



L'approche CO-OP chez un enfant présentant un syndrome d'Asperger

Mémoire d'initiation à la recherche

CARPENTIER Léonie
Promotion 2015-2018

CLEREMBAUX Aurélie
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dument signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ... CARPENTIER LÉONIE

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ..EUREUX.....

Le ..23/05/2018..... signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement, Madame Aurélie CLEREMBAUX, ma tutrice de stage en troisième année et ma maître de mémoire pour sa disponibilité, son implication, ses conseils et son aide précieuse pour la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je tiens aussi à remercier les ergothérapeutes ayant accepté de contribuer à ce mémoire pour leur participation et leur implication.

Mes remerciements vont également à l'équipe pédagogique de l'IFE la Musse pour leur accompagnement et leurs précieux conseils durant ces trois années d'études.

Enfin, je remercie, mon compagnon, mes amis les plus proches et ma famille pour leur inconditionnel soutien et leur aide tout au long de la production de ce mémoire.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
2	LE SYNDROME D'ASPERGER.....	3
2.1	Un peu d'histoire.....	3
2.2	Au travers des différentes classifications.....	4
2.3	Le diagnostic de TSA.....	5
2.3.1	Les premiers signes d'alerte.....	6
2.3.2	Les outils et les bilans.....	7
2.4	Les principales manifestations du syndrome d'Asperger.....	7
2.4.1	Le trouble de la communication sociale.....	7
2.4.2	Les intérêts restreints et les comportements ritualisés.....	9
2.4.3	Les particularités sensorielles.....	9
2.4.4	Particularités motrices.....	10
2.4.5	Les troubles associés.....	11
2.5	L'accompagnement de l'enfant porteur d'un syndrome d'Asperger.....	11
2.5.1	Par les autres professionnels.....	11
2.5.2	En ergothérapie.....	12
2.5.3	L'accompagnement des parents.....	12
3	LA MÉTHODE CO-OP.....	14
3.1	Les prérequis.....	14
3.1.1	De l'enfant.....	14
3.1.2	De l'ergothérapeute.....	15
3.1.3	Des parents.....	15
3.2	Définir et évaluer les trois objectifs.....	15
3.2.1	Les outils permettant d'identifier les objectifs.....	16
3.2.2	Évaluer les objectifs.....	16
3.3	L'ADE (Analyse Dynamique de l'Exécution).....	18
3.4	Les stratégies cognitives.....	19
3.4.1	La stratégie globale.....	19
3.4.2	Les stratégies spécifiques.....	20
3.5	Le rôle de l'ergothérapeute dans CO-OP.....	21
3.5.1	La découverte guidée.....	21
3.5.2	Les principes de l'habilitation.....	22
4	EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE ET DE SES HYPOTHESES	23
5	CADRE EXPLORATOIRE.....	24
6	CADRE EXPERIMENTAL.....	25

6.1	Méthodologie de recherche	25
6.1.1	L'outil de recherche	25
6.1.2	La population ciblée	26
6.1.3	Démarches de diffusion du questionnaire	26
6.1.4	Elaboration du questionnaire	27
6.2	Résultats et analyses du questionnaire de recherche	27
6.2.1	Généralités	28
6.2.2	Première partie du questionnaire.....	28
6.2.3	Seconde partie du questionnaire.....	30
6.2.4	Troisième partie du questionnaire	32
6.3	Discussion	40
6.3.1	Retour sur les hypothèses.....	40
6.3.2	Les limites et les biais.....	42
7	CONCLUSION	43
8	BIBLIOGRAPHIE	
9	GLOSSAIRE	
10	ANNEXES	

1 INTRODUCTION

Lors d'un premier stage effectué en libéral, nous nous sommes rendu compte que notre inclination nous poussait naturellement vers ce mode d'exercice. C'est pourquoi il nous a dès lors semblé pertinent d'élaborer un travail de recherche autour de cette thématique. Au demeurant, les chiffres démographiques révèlent que très peu d'ergothérapeutes exercent en France. Au premier janvier 2017, la France comptait 11 216 ergothérapeutes (ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES, 2017) dont 10,8% exerçant en libéral contre 9,7 % en 2016. 34 ergothérapeutes libéraux exerçaient leur profession en Normandie (ANFE, 2017) qui compte 3,5 millions d'habitants (76 ACTU, 2017). Les recommandations de l'ANFE sont pourtant de 16,8 ergothérapeutes pour 100 000 habitants (ANFE, 2017). Ces chiffres soulignent la nécessaire promotion du métier d'ergothérapeute en activité libérale dans les prochaines années.

En libéral, l'ergothérapeute rencontre et intervient principalement auprès d'enfants. C'est un argument qui nous pousse à travailler dans ces conditions d'exercice car j'apprécie particulièrement le contact avec ceux-ci. Aussi, lors de nos stages effectués dans ce mode d'exercice, j'ai pu constater que l'ergothérapeute intervenait principalement auprès d'enfants ayant des troubles des apprentissages.

L'autisme constitue un enjeu de santé public majeur. Sophie CLUZEL, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, a récemment souligné « *qu'en matière de politique de l'autisme, la France n'est pas au niveau* » (BFM, 2018). Le 6 avril 2018, à la suite de l'annonce du Président de la République, le premier Ministre Edouard PHILIPPE a révélé qu'un budget de 340 millions d'euros serait débloqué dans le cadre du 4^{ème} plan autisme (2018-2023) contre 205 millions pour le précédent plan (2013-2017) (LE MONDE, 2018). En France, un enfant sur cent présente un Trouble du Spectre Autistique (TSA) (COUR DES COMPTES, 2017).

Lors de notre premier stage effectué en libéral, nous avons rencontré un enfant présentant un syndrome d'Asperger. Celui-ci bénéficiait de séances d'ergothérapie afin d'apprendre à utiliser l'ordinateur à des fins scolaires. En parallèle, celui-ci

présentait des difficultés praxiques, de motricité fine et de dextérité. Sachant que les séances étaient intégralement consacrées au travail sur l'ordinateur, nous avons voulu également travailler sur ces difficultés. Nous nous sommes interrogées alors sur les problèmes qu'il pouvait rencontrer dans son quotidien car cet aspect n'avait pas été abordé. Nous lui avons donc demandé, et celui-ci nous a rapporté qu'il éprouvait des difficultés lors du repas pour tenir ses couverts et couper sa viande. Nous nous sommes alors renseignés sur une méthode qui permettrait de palier aux difficultés praxiques et sommes tombés sur un ouvrage portant sur la méthode CO-OP qui venait d'être publié par l'ANFE. La fin de stage étant imminente, nous n'avons donc pas pu l'expérimenter auprès de cet enfant. Nous avons donc continué nos recherches et en affinant celles-ci, nous avons remarqué que cette méthode avait été développée pour répondre aux problèmes des enfants dyspraxiques, mais pas conçue pour les enfants atteints d'un TSA.

Toutes ces raisons nous ont donc poussé à élargir nos recherches sur ce thème et un questionnaire a découlé de cette situation : qu'est-ce que le syndrome d'Asperger ? Quelles sont ses répercussions au quotidien et dans les apprentissages scolaires ? Quelles sont les remédiations mises en place pour ce type de population ? Quelle est la plus-value de l'ergothérapie en la matière ? Comment l'ergothérapeute intervient-il auprès de ces enfants ?

L'ergothérapeute dispose de deux approches lors de ses interventions qui sont en constante évolution. L'approche bottom-up (ascendante) est axée sur la déficience tandis que l'approche top-down (descendante) est centrée sur les activités du patient (CAIRE et SCHABAILLE, 2018). La première existe depuis de nombreuses années. A l'inverse, la seconde, est plus récente et a montré de meilleurs résultats (CAIRE et SCHABAILLE, 2018). Au titre de cette approche, se trouve la méthode CO-OP qui est destinée au départ aux enfants dyspraxiques.

Fort de ces constats, nous avons jugé utile de nous questionner sur l'adéquation d'une telle méthode et son adaptabilité aux enfants atteints d'un TSA.

Ce travail de fin d'études nous permettra de répondre aux questionnements suscités par la situation évoquée plus haut. A cet effet, les termes clés de cette étude seront définis dans une première partie afin d'en clarifier le cadre conceptuel. A la suite de

quoi, le cadre expérimental permettra d'apporter une réponse aux hypothèses émises grâce à la mise en place d'une démarche méthodologique. Les résultats seront ensuite exposés puis analysés. Ce travail soulignera enfin ses biais intrinsèques, nous permettra d'en exposer les poursuites envisageables, et l'apport personnel et professionnel qu'il nous aura apporté.

CADRE CONCEPTUEL

2 LE SYNDROME D'ASPERGER

2.1 Un peu d'histoire

Auparavant, l'autisme était considéré comme une psychose (BURSZTEJN, RAYNAUD et MISES, 2011). Le premier à avoir introduit le terme de l'autisme est Eugen Bleuler (Psychiatre Suisse) en 1910 pour définir la schizophrénie (TORDJMAN, 2011). En 1943, Léo KANNER (pédopsychiatre autrichien) a repris ce terme pour identifier les signes de l'autisme infantile précoce et ainsi le différencier de la schizophrénie (FORGET et POIRIER, 1998). En parallèle, Hans ASPERGER (psychiatre autrichien) a identifié en 1944 des enfants isolés qu'il définit comme atteints d'une « psychopathie autistique » mais ceux-ci, à la différence des enfants observés de Kanner, n'ont pas de retard cognitif et de langage (TORDJMAN, 2011). Vivant sous le régime nazi de l'Allemagne des années 40, nous pensons que ses travaux furent oubliés (RICHOSZ et ROLLE, 2015).

Ce n'est qu'en 1981 que Lorna WING, psychiatre anglaise, publie les travaux de Hans ASPERGER (POIRIER et FORGET, 1998). Elle introduit le terme de « *triade autistique* » et associe l'autisme à un trouble neurologique.

Le syndrome d'Asperger sera réutilisé au travers de différentes classifications : Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition (DSM-IV) et la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision (CIM-10). Selon la CIM-10, ils peuvent se définir par « *des déficits sociaux tels que ceux observés dans l'autisme, des intérêts restreints et parfois d'autres comportements répétitifs, associés à une absence de retard cognitif ou du langage* » (LORD, 2008).

Grace aux avancées scientifiques, nous pouvons dire qu'il « *s'agit d'un désordre de nature neurodéveloppementale lié à des anomalies du cerveau où se déroulent les processus responsables des émotions* » (RICHOSZ et ROLLE, 2015). Nous ne connaissons en revanche, pas encore toutes ses origines. Seules celles d'ordres épigénétiques peuvent être retrouvées (COUR DES COMPTES, 2017).

2.2 Au travers des différentes classifications

Selon le CIM-10, le syndrome d'Asperger appartient à la catégorie des Troubles Envahissants du Développement (TED). Ils peuvent être définis comme « *un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations* » (CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE, 2016). Ces trois symptômes font échos à la triade autistique décrite par Lorna Wing. Nous trouvons ainsi huit catégories dans les TED : l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, les autres troubles envahissants du développement, les troubles envahissants du développement sans précision et le syndrome d'Asperger (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2010). Les principales différences entre ces catégories se trouvent au niveau de l'apparition de l'âge, les signes cliniques ou la présence d'une atteinte génétique (CNSA, 2016).

En ce qui concerne la classification du DSM, nous observons quelques modifications entre la quatrième et la cinquième version. Dans le DSM-IV, la catégorie syndrome d'Asperger apparaît également au niveau des TED.

Or, dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième édition (DSM-V), le terme de TED a été remplacé par TSA. Ce terme est d'ailleurs repris par l'HAS, qui pour autant, ne renie pas le terme de TED. De plus, il n'existe plus de sous catégories au sein des TSA : ces dernières sont toutes regroupées au sein d'une seule appartenant aux troubles neuro-développementaux. De ce fait le syndrome d'Asperger fait partie intégrante des TSA mais perd dans cette classification, son appellation propre.

La triade autistique a également disparu et laisse place à la dyade. Le premier critère est relatif aux des difficultés de la communication et des interactions sociales et le second concerne les comportements stéréotypés et les intérêts restreints (ROUCHES, LEFER, DAJEAN-TRUTAUD et al, 2017). En fonction de l'intensité des symptômes, trois niveaux d'aide nécessaire pour la personne ont également été ajoutés.

Notons que nous avons choisi de garder le terme de syndrome d'Asperger malgré sa disparition du DSM-V. En effet, si ce terme a disparu au sein du TSA pour être remplacé par la notion de « *spectre autistique* », celle-ci se révèle très large puisqu'elle fait référence à une diversification de symptômes. Le « *spectre* » peut ainsi aller de l'autisme profond à l'autisme de haut niveau, dont les différences se trouveraient au niveau de la sévérité des symptômes. « *Les troubles du spectre autistique englobent (...) autisme infantile précoce, autisme infantile, autisme de Kanner, autisme de haut niveau, autisme atypique, trouble envahissant du développement non spécifié, trouble désintégratif de l'enfant et syndrome d'Asperger* » (DSM-V, 2013).

Or, la catégorie « *syndrome d'Asperger* » est toujours présente au sein du CIM-10. Aujourd'hui, nous évoquons toujours le « *syndrome d'Asperger* » en tant que tel, et à cet égard, notons que les associations d'Asperger « aspies » s'identifient toujours en référence à ce terme. « *La remise en question du syndrome d'Asperger apparaîtrait comme une attaque à une identité* » (SAHNOUN et ROSIER, 2012).

2.3 Le diagnostic de TSA

Dans son dernier rapport, l'HAS constate qu'actuellement le diagnostic de TSA est posé entre 6 et 16 ans. Il est nécessaire de dépister le plus tôt possible ces troubles afin de permettre un accompagnement précoce qui permettra une meilleure intégration sociale et une limitation de l'expression des troubles.

Voir annexe I les critères de diagnostic du DSM-V.

2.3.1 *Les premiers signes d'alerte*

C'est au cours des premiers mois de vie des enfants que les premières manifestations arrivent (HAS, 2018).

Selon les recommandations de bonnes pratiques (RBP) de l'HAS, la première plainte à reconnaître est l'inquiétude des parents à propos du développement du langage oral, de la communication mais également au niveau relationnel (HAS, 2018).

Avant l'âge de 18 mois, il est difficile de poser un diagnostic de TSA. Cependant, quelques indices peuvent interpeler les parents. Le bébé peut éprouver des difficultés lors de l'endormissement, peut ne pas aimer et refuser l'introduction de nouveaux aliments, peut avoir des sauts d'humeur inexplicables, passer d'un état calme à coléreux, rejeter les câlins, peut avoir des particularités dans le développement moteur ou dans la découverte de certains jouets (HAS, 2018).

Vers 18 mois, les signes d'alertes se repèrent plus facilement. L'enfant peut ne pas répondre à son prénom, avoir des difficultés au niveau de la communication, d'attention conjointe et de pointage. Il peut être excité ou se mettre en retrait concernant certaines modalités sensorielles et éprouver des difficultés dans le langage oral (HAS, 2018). La présence d'un seul de ces signes ne suffit pas à poser un diagnostic de TSA (HAS, 2018).

Après ses 18 mois, l'enfant présente des manifestations étranges concernant les relations sociales, des comportements et intérêts répétitifs et restreints (HAS, 2018). Tous ces critères permettent de suspecter un TSA. Ils sont cependant plus difficiles à repérer chez l'enfant Asperger car ceux-ci n'ont pas de trouble du langage.

Ces signes peuvent être identifiés également par des professionnels de santé, principalement ceux exerçant dans le domaine de la petite enfance ou dans l'éducation nationale et par les psychologues (HAS, 2018). Une consultation auprès du médecin suivant l'enfant (médecin traitant, pédiatre, médecin de PMI) est recommandée dans les trois semaines lors d'une consultation destinée à l'identification des signes de TSA (HAS, 2018).

2.3.2 *Les outils et les bilans*

Le Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism), le M-CHAT-R/F (Modified Checklist Autism for Toddlers Revised/Follow-up) et le M-CHAT (Modified-Checklist for Autism in Toddlers) sont des questionnaires de dépistage. Ils permettent d'être vigilant quant au développement de l'enfant et d'entamer une prise en charge précoce sans attendre le diagnostic.

Si besoin, cette première évaluation sera approfondie par des bilans tels que le l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) ou le CARS (Childhood Autism Rating Scale) afin de guider les professionnels pour poser le diagnostic (HAS, 2018). Dans l'ensemble, ces outils permettent d'observer l'enfant dans des situations de jeux et d'activités.

Enfin des bilans complémentaires peuvent être réalisés afin de comprendre le fonctionnement des enfants dans la vie quotidienne. La Vineland-II permet de découvrir l'enfant dans trois domaines : la communication, les compétences en vie quotidienne et la socialisation. Un quatrième domaine peut être exploré : la motricité, si l'enfant a moins de sept ans (ECPA, 2015).

Le profil sensoriel de Dunn et le profil sensoriel et perceptif d'Olga BOGDASHINA, quant à eux, permettent d'établir un profil des expériences sensorielles. Mais il est indispensable de procéder également à une évaluation neuropsychologique et à une évaluation des capacités motrices, praxiques et des réflexes archaïques.

2.4 Les principales manifestations du syndrome d'Asperger

2.4.1 *Le trouble de la communication sociale*

A la différence de l'autisme de Kanner, les personnes Asperger ne présentent pas de retard dans l'apparition du langage. Cependant, ils présentent des difficultés dans la sphère de la communication verbale que ce soit au niveau de la compréhension ou dans l'expression.

En ce qui concerne la compréhension, l'enfant Asperger présente des difficultés pour comprendre notamment le second degré, les métaphores, la prosodie et l'implicite (CNSA, 2016).

Pour ce qui s'agit de l'expression, l'enfant Asperger peut avoir une façon particulière d'utiliser le langage. Il peut ainsi créer son propre vocabulaire, avoir une prosodie particulière. De plus, il peut avoir du mal à reconnaître les expressions du visage et du corps, ne pas respecter les règles de la conversation (non-respect du tour de parole), présenter des écholalies (répétitions) ou encore des stéréotypies verbales (CNSA, 2016). En revanche, l'enfant Asperger est honnête, il n'hésite pas à dire ce qu'il pense sans se rendre compte de l'importance et des répercussions de ses paroles (RICHOSZ et ROLLE, 2015).

Ces difficultés de communication ont des répercussions dans la sphère des interactions sociales.

L'enfant Asperger se met en retrait, il porte peu d'intérêts aux échanges avec les autres. Dans le livre « *ma vie d'autiste* », Temple GRANDIN, autiste Asperger, rapporte qu'elle s'« *intéressait peu aux autres enfants* » (GRANDIN, 2001). De plus, l'enfant n'arrive pas à soutenir le contact oculaire et n'a pas d'empathie. L'attention conjointe est également impactée : ce terme désigne le besoin que nous avons lorsque nous partageons avec l'autre. Chez l'enfant Asperger, elle peut être absente ou longue à mettre en place car ce dernier est autocentré. En revanche, les codes sociaux sont respectés à la lettre.

Temple GRANDIN rapporte ainsi « *Ma voix était monotone, (...) aucun rythme (...). A mes troubles de langage et à ma voix monocorde s'ajoutait ma difficulté à regarder les gens dans les yeux ; elle l'est restée longtemps après, même à l'âge adulte* » (GRANDIN, 2001). Notons que, Temple GRANDIN donne régulièrement des conférences et qu'à cette occasion, nous pouvons observer que la prosodie de son discours est encore particulière.

Ces altérations peuvent avoir des répercussions sur le plan scolaire, social, professionnel et familial (CNSA, 2016).

2.4.2 Les intérêts restreints et les comportements ritualisés

Les personnes autistes Asperger présentent un ou plusieurs intérêts restreints et atypiques. L'enfant accumule souvent des connaissances dans un domaine précis et a des difficultés à porter son attention vers d'autres. De plus, lorsqu'ils sont interrompus dans leur activité, ils peuvent être agités car ils ont du mal à gérer les frustrations, les imprévus et les changements (FUENTES, BAKARE, MUNIR et al, 2014).

En ce qui concerne les comportements, ceux-ci sont ritualisés, les enfants autistes Asperger aiment les routines. Ces comportements peuvent également être accompagnés de stéréotypies : présence de balancements, le fait de tourner sur eux-mêmes ou de mouvements des mains ou des pieds.

De plus, les enfants sont autosuffisants, c'est-à-dire qu'ils possèdent leurs propres ressources pour subvenir à leurs besoins. Ils ne comprennent pas que les autres personnes ne s'intéressent pas aux mêmes sujets qu'eux. Ils peuvent donc parler de leurs sujets de prédilection durant des heures sans se rendre compte qu'ils peuvent ennuyer tout le monde.

Ces comportements et centres d'intérêts ainsi que leur expression divergent d'un individu à un autre (FUENTES, BAKARE, MUNIR et al, 2014).

2.4.3 Les particularités sensorielles

L'ergothérapie s'est intéressée depuis les années 60, à la suite des travaux de Anna Jean AYRES (ergothérapeute Américaine), aux particularités sensorielles, dans un premier temps d'abord chez les dyspraxiques puis rapidement chez les enfants autistes. Il est intéressant de noter que ces particularités sont reconnues. Dans les RBP de l'HAS, l'examen des processus d'intégration sensorielle est recommandé et dans le DSM-V, ces particularités apparaissent dans l'un des critères du diagnostic de TSA.

Les particularités sensorielles ne touchent pas uniquement les sens cités couramment : vue, toucher, audition, odorat et goût. Le proprioceptif et le vestibulaire en font partie et peuvent être mal intégrés.

Chaque enfant Asperger peut présenter des désordres sensoriels en hyper ou hypo sensibilité. Lorsqu'un sens est hyposensible, le cerveau a besoin de beaucoup de stimulations pour être activé. Ce dernier peut donc arrêter de les traiter ou au contraire, en rechercher davantage pour atteindre le seuil de confort. A l'inverse, lorsqu'un enfant est hyper sensible, l'enfant est en permanence au-dessus de sa zone de confort. La moindre stimulation est perçue comme désagréable.

La pédopsychiatre, Olga BOGDASHINA, s'est particulièrement intéressée à ce sujet, qu'elle reprend dans son livre « Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger ». Elle propose une grille d'évaluation et de suivi de l'évolution.

2.4.4 Particularités motrices

Dans ses dernières RBP, l'HAS souligne ces troubles et insiste sur la nécessité de les évaluer.

Les personnes ayant un syndrome d'Asperger présentent souvent des difficultés au niveau moteur. Les réflexes archaïques peuvent être mal intégrés entraînant ainsi des perturbations au niveau du fonctionnement intérieur lors de l'apprentissage ou d'un épisode de stress (INTEGRATION MOTRICE PRIMORDIALE, 2018). Des troubles de la motricité globale tels que l'équilibre, le contrôle postural et la marche peuvent être déficitaires. L'enfant peut également éprouver des difficultés en motricité fine (RODGER et BRANDENBURG, 2008). Des troubles au niveau de la coordination (organisation des différentes parties du corps à produire un mouvement simultanément dans le but de réaliser une tâche), notamment au niveau asymétrique sont également relevés. Notons également que « 34% à 74% des personnes avec un TSA présentent un Trouble d'Acquisition de la Coordination (TAC) » (MATSON et al in GALLOT, 2011), ce que signifie qu'ils ont du mal à planifier, programmer et coordonner leurs mouvements pour réaliser des gestes complexes tels que l'écriture.

Enfin, à cela, peut s'ajouter une maladresse : « 60 % des enfants Asperger présenteraient une maladresse » (RICHOSZ et ROLLE, 2015).

2.4.5 Les troubles associés

En plus des troubles précédemment explicités, les enfants ayant un syndrome d'Asperger peuvent présenter d'autres signes tels que des difficultés lors de l'endormissement, être anxieux au quotidien, l'angoissé, l'hyperactif et surtout des peurs inhabituelles et majorées.

2.5 L'accompagnement de l'enfant porteur d'un syndrome d'Asperger

2.5.1 Par les autres professionnels

Il est souhaitable que l'accompagnement de l'enfant autiste Asperger soit pluridisciplinaire c'est-à-dire qu'il regroupe plusieurs professionnels du champ médical et paramédical.

Le pédopsychiatre, le psychiatre, le pédiatre ou le neuropédiatre posent le diagnostic au regard des bilans réalisés par les professionnels de première ligne. Ils orientent les parents vers d'autres professionnels de santé pour la prise en charge rééducative. Le rôle du médecin traitant de la famille est de coordonner les soins.

En plus de l'ergothérapie, l'enfant peut bénéficier de séances de rééducation avec une orthophoniste afin d'améliorer le langage oral et la communication. Le psychomotricien intervient pour réguler le schéma corporel, la posture, le tonus musculaire, la marche et l'initiative motrice (accomplir une action par soi-même). Le psychologue peut également intervenir pour proposer des thérapies axées sur le comportement et faire passer des tests de QI (Quotient Intellectuel).

Le plus important est que l'enfant soit adressé vers des professionnels formés à l'autisme.

2.5.2 En ergothérapie

« *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE, 2017). L'ergothérapeute intervient lorsqu'une personne présente des difficultés dans ses occupations, c'est-à-dire dans toutes les activités de la vie quotidienne, à l'occasion de ses loisirs ou de ses interactions sociales.

Grace aux entretiens, aux passations de bilans et aux évaluations, l'ergothérapeute peut établir son diagnostic ergothérapeutique dans le but de mettre en place un projet d'intervention et d'aménagement de l'environnement en lien avec les besoins de la personne. Il définit ensuite ses objectifs sur du court, moyen et long terme et utilisera des activités adaptées pour les atteindre. L'ergothérapeute travaille en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire dans la mesure du possible et intervient dans différents champs : la prévention, la rééducation ainsi que la réadaptation.

L'ergothérapeute doit prendre en compte la personne dans sa globalité, c'est-à-dire tenir compte de l'environnement dans lequel elle interagit mais également ses besoins, ses loisirs et ses désirs.

En fonction des problématiques de l'enfant, l'ergothérapeute adaptera ses activités au regard des objectifs fixés. Par exemple, lors des séances, il pourra travailler sur la communication et la gestion du comportement et des frustrations, travailler en intégration sensorielle en réintégrant certaines modalités défaillantes, travailler les réflexes archaïques, développer les habiletés sociales en mettant en place une activité de groupe, utiliser l'ordinateur afin de pallier aux troubles praxiques, travailler les coordinations globales, les préhensions fines ou globales et la dextérité au travers d'activités ludiques.

2.5.3 L'accompagnement des parents

Avant la naissance, les parents idéalisent leur enfant. A l'annonce d'un diagnostic de TSA, les parents doivent faire le deuil de l'enfant parfait qu'ils avaient imaginé. Un accompagnement et un soutien sont donc nécessaires.

A l'occasion du 4^{ème} plan de l'autisme, le gouvernement souhaite mettre en place dès 2019, un budget de 90 millions d'euros afin de financer un « *forfait intervention précoce* » pour les interventions précoces auprès de professionnels non remboursés par l'Assurance Maladie (ergothérapeutes, psychomotriciens, neuropsychologue, ...) (SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES, 2018).

Les ergothérapeutes peuvent orienter les parents vers un suivi psychologique, des associations ou des groupes de parole leur permettant un soutien émotionnel et d'estime de soi. De plus, des formations peuvent être proposées pour leur permettre d'augmenter leurs connaissances et d'adopter un comportement adapté face au développement de leur enfant. Ces formations peuvent être proposées par les CRA (Centres de Ressources pour l'Autisme) (SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES, 2018).

Des relais comme les structures ou les CRA permettent de soulager les aidants (DORMOY, 2018). C'est d'ailleurs l'une des priorités du gouvernement au sein du 4^{ème} plan autisme. Le développement des solutions de répit dans chaque département à destination des familles, pour garder leurs enfants temporairement, est mis en avant. Les CRA, gèrent les activités cliniques de niveau 3 : diagnostics précoces, évaluations et réévaluations, recherche clinique, activités d'information et de formation auprès des familles, étudiants et professionnels, mise à disposition un centre de documentation. Ils assurent également une mission de conseil et d'expertise auprès des maisons départementales pour les personnes en situation de handicap (MDPH) et animent un réseau régional (CRAHN, 2018).

Enfin, les assistantes sociales accompagnent les parents dans les démarches administratives afin d'obtenir des aides financières.

3 LA MÉTHODE CO-OP

A titre liminaire, il convient d'exposer que nous baserons principalement cette partie sur l'ouvrage de POLATAJKO J. Hélène, de MANDICH Angela et de CANTIN Noémi : « *Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* » (J. POLATAJKO et MANDICH, 2017).

Cette approche a été développée par Hélène J. POLATAJKO, professeur en ergothérapie à l'université de Toronto ainsi que par Angela MANDICH et leurs collègues au début des années 1990. L'acronyme CO-OP signifie "Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance. En français, celui-ci peut se traduire par *l'accompagnement de l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives dans le but d'améliorer son rendement dans les activités du quotidien*. Cette approche consiste à accompagner les enfants dyspraxiques ayant des difficultés à réaliser certains gestes moteurs afin qu'ils puissent trouver eux-mêmes des solutions au travers de stratégies cognitives pour améliorer leur rendement sur une activité qu'ils ont préalablement définie comme signifiante.

L'approche CO-OP est une méthode orientée sur le patient, dirigée vers l'activité et la participation, basée sur la résolution de problème permettant ainsi l'acquisition d'une nouvelle habileté impliquant l'utilisation de stratégies cognitives.

3.1 Les prérequis

Avant de pouvoir mettre en action la méthode CO-OP, un certain nombre de prérequis doivent être présents chez l'enfant, l'ergothérapeute ainsi que chez les parents. Notons que cette méthode n'est pas applicable à tout le monde. Par conséquent, il est important de déterminer préalablement si l'enfant peut en bénéficier.

3.1.1 De l'enfant

L'enfant doit d'abord être en capacité de définir ses objectifs, c'est-à-dire les activités qu'il souhaite réaliser. De plus, il devra être en mesure de communiquer. Durant l'approche, l'enfant et le thérapeute échangent beaucoup. De ce fait, l'enfant doit être

en capacité d'exprimer ses stratégies et ses choix. Il doit également avoir de bonnes capacités cognitives car il devra comprendre les différentes stratégies afin de les appliquer correctement.

3.1.2 De l'ergothérapeute

En ce qui concerne l'ergothérapeute, l'un des premiers prérequis est d'être formé à la méthode. Sa pratique doit être centrée sur l'enfant : il doit se concentrer sur les trois activités choisies par l'enfant tout en adaptant celles-ci. De plus, il doit comprendre les activités choisies par l'enfant et ses finalités afin qu'il puisse identifier les problèmes et trouver au mieux la stratégie la plus adaptée à l'enfant. Une analyse de chacune des activités est donc primordiale. Il devra au demeurant adapter son langage à celui de l'enfant. Enfin, il doit collaborer avec les parents de l'enfant pour que les habiletés soient généralisées et transférées dans la vie quotidienne de ce dernier.

3.1.3 Des parents

Le rôle des parents est très important dans l'approche CO-OP. Ce sont eux qui feront le lien entre ce qui a été appris lors des séances et la généralisation et le transfert de ces nouvelles habiletés dans la vie quotidienne de leur enfant (POLATAJKO et MANDICH in RODGER, IRELAND et VUN, 2008). Ils pourront être conviés aux séances initiales afin d'apprendre les éléments clés de la méthode CO-OP et pour que ceux-ci soient plus facilement reproduits à la maison. Ils devront donner les moyens et le matériel nécessaires pour parvenir aux objectifs fixés. Tout au long de l'intervention, l'ergothérapeute échangera avec eux des informations sur l'évolution de l'enfant.

Une fois les pré-requis présents, l'ergothérapeute peut passer à l'identification de trois activités qui posent problème à l'enfant.

3.2 Définir et évaluer les trois objectifs

Pour démarrer la méthode CO-OP, l'enfant doit tout d'abord identifier trois activités ou objectifs (que l'on nomme « *BUTS* » dans le cadre de la méthode) qu'il souhaite

pouvoir réaliser, améliorer ou perfectionner. Pour faciliter la réflexion de l'enfant, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur différents outils. Attention toutefois, ces outils sont des aides à destination de l'ergothérapeute mais ne sont pas obligatoires : nous pourrions très bien imaginer qu'un ergothérapeute construise sa propre grille d'identification et d'évaluation.

3.2.1 *Les outils permettant d'identifier les objectifs*

Trois outils permettent d'aider l'enfant à identifier ses objectifs.

Le journal des activités quotidiennes recueille des informations sur une journée type de l'enfant grâce à une grille remplie au préalable. Cela permet à l'ergothérapeute de mieux connaître l'enfant mais également de l'aider dans le choix de ses objectifs.

Le PACS (Pediatric Activity Card Sort) est un test constitué d'un ensemble de cartes, qui permet de relever les différentes activités de l'enfant. Ce dernier doit les classer afin de déterminer son niveau de réalisation dans celles-ci. Attention toutefois, que le test est en anglais, ce qui peut constituer un frein (ANFE, 2004).

Plus récemment, le cabinet la Rose des Vents à Rennes a développé le bilan OT'HOPE créé par deux ergothérapeutes françaises, Caroline GIRAUX et Alexandra PERRAULT. Cet outil permet à l'enfant d'identifier ce qui lui pose problème au sein des activités de la vie quotidienne, des activités scolaires et des loisirs. Là encore, il s'agit de classer les cartes, réparties en ITEM en fonction des critères suivants : « *oui je sais faire, oui je sais faire avec aide, je ne sais pas très bien faire ou non je ne sais pas faire* ». L'enfant pourra alors sélectionner les objectifs qu'il souhaite travailler avec l'ergothérapeute. C'est un outil facilement exploitable et rapide d'utilisation (CABINET D'ERGOTHÉRAPIE LA ROSE DES VENTS, 2018).

3.2.2 *Evaluer les objectifs*

Au titre de l'évaluation des objectifs, le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) est l'instrument qui permet de déterminer aussi les trois objectifs de l'enfant en les évaluer par la suite. Ce modèle repose sur une « *approche centrée sur le patient* ». Nous accompagnons l'enfant à définir les

activités qu'il souhaite réussir à réaliser en les définissant lui-même. Elles ont donc une signification, un sens pour lui : nous parlons alors d'activités signifiantes. L'enfant devient dès lors acteur de sa réussite et cela favorise sa motivation.

Cette mesure permet de refléter les difficultés rencontrées à l'égard de son rendement occupationnel (lorsqu'il exécute la tâche) et son niveau de satisfaction ressentie dans ses activités.

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) montre que le rendement occupationnel est la somme des interactions entre l'environnement, la personne et l'occupation (voir annexe II).

La personne est considérée selon quatre dimensions : la dimension physique (les fonctions sensorielles et motrices), la dimension affective (les émotions et sentiments), la dimension cognitive (les processus de la pensée) et la dimension spirituelle (quête de sens, valeurs fondamentales, objectifs de vie). L'environnement regroupe quatre catégories : le plan physique (facteurs naturels et construits), social (les relations avec les autres), culturel (les valeurs et les normes sociétales) et institutionnel (les institutions et les pratiques sociales). Le terme occupation, quant à lui, s'articule autour de trois éléments : la productivité, la gestion du foyer et de la famille, le travail, les soins personnels (prendre soin d'elle) et les loisirs (se divertir). L'engagement fructueux dans une occupation est important pour la santé et le bien-être de la personne (LAW, BAPTISTE et al, 2017). Lorsqu'une de ces caractéristiques est modifiée, les autres sont également perturbées ayant des répercussions sur le rendement occupationnel. De ce fait, lorsqu'une difficulté est rencontrée dans la vie quotidienne, il faut explorer ces trois domaines.

Le MCRO se compose d'un entretien semi-structuré où l'enfant identifie et classe ses trois activités qu'elles soient rencontrées dans la vie quotidienne, à l'école ou encore dans les loisirs. Il gradue ensuite ses difficultés grâce à l'échelle de cotation en termes de rendement et de satisfaction. L'établissement des objectifs fait partie de la phase préparatoire.

Notons que si le MCRO permet d'identifier les objectifs de l'enfant, il tire son importance du fait qu'il les évalue en termes de satisfaction et de rendement afin de montrer l'évolution entre le début et la fin de la prise en charge.

L'ECQE (échelle de Cotation de la Qualité de l'Exécution) est l'autre moyen d'évaluation. C'est une échelle d'observation permettant d'obtenir des informations sur la qualité de l'exécution de l'activité mais également sur son évolution. Elle se décompose en deux parties : la première (partie A) permet d'avoir un aperçu sur la manière dont il exécute l'activité avant le protocole CO-OP et la seconde (partie B) sur les changements lors de l'exécution après avoir bénéficié de la méthode CO-OP.

Ces deux outils d'évaluation seront donc administrés avant puis après la méthode CO-OP afin de comparer les résultats et de constater l'évolution de l'enfant.

Lorsque les activités ont été identifiées par l'enfant et évaluées, l'ergothérapeute va les analyser.

3.3 L'ADE (Analyse Dynamique de l'Exécution)

L'ADE est un processus d'analyse fondé sur l'observation des problèmes rencontrés lors de la réalisation de l'activité au début de la méthode CO-OP. Cette analyse permettra à l'ergothérapeute de se rendre compte plus précisément des difficultés de l'enfant.

Pour se faire, afin que l'ergothérapeute soit guidé dans cette analyse, il pourra se baser sur l'arbre décisionnel divisé en deux parties comprenant chacune plusieurs questions.

La première partie renseigne sur la motivation de l'enfant ainsi que sur son niveau de compréhension de la tâche. Si ces deux prérequis sont présents, l'ergothérapeute peut passer à la seconde partie. Celle-ci s'intéresse à la performance de l'enfant dans la tâche qu'il réalise. En effet, l'ergothérapeute regarde comment l'enfant la réalise et note son efficacité, les erreurs et les échecs. Suite à cela, un script moteur pourra être réalisé par l'ergothérapeute afin de décrire toutes les étapes nécessaires pour réaliser la tâche. Enfin, il pourra sélectionner les stratégies spécifiques (définies

ci-après) les mieux appropriées pour résoudre les problèmes d'exécution lors de l'activité.

Une fois les objectifs identifiés, évalués et analysés, l'ergothérapeute peut à présent amener l'enfant vers l'utilisation de stratégies cognitives.

3.4 Les stratégies cognitives

Les stratégies cognitives sont des outils favorisant l'apprentissage, la mémorisation et la résolution de problème. Tout au long du processus, l'ergothérapeute et l'enfant échangeront sur les objectifs : comment s'exécutent et se réalisent ceux-ci. Il apprend à l'enfant à s'exprimer à haute voix lors de la résolution de problème et à se parler à lui-même intérieurement lors de l'exécution de l'activité.

Il existe deux types de stratégies utilisées dans CO-OP : la stratégie globale (apprise à l'enfant) et les stratégies spécifiques (aidant le thérapeute).

3.4.1 La stratégie globale

La stratégie globale principale dans CO-OP est la stratégie de résolution de problème avec l'expression « BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER ».

- Le « *BUT* » fait référence à l'objectif : quel objectif vais-je travailler aujourd'hui ?
- Le « *PLAN* » : quelles sont les différentes étapes à réaliser pour réussir l'objectif ?
- Le « *FAIRE* » correspond à l'application des différentes étapes du plan.
- Le « *VERIFIER* » permet de vérifier si le plan a fonctionné et si non, pourquoi ?

Une fois cette expression assimilée, il la reproduit d'abord sur une activité simple que l'ergothérapeute choisit (par exemple s'asseoir sur une chaise) afin de voir si l'enfant l'a comprise. Il pourra ensuite faire la même chose, mais cette fois-ci, sur les objectifs qu'il a choisis. Il pourra également l'intégrer progressivement dans son quotidien.

Durant la séance, l'enfant pourra travailler deux « *BUTS* » (objectifs) et pourra passer au dernier « *BUT* » seulement si l'enfant progresse dans au moins une des deux activités.

3.4.2 *Les stratégies spécifiques*

Afin de permettre à l'enfant de trouver lui-même une solution à son problème d'exécution, l'ergothérapeute va utiliser plusieurs stratégies spécifiques. Comme leur nom l'indique, elles sont spécifiques à une habileté, c'est-à-dire qu'elles arrivent à un moment précis pour un besoin spécifique. Nous ne pouvons pas les utiliser toutes en même temps. Il en existe plusieurs, qui ont été regroupées sous le nom de « *GV-2v Pour TACS* ».

Le « *GV* » fait référence à la « *Guidance Verbale* ». Au départ l'enfant est sous la directive de l'ergothérapeute, puis progressivement il l'amène vers « *l'auto-guidance verbale* ». Il s'agit d'encourager d'abord l'enfant à exprimer à haute voix ses différentes étapes de son plan puis progressivement à se les répéter intérieurement.

Le « *2v* » pour « *Verbalisation mnémonique motrice* » et « *script Verbal* ». Le premier signifie associer une image mentale à la tâche réalisée comme par exemple associer les deux grandes boucles du lacet aux oreilles de lapin. Le second amène l'enfant à produire une séquence de mots ou de sons afin de réaliser plus facilement sa tâche. Par exemple pour marquer un panier au basket : dribble, dribble, lance.

Le « *P* » renvoie à la « *position du corps* », c'est-à-dire questionner l'enfant sur ses différentes parties de son corps afin de faciliter l'exécution. Par exemple, demander à l'enfant où sont placés ses bras lorsqu'il saute à la corde à sauter.

Le « *T* » à « *Tâche-particularités/modifications* ». Nous allons échanger avec l'enfant sur les points clés de la tâche et les modifications possibles afin de faciliter son exécution. Par exemple, nous pourrions lui installer un marquage au sol pour faciliter le déplacement.

Le « A » pour « *l'attention à l'exécution* », l'enfant se parle afin de se rappeler qu'il doit porter son attention sur certaines parties de la tâche. Par exemple, lorsqu'il réceptionne la balle, de faire attention à la position de son regard.

Le « C » fait référence à « *compléter les connaissances quant à la tâche* », c'est-à-dire apporter de nouvelles informations sur la tâche pour faciliter son exécution. A titre d'exemple, l'enfant pourra regarder une vidéo pour compléter les étapes de son plan.

Le « S » renvoie à « *sentir le mouvement* » c'est-à-dire ressentir le mouvement lorsqu'il exécute la tâche. Par exemple, lorsqu'il écrit, de ressentir ce que fait son bras en ayant les yeux fermés.

A force d'utiliser une même stratégie spécifique, l'enfant pourra l'assimiler et la reproduire pour d'autres objectifs.

En plus des stratégies spécifiques, l'ergothérapeute doit respecter quelques impératifs.

3.5 Le rôle de l'ergothérapeute dans CO-OP

3.5.1 *La découverte guidée*

Le but de la découverte guidée est d'amener l'enfant à chercher lui-même la solution afin de résoudre les problèmes qu'il rencontre dans l'exécution de ses activités. Quatre expressions viennent épauler l'ergothérapeute pour ne pas l'inciter à donner la réponse avant que l'enfant ne la trouve.

Tout d'abord, « *Une chose à la fois !* ». Pour ne pas que l'activité soit trop complexe pour l'enfant, il est préférable de se concentrer uniquement sur un seul élément de l'activité ou se focaliser sur un aspect du « *BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER* » ou sur une seule stratégie.

De plus, l'ergothérapeute doit « *poser la question, sans répondre* ». En effet, il faut savoir poser les bonnes questions et retenir celles qui semblent les plus appropriées afin de guider au maximum l'enfant à chercher la solution à son problème.

Aussi, l'ergothérapeute doit « *coacher, sans ajuster* », c'est-à-dire à adapter les activités en fonction des ressources dont dispose l'enfant.

Enfin, il doit « *rendre évident* » afin de faire prendre conscience à l'enfant des problèmes rencontrés qui ne lui paraissent pas évidents. Pour cela il va discuter les étapes du plan de l'enfant afin de faire émerger des feedbacks concernant ses erreurs.

3.5.2 *Les principes de l'habilitation*

Ces principes sont utilisés tout au long du processus CO-OP et sont répertoriés en quatre « *impératifs* ».

« *Rendre ça amusant* » afin de faciliter l'engagement et la motivation de l'enfant. L'ergothérapeute peut avoir recours à des accessoires ou des outils comme le jeu, rendant ainsi l'activité plus ludique.

De plus, il doit « *favoriser l'apprentissage* » par la motivation (les objectifs sont centrés sur l'enfant), l'attention soutenue par les stratégies ainsi que par la mémorisation grâce à l'utilisation d'outils et de stratégies.

Aussi, l'ergothérapeute « *viser l'autonomie* » en s'effaçant progressivement afin que l'enfant puisse utiliser seul les techniques de la méthode CO-OP.

Enfin, il doit « *Favoriser la généralisation et le transfert* ». Les principes explicités favorisent dès lors la généralisation et le transfert des habiletés. La généralisation est possible grâce à la conception du plan et par l'apprentissage des stratégies. Le transfert est permis lorsque des liens se créent entre l'enfant, la méthode CO-OP et son environnement.

CADRE EXPLORATOIRE ET EXPERIMENTAL

4 Emergence de la problématique et de ses hypothèses

A partir des différents questionnements soulevés dans l'introduction, nous pouvons faire émerger une question de départ : quels sont les outils ou les méthodes dont dispose l'ergothérapeute pour permettre la remédiation des activités de l'enfant présentant un syndrome d'Asperger ?

Au travers du cadre conceptuel, nous avons pu voir que la méthode CO-OP avait été créée pour travailler avec les enfants TDC afin de leur permettre de réaliser leurs activités.

Les dernières recherches montrent que les enfants TSA présentent des troubles praxiques. L'HAS souligne, dans ses RBP, que parmi les troubles associés dans le TSA, se trouve le TDC qui peut avoir des répercussions sur le fonctionnement de l'enfant (HAS, 2018).

Si tous les enfants TSA ne peuvent profiter de cette méthode car ils présentent des problèmes cognitifs, il n'en est pas de même des Asperger. Ceux-ci ont de bonnes compétences cognitives et peuvent être capables de réfléchir et d'élaborer un plan d'exécution. Ils pourraient donc répondre aux prérequis de cette méthode.

De la question de départ, nous pouvons faire découler la question de recherche :

La méthode CO-OP peut-elle contribuer à l'amélioration des activités de vie quotidienne chez un enfant présentant un syndrome d'Asperger ?

Nous pouvons à partir de celle-ci, établir deux hypothèses :

- La méthode CO-OP peut être utilisée chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger
- La méthode CO-OP permet d'améliorer la réalisation des activités de vie quotidienne chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger.

5 Cadre exploratoire

Afin de mieux organiser le cadre conceptuel et d'égayer le questionnaire de recherche, nous avons réfléchi à la réalisation d'un entretien. L'objectif principal est d'apporter des informations et d'approfondir notre compréhension concernant les finalités de la méthode CO-OP. Lors de la réalisation de celui-ci, nous nous sommes d'abord interrogés sur la population visée : des ergothérapeutes formés à la méthode CO-OP. De ce fait, nous avons ciblé à titre principal les ergothérapeutes intervenant en libéral. Notre maître de mémoire, dont l'un des membres de son réseau professionnel est une ergothérapeute qui est formée à la méthode CO-OP et également formatrice de celle-ci, nous a mis en relation directement avec elle afin que nous prenions contact par courriel. Un retour favorable nous a été retourné. Nous avons ensuite convenu d'une date pour un entretien.

Cet entretien était semi-structuré, c'est-à-dire que les questions avaient été prédéterminées et pouvaient être posées dans un ordre flexible en fonction du déroulement de la conversation.

Afin de réaliser les questions de l'entretien, nous nous sommes basés sur le protocole de la méthode CO-OP et interrogés sur sa mise en place lors des séances. L'entretien est composé de trois parties. Il débute par une courte introduction qui comprend une présentation de l'étudiant, du sujet, de la question de recherche, des hypothèses émises et la durée de l'entretien. Ensuite, se trouve le corps de l'entretien. Les questions concernent d'abord le parcours et l'expérience de l'ergothérapeute puis la méthode CO-OP. A la fin de l'entretien, se trouve la conclusion qui permet au professionnel interrogé d'ajouter des éléments et de poser des questions. Il comprend 17 questions au total.

L'entretien a duré 15 minutes et s'est déroulé via le logiciel Skype. Il n'a pas été enregistré, et est donc informel (entretien retranscrit en annexe III).

Grace à cet entretien, nous avons pu recueillir des informations supplémentaires sur la méthode CO-OP ainsi que sur sa mise en place lors des séances.

La pratique régulière de la méthode par cette ergothérapeute, nous a permis au cours de notre entretien, de sortir du cadre purement théorique, et a constitué une réelle plus-value. De plus, cela nous a également permis de revoir le plan de notre partie dédiée au cadre conceptuel concernant la méthode CO-OP car l'organisation des idées y posait problème. Cette partie a donc été modifiée afin de la rendre plus fluide et compréhensible.

Nous n'avons réalisé qu'un entretien car l'objectif était de compléter nos connaissances théoriques sur la méthode ainsi que d'avoir un avis sur sa mise en pratique. Cependant, il aurait été intéressant d'avoir un retour de plusieurs ergothérapeutes formés ou formateurs à la méthode CO-OP, afin de comparer leur avis sur la mise en place pratique.

6 Cadre expérimental

Afin de répondre à la question de recherche et de vérifier ou d'invalider les hypothèses émises, un questionnaire de recherche a été élaboré à destination des ergothérapeutes libéraux.

6.1 Méthodologie de recherche

6.1.1 L'outil de recherche

L'outil choisi dans ce mémoire de fin d'études est le questionnaire. Celui-ci permet de recueillir des informations précises, quantitatives et qualitatives contrairement à l'entretien, qui lui, recueille uniquement celles d'ordre qualitatif.

Le quantitatif est mesurable alors que le qualitatif ne l'est pas : il récolte plutôt des données verbales.

Dans ce questionnaire, des questions fermées et quelques questions ouvertes ont été retenues. Celles fermées sont dichotomiques (oui/non) ou à choix multiples. Elles permettent de traiter les réponses quantitatives de manière précise. Celles ouvertes, quant à elles, traitent les réponses qualitatives et permettent au destinataire de retranscrire et d'exprimer son opinion avec ses propres mots.

6.1.2 La population ciblée

En raison du choix du sujet, le questionnaire est destiné aux ergothérapeutes diplômés d'Etat. Celui-ci portant sur le syndrome d'Asperger ainsi que sur la méthode CO-OP, cette population est plus à même d'y répondre car elle possède les compétences et les connaissances nécessaires dans ces deux domaines. D'autres professionnels autorisés à travailler avec des enfants autistes Asperger comme les psychomotriciens par exemple, ont également des compétences dans ce champ mais ne peuvent pas mettre en pratique la méthode CO-OP car elle nécessite une formation qui ne peut être suivie que par des ergothérapeutes.

Le critère d'exclusion est le suivant : les ergothérapeutes n'ayant pas d'enfant autiste Asperger en prise en charge et ne connaissant pas la méthode CO-OP.

Les critères d'inclusion

La population ciblée : les ergothérapeutes exerçant en libéral. Ils doivent prendre en charge des enfants diagnostiqués Asperger et connaître la méthode CO-OP. Ils peuvent également connaître et/ou être formés à la méthode CO-OP sans avoir d'enfants diagnostiqués autistes Asperger en prise en charge. Aucune expérience professionnelle n'est exigée.

6.1.3 Démarches de diffusion du questionnaire

Afin de récolter un maximum de réponses, un envoi par courriel a été réalisé.

Les questionnaires ont d'abord été transmis aux ergothérapeutes inscrits sur le site de l'ANFE ainsi que celui-ci du SYNFE (Réseau National Français des Ergothérapeutes Libéraux), seulement si leur adresse e-mail y figurait. Une deuxième session d'envoi a été mise en place à destination des ergothérapeutes inscrits dans les pages jaunes de la région de Normandie, lorsque l'adresse e-mail était indiquée. Enfin, un lien du questionnaire a été publié sur la page d'un réseau social destiné aux mémoires en ergothérapie.

250 questionnaires ont été envoyés. Au final, 25 questionnaires nous ont été retournés, tous sur Google Forms. Les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire l'ont fait de leur propre initiative, sans obligation ni contrepartie.

6.1.4 Elaboration du questionnaire

Ce questionnaire a été réalisé sur le site internet Google Forms. Il se compose de deux parties : une introduction et le corps du questionnaire. L'introduction permet de donner des indications sur l'émetteur et de contextualiser le sujet. Dans celle-ci sont également précisées la date limite pour répondre au questionnaire, ainsi que les mentions relatives à l'anonymat et au respect de la confidentialité des données transmises. En cas d'informations complémentaires à nous faire parvenir, une adresse mail a été jointe.

Le corps du questionnaire est décomposé en trois parties : une portant sur le syndrome d'Asperger, une sur la méthode CO-OP et une dernière combinant les deux, c'est-à-dire le syndrome d'Asperger et la méthode CO-OP. Chaque sous partie est introduite par une petite description. Il comprend dix-sept questions, fermées et ouvertes. Les trois dernières questions évoquent les attributs du destinataire (caractéristiques personnelles ou démographiques). A la fin du questionnaire se trouve les remerciements (Voir annexe IV pour le questionnaire).

6.2 Résultats et analyses du questionnaire de recherche

Afin de valider ou d'invalider les hypothèses émises, il est nécessaire d'analyser les résultats des différentes questions du questionnaire. Le logiciel Excel a été utilisé pour constituer certains graphiques ainsi que le logiciel Sphinx qui permet d'analyser les données et de les faire converger entre elles dans un tableau. Dans cette analyse, une seule question ou plusieurs peuvent être traitées simultanément. Nous présenterons d'abord le résultat puis nous analyserons et résumerons les réponses dans un encadré.

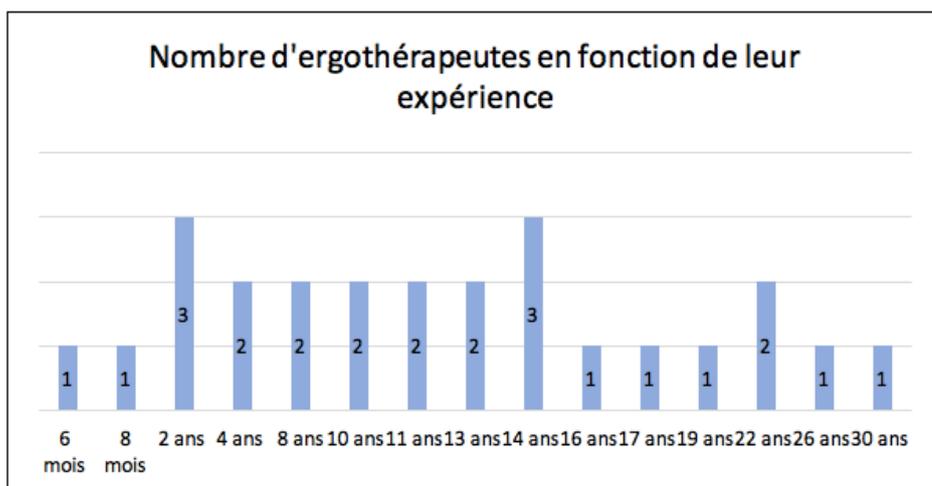
Le résultat de chaque question est présenté en annexe V.

6.2.1 Généralités

Sur les 250 ergothérapeutes sollicités, seulement 10% ont répondu. Ce pourcentage souligne le faible taux de réponse. Il aurait été intéressant d'avoir un plus grand nombre de réponses pour que ces résultats soient d'autant plus significatifs.

Parmi les 25 réponses obtenues, 24 ergothérapeutes exercent en France dont 2 dans les DOM-TOM. 1 ergothérapeute alterne entre la France et le Québec.

Ils exercent tous en libéral : 23 exercent à temps plein et 2 font un mi-temps libéral/structure. Leur nombre d'années d'exercice varie entre 6 mois et 30 ans. Si nous les regroupions en catégories par tranche de dix années d'expérience : 9 ergothérapeutes ont moins de 10 années d'expérience, 12 ont entre 10 ans et 20 ans d'expérience et 4 ont plus de 20 ans d'expérience. Nous pouvons donc en déduire que 64% des ergothérapeutes interrogés ont plus de 10 ans d'expérience, ce qui crédibilise davantage leurs réponses.



Les ergothérapeutes ayant répondu à ce questionnaire exercent tous dans le secteur libéral. Plus de la moitié d'entre eux ont plus de 10 ans d'expérience, ce qui conforte la fiabilité des réponses obtenues. Il aurait été toutefois intéressant de s'interroger plus spécifiquement sur leur nombre d'années d'exercice en libéral car tous n'ont pas le même recul face à ce mode d'exercice.

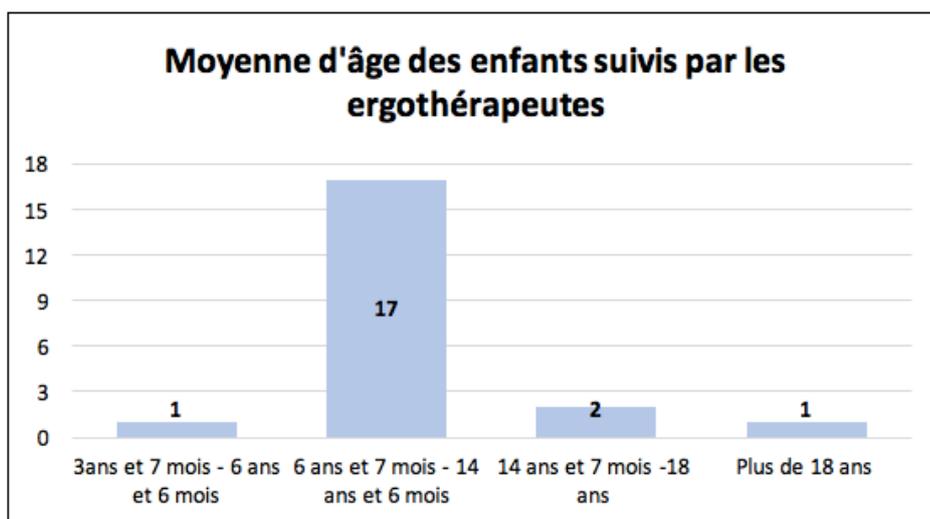
6.2.2 Première partie du questionnaire

Pour la première partie du mémoire portant sur le syndrome d'Asperger, 17 ergothérapeutes assurent des prises en charge d'enfants Asperger, ce qui

correspond à 68% de la population interrogée. 9 d'entre eux ont une expérience régulière auprès de ceux-ci, 6 ponctuelle et 2 rare. Or, 8 ergothérapeutes n'ont pas cette population en prise en charge. Il serait intéressant de connaître la raison.

Enfants Asperger en Prise en charge	Oui	Non	TOTAL
Expérience auprès des enfants Asperger			
Rare	2	0	2
Ponctuelle	6	0	6
Régulière	9	0	9
Autre	0	8	8
TOTAL	17	8	25

La moyenne d'âge des enfants suivis se situe entre 6 ans et 7 mois et 14 ans et 6 mois pour 17 ergothérapeutes. Deux ergothérapeutes ont des enfants entre 14 ans et 7 mois - 18 ans, un ergothérapeute en a un entre 3 ans et 7 mois- 6 ans et 6 mois et un autre également en a un de plus de 18 ans.

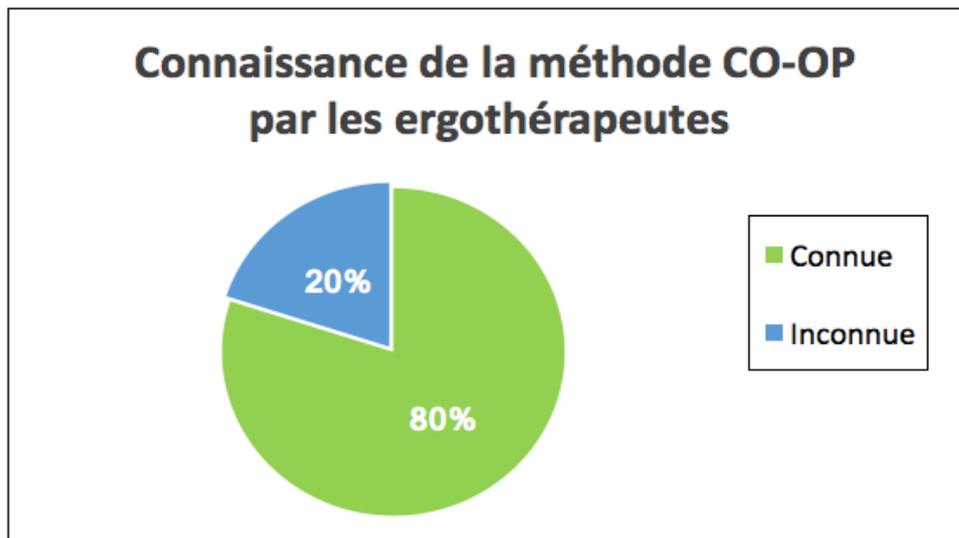


Plus de la moitié des ergothérapeutes assure régulièrement la prise en charge d'enfants Asperger âgés de 6 ans à 14 ans, ce qui permet d'en déduire qu'ils ont le recul nécessaire pour affirmer que la méthode CO-OP peut leur être appliquée.

D'autre part, les enfants pris en charge ont dans une large majorité plus de 6 ans ce qui signifie qu'ils sont en capacité de s'exprimer, de verbaliser et de comprendre les composants de la méthode CO-OP, ce qui en constitue un des prérequis.

6.2.3 Seconde partie du questionnaire

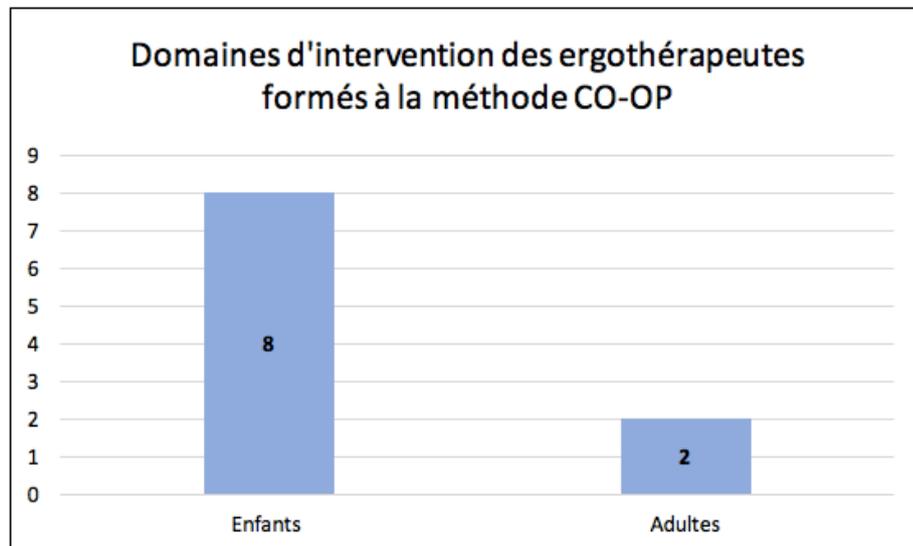
La seconde partie du questionnaire porte plus spécifiquement sur la méthode CO-OP. Il ressort du questionnaire que cette dernière est connue par 80% de la population interrogée (20 sur 25 ergothérapeutes interrogés).



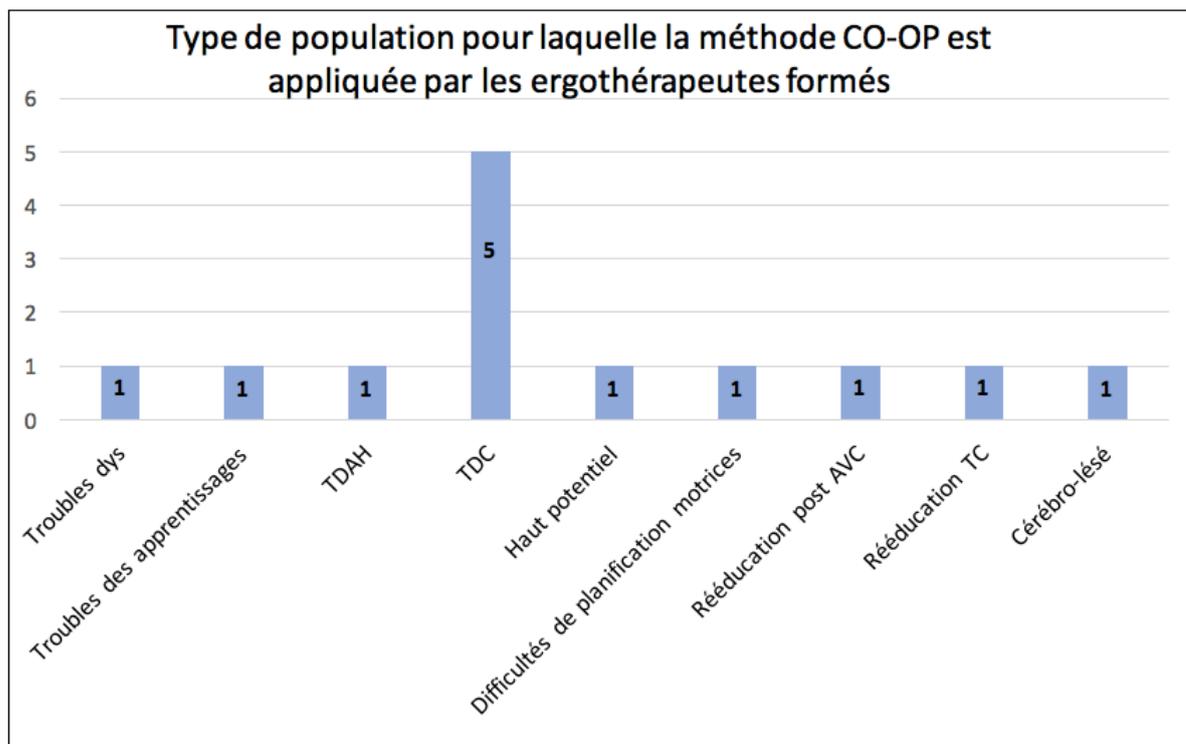
Parmi ces 20 professionnels, 13 ergothérapeutes (65%) ont suivi une formation. Concernant la manière dont ils se sont formés, 9 d'entre eux ont suivi une formation initiale, 1 ergothérapeute a reçu une formation par une tierce personne, 1 autre s'est documenté. Parmi les autres manières de se former, 1 ergothérapeute a reçu une formation durant ses études et 1 autre a bénéficié de cours à l'université.

Formé(e) à la méthode CO-OP	Oui	Non	TOTAL
Manière dont ils se sont formés			
Non réponse	0	12	12
Par une formation	9	0	9
Par le biais d'une autre personne	1	0	1
Par documentation et/ou littérature	1	0	1
Autre	2	0	2
TOTAL	13	12	25

Sur les 13 ergothérapeutes formés à la méthode, 8 ont précisé qu'ils l'appliquaient à des enfants. Parmi les 8, 2 ergothérapeutes ont ajouté qu'ils l'appliquaient également à des adultes.



De plus, 5 ergothérapeutes parmi les 13 formés à la méthode appliquent cette dernière à des enfants présentant un Trouble Développementale de la Coordination (TDC).



A travers ces résultats, nous pouvons en déduire que la majorité (80%) des ergothérapeutes sollicités connaît la méthode CO-OP. La plupart d'entre eux (65%) y a été formé, majoritairement au travers de leur formation initiale.

Ils l'appliquent principalement aux enfants, plus particulièrement ceux souffrant d'un TDC, ce qui correspond à la population initialement ciblée par la méthode.

Cependant, d'autres ont précisé qu'ils l'utilisaient également auprès d'autres populations : adultes, enfants présentant un haut potentiel ou ayant eu des AVC, des TC, etc. Cela nous permet d'en déduire que cette méthode ne s'applique pas uniquement aux TDC comme initialement précisé. De ce fait, nous pouvons affirmer que même quand ils sont formés à la méthode CO-OP, les ergothérapeutes la transfèrent à différents types de prise en charge (enfants ou adultes).

6.2.4 Troisième partie du questionnaire

Cette dernière partie regroupe le syndrome d'Asperger et la méthode CO-OP. 8 ergothérapeutes (32%) sur 25 ne prennent pas en charge d'enfants Asperger mais 6 (75%) d'entre eux connaissent la méthode CO-OP et 5 (62,5%) y sont formés.

Enfants Asperger en Prise en charge	Oui	Non	TOTAL
Méthode CO-OP connue			
Oui	14	6	20
Non	3	2	5
TOTAL	17	8	25

Enfants Asperger en Prise en charge	Oui	Non	TOTAL
Formé(e) à la méthode CO-OP			
Oui	8	5	13
Non	9	3	12
TOTAL	17	8	25

Même si certains ergothérapeutes formés à la méthode ne suivent pas d'enfants Asperger (62,5%), ils ont assez de recul pour déterminer si cette méthode peut être appliquée à ce type de population, car ils connaissent les caractéristiques propres à CO-OP et les exigences qui en découlent.

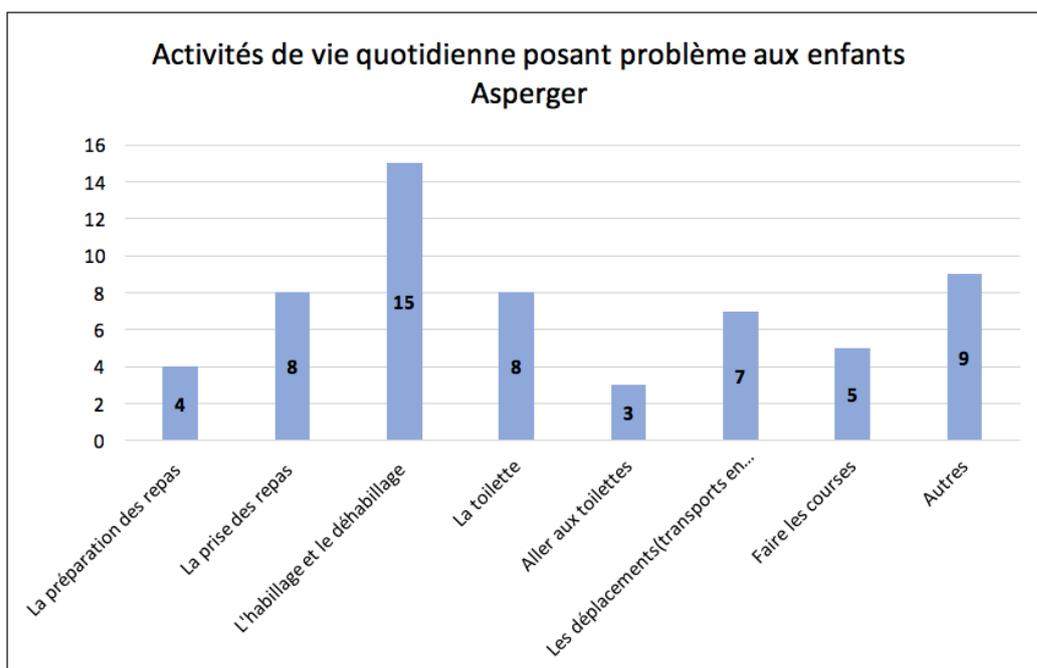
En revanche, 2 ergothérapeutes ne connaissent pas cette méthode, n'y sont pas formés et n'ont pas d'enfants Asperger en prise en charge : ces 2 questionnaires ne sont donc pas exploitables car ils ne répondent pas aux critères d'inclusion.

Parmi les 17 ergothérapeutes ayant des enfants Asperger en prise en charge, 11 ergothérapeutes (64,7%) ont répondu que ces enfants présentaient à la fois des troubles moteurs ainsi que des troubles praxiques, 4 (23,5%) ont répondu que ces enfants présentaient uniquement des troubles praxiques et 2 (11,7%) ergothérapeutes ont répondu qu'ils n'avaient aucun trouble praxique et moteur.

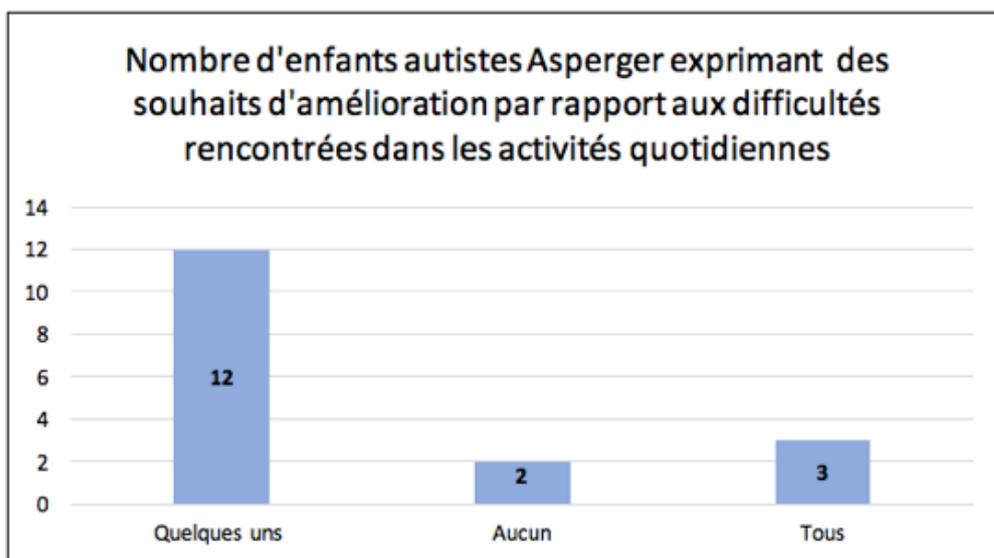
Troubles praxiques	Non réponse	Oui	Non	TOTAL
Troubles moteurs				
Non réponse	8	0	0	8
Oui	0	11	0	11
Non	0	4	2	6
TOTAL	8	15	2	25

Ces résultats montrent que les enfants Asperger peuvent participer à la méthode CO-OP car celle-ci a été conçue spécifiquement pour des enfants dyspraxiques rencontrant également des difficultés motrices et praxiques selon 64,7% des ergothérapeutes ayant des enfants Asperger en prise en charge.

Pour les 17 ergothérapeutes prenant en charge des enfants Asperger, concernant les activités de la vie quotidienne jugées problématiques l'habillage et le déshabillage sont le plus souvent cités (15 ergothérapeutes : 88,2%). Viennent ensuite dans l'ordre la toilette, la prise des repas et les déplacements, les courses, la préparation des repas et le fait d'aller aux toilettes. Concernant les autres activités de vie quotidienne, 2 ergothérapeutes ont ajouté l'écriture et la manipulation des outils scolaires, 1 ergothérapeute la scolarité et 1 autre a ajouté le fait de se moucher.



Parmi les 17 ergothérapeutes prenant en charge des enfants avec un syndrome d'Asperger, 3 (17,6%) ont répondu que ces derniers pouvaient tous exprimer des souhaits d'amélioration, 12 (70,5%) ont répondu que quelques uns pouvaient en exprimer et 2 (11,7%) qu'aucun ne pouvait en exprimer.



De plus, parmi les 9 ergothérapeutes ayant des enfants Asperger régulièrement en prise en charge, 7 (77,7%) ont répondu que quelques-uns exprimaient des souhaits d'amélioration concernant leurs activités de vie quotidienne, 1 (11,1%) a répondu que tous en exprimaient et 1 (11,1%) aucun.

Expérience auprès des enfants Asperger	Rare	Ponctuelle	Régulière	Autre	TOTAL
Souhaits d'amélioration sont exprimés					
Non réponse	0	0	0	8	8
Tous	0	2	1	0	3
Quelques uns	1	4	7	0	12
Aucun	1	0	1	0	2
TOTAL	2	6	9	8	25

Il ressort du questionnaire que la méthode CO-OP peut s'appliquer aux enfants Asperger dès l'instant que la plupart de ceux pris en charge expriment des souhaits d'amélioration concernant des activités de la vie quotidienne. Cela constitue en outre l'un des prérequis de méthode car l'enfant doit être en capacité d'exprimer et de formuler trois activités à améliorer.

Ces activités peuvent être des activités de la vie quotidienne mais cela peut également concerner d'autres situations (loisir, scolarité, etc.). Elles peuvent toutes être réalisables avec la méthode CO-OP car elles font appel aux habiletés motrices, gestuelles et praxiques.

Concernant, l'application de la méthode CO-OP aux enfants autistes Asperger, différents profils d'ergothérapeutes émergent dans ce questionnaire :

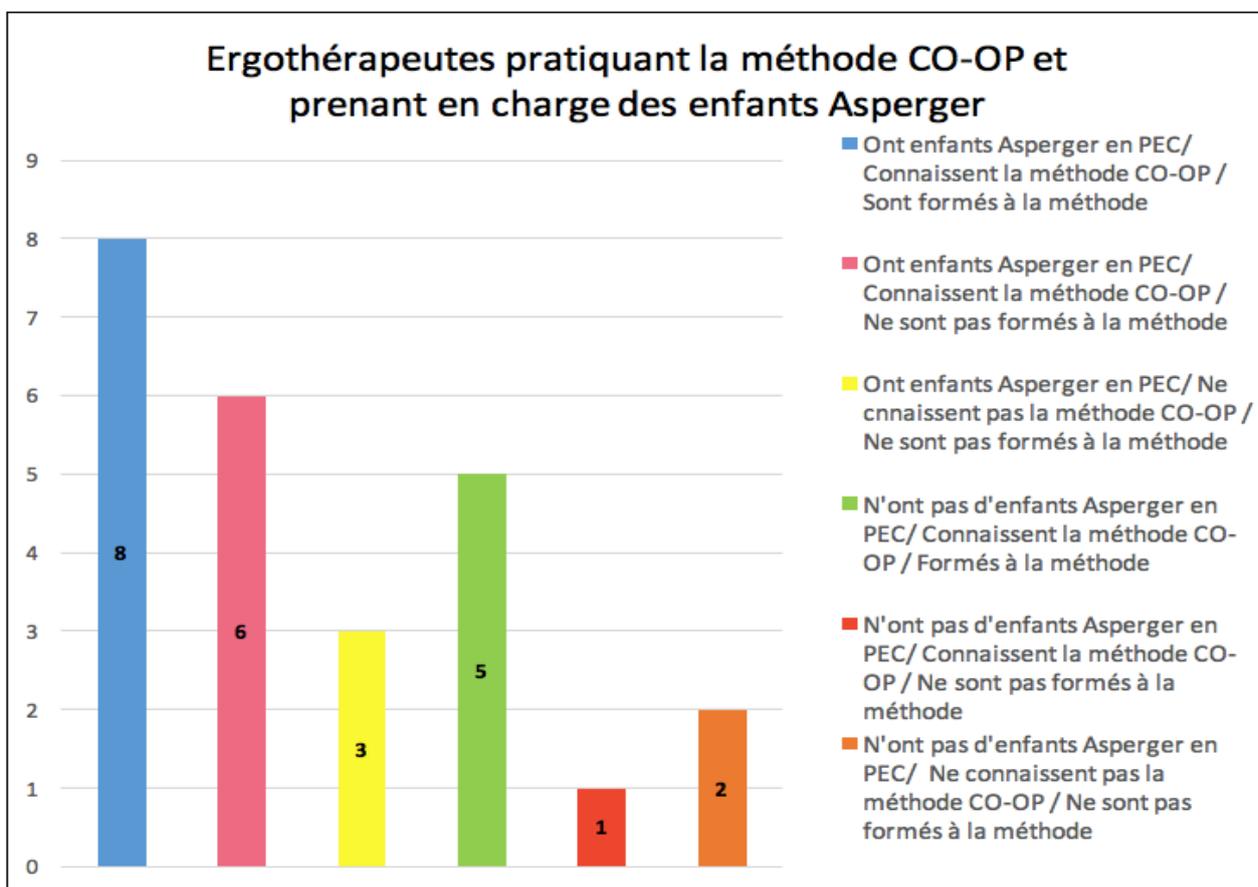
Parmi les 17 ergothérapeutes ayant des enfants autistes Asperger en prise en charge, trois configurations se présentent :

- Soit ils connaissent la méthode CO-OP et y sont formés (8 ergothérapeutes : 47%)
- Soit ils connaissent la méthode CO-OP mais n'y sont pas formés (6 ergothérapeutes : 35,9%)
- Soit ils ne connaissent pas la méthode CO-OP et n'y pas formés (3 ergothérapeutes : 17,4%)

A l'inverse, parmi les 8 ergothérapeutes n'ayant pas d'enfants autistes Asperger en prise en charge, trois configurations sont également possibles :

- Soit ils connaissent la méthode CO-OP et y sont formés (5 ergothérapeutes : 62,5%)

- Soit ils connaissent cette méthode mais n'y sont pas formés (1 ergothérapeute : 5,8%)
- Soit ils ne connaissent pas la méthode CO-OP et n'y sont pas formés (2 ergothérapeutes : 11,7%)



Les réponses de 2 catégories ne seront pas analysées dans le cadre de cette analyse :

- Les ergothérapeutes ayant des enfants Asperger en prise en charge mais ne connaissant pas la méthode CO-OP et n'y étant pas formé (en jaune dans le tableau supra).
- Les ergothérapeutes n'ayant pas d'enfants Asperger en prise en charge, ne connaissant pas la méthode CO-OP et n'y étant pas formé (en orange dans le tableau supra).

En effet, celles-ci ne répondent pas aux critères d'inclusion et pourraient influencer négativement les résultats dès lors qu'ils n'ont pas assez de recul sur ce type de population et sur la méthode.

En ce qui concerne la première catégorie à savoir les ergothérapeutes ayant des enfants autistes Asperger en prise en charge : 3/17 ne répondent pas aux critères d'inclusion. Sur les 14 restants, tous ont répondu que cette méthode pouvait être appliquée à ce type de population. Le tableau ci-après expose leurs raisons.

Les ergothérapeutes ayant des enfants Asperger en prise en charge	
<i>Connaissent la méthode et y sont formés</i>	<i>Connaissent la méthode mais n'y sont pas formés</i>
<p>« Ils ont cette capacité d'avoir du recul sur eux, d'analyser le problème et de faire un travail sur eux avec notre soutien et notre guidage bien évidemment. Cette méthode est tout à fait adaptée à cette population »</p> <p>« Ce sont des enfants qui ont un langage oral de bonne qualité et dont on peut s'appuyer pour la compréhension de cette méthode »</p> <p>« Variable selon les profils des jeunes au cas par cas, si une motivation arrive à émerger »</p> <p>« Niveau cognitif suffisant »</p> <p>« Canal verbal très développé chez ces enfants »</p> <p>« Leur permettre de mobiliser des solutions qui leur correspondent reste le meilleur moyen qu'elles soient investies »</p> <p>« Applicable pour tous types d'enfants »</p> <p>« Parce que j'utilise cette méthode chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger et ça participe à l'amélioration de leur performance occupationnelle »</p>	<p>« Difficile de transférer les acquis des séances dans la vie quotidienne »</p> <p>« Déjà plus ou moins réalisé sans utiliser la méthode CO-OP par manque de formation »</p> <p>« Pour acquérir des habiletés de la vie quotidienne »</p> <p>« Pourrait correspondre à certains enfants peu réceptifs aux méthodes traditionnelles »</p> <p>« Méthode utilisable parmi d'autres »</p> <p>« Le plus difficile sera de trouver des activités qu'ils souhaitent améliorer. Ils ont la capacité de formuler un plan »</p>

Selon eux, la méthode est applicable à tous types d'enfants et est adaptée à cette population car ces enfants ont de bonnes capacités cognitives et verbales.

Au surplus, un ergothérapeute a répondu que cette méthode « *améliore leur performance occupationnelle* ». D'autres ont rapporté que cette méthode pouvait apporter à l'enfant de « *nouvelles habiletés de la vie quotidienne* » en « *trouvant des solutions qui leur correspondent* ».

En revanche, il sera plus difficile pour ces enfants de trouver des activités qu'ils souhaitent améliorer et de transférer les acquis dans la vie quotidienne. D'ailleurs, un ergothérapeute a souligné que cette méthode était applicable au cas par cas si une motivation émerge.

Concernant la seconde catégorie à savoir les ergothérapeutes n'ayant pas d'enfant autiste Asperger en prise en charge, 2/8 ergothérapeutes ne répondent pas aux critères d'inclusion. Parmi les 6 ergothérapeutes restants, tous ont répondu que cette méthode pouvait être également appliquée à ce type de population. Le tableau ci-après expose leurs raisons.

Les ergothérapeutes n'ayant pas d'enfant autiste Asperger en prise en charge	
<i>Connaissent la méthode et y sont formés</i>	<i>Connaissent la méthode mais n'y sont pas formés</i>
<p>« CO-OP convient à tout le monde »</p> <p>« Le transfert des acquis dans d'autres activités est possible »</p> <p>« Pertinence de l'approche TOP-DOWN qui correspond bien à ce type de public »</p> <p>« Normalement la méthode CO-OP ne fonctionne pas sur les déficiences intellectuelles mais un enfant Asperger a de bonnes capacités, je pense donc que cette méthode lui permettrait de réaliser les activités avec son propre</p>	<p>« Prise en compte des motivations de l'enfant »</p>

<p>raisonnement »</p> <p>« Parce qu'ils ont de bonnes compétences cognitives et pourront rentrer dans une démarche de résolution de problème assez facilement »</p>	
---	--

Selon eux, la méthode CO-OP est applicable aux enfants autistes présentant un syndrome d'Asperger. Celle-ci convient et correspond bien à cette population. Ces enfants présentent de bonnes compétences cognitives et la méthode prend en compte leurs motivations.

De plus, une autre idée émerge de ce tableau et rejoint celle des ergothérapeutes appartenant à la première catégorie. La méthode CO-OP permettrait à ceux-ci de résoudre leurs problèmes, de réaliser les activités avec leur propre raisonnement et de transférer les acquis dans d'autres activités.

En regroupant les analyses concernant les deux catégories, des similitudes apparaissent. Selon les ergothérapeutes, la méthode CO-OP peut être applicable aux enfants autistes présentant un syndrome d'Asperger car ils possèdent de bonnes compétences cognitives et verbales, ce qui constitue l'un des prérequis de la méthode CO-OP.

De plus, selon eux, cette méthode leur permettrait d'améliorer leurs activités en augmentant leur performance occupationnelle. Ils pourraient entrer dans une démarche de résolution de problème tout en mobilisant des solutions qui leur correspondent.

Néanmoins, faire émerger la motivation chez ces enfants, trouver des activités qui posent problème et les transférer ensuite dans le quotidien s'avérerait toutefois plus difficile.

6.3 Discussion

Après avoir analysé les résultats, une discussion est nécessaire afin de confirmer ou d'infirmar les hypothèses de départ.

6.3.1 Retour sur les hypothèses

La première hypothèse émise est : **La méthode CO-OP peut être utilisée chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger**. Nous pouvons affirmer que celle-ci est validée. Selon les ergothérapeutes (des deux catégories évoquées plus haut), cette méthode peut être appliquée aux enfants présentant un syndrome d'Asperger. Plusieurs raisons ont été exposées. Tout d'abord, ces enfants ont de bonnes capacités langagières et cognitives. D'autre part, les enfants pris en charge sont principalement âgés de 6 à 14 ans voire plus, et sont dès lors en âge de s'exprimer et comprendre les finalités de la méthode. Ces éléments constituent des prérequis que doivent présenter les enfants avant de leur appliquer la méthode CO-OP. En effet, « *L'approche CO-OP, en vertu de sa nature même, s'appuie sur les habiletés cognitives de l'enfant* » (POLATAJKO et MANDICH, 2017).

De plus, le fait que certains enfants Asperger puissent exprimer des souhaits d'amélioration concernant leurs activités de vie quotidienne renforce cette hypothèse. C'est l'un des points clés de la méthode CO-OP à savoir que l'enfant doit trouver trois activités qu'il aimerait améliorer ou savoir exécuter.

Enfin, la méthode s'applique principalement aux enfants présentant un TDC. Plus communément appelée dyspraxie, c'est « *un trouble spécifique neuro-développemental impliquant des difficultés d'apprentissage de tâches motrices ou de gestes non habituels (nouvelles habiletés) et définie comme une difficulté de n'avoir jamais acquis l'habileté à l'âge approprié et à automatiser les gestes* » (VAIVRE-DOURET, 2016). Or, parmi les enfants Asperger, certains présentent également des difficultés motrices et praxiques. Par conséquent, cet élément renforce la première hypothèse de départ dès lors que cette méthode a été créée pour les enfants présentant de telles difficultés. En effet, « *l'approche CO-OP a été développée et peaufinée durant dix ans, de telle sorte qu'elle a remplacé les approches*

traditionnelles dans les interventions auprès d'enfants présentant les particularités motrices caractérisant le TDC » (POLATAJKO et MANDICH, 2017).

La seconde hypothèse émise, quant à elle, est : **La méthode CO-OP permet d'améliorer la réalisation des activités de vie quotidienne chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger.** Nous pouvons dire que celle-ci est partiellement validée car tous les ergothérapeutes sollicités et répondant aux critères d'inclusion n'ont pas répondu clairement que la méthode apporterait des bénéfices sur la performance des activités de vie quotidienne.

Parmi les ergothérapeutes ayant répondu que la méthode pouvait être appliquée aux enfants Asperger, certains ont relevé que celle-ci aurait des bénéfices sur les activités. Tous n'ont pas employé les mêmes termes. 2 ergothérapeutes ont répondu qu'ils pouvaient entrer dans la résolution de problème, un a rapporté qu'ils pouvaient mobiliser des solutions, un autre a employé le terme de performance occupationnelle, un également que cette méthode permettrait à ces enfants de réaliser les activités avec leur propre raisonnement. Un dernier a relevé le fait que cette méthode permettrait d'acquérir des habiletés de la vie quotidienne.

En revanche, il est vrai que pour prouver les réels bénéfices de cette méthode auprès de cette population, il serait intéressant de poursuivre cette étude sur le terrain en effectuant un protocole.

A titre d'exemple, lors de notre second stage effectué en libéral, nous avons voulu mettre en place cette méthode auprès d'une enfant Asperger dans le cadre de ce mémoire. Afin de faciliter le choix des trois activités, nous nous sommes référés au bilan OT'HOPE. Or, l'étape du choix des activités à améliorer n'a pas été concluante car l'enfant ne ressentait pas le besoin de les améliorer, ce qui est pourtant l'un des prérequis de la méthode. Les enfants Asperger ayant des centres d'intérêt limités, très peu d'activités s'avèrent significatives à leurs yeux. Cet exemple permet d'illustrer le fait que cette méthode peut être appliquée auprès des Asperger, mais qu'elle s'avère difficile à mettre en œuvre en pratique.

6.3.2 *Les limites et les biais*

Plusieurs biais liés à la réalisation et à la diffusion du questionnaire peuvent venir fausser les résultats analysés.

Concernant le questionnaire en général, nous nous sommes trop axés sur les ergothérapeutes exerçant en libéral. Nous aurions également pu élargir la diffusion de notre questionnaire aux ergothérapeutes travaillant en SESSAD, par exemple, car ils peuvent aussi rencontrer des enfants autistes Asperger dans leur pratique. De plus, sachant que quelques ergothérapeutes n'ont pas répondu aux critères d'inclusion de départ, nous aurions dû préciser ces derniers dès l'introduction de l'enquête. Aussi, tout au long de notre questionnaire et de notre mémoire, nous avons employé le terme syndrome d'Asperger. Or, celui-ci a disparu du DSM-V. Nous aurions peut-être dû le remplacer par haut potentiel. Enfin, concernant certaines justifications apportées lors des questions ouvertes, certaines n'ont pas été assez précises au départ. De ce fait, toutes les hypothèses n'ont pas pu être validées.

Concernant les questions du questionnaire, nous aurions dû demander une précision sur le nombre d'années d'expérience dans la prise en charge d'enfants autistes Asperger. Tous n'ont pas la même expérience, de par leur année l'obtention du diplôme, mais également du fait que certains ont plus d'expérience en libéral. De ce fait, ils n'ont pas le même recul face à la profession. De plus, concernant la question sur la moyenne d'âge des enfants, la catégorie 6 ans - 14 ans et 6 mois nous apparaît comme large. Nous aurions ainsi dû ajouter une borne intermédiaire (par exemple 6 ans et 7 mois – 10 ans et 6 mois et 10 ans et 7 mois -14 ans et 6 mois) afin de récolter des données plus précises.

Enfin, une erreur a été commise dans ce questionnaire. Aux question n°11 et 12, portant sur les activités de vie quotidienne et les souhaits d'amélioration concernant celles-ci, nous pensons que le fait d'évoquer de tels souhaits n'est pas nécessairement synonyme d'activité signifiante aux yeux de l'enfant. Ce dernier peut rencontrer des difficultés dans celles-ci sans pour autant qu'elles soient nécessaires à améliorer. Nous aurions dû utiliser une question ouverte afin que les

ergothérapeutes puissent rédiger les activités qui posent problème à ces enfants sans avoir été influencés par le terme « activités de vie quotidienne ».

Le manque d'expérience en termes de réalisation d'un questionnaire de recherche a donc conduit à des questions imprécises, et à la réalisation d'erreurs constituant des biais.

7 CONCLUSION

Grâce à ce mémoire de fin d'études, nous nous sommes intéressés à une approche cognitive permettant de contourner les difficultés motrices que peuvent rencontrer les enfants présentant un syndrome d'Asperger.

A partir de notre expérience lors d'un premier stage effectué en libéral, différents questionnements sont apparus qui ont conduit à notre question de départ : « Quels sont les outils ou les méthodes dont dispose l'ergothérapeute pour permettre la remédiation des activités de l'enfant présentant un syndrome d'Asperger ? ». Une question de recherche en a ensuite découlé : « La méthode CO-OP peut-elle contribuer à l'amélioration des activités de vie quotidienne chez un enfant présentant un syndrome d'Asperger ? ». Afin d'apporter une réponse à celle-ci nous avons émis deux hypothèses : d'une part, la méthode CO-OP peut être utilisée chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger. D'autre part, la méthode CO-OP permet d'améliorer la réalisation des activités de vie quotidienne chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger.

Nous avons ensuite élaboré un questionnaire de recherche, à destination des ergothérapeutes exerçant en libéral. Ceux-ci doivent prendre en charge des enfants diagnostiqués Asperger et connaître la méthode CO-OP. Ils peuvent également connaître et/ou être formés à la méthode CO-OP sans avoir d'enfants diagnostiqués autistes Asperger en prise en charge.

Les résultats vont dans le sens d'une confirmation de la première hypothèse : la méthode peut être utilisée chez un enfant Asperger. En revanche, la seconde hypothèse est partiellement validée car tous les ergothérapeutes sollicités n'ont pas répondu que l'utilisation de la méthode améliorerait la réalisation des activités de vie

quotidienne chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger. Ces résultats encourageants nous permettent de croire la viabilité de l'utilisation de la méthode CO-OP chez les enfants Asperger. Toutefois, il conviendrait d'approfondir ces recherches en utilisant la méthode, en ayant au préalable établi un protocole, sur un grand échantillon d'enfants présentant un syndrome d'Asperger afin de confirmer ses apports vis-à-vis de cette population.

A travers ce mémoire, nous avons pu constater que cette méthode cognitive initialement créée pour des enfants présentant un TDC pouvait également s'appliquer aux enfants autistes Asperger. Nous pouvons dès lors nous interroger sur son applicabilité à d'autres enfants, comme ceux ayant souffert d'un traumatisme crânien ou d'un accident vasculaire cérébral.

Ce travail de fin d'étude nous aura permis sur le plan personnel, d'enrichir nos connaissances sur les grands thèmes de l'autisme et notamment sur le syndrome d'Asperger ainsi que sur les approches top-down. De plus, ce mémoire aura contribué à nous éduquer aux bases d'initiation à la recherche.

Ce travail nous aura permis de maîtriser l'outil CO-OP, qui nous sera essentiel dans notre future pratique professionnelle auprès d'enfants Asperger et dyspraxiques. Ce mémoire de fin d'études, en lien direct avec notre projet professionnel, nous aura apporté une vision approfondie dans un domaine précis, ici : le syndrome d'Asperger et la méthode CO-OP.

8 BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. BOGDASINA Olga. Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger : des expériences sensorielles différentes. Des mondes perceptifs différents. London : Kingsley, 2005, 284 p.
2. GRANDIN Temple. *Ma vie d'autiste*. Paris : Odile Jacob, 2001, 233p.
3. LAW Mary, SUE Baptiste, CARSWELL Anne et al. *La mesure canadienne du rendement occupationnel*. 5^{ème} éd. Ottawa : CAOT Publications ACE, 2014, 50p.
4. POLATAJKO J. Hélène, MANDICH Angela et CANTIN Noémi. *Habiliter les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP : guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. 2017, 189p.

Chapitres d'ouvrages

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013, p. 50- 52.
2. Caire Jean-Michel et Schabaille Arnaud. *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. Paris : Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2018, p. 157-166.
3. RICHOZ Mélanie et ROLLE Valérie. *Guider les enfants autistes dans les habiletés sociales*. Paris : De Boeck-Solal, 2015, p.1-9. Disponible sur : <https://www.decitre.fr/media/pdf/feuilleter/9/7/8/2/3/5/3/2/9782353273195.pdf> (consulté le 19/03/2018).

Articles

1. BURSZTEJN C, RAYNAUD J-P et MISÉS R. Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement. *Annales Médico-psychologiques*. 2011, n°169, p.256-259.
2. CAISSE NATIONALE POUR L'AUTONOMIE. *Trouble du spectre de l'autisme : Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*. Paris : 2016, 142p. Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dta-2016_web.pdf (consulté le 23/02/2018).
3. COUR DES COMPTES. *Evaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*. Paris : 2017, 170p. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-en-direction-des-personnes-presentant-des-troubles-du-spectre-de-lautisme> (consulté le 18/04/2018).
4. DORMOY Léa. Le soutien aux parents d'enfants avec TSA : Quelles propositions pour quels besoins ? . *Le Journal des psychologues*. 2018, n°353, p.42-47. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-1-p-42.htm> (consulté le 17/02/2018).
5. FUENTES Joaquin, BAKARE Muideen, MUNIR Kerim et al. Autism spectrum disorder. In REY J-M. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva : 2014, p1-35. Disponible sur : <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.2-ASD-2014.pdf> (consulté le 14/01/2018).
6. GALLOT Cécile. *La motricité fine dans le Trouble du Spectre de l'Autisme : la question du Trouble de l'Acquisition de la Coordination. État des connaissances et étude des performances motrices dans l'autisme de haut niveau*. Diplôme d'État de Docteur en médecine. Université de Bordeaux. 2014, p19-26. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061346/document> (consulté le 15/03/2018).
7. HAUTE AUTORITÉ DE SANTE. *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : 2018, 257p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme (consulté le 13/03/2018).
8. HAUTE AUTORITÉ DE SANTE. Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED). Paris : 2010, 4p. Disponible sur :

- http://www.autistessansfrontieres.com/wpcontent/uploads/2014/09/HAS_CIM10.pdf (consulté le 10/12/2017).
9. LORD Catherine. L'évaluation dans les troubles de l'autisme. In ROGE B, BARTHELEMY C, MAGEROTTE G et al. *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes: problématique, méthodes, outils*. Paris : Dunod, 2008, p.9-22. Disponible sur : <https://www.cairn.info/ameliorer-la-qualite-de-vie-des-personnes--9782100510306-p-9.htm> (consulté le 19/01/2018).
 10. POIRIER Nathalie et FORGET Jacques. Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger: similitudes et différences. *Santé mentale au Québec*. 1998, n°23, p.130-148. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/1998-v23-n1-smq1829/032441ar/> (consulté le 01/02/2018)
 11. RODGER Sylvia, IRELAND Simone et VUN Martine. Can Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) help children with Asperger's Syndrome to Master Social and Organisational Goals ?. *British Journal of Occupational Therapy*. 2008, n°71, p.23-32. Disponible sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1027.7042&rep=rep1&type=pdf> (consulté le 06/12/2017).
 12. RODGER Sylvia et BRANDENBURG Julia. Cognitive Orientation to (daily) Occupational Performance (CO-OP) with children with Asperger's syndrome who have motor-based occupational performance goals. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008, p.1-10. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1630.2008.00739.x> (consulté le 04/03/2018).
 13. ROUCHES A, LEFER G, DAJEAN-TRUTAUD S et al. Amélioration de la santé orale des enfants avec autisme : les outils à notre disposition. *Archives de Pédiatrie*, 2018, p.1-5.
 14. SAHNOUN Lilia et ROSIER Antoine. Syndrome d'Asperger : les enjeux d'une disparition. *PNS*. 2012, volume 10, p.25-33. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-psn-2012-1-page-25.htm> (consulté le 18/01/2018).
 15. SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Autisme changeons la donne !*. Paris : 2018, 40p. Disponible sur : http://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_autisme_changeons_la_donne.pdf (consulté le 06/05/2018).

16. TORDJMAN Sylvie. Évolution du concept d'autisme : nouvelles perspectives à partir des données génétiques. *L'information psychiatrique*. 2011, volume 87, p.393-402. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-5-page-393.htm> (consulté le 08/04/2018).
17. VAIVRE-DOURET Laurence. Dyspraxie développementale ou trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) : repérage, évaluation et indications thérapeutiques. *Enfances & Psy*, 2016, n°71, p.30-43. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2016-3-p-30.htm> (consulté le 13/10/2017).

Autres références

1. ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES. Démographie [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/demographie> (consulté le 04/05/2018).
2. ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES. PACS [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/boutique/outils-d-evaluation/paediatric-activity-card-sort-pacs-detail> (consulté le 08/05/2018).
3. ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES. Définition ergothérapie [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (consulté le 04/05/2018).
4. BFM. Sylvie CLUZEL [en ligne]. Disponible sur : <http://www.bfmtv.com/politique/macron-en-visite-dans-un-centre-pour-autistes-accueilli-par-des-manifestants-1412498.html> (consulté le 06/05/2018).
5. CABINET D'ERGOTHÉRAPIE LA ROSE DES VENTS. OT'HOPE [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ergo-larosedesvents.fr/documentation/ot-hope/> (consulté le 13/05/2018).
6. CENTRE DE RESSOURCES POUR L'AUTISME DE HAUTE-NORMANDIE. Les missions [en ligne]. Disponible sur : <http://cra-haute-normandie.fr/> (consulté le 04/04/2018).
7. ECPA. Vineland II [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ecpa.fr/psychomotricite-ergotherapie/test.asp?id=2040> (consulté le 08/04/2018).
8. INTEGRATION MOTRICE PRIMORDIALE ET LES REFLEXES ARCHAÏQUES. Définition [en ligne]. Disponible sur : <http://www.reflexes.org/imp-reflexes-archaiques/> (consulté le 03/05/2018).

9. LE MONDE. 4^{ème} plan autisme [en ligne]. Disponible sur :
http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/04/06/quatrieme-plan-autisme-il-n-a-ni-la-forme-ni-les-moyens-d-un-grand-plan-de-sante-publique_5281951_1651302.html (consulté le 06/05/2018).
10. MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE. Définition [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/specialneeds/autism/aprk/asd-diagnosis-and-treatment/what-is-asd.aspx> (consulté le 16/04/2018).
- 11.76 ACTU. Démographie Normandie [en ligne]. Disponible sur :
https://actu.fr/societe/pres-de-35-millions-dhabitants-en-normandie-quels-sont-les-departements-les-plus-peuples_464816.html (consulté le 06/05/2018).

9 GLOSSAIRE

- ACE : Association Canadienne des ergothérapeutes
- ADE : Analyse dynamique de l'Exécution
- ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised
- ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- CARS: Childhood Autism Rating Scale
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision
- CO-OP: Cognitive Orientation for daily Occupational Performance
- CRA : Centre Ressources de l'Autisme
- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
- DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition
- ECQE : Échelle de Cotation de la Qualité de l'Exécution
- HAS : Haute Autorité de Santé
- M-CHAT: Modified-Checklist for Autism in Toddlers
- M-CHAT-R/F: Modified Checklist Autism for Toddlers Révisé/Follow-up
- MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels
- MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel
- PACS : Pédiatric Activity Card Sort
- Q-CHAT: Quantitative Checklist for Autism
- RPB : Recommandations de bonnes pratiques
- SYNTEL : Réseau National Français des Ergothérapeutes Libéraux
- TAC : Trouble d'Acquisition de la Coordination
- TDC : Trouble Développementale de la Coordination
- TSA : Trouble du spectre autistique

10 ANNEXES

ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTICS DU DSM-V.....	p.1-5
ANNEXE II : LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS.....	p.6
ANNEXE III : ENTRETIEN RETRANSCRIT.....	p.7-9
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE.....	p.10-12
ANNEXE V : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE.....	p.13-21

ANNEXE I CRITERES DIAGNOSTICS TSA DU DSM-V

TRADUCTION ANGLAISE TIRÉ DU DSM-V

Neurodevelopmental Disorders (31)

Autism Spectrum Disorder (50)

299.00 (F84.0) Autism Spectrum Disorder (50)

Specify if: Associated with a known medical or genetic condition or environmental factor; Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder

Specify current severity for Criterion A and Criterion B: Requiring very substantial support. Requiring substantial support. Requiring support Specify if: With or without accompanying intellectual impairment. With or without accompanying language impairment. With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1])

Autism Spectrum Disorder

Diagnostic criteria	299.00 (F84.0)
---------------------	----------------

A. Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, as manifested by the following, currently or by history (examples are illustrative, not exhaustive; see text):

1. Deficits in social-emotional reciprocity, ranging, for example, from abnormal social approach and failure of normal back-and-forth conversation; to reduced sharing of interests, emotions, or affect; to failure to initiate or respond to social interactions.
2. Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging, for example, from poorly integrated verbal and nonverbal communication; to abnormalities in eye contact and body language or deficits in understanding and use of gestures: to a total lack of facial expressions and nonverbal communication.
3. Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging, for example, from difficulties adjusting behavior to suit various social contexts; to difficulties in sharing imaginative play or in making friends; to absence of interest in peers.

Specify current severity: Severity is based on social communication impairments and restricted, repetitive patterns of behavior (see Table 2).

B. Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities, as manifested by at least two of the following, currently or by history (examples are illustrative, not exhaustive; see text):

1. Stereotyped or repetitive motor movements, use of objects, or speech (e.g., simple motor stereotypies, lining up toys or flipping objects, echolalia, idiosyncratic phrases).
2. Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior (e.g., extreme distress at small

changes, difficulties with transitions, rigid thinking patterns, greeting rituals, need to take same route or eat same food every day).

3. Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus (e.g., strong attachment to or preoccupation with unusual objects, excessively circumscribed or perseverative interests).

4. Hyper- or hyporeactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of the environment (e.g., apparent indifference to pain/temperature, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, visual fascination with lights or movement).

Specify current severity: Severity is based on social communication impairments and restricted, repetitive patterns of behavior (see Table 2).

C. Symptoms must be present in the early developmental period (but may not become fully manifest until social demands exceed limited capacities, or may be masked by learned strategies in later life).

D. Symptoms cause clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of current functioning.

E. These disturbances are not better explained by intellectual disability (intellectual developmental disorder) or global developmental delay. Intellectual disability and autism spectrum disorder frequently co-occur; to make comorbid diagnoses of autism spectrum disorder and intellectual disability, social communication should be below that expected for general developmental level.

Note: Individuals with a well-established DSM-IV diagnosis of autistic disorder, Asperger's disorder, or pervasive developmental disorder not otherwise specified should be given the diagnosis of autism spectrum disorder. Individuals who have marked deficits in social communication, but whose symptoms do not otherwise meet criteria for autism spectrum disorder, should be evaluated for social (pragmatic) communication disorder.

Specify if:

- With or without accompanying intellectual impairment
- With or without accompanying language impairment
- Associated with a known medical or genetic condition or environmental factor (Coding note: Use additional code to identify the associated medical or genetic condition.)
- Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder (Coding note: Use additional code[s] to identify the associated neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder[s].)
- With catatonia (refer to the criteria for catatonia associated with another mental disorder, pp. 119-120, for definition) (Coding note: Use additional code 293.89 [F06.1] catatonia associated with autism spectrum disorder to indicate the presence of the comorbid catatonia.)

TRADUCTION FRANÇAISE

Trouble neurodéveloppemental (31)

Trouble du spectre de l'autisme (50)

299.00 (F84.0) Trouble du spectre de l'autisme (50)

Précisez si : Associé à une condition médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ; Associé à un autre trouble neurodéveloppemental, mental ou comportemental

Spécifiez la gravité actuelle pour le critère A et le critère B : nécessite un support très important. Exiger un soutien substantiel. Demander de l'aide Précisez si : Avec ou sans déficience intellectuelle. Avec ou sans trouble du langage d'accompagnement. Avec catatonie (utiliser le code additionnel 293.89 [F06.1]).

Trouble du Spectre Autistique

Critères diagnostics	299.00 (F84.0)
----------------------	----------------

A. Déficiences persistantes dans la communication sociale et l'interaction sociale à travers de multiples contextes, tels que manifestés par ce qui suit, actuellement ou par l'histoire (les exemples sont illustratifs, non exhaustifs, voir le texte) :

1. Déficiences de réciprocité socio-affective, allant, par exemple, d'une approche sociale anormale et d'un échec des conversations normales de va-et-vient ; à un partage réduit des intérêts, des émotions ou des affects ; à l'échec d'initier ou de répondre aux interactions sociales.

2. Déficiences dans les comportements communicatifs non verbaux utilisés pour l'interaction sociale, allant, par exemple, d'une communication verbale et non verbale mal intégrée ; des anomalies dans le contact visuel et le langage corporel ou des déficiences dans la compréhension et l'utilisation des gestes : à un manque total d'expressions faciales et de communication non verbale.

3. Déficiences dans le développement, le maintien et la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à adapter les comportements aux différents contextes sociaux ; aux difficultés de partager le jeu imaginaire ou de se faire des amis ; à l'absence d'intérêt pour les pairs.

Précisez la gravité actuelle : La gravité est basée sur les déficiences de la communication sociale et les modes de comportement restrictifs et répressifs (voir tableau 2).

B. Modes de comportement, intérêts ou activités restreints et répétitifs, tels que manifestés par au moins deux des éléments suivants, actuellement ou par l'histoire (les exemples sont illustratifs, non exhaustifs, voir le texte) :

1. Les mouvements moteurs stéréotypés ou répétitifs, l'utilisation d'objets ou la parole (par exemple, des stéréotypies motrices simples, aligner des jouets ou renverser des objets, écholalie, phrases idiosyncratiques).

2. Insistance sur la similitude, adhésion inflexible aux routines, ou modèles rituels de comportement verbal ou non-verbal (par exemple, extrême détresse lors de petits changements, difficultés de transitions, schémas de pensée rigides, rituels de salutation, nécessité de suivre la même route ou manger chaque jour).

3. Des intérêts fortement restreints et obsédés qui sont anormaux en termes d'intensité ou de concentration (par exemple, un fort attachement à des objets inhabituels, des intérêts excessifs ou des intérêts persévérants).

4. Hyper ou hyporéactivité à l'apport sensoriel ou à un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple, indifférence apparente à la douleur / température, réponse négative à des sons ou textures spécifiques, odeur ou contact excessif des objets, fascination visuelle pour les lumières ou le mouvement).

Précisez la gravité actuelle : La gravité est basée sur les déficiences de la communication sociale et sur les modes de comportement restrictifs et répétitifs (voir Tableau 2).

C. Les symptômes doivent être présents au début du développement (mais peuvent ne pas se manifester complètement jusqu'à ce que les demandes sociales dépassent les capacités limitées ou puissent être masqués par des stratégies apprises plus tard).

D. Les symptômes entraînent une déficience cliniquement significative dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement actuel.

E. Ces perturbations ne sont pas mieux expliquées par le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou le retard de développement global. Les déficiences intellectuelles et les troubles du spectre autistique coexistent fréquemment ; Pour faire des diagnostics comorbides de trouble du spectre autistique et de déficience intellectuelle, la communication sociale devrait être inférieure à celle attendue pour le niveau de développement général.

Remarque : Les personnes ayant un diagnostic bien établi de DSM-IV de trouble autistique, de trouble d'Asperger ou de trouble envahissant du développement non spécifié doivent recevoir le diagnostic de trouble du spectre autistique. Les personnes qui ont des déficits marqués dans la communication sociale, mais dont les symptômes ne répondent pas aux critères du trouble du spectre autistique, devraient être évalués pour le trouble de la communication sociale (pragmatique).

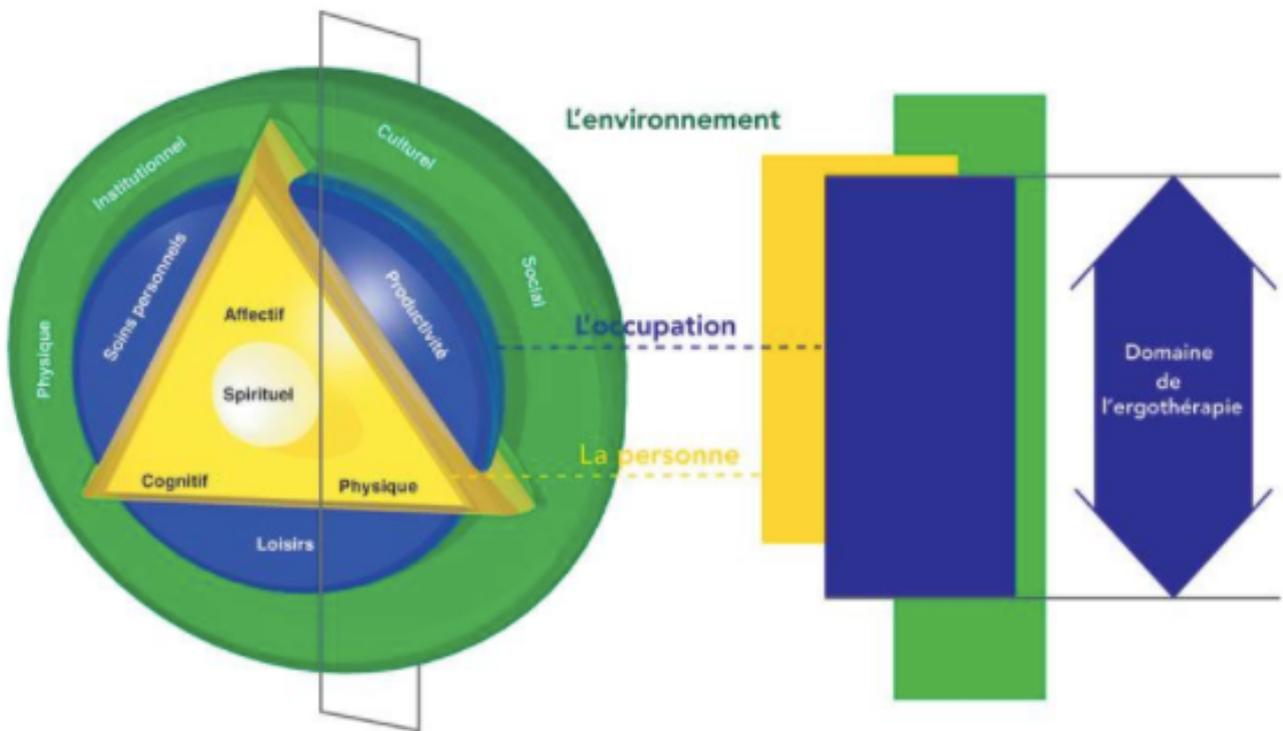
Précisez si :

- Avec ou sans déficience intellectuelle
- Avec ou sans trouble du langage d'accompagnement
- Associé à une condition médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental (Note de codage : Utiliser un code supplémentaire pour identifier la condition médicale ou génétique associée.)
- Associé à un autre trouble neurodéveloppemental, mental ou comportemental (Note de codage : Utiliser un code additionnel [s] pour identifier les troubles neurodéveloppementaux, mentaux ou comportementaux associés [s].)
- Pour la catatonie (se référer aux critères de catatonie associés à un autre ordre mental, pp. 119-120, pour la définition) (Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 [F06.1] catatonie associée au trouble du spectre autistique pour indiquer la présence de la catatonie comorbide.

TABLE 2 Severity levels for autism spectrum disorder

Severity level	Social communication	Restricted, repetitive behaviors
Level 3 "Requiring very substantial support"	Severe deficits in verbal and nonverbal social communication skills cause severe impairments in functioning, very limited initiation of social interactions, and minimal response to social overtures from others. For example, a person with few words of intelligible speech who rarely initiates interaction and, when he or she does, makes unusual approaches to meet needs only and responds to only very direct social approaches.	Inflexibility of behavior, extreme difficulty coping with change, or other restricted/repetitive behaviors markedly interfere with functioning in all spheres. Great distress/difficulty changing focus or action.
Level 2 "Requiring substantial support"	Marked deficits in verbal and nonverbal social communication skills; social impairments apparent even with supports in place; limited initiation of social interactions; and reduced or abnormal responses to social overtures from others. For example, a person who speaks simple sentences, whose interaction is limited to narrow special interests, and who has markedly odd nonverbal communication.	Inflexibility of behavior, difficulty coping with change, or other restricted/repetitive behaviors appear frequently enough to be obvious to the casual observer and interfere with functioning in a variety of contexts. Distress and/or difficulty changing focus or action.
Level 1 "Requiring support"	Without supports in place, deficits in social communication cause noticeable impairments. Difficulty initiating social interactions, and clear examples of atypical or unsuccessful responses to social overtures of others. May appear to have decreased interest in social interactions. For example, a person who is able to speak in full sentences and engages in communication but whose to-and-fro conversation with others fails, and whose attempts to make friends are odd and typically unsuccessful.	Inflexibility of behavior causes significant interference with functioning in one or more contexts. Difficulty switching between activities. Problems of organization and planning hamper independence.

ANNEXE II LE MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS



ANNEXE III ENTRETIEN RETRANSCRIT

Introduction

Etudiante en 3^{ème} année à l'institut de formation en ergothérapie de Saint-Sébastien-De-Morsent, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la méthode CO-OP et le syndrome d'Asperger.

La question de recherche : **La méthode CO-OP peut-elle contribuer à l'amélioration des activités de vie quotidienne chez un enfant présentant un syndrome d'Asperger ?**

Voici les deux hypothèses que j'ai émises

- La méthode CO-OP peut être utilisée chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger
- La méthode CO-OP permet d'améliorer la réalisation des activités de vie quotidienne chez les enfants présentant un syndrome d'Asperger.

L'entretien dure environ 20 minutes.

Parcours de l'ergothérapeute

1. Depuis combien d'année avez-vous obtenu le diplôme d'Etat d'ergothérapie ?

« J'ai été diplômée en 2016 ».

2. Quel est votre parcours professionnel ?

➔ Avez-vous exercé à l'étranger ?

« Après mon diplôme j'ai directement rejoint le cabinet libéral de Rennes ».

« Pas en tant qu'ergothérapeute, mais j'ai effectué un stage au Québec durant mes études ».

3. Avez-vous suivi des formations ?

« Oui, je suis formée à la méthode CO-OP, à l'aménagement du domicile, à ABC Boum, au haut potentiel et j'ai suivi une formation pour être formateur CO-OP ».

4. Dans quel domaine exercez-vous ?

« En libéral à 100% ».

5. Avez-vous des enfants asperger en prise en charge ?

« Non ».

CO-OP

1. Avez-vous été formée à la méthode CO-OP ?

→ Par qui ? Combien de jours nécessite la formation ?

« Oui, il faut suivre une formation de trois jours à l'ANFE : deux jours pour être formé et une pour consolider. J'ai également suivi une journée en plus pour être formatrice et une journée en tant que stagiaire car ma tutrice y était inscrite ».

2. Pour quel type de population appliquez-vous la méthode CO-OP ?

« J'applique cette méthode pour des enfants ayant des troubles des apprentissages, TDC, autisme, retard sans diagnostic, adultes et enfants ayant eu un AVC, paralysie cérébrale ».

3. Comment organisez-vous vos séances ?

→ Durée, séance collective ou individuelle si même objectif, matériel

→ Sur 10 séances ?

→ Temps ?

→ Protocole à suivre ?

« Les objectifs sont fixés au début de la prise en charge. Deux objectifs par séance sont travaillés ou les trois, cela dépend mais j'en travaille généralement deux. Les séances durent 1h mais toute la séance n'est pas consacrée à CO-OP, je travaille d'autres modalités à côté. Les séances sont individuelles ».

« Il ne faut pas de matériel spécifique ».

4. Avez-vous besoin uniquement de 10 séances ?

« Oui, 10 ou plus, cela dépend de l'enfant. On élargit en fonction des besoins de l'enfant ».

5. Une fois que les buts ont été fixés, comment se déroule les autres séances ?

« On travaille 2 objectifs ou plus par séance après un apprentissage de la stratégie globale, puis guidance verbale pour identifier les stratégies spécifiques ».

6. Sur quels principes de la méthode vous appuyez-vous ?

→ Stratégies globales, spécifiques, découverte guidée

« J'utilise la guidance verbale comme outil principal, la stratégie globale en début de prise en charge et la stratégie spécifique pour guider l'enfant lorsqu'il est en difficulté ».

7. Les enfants arrivent-ils à transférer et générer les acquis dans d'autres situations ?

→ Au bout de combien de séances généralement ?

« Cela dépend de l'enfant et des objectifs ».

8. Formez-vous les parents ?

→ Les professeurs ?

« Non car en libéral c'est difficile de voir les parents, je leur envoie un mail pour leur expliquer la démarche ».

« Non, car nous avons très peu de contact avec eux mais cela serait intéressant ».

9. Le fait que l'enfant détermine ses activités qui lui posent problème, cela permet-il de favoriser son engagement lors des séances ?

« Oui, c'est l'un des points clé de CO-OP ».

10. Quels sont les bénéfices qu'apporte l'approche CO-OP ?

« Permet de valoriser l'enfant car il trouve lui-même les solutions. Ce n'est pas l'enfant qui n'est pas capable de, mais la stratégie qu'il utilise qui n'est pas la meilleure ».

11. Pensez-vous que cette méthode puisse être appliquée aux enfants Asperger ?

→ Pourquoi ?

« Oui, car ils ont les capacités cognitives nécessaires. D'ailleurs plusieurs articles existent sur ce sujet ».

Conclusion

12. Avez-vous des éléments à rajouter ?

« Non. Je trouve cela bien que les étudiants s'y intéressent de plus en plus ».

Remerciements

ANNEXE IV QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Syndrome d'Asperger et la méthode CO-OP

Bonjour,

Actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse, je réalise un questionnaire dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Celui-ci s'intéresse aux bénéfices de la méthode CO-OP sur les activités significatives des enfants ayant un syndrome d'Asperger. C'est dans le cadre de ce travail de recherche que je me permets de vous solliciter.

Ce questionnaire est composé de 17 questions et vous prendra environ 15 minutes. Pour des raisons de confidentialité, celui-ci restera anonyme.

Une réponse avant le 31 mars 2018 est souhaitée.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez consacrer à remplir ce questionnaire.

Je me tiens à votre disposition pour d'éventuelles informations : leonie.crpt@gmail.com

***Obligatoire**

1. Adresse e-mail *

Le syndrome d'Asperger

Est une forme d'autisme. Les enfants porteurs de ce syndrome présentent des difficultés dans les interactions sociales, la communication ainsi que dans les comportements ou intérêts restreints et répétitifs. Ils ont souvent des maladresses motrices mais ne présentent pas de retard intellectuel et langagier.

2. Avez-vous des enfants autistes présentant un syndrome d'Asperger en prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

3. Comment qualifieriez-vous votre expérience auprès d'enfants autistes avec un syndrome d'Asperger ?

Une seule réponse possible.

Rare

Ponctuelle

Régulière

Autre : _____

4. Quelle est leur moyenne d'âge ?

Plusieurs réponses possibles.

0 - 3 ans et 6 mois

3 ans et 7 mois - 6 ans et 6 mois

6 ans et 7 mois - 14 ans et 6 mois

14 ans et 7 mois - 18 ans

Plus de 18 ans

La méthode CO-OP (Cognitive Orientation for daily Occupational Performance)

C'est une technique permettant l'amélioration des habiletés motrices chez un enfant présentant un trouble d'acquisition de la coordination (TAC) afin qu'ils puissent trouver eux-mêmes des solutions au travers de stratégies cognitives et de découvertes guidées.

5. Connaissez-vous la méthode CO-OP ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Êtes-vous formé (e) à la méthode CO-OP ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Si OUI, de quelle manière avez-vous été formé (e) à la méthode CO-OP ?

Une seule réponse possible.

- Par une formation
 Par le biais d'une tierce personne
 Par documentation et/ou littérature
 Autre : _____

8. Si OUI, pour quel type de population appliquez-vous la méthode CO-OP ?

La méthode CO-OP et syndrome d'Asperger

Les points clés de la méthode CO-OP : L'enfant identifie et verbalise 3 activités qui lui posent problème dans son quotidien. Il apprend à utiliser la stratégie de résolution de problème pour ensuite transférer ce qui a été appris lors des séances dans d'autres acquisitions de vie quotidienne.

9. Parmi les enfants Asperger que vous avez en prise en charge, certains présentent-ils des troubles moteurs ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

10. Parmi les enfants Asperger que vous avez en prise en charge, certains présentent-ils des troubles praxiques ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. Quelle(s) activité(s) de vie quotidienne pose(nt) problème aux enfants Asperger?

Plusieurs réponses possibles.

- La préparation des repas
- La prise des repas
- L'habillage et le déshabillage
- La toilette
- Aller aux toilettes
- Les déplacements (transports en commun, voiture)
- Faire des courses (alimentaire ou autres)
- Autre : _____

12. Expriment-ils des souhaits d'amélioration par rapport aux difficultés qu'ils rencontrent dans les activités quotidiennes ?

Une seule réponse possible.

- Tous
- Quelques uns
- Aucun
- Autre : _____

13. Pensez-vous que la méthode CO-OP pourrait-être appliquée aux enfants présentant un syndrome d'Asperger ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. Si OUI ou NON, pourquoi ? *

15. Dans quel pays exercez-vous votre profession ? *

16. Où exercez-vous votre profession ? *

Une seule réponse possible.

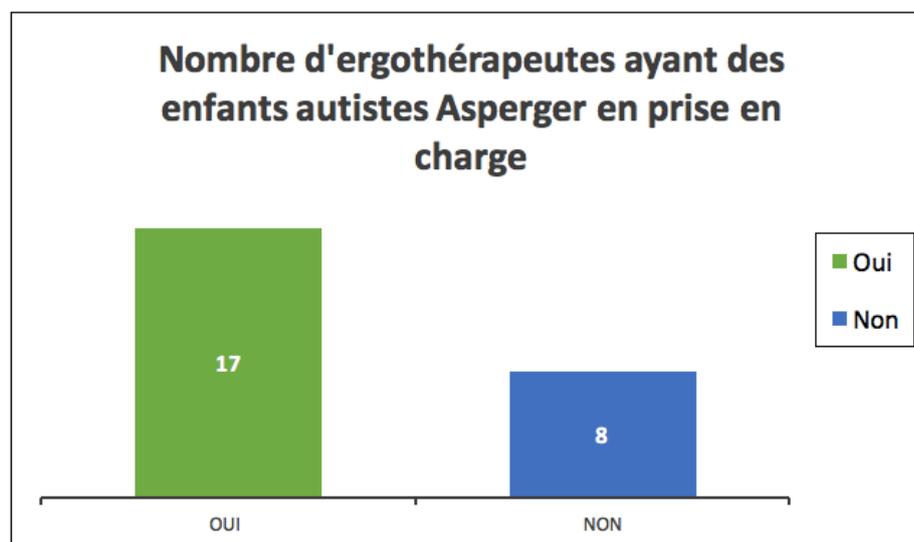
- En libéral
- En structure
- En mi-temps : structure / libéral
- Autre : _____

17. Depuis combien d'année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat d'ergothérapie ? *

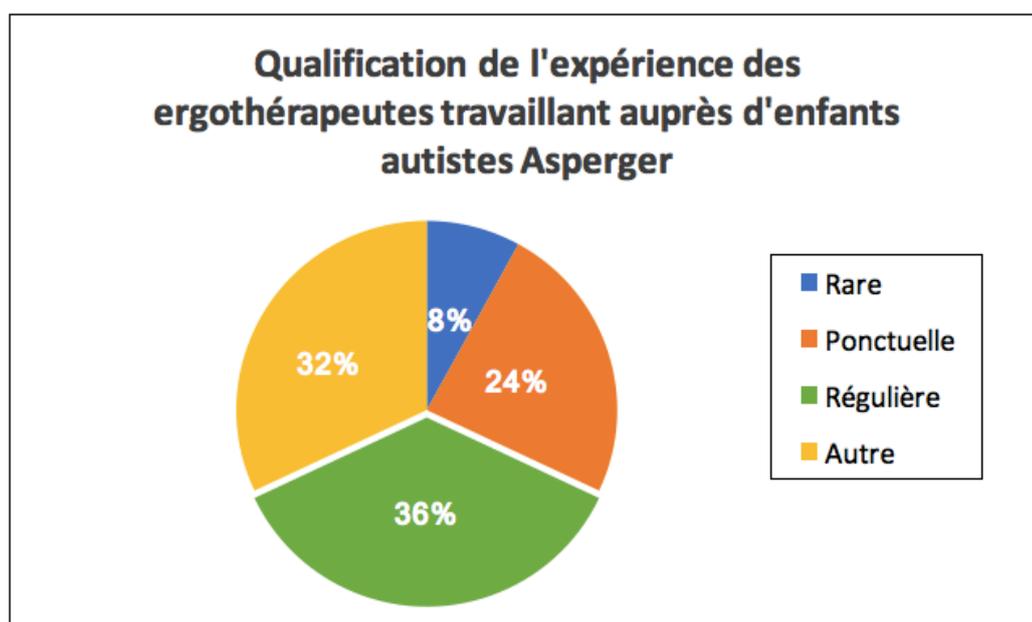
ANNEXE V RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

Le syndrome d'Asperger

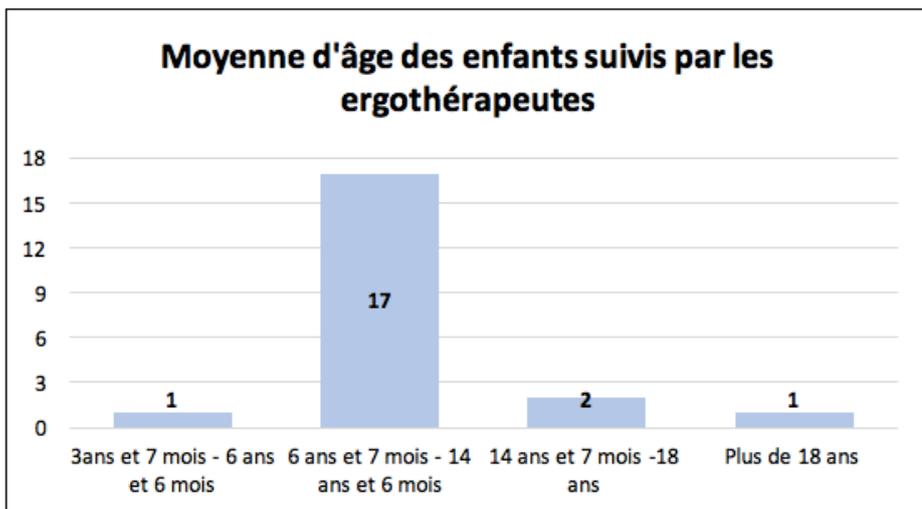
Question n°1 : « Avez-vous des enfants autistes présentant un syndrome d'Asperger en prise en charge ? »



Question n°2 : « Comment qualifieriez-vous votre expérience auprès d'enfants autistes avec un syndrome d'Asperger ? »

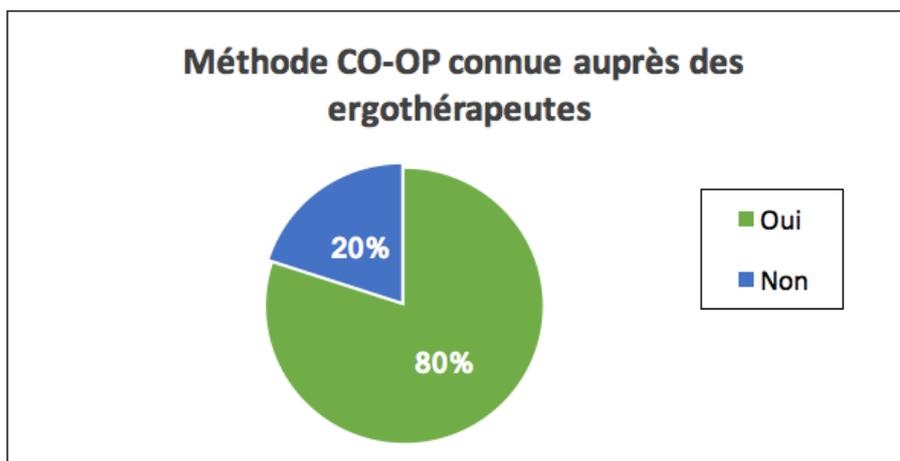


Question n°3 : « Quelle est leur moyenne d'âge ? »

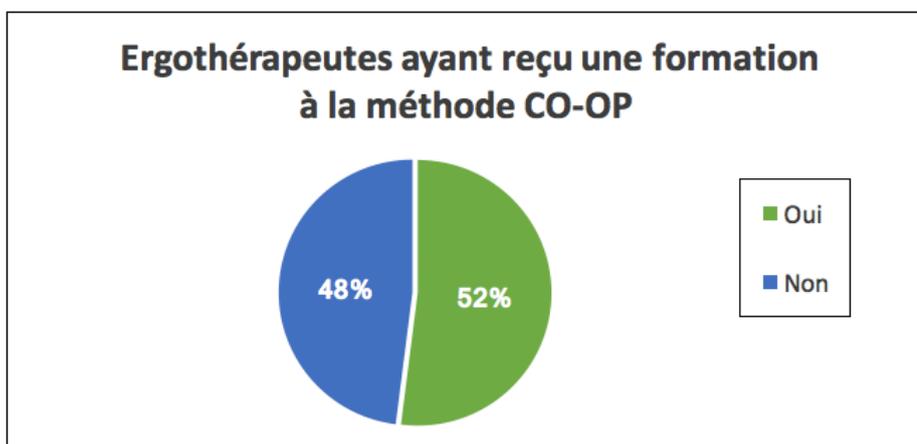


La méthode CO-OP

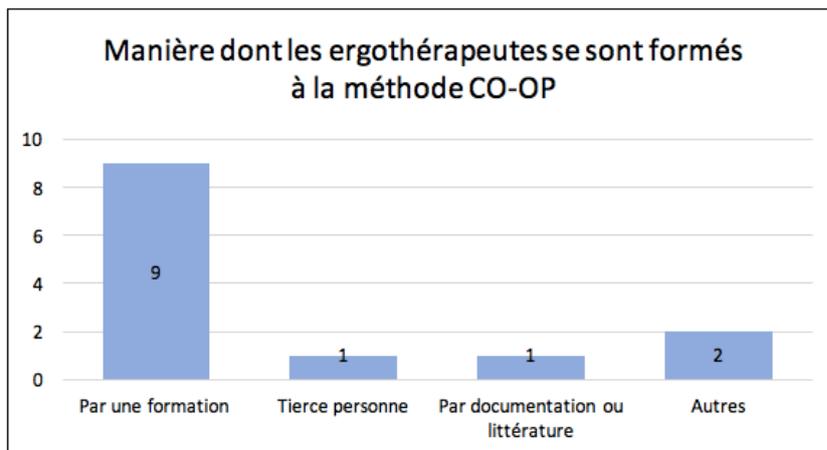
Question n°4 : « Connaissez-vous la méthode CO-OP ? »



Question n°5 : « Êtes-vous formé(e) à la méthode CO-OP ? »



Question n°6 : « Si OUI, de quelle manière avez-vous été formé(e) à la méthode CO-OP ? »

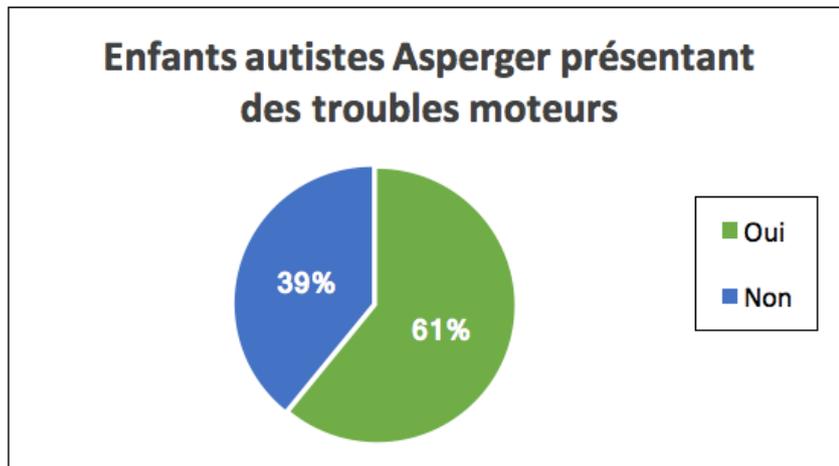


Question n°7 : « Si OUI, pour quel type de population appliquez-vous la méthode CO-OP ? »

Ergothérapeutes formés	Justification
1	Toutes. Dans ma pratique plutôt troubles dys
2	Enfants avec des troubles des apprentissages
3	Enfants avec troubles des apprentissages, TDAH, TDC, haut potentiel
4	Je commence juste, plutôt dyspraxiques
5	Enfants dyspraxiques
6	Enfants
7	Enfants qui utilisent beaucoup le canal verbal et qui ont des difficultés de planification motrice
8	Pédiatrique et adulte
9	Trouble de la coordination
10	Tout type de PEC
11	Les enfants dys et en rééducation post AVC ou TC
12	TAC, cérébro-lésés...
13	Enfants et adultes

La méthode CO-OP et le syndrome d'Asperger

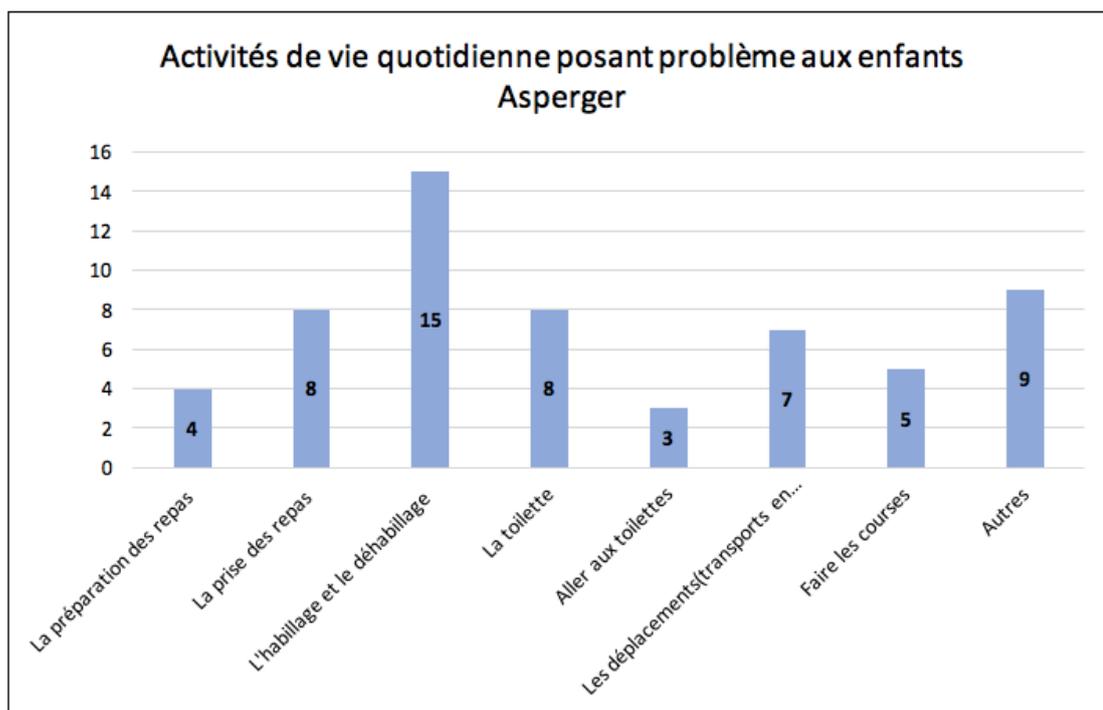
Question n°8 : « Parmi les enfants Asperger dont vous avez la prise en charge, certains présentent-ils des troubles moteurs ? »



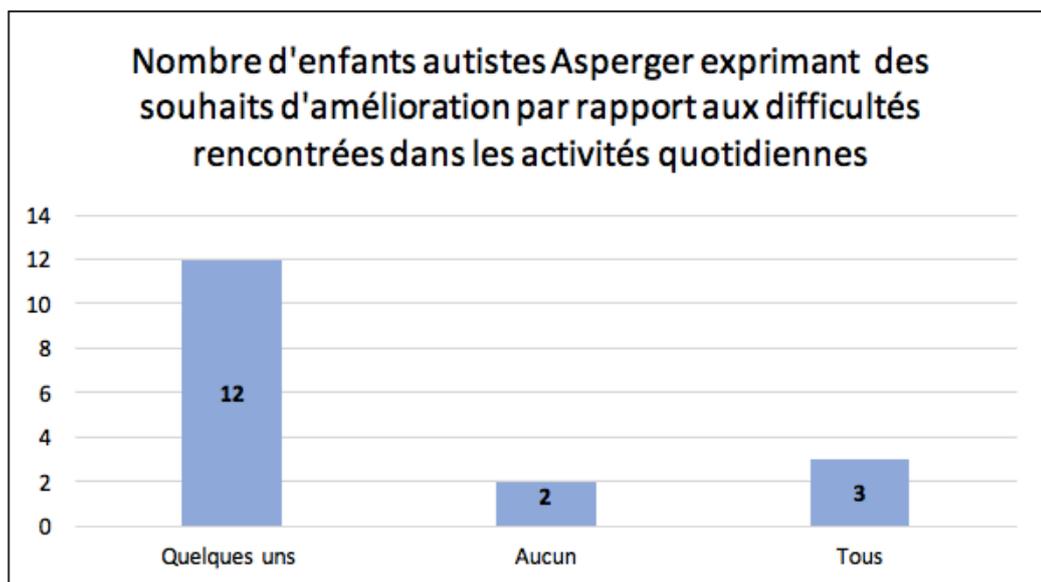
Question n°9 : « Parmi les enfants Asperger dont vous avez en prise en charge, certains présentent-ils des troubles praxiques ? »



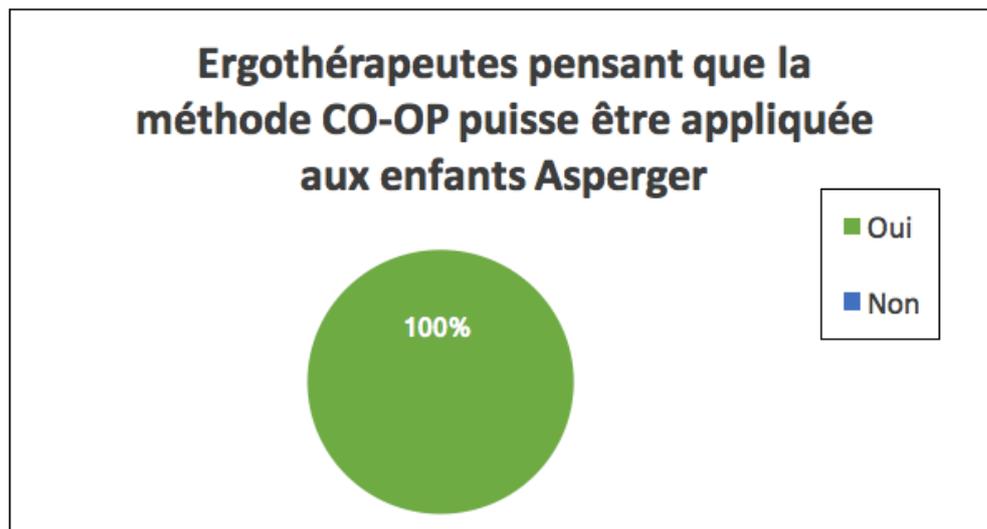
Question n°10 : « Quelle(s) activité(s) de vie quotidienne pose(nt) problème aux enfants Asperger ? »



Question n°11 : « Expriment-ils des souhaits d'amélioration par rapport aux difficultés qu'ils rencontrent dans les activités quotidiennes ? »



Question n°12 : « Pensez-vous que la méthode CO-OP pourrait-être appliquée aux enfants présentant un syndrome d'Asperger ? »

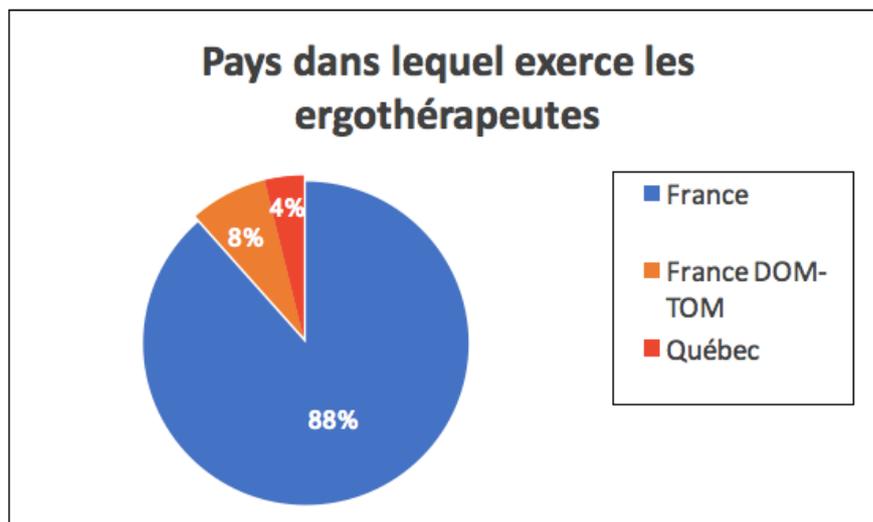


Question n°13 : « Si OUI ou NON, pourquoi ? »

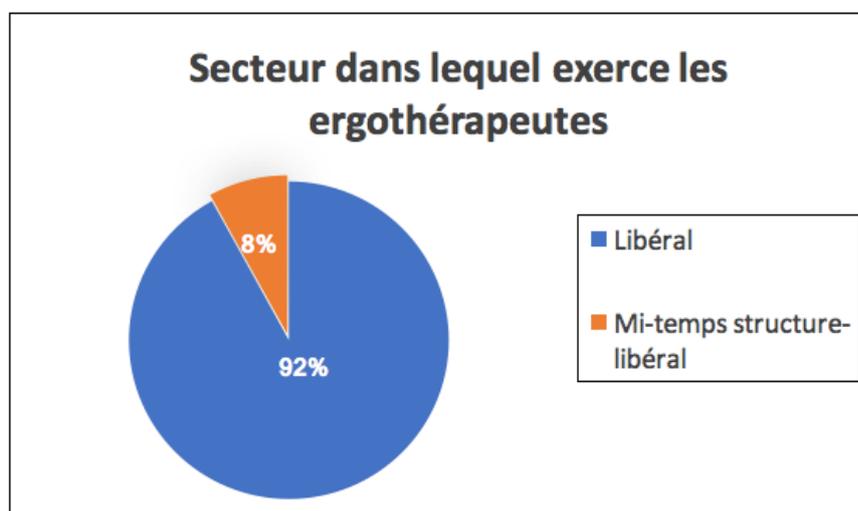
Ergothérapeute	Justification
1	Je ne connais pas assez cette méthode
2	Prise en compte des motivations de l'enfant
3	CO-OP convient à tout le monde
4	Parce qu'ils ont cette capacité d'avoir du recul sur eux, d'analyser le problème et de faire un travail sur eux avec notre soutien et notre guidage bien évidemment. Cette méthode est tout à fait adaptée à cette population
5	Ce sont des enfants qui ont un langage oral de bonne qualité et dont on peut s'appuyer pour la compréhension de cette méthode
6	Variable selon les profils des jeunes mais au cas par cas, si une motivation arrive à émerger
7	Le transfert des acquis dans d'autres activités est possible
8	Mais difficile de transférer les acquis des séances dans la VQ
9	Car niveau cognitif suffisant
10	Déjà plus ou moins réalisé sans utiliser la méthode CO-OP par manque de formation
11	Car canal verbal très développé chez ces enfants
12	Pour acquérir des habiletés de la vie quotidienne
13	Ne connais pas la méthode, je suis ouvert aux possibilités offertes
14	Leur permettre de mobiliser des solutions qui leur corresponde reste le meilleur moyen qu'elles soient investies
15	Pertinence de l'approche top-down qui convient bien à ce type de public
16	Pourrait correspondre à certains enfants peu réceptifs aux méthodes traditionnelles
17	Applicable pour tous types d'enfants
18	Oui si l'enfant à pleinement conscience de ses difficultés et veut être

	acteur dans sa rééducation
19	Normalement la méthode ne fonctionne pas sur les déficiences intellectuelles, mais un enfant Asperger a de bonnes capacités. Je pense donc que cette méthode lui permettrait de réaliser les activités avec son propre raisonnement
20	Parce que j'utilise cette méthode avec les enfants présentant un syndrome d'Asperger et ça participe à l'amélioration de leur performance occupationnelle
21	C'est une méthode utilisable, parmi d'autres
22	Tout dépend l'âge de l'enfant et sa maturité à exploiter le concept
23	La stratégie de résolution de problème me semble pertinente auprès de cette population
24	Parce qu'ils ont de bonnes compétences cognitives et pourront entrer dans une démarche de résolution de problème assez facilement
25	Le plus difficile sera de trouver des activités qu'ils souhaitent améliorer, mais ils ont la capacité de formuler le plan

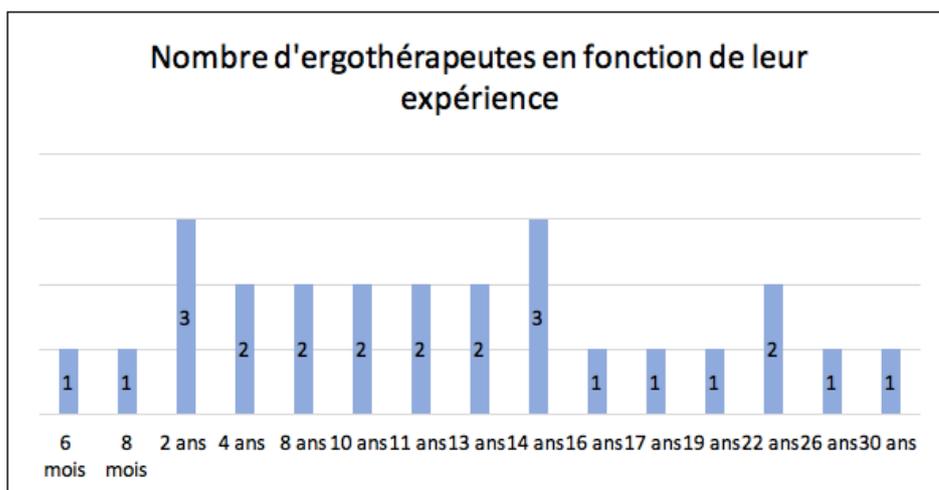
Question n°14 : « Dans quel pays exercez-vous votre profession ? »



Question n°15 : « Où exercez-vous votre profession ? »



Question n°16 : « Depuis combien d'année(s) avez-vous obtenu votre diplôme d'État d'ergothérapie ? »



Question n°17 : « Avez-vous des remarques ou commentaires ? »

Ergothérapeutes X	Remarques
X1	Je veux bien ton mémoire à la fin et bon courage :)
X2	La méthode CO-OP est une méthode que je commence à appliquer dans ma pratique ayant été formée depuis peu (consolidation en déc 2017). Je la mets en place auprès d'enfants et adultes dont j'ai la charge pour les aider dans la résolution des problèmes que génèrent certaines activités comme le maniement des outils scolaires et les lacets pour les enfants, les AVQ pour les adultes. Force est de constater avec ma petite expérience que cette méthode peut s'appliquer à presque tous les publics mais qu'elle est particulièrement aidante et efficace avec les personnes avec un bon niveau verbal, une bonne compréhension et un recul sur soi. Je la teste actuellement sur des enfants avec TSA (sans diagnostic Asperger) et cela s'avère plus compliqué pour certains.
X3	Attention aux changements de nomenclatures : La terminologie Asperger n'existe plus dans le DSM-5 en tant que tel. Il fait partie du trouble du spectre autistique à forme légère. Idem pour TAC qui devient TDC.
X4	Méthode intéressante que je réalise en séance mais sans suivre le protocole strict et certainement les évaluations associées. Je suis intéressée pour lire ton mémoire.
X5	Je trouve que l'approche CO-OP correspond bien à l'ergothérapie, dans le sens de donner de l'autonomie aux personnes. Elle peut s'appliquer dans les groupes d'enfants (Asperger entre autres), par le biais de marionnettes qui aident à rappeler le « plan-do-check ».
X6	Je connais cette méthode que de nom. Depuis votre demande, je me documente, ce qui pourrait modifier mon approche dans certaines situations. Je serais ravi de pouvoir consulter votre thèse quand elle sera achevée. Bon courage.

X7	Je n'ai pas assez d'expérience pour avoir un avis tranché. Il semblerait intéressant d'expérimenter ce programme avec un échantillon pour avoir des résultats plus représentatifs.
----	--

SYNDROME D'ASPERGER ET MÉTHODE CO-OP

CARPENTIER Léonie

Résumé :

La méthode CO-OP (Cognitive Orientation for daily Occupational Performance) a été initialement créée pour des enfants ayant un trouble développemental de la coordination (TDC) et présentant des difficultés motrices et praxiques afin d'améliorer la performance dans leurs activités. Les personnes présentant un syndrome d'Asperger peuvent présenter également ces difficultés. Les objectifs de cette étude sont de montrer que cette méthode peut également être utilisée pour des enfants Asperger et qu'elle permet d'améliorer leurs performances dans les activités de vie quotidienne.

Un questionnaire de recherche a été élaboré pour les ergothérapeutes exerçant en libéral. Les résultats révélèrent que tous les ergothérapeutes interrogés ont affirmé que cette méthode pouvait être appliquée aux enfants Asperger et certains ont ajouté qu'elle permettrait d'améliorer leurs performances dans leurs activités.

Ce type de méthode n'est pas seulement utilisée pour les enfants TDC mais elle s'applique également à d'autres population. Cependant, la taille de l'échantillon était limitée.

Mots clés : Syndrome d'Asperger - Méthode CO-OP - Activités de la vie quotidienne (AVQ) - Ergothérapie

Asperger syndrome and CO-OP method.

Abstract :

The CO-OP (Cognitive Orientation for daily Occupational Performance) method was initially created to improve activities performance of children with developmental coordination disorder (DCD). People with Asperger syndrome may present similar disorders. The goals of this study were to show that the method can also be used for this population and that it enables them to improve their performance in activities of daily living (ADL). A research survey was elaborated for private sector occupational therapists. Results showed that the method could be applied to this population, and that it would enable the improvement of their ADL. The CO-OP method can also be applied to other populations. However, the size of the cross section was limited.

Keywords: Asperger syndrome - CO-OP Method - Activity of daily living (ADL) - Occupational Therapy