres activités oui. Si on travaille des choses qui motivent, des fois, souvent on a des retombées sur d'autres éléments. Par exemple ils peuvent ne pas aimer l'école parce que ils sont pas forts au foot et si on travaille foot ça va aller beaucoup mieux. Pour l'autonomie, c'est vrai que ce sont des enfants qui manque beaucoup, beaucoup d'autonomie, ça effectivement. Ils ont toujours eu l'habitude d'être assistés par des adultes, d'être protégés et cocoonés, et ne vont pas d'eux-mêmes trouver des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent. Moi, j'ai encore l'exemple d'une petite qui fait CO-OP et c'est plus fort qu'elle. Quand je lui demande on va couper le pain, bah va chercher le

couteau à pain et bien elle va demander « papa il est où le couteau à pain ? » elle a 13 ans, elle peut aller le chercher dans la cuisine le couteau à pain. Elle a tellement l'habitude de demander des trucs tout le temps que la logique c'est d'aller demander le couteau à papa. Donc là c'est dans l'ordre de l'autonomie c'est même pas dans l'ordre des difficultés ou de l'indépendance, on est vraiment dans l'ordre de l'autonomie intellectuelle, cognitive, et qui ne s'est pas créé parce qu'il ya eu cette dépendance et qu'on a jamais fait travaillé l'enfant à sa propre solution. On lui a toujours apporté cette solution pour compenser cette difficulté, ça part d'un très bon sentiment et c'est ce qu'il faut faire au début ça c'est clair et nette, par contre il faut amener l'enfant par lui-même quoi. Donc souvent à 1ans les parents commencent à dire « attend c'est bon tu pourrais faire un peu ».mais avant ils se rendent pas compte.

Juste un mot au niveau de la créativité, est ce que vous constatez des difficultés dans la créativité pour ces enfants ?

Alors la créativité, c'est très variable d'un enfant à l'autre c'est pas quelques chose qui est Moi je le marquerai pas comme un trouble bien marqué des TAC spécifiquement, il peut y avoir un manque d'envie, après il y aura tout ce qui est difficulté graphiques qui fait que le dessin c'est pas trop leur truc et c'est souvent à travers ça, le dessin ou la musique qu'on voit que les enfants TAC sont doués dans aucun des deux. On a l'impression qu'ils sont pas créatifs mais on peut se rendre compte, que si on leur fait des histoires ou des choses comme ça, ils ont tout plein d'imagination. Quand Ils font des jeux de « faire semblant »ils sont tout aussi plein d'imagination que les autres. donc je ne pense pas que ce soit vraiment un trouble ... ça dépend comment on l'évalue. Mais je ne psne pas que ce soit vraiment un trouble qui manque.

Donc si on reprend les compétences une à une ... la créativité on oublie puisque pour vous il n'y a pas d'impact

Pas spécifiquement oui

Donc pour l'estime de soi qu'est ce qui pourrait dans la CO-OP influencer l'estime de soi ?

Alors CO-OP fait énormément de bien à l'estime de soi parce que justement l'enfant arrive à des choses qu'il est persuadé ne jamais être capable de faire. Des choses auxquelles il échoue depuis des années, on lui a répété comment faire ses lacets depuis des années, et bon il y arrive, c'est la libération, ça regonfle vraiment l'estime de soi, ça fait vraiment énormément de bine pour l'estime de soi ça c'est clair. C'est une des meilleures raisons pour laquelle il faut faire CO-OP.

Mais si on avait utilisé une autre méthode et que l'on restait centrée sur la tâche et que l'on répétait l'action de faire ses lacets et que l'enfant finalement y arrivais alors pour l'estime de soi ce serait la même chose

Non je ne suis pas d'accord. Pour pouvoir écrire comme tu veux tu peux faire des milliers de lignes et tu finiras par y arriver par contre tu auras fait un effort ici (main en haut) pour un gain ici (main en bas). Quand t'as une TAC c'est ça en fait. Tu vises très très haut et tu fatigues pendant longtemps. Quand on t'apprend à réfléchir. Quand on t'apprend à trouver toi même ta solution tu as pas du tout l'impression que c'est un surentrainement qui fais que. Et d'ailleurs c'est vrai. C'est vraiment le fait que tu te dises « ah bah en fait qu'est ce que je veux vraiment ? Comment je le fais ? » Qui fait que toi tu as réussi. C'est toi as gagné c'est pas l'adulte qui t'a fait gagner. Et ça, ça n'a rien à voir. D'ailleurs le gamin a qui j'ai fait les lacets qui était tout content de bosser les lacets, aujourd'hui il met des lacets élastiques, les lacets magiques. Mais ce qu'il voulait vraiment c'était aller au foot, il se rend compte qu'au final savoir faire ses lacets il s'en fout. Maintenant qu'il a réussi à le faire il s'en fout. Donc du coup il a changé de méthode. Il a trouvé lui-même sa solution il a été très satisfait et là on est vraiment dans de l'ergothérapie. Dans le sens de l'ergothérapie c'est la participation. C'est dans la vie de tous les jours, dans le contexte qui est le sien, dans ce qu'elle a besoin, comment est ce qu'on peut amener à ça ? et bien la méthode CO-OP elle permet d'amener vraiment à ça. Alors qu'un méthode où comme tu dis on aurait surentrainé les lacets et bien ça veut pas du tout dire que dans un autre contexte ... le moment où le lacet est cassé ou le moment où le lacet est plus de la même couleurs il aurait trouvé la solution. Alors qu'avec CO-OP il va trouver sa solution c'est le but.

Donc pour la motivation qu'est ce qui pourrait dans la CO-OP influencer l'estime de soi ?

Bah dans CO-OP j'ai pas besoin de le dire ça fait parti des grandes clefs de la méthode. Le but c'est que la personne choisisse ce qu'elle veut faire. L'enfant choisi ce qu'il veut faire. Que ça on a un niveau de motivation qui n'a rien à voir avec j'arrive et on va répéter les transferts pendant 10 fois... on pas du tout dans le même cap de motivation. Donc souvent l'enfant est très très motivé au début et c'est très porteur. Mais cette motivation comme je disais elle peut avoir d'autres conséquences bénéfiques sur d'autres motivations. Par exemple on n'aime pas aller à l'école parce que toute seul dans notre cours de récréation on n'arrive pas à faire de la marelle. On est mauvais au jeu de marelle on y arrive pas à la marelle et bin on y arrive à faire la marelle grâce à la CO-OP et bin on a envie d'aller à l'école on est content on passe des bons moments. On gagne de la motivation pour des choses de façon secondaire. Ça fait parti des

bénéfices secondaires comme l'estime de soi. Pour moi tout ce que tu décris ce n'est pas des choses qui est stimulé dans CO-OP c'est totalement des bénéfices secondaires. C'est comme ça que je les présente en tout cas.

La motivation elle serait pour vous influencée uniquement par les objectifs et pas du tout par l'aspect ludique ?

Si bien sur mais bon après on travaille en pédiatrie tu bosses jamais de façon pas ludique sinon t'as pas ... ça t'arrive à faire des trucs chiants avec les enfants ? Moi je suis ludique quoi que je fasse. Par contre entre bosser à l'ordinateur même si tu fais du sens où t'aime bien l'ergo parce que tu rigoles avec lui mais c'est chiant de taper à l'ordinateur et bosser la marelle parce que c'est le truc que tu as vraiment envie de faire t'as pas du tout l'enfant pareil. Tu as un enfant souriant partant qui vient et qui a beau échouer il va recommencer, l'enfant qui échoue à ton jeu à l'ordinateur par ce que il a du mal deux fois il va dire bah c'est bon ton jeu. Tout l'intérêt de trouver une activité où le gamin va trouver ça dur mais va y arriver alors qu'à la marelle il peut être très en difficulté mais ça ne le gêne pas. Ça a un autre sens pour eux. Ça a beaucoup plus de poids.

Et au niveau de l'autonomie ?

On pousse l'enfant à trouver ses solutions, ce qu'il n'a jamais fait et ça c'est qui apporte de l'autonomie. Parce que il apprend lui-même à poser les bonnes questions à trouver les réponses à aux difficultés qu'il rencontre, ce qu'il va faire toute sa vie. Et à partir de là il apprend à se gérer, à ne pas attendre que les solutions viennent de l'extérieur et c'est ça qui fait beaucoup de bien et c'est ça qui apporte beaucoup d'autonomie à l'enfant. Dans CO-OP c'est un des gros objectif l'autonomie, c'est vraiment une méthode qui apporte beaucoup beaucoup d'autonomie, beaucoup plus que de mettre la calle pour lui sous l'ordinateur ou que déjà lui changer les trucs ou de faire pour lui, de lui amener de l'aide. Amener de l'aide ça marche pour les enfants qu'ont pas la capacité de trouver une solution.

Vous avez parlé de bénéfices secondaires, que seraient les compétences intrapersonnelles. Et au niveau des compétences interpersonnelles, est ce que pour vous ces enfants ont des difficulté en terme de communication ?

Oui, oui beaucoup beaucoup. Alors sur plein de domaines différents pour plein de causes différentes. Alors moi je trouve, même si je n'ai pas d'éléments scientifiques et ce serait des recherches intéressantes, mais je ne l'ai pas encore fait. Sur la cognition sociale. En terme de

cognition sociale, quasiment tous les gamins qu'on suit ont des déficiences au niveau de la cognition sociale. Ils ne sont pas capable de dire si la personne est fâchée, contente, pourquoi elle est contente ? Pourquoi elle est fâchée ? Qu'est ce qu'il faut dire, qu'est ce qu'il ne faut pas faire à ce moment là, pourquoi ce que je fais ça va pas ? Pourquoi est ce que les copains dans la cours ils n'aiment pas quand je fais ça ? Tout ça on voit qu'ils ont des difficultés. Ils ont les mêmes difficultés que les enfants qui ont des troubles du spectre autistique. Ces compétences sociales, ils sont vraiment à la traine. Alors c'est souvent associé à en plus, une immaturité car ils ont souvent été surprotégé donc ils sont souvent immatures, pour beaucoup ils jouent avec des gamins un peu plus jeunes. Tout associé ça fait qu'en terme de communication avec les pairs c'est assez compliqué. Du coup, ils ont des compétences de communication très importante en terme verbal et tout ça ce qui fait qu'ils vont aller communiquer avec des adultes, ils vont aller parler avec les profs ils vont aller jouer avec les filles, les jeux de faire semblant parce que là ils sont performants mais du coup ils ne vont pas aller jouer avec les copains au foot. Après avec les parents il y a toute l'incompréhension du jeu veux que tu m'aides mais je veux être tout seul, « j'en ai marre que ça se passe comme ça », en gros c'est ça qu'ils veulent dire. Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas d'ailleurs ils savent très bien qu'ils ont besoin d'aide pour mettre leur pyjama quand ils sont petits ils en ont marre ils aimeraient être tout seul à ce moment là etc...

Donc il va y avoir plein de troubles de communication à l'adolescence aggravé par le TAC.

Est-ce que le fait de renforcer les compétences intra personnelles ça peut avoir des effets sur les compétences interpersonnelles de l'enfant ?

Je pense que c'est surtout le fait de cibler exactement ce que veux l'enfant veux qui. Après par contre, par rapport à ce que tu dis je ne sais pas si ...alors c'est vrai que pour l'autonomie ça joue beaucoup, je vais dormir chez les copains parce que suis plus obligé de m'habiller avec maman et je peux manger proprement, ça joue beaucoup de manger proprement pour aller manger au kebab avec les copains. C'est des trucs bien concrets que les enfants vivent très mal. Mais quand même je ne sais pas si c'est autant les soft skills qui sont en jeu que même l'idée de faire CO-OP. Tu vois ce que je veux dire ?

Non

Ta question elle amène à : Est ce que c'est le gain qu'on fait en soft skills qui va faire des gains en communication ? Je pense que oui et je pense que ce qui est beaucoup beaucoup même en terme de relation avec les autres c'est juste le fait d'avoir ...comment dire ?... il y a un gain

d'estime de soi parce qu'on a réussi mais y a aussi parce qu'on a ciblé la difficulté. Parce que le gamin que ça embête de manger un kebab c'est ça qu'il va cibler. Tu vois donc c'est autant le fait d'avoir une méthode qui te permet de choisir ce que tu veux améliorer que les gains d'autonomie qui font, qu'ils ont des liens comme ça. Je suis clair ?

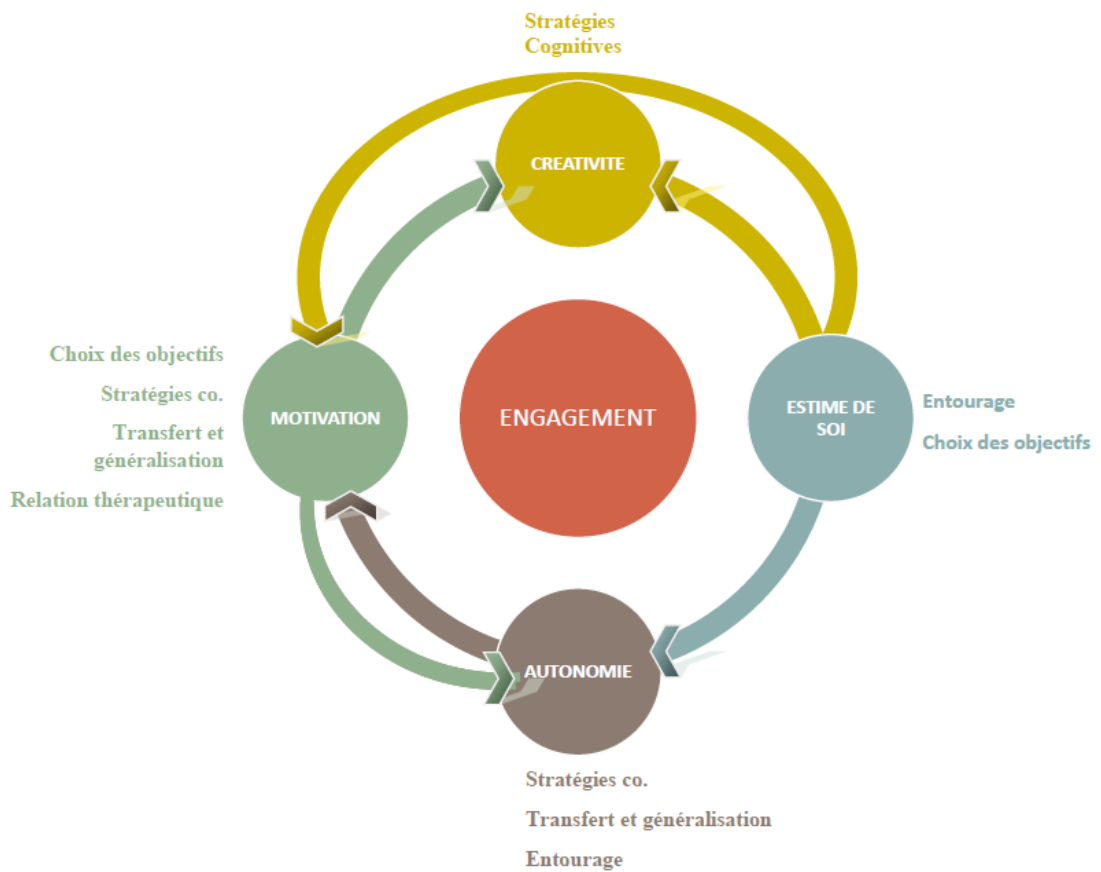
Oui j'ai compris

Voilà je pense que c'est les deux.

Annexe XX: Tableaux d'analyse des entretiens

Questions	E1	E2	E3	E4	Total pour chaque question
Q1 : Pourquoi utiliser la CO-OP ?					
Choix d'objectifs par l'enfant	1	1			2
Généralisation et transfert	1	1	1		3
Rendre l'enfant acteur de sa rééducation		1	1		2
Implication de l'entourage		1			1
Résultats positifs	1			1	2
Lien thérapeutique			1		1
Utilisation des stratégies cognitives	1	1	1	1	4
					Réponse majoritaire: Stratégies cognitives
Qu'est ce qui favorise l'estime de soi dans la CO-OP ?					
Choix d'objectifs par l'enfant	1	1			2
Généralisation et transfert					0
Rendre l'enfant acteur de sa rééducation	1	1		1	3
Implication de l'entourage					0
Résultats positifs					0
Lien thérapeutique					0
Utilisation des stratégies cognitives	1		1	1	3
					Réponses majoritaires: SC + enfant acteur
Qu'est ce qui favorise la créativité dans la dans la CO-OP ?					
Choix d'objectifs par l'enfant					0
Généralisation et transfert					0
Rendre l'enfant acteur de sa rééducation					0
Implication de l'entourage					0
Résultats positifs					0
Lien thérapeutique					0
Utilisation des stratégies cognitives			1	1	2
					Réponse majoritaire: SC
Qu'est ce qui favorise la motivation dans la dans la CO-OP ?					
Choix d'objectifs par l'enfant	1	1	1	1	4
Généralisation et transfert			1		1
Rendre l'enfant acteur de sa rééducation		1	1		2
Implication de l'entourage					0
Résultats positifs					0
Lien thérapeutique			1		1
Utilisation des stratégies cognitives		1	1	1	3
					Réponse majoritaire: Choix d'objectifs
Qu'est ce qui favorise l'autonomie dans la dans la CO-OP ?					
Choix d'objectifs par l'enfant			1		2
Généralisation et transfert			1	1	0
Rendre l'enfant acteur de sa rééducation	1				3
Implication de l'entourage				1	0
Résultats positifs					0
Lien thérapeutique					0
Utilisation des stratégies cognitives	1		1	1	3
					Réponses majoritaires: SC + enfant acteur
Réponse majoritaire pour chaque E pour l'ensemble des cptces	Objectifs+SC	Obj	SC	SC	

Annexe XXI : Schéma représentant l'impact des compétences intrapersonnelles sur l'engagement de l'enfant



Annexe XXII : Méthodologie de construction des questionnaires adressés aux parents et aux enfants

a) Le questionnaire adressé aux enfants

Population questionnée

Pour ce premier questionnaire, la population cible est constituée d'enfants. Les critères d'inclusion sont liés à l'hypothèse et sont les suivants :

- Enfant diagnostiqué TAC ou dyspraxique,
- Enfant bénéficiant de séances d'ergothérapie où la CO-OP est utilisée.

Ces critères permettent une diversification de l'échantillonnage. En effet le sexe, ainsi que l'âge peuvent fortement varier. Il sera donc important d'adapter le questionnaire à cette probable variation. L'échantillonnage sera réalisé en fonction du nombre de questionnaires répondus. Le questionnaire a été distribué aux ergothérapeutes ayant été vues en entretien qui les fourniront selon leur convenance à leurs patients. J'ai également utilisé tous les réseaux disponibles sur internet, tels que des groupes suisses, québécois, français, d'ergothérapeutes en pédiatrie.

Objectif du questionnaire

Pour ce questionnaire, c'est l'objectif 1 (Cf. 2.1.2) qui sera recherché. En effet, il paraît difficile que l'enfant détermine lui-même ce qui pourrait améliorer telle ou telle compétence intrapersonnelle. En revanche, il me paraît important d'interroger les enfants car certaines compétences, comme l'estime de soi, sont totalement subjectives.

Construction du questionnaire

Le questionnaire a été nommé « questionnaire adressé aux jeunes » afin de ne pas blesser l'ego de certains enfants ne se considérant plus comme tel. Le questionnaire est construit en trois parties (Cf. Annexe IX, X, XI) :

- *Les instructions*, courtes et simples, adaptées aux enfants,
- *Les questions*, de type fermé à réponse unique. Cela permet d'être rapide dans la passation du questionnaire mais également de faciliter le décodage par la suite. Une question est de type ouverte afin de pouvoir éventuellement établir une corrélation avec

l'objectif 3 de l'enquête. Certaines questions ont été inspirées de la forme scolaire de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith. Les questions ont été posées à partir du cadre théorique, et ont été regroupées par thème.

- *La grille de codification des réponses*, composée de quatre choix de réponses. Cette grille a été inspirée du questionnaire AUQUEI⁴⁰, en reprenant les quatre personnages arborant des expressions différentes et assez tranchées. J'ai choisi de reprendre l'idée mais de changer les personnages de base pour en prendre des contemporains afin de donner un aspect plus ludique et attirant au questionnaire. Trois grilles ont été créées, les questions restant les mêmes, afin de fournir un choix à l'enfant et de s'adapter à son âge ainsi qu'à ses goûts.

Les questionnaires ont été testés par deux jeunes de 9 et 14 ans. La passation du questionnaire avec le plus jeune enfant a permis de modifier quelques structures de phrases, jouant dans la compréhension de la question.

Mode d'administration du questionnaire

Le mode d'administration choisi est l'auto administration. Le thérapeute ou les parents n'interviennent qu'en cas d'incompréhension des questions.

b) Le questionnaire adressé aux parents

Population questionnée

Pour ce premier questionnaire, la population cible est constituée de parents. Les critères d'inclusion sont liés à l'hypothèse et sont les suivants :

- Parent (père ou mère) d'un enfant diagnostiqué TAC ou dyspraxique,
- Parent (père ou mère) d'un enfant bénéficiant de séances d'ergothérapie et de la méthode CO-OP.

Ces critères permettent une diversification de l'échantillonnage. En effet la situation socioculturelle, le sexe, et l'âge peuvent fortement varier. Il sera donc important d'adapter le questionnaire à cette probable variation. L'échantillonnage sera réalisé en fonction du nombre de questionnaires répondus. Le questionnaire a été distribué aux ergothérapeutes ayant été vues en entretien qui les fourniront selon leur convenance aux parents des patients. J'ai également

⁴⁰ Pictured child's quality of life self questionnaire, Questionnaire évaluant la qualité de vie subjective de l'enfant.

utilisé tous les réseaux disponibles sur internet, tels que des groupes suisses, québécois, français, d'ergothérapeutes en pédiatrie.

Objectifs du questionnaire

Pour ce questionnaire, les trois objectifs de l'enquête (Cf. 2.1.2) sont mis en jeu.

Construction du questionnaire

Le questionnaire adressé aux parents est construit en trois parties (Cf. Annexe XII) :

- *Les instructions*, courtes et simples, avec propositions de retour des résultats,
- *Les questions*, de type fermé à réponse unique. Cela permet d'être rapide dans la passation du questionnaire mais également de faciliter le décodage par la suite. Deux questions sont de type ouvert afin de pouvoir éventuellement faire du lien avec l'objectif 3 de l'enquête. Certaines questions ont été inspirées du questionnaire aux parents diffusé dans le cadre d'une enquête sur la méthode CO-OP (Kaiser, Drecq, Monney, & Thommen, 2007). Les questions ont été regroupées par thèmes en s'appuyant sur le cadre théorique.
- *La grille de codification des réponses*, composée de quatre choix de réponses ou d'un choix oui/non. Cette grille a été inspirée du même questionnaire que précédemment.

Le questionnaire a été testé au préalable avec deux adultes non initiés à l'ergothérapie mais tous deux parents. Le pré-test a permis de valider ce questionnaire sans changements.

Mode d'administration du questionnaire

Le mode d'administration choisi est l'auto administration.

Annexe XXIII : Questionnaire N°1 adressé aux jeunes

Questionnaire adressé aux jeunes

*Je suis étudiante en ergothérapie et je réalise une petite recherche sur les jeunes qui ont une dyspraxie.
J'aimerais avoir ton avis !*

Merci !

	 Pas du tout	 Pas trop	 Un peu	 Beaucoup
Je suis capable de faire beaucoup de choses sans qu'on ait à me le dire				
J'aime que l'on me dise tout le temps ce que je dois faire				
J'aime jouer à des jeux de rôles				
J'invente souvent de nouvelles choses				
Je trouve souvent seul (e) la solution aux problèmes que je rencontre				
J'aime aller voir l'ergothérapeute				
J'aime aller à l'école				
J'aime aller à mon activité favorite				
Je me sens souvent capable de faire ce qu'on me demande				
Les gens font beaucoup attention à moi				
Je sais ce qu'il faut que je dise aux gens, selon les situations				
Je suis à l'aise avec les autres				
J'ai peur de parler devant les autres à l'école				
J'ai confiance en moi				

Annexe XIV : Questionnaire N°2 adressé aux jeunes

Questionnaire adressé aux jeunes

Je suis étudiante en ergothérapie et je réalise une petite recherche sur les jeunes qui ont une dyspraxie.

J'aimerais avoir ton avis !

Merci !

	 Pas du tout	 Pas trop	 Un peu	 Beaucoup
Je suis capable de faire beaucoup de choses sans qu'on ait à me le dire				
J'aime que l'on me dise tout le temps ce que je dois faire				
J'aime jouer à des jeux de rôles				
J'invente souvent de nouvelles choses				
Je trouve souvent seul (e) la solution aux problèmes que je rencontre				
J'aime aller voir l'ergothérapeute				
J'aime aller à l'école				
J'aime aller à mon activité favorite				
Je me sens souvent capable de faire ce qu'on me demande				
Les gens font beaucoup attention à moi				
Je sais ce qu'il faut que je dise aux gens				
Je suis à l'aise avec les autres				
Je n'ai pas peur de parler devant les autres à l'école				
J'ai confiance en moi				

Annexe XV : Questionnaire N°3 adressé aux jeunes

Questionnaire adressé aux jeunes

*Je suis étudiante en ergothérapie et je réalise une petite recherche sur les jeunes qui ont une dyspraxie.
J'aimerais avoir ton avis !*

Merci !

	 Pas du tout	 Pas trop	 Un peu	 Beaucoup
Je suis capable de faire beaucoup de choses sans qu'on ait à me le dire				
J'aime que l'on me dise tout le temps ce que je dois faire				
J'aime jouer à des jeux de rôles				
J'invente souvent de nouvelles choses				
Je trouve souvent seul (e) la solution aux problèmes que je rencontre				
J'aime aller voir l'ergothérapeute				
J'aime aller à l'école				
J'aime aller à mon activité favorite				
Je me sens souvent capable de faire ce qu'on me demande				
Les gens font beaucoup attention à moi				
Je sais ce qu'il faut que je dise aux gens, selon les situations				
Je suis à l'aise avec les autres				
J'ai peur de parler devant les autres à l'école				
J'ai confiance en moi				

Annexe XVI : Questionnaire adressé aux parents

Questionnaire adressé aux parents

Je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie, et dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je m'intéresse aux compétences intrapersonnelles de l'enfant atteint de trouble d'acquisition de la coordination ou dyspraxie développementale.

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir votre point de vue, en tant que parents, sur les compétences intrapersonnelles (créativité, motivation, autonomie, estime de soi) de votre enfant.

Ce questionnaire prendra environ 5 minutes à compléter

Je vous remercie.

- ▲ Pouvez-vous indiquer pourquoi votre enfant bénéficie de séances d'ergothérapie ?

.....

- ▲ Les difficultés de votre enfant pour prendre des initiatives et entreprendre des tâches sont :



- Est-ce seulement pour les tâches où il/elle présente des difficultés ? Oui Non

- ▲ Les difficultés de votre enfant dans les activités créatives en général sont :



- ▲ Les difficultés de votre enfant au niveau de son estime de lui-même sont :



- ▲ Les difficultés de votre enfant au niveau de sa motivation sont :



- Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?
- Les activités de soins personnels
 - L'école
 - Les séances d'ergothérapie
 - Les loisirs
 - Autre :





▲ Lorsque votre enfant est confronté à une difficulté :

- Vous lui posez des questions afin qu'il trouve la solution par lui-même ?

Ou

- Vous compensez tout de suite ses difficultés ?

▲ Avez-vous remarqué une évolution de votre enfant depuis qu'il bénéficie de séances d'ergothérapie au niveau de :

- Son estime de soi 
- Sa créativité 
- Son autonomie 
- Sa motivation 

▲ A votre avis, quel(s) élément(s) intrinsèques aux séances d'ergothérapie permettent d'expliquer cette évolution ?

.....

▲ Avez-vous l'impression que votre enfant a dû mal à se faire des amis ? Oui Non

▲ Est-ce que votre enfant suit d'autres thérapies ?

- Si oui, laquelle/lesquelles ?
- Depuis combien de temps ?

Je vous remercie pour votre participation.

Si vous êtes intéressés par un retour des résultats vous pouvez inscrire votre adresse mail :

Annexe XXVII: Résultats bruts au sujet des compétences interpersonnelles

Avez-vous remarqué chez les enfants atteints de TAC des troubles au niveau des compétences interpersonnelles ?	
E1	« Oui oui beaucoup beaucoup », « en terme de cognition sociale, quasiment tous les gamins qu'on suit ont des déficiences à ce niveau », « ces compétences sociales ils sont vraiment à la traîne », « en terme de communication avec les pairs c'est assez compliqué », « plein de troubles de communication à l'adolescence aggravé par le TAC ».
E2	« Les enfants atteints de TAC ont des difficultés au niveau des relations avec les autres car leur comportement paraît "bizarre" et ils se sentent différents. Souvent cela influe sur la confiance en soi », « ce constat est le même pour la plupart des enfants porteurs de handicap surtout s'il n'est pas très visible ».
E3	« Ça dépend de la baisse de l'estime de soi aussi », « il y a quand même une grande part de caractère », « ça ne pas faire partie du truc type d'avoir des troubles de la cognition sociale. C'est secondaire. Ça peut être induit ».
E4	« C'est certain qu'on le voit mais je ne sais pas si on pourrait généraliser », « ça dépend de l'environnement », « de l'importance qui est donnée à la performance », « mais je ne pense pas de prime abord que les enfants aient nécessairement des problèmes à ce niveau-là ».

D'après vous, est ce que la CO-OP peut améliorer les compétences interpersonnelles ? Et quelle serai(en)t la/les composante(s) de la CO-OP responsable(s) de cette amélioration ?	
E1	« Je pense que c'est le fait de cibler exactement ce que veut l'enfant »
E2	« La méthode CO-OP aide l'enfant à trouver des stratégies pour compenser ses difficultés et il a l'impression de gagner du pouvoir sur sa vie et ses capacités », « Cela améliore l'estime de soi et je pense que du coup il se sent plus à l'aise et moins complexé vis à vis des autres ».
E3	« Mais oui il y a quand même une meilleure interaction ».
E4	« Ça va avoir un impact si l'enfant est capable de faire l'activité, ça va améliorer l'estime de soi donc l'enfant va être plus enclin à s'engager avec son groupe d'amis », « pour les enfants avec qui c'est problématique ça va avoir un impact secondaire ».

Résumé

D'après l'association américaine de psychiatrie (APA), 5 % des enfants présentent un trouble d'acquisition de la coordination (TAC). Outre les troubles moteurs, il s'avère que ces enfants présentent fréquemment des troubles au niveau de leurs compétences non académiques intrapersonnelles. Afin de rééduquer ou de compenser les troubles existants, ces enfants bénéficient, pour la plupart, d'ergothérapie. La CO-OP (cognitive orientation to daily occupational performance) fait partie des nombreuses méthodes de rééducation. C'est une approche démontrée comme étant efficace avec le public TAC. La méthode CO-OP est centrée sur le client et basée sur l'acquisition de stratégies cognitives. Ainsi, le but essentiel de la CO-OP est de résoudre les troubles d'ordre moteur, mais peut-elle également améliorer les troubles sous-jacents tels que ceux appartenant à la catégorie des compétences intrapersonnelles ?

Des ergothérapeutes formés à la CO-OP et l'appliquant auprès d'enfants atteints de TAC ont été interrogés afin de déterminer si elle est en mesure d'influencer les compétences intrapersonnelles de l'enfant, et si oui, quel facteur de la CO-OP entre en jeu. Les entretiens ont démontré que le principal facteur de la CO-OP susceptible d'améliorer les compétences intrapersonnelles est l'acquisition de stratégies cognitives. Cependant, il s'avère que d'autres éléments intrinsèques à cette méthode semblent essentiels et paraissent également participer à améliorer les compétences intrapersonnelles de l'enfant.

Mots clefs : Enfant, TAC, CO-OP, Stratégies cognitives, compétences intrapersonnelles

Abstract

According to the American psychiatric association (APA), 5 % of children suffer from developmental coordination disorder (DCD). In addition to motor disorders, it appears that these children also frequently have difficulty with non-academic interpersonal skills (soft skills). In order to treat and compensate for these existing disorders, these children benefit, for the most part, from occupational therapy. The CO-OP (cognitive orientation to daily occupational performance) is one of many methods of rehabilitation. This is an approach which has shown effective with people with DCD. The CO-OP method is client-centred and based on acquisition cognitive strategies. Thereby, the essential point of the CO-OP is to resolve motor disorders, but could perhaps also be used in the improvement of underlying disorders, such as those related to intrapersonal skills ?

Occupational therapists trained to the CO-OP and using it with children who suffer from DCD were questioned to determine whether the CO-OP is able to influence children's soft skills, and if yes, which aspect of the CO-OP comes into play. Interviews have shown that the acquisition of cognitive strategies is the main factor of the CO-OP liable to improve soft skills. However, other intrinsic elements of this method also appear to be essential and participate in the improvement of the child's soft skills.

Key words: Child, DCD, CO-OP, cognitive strategies, soft skills