



Institut de Formation

En

Ergothérapie

- TOULOUSE -



# Etude d'un outil validé d'analyse d'activité en ergothérapie auprès d'enfant de 0 à 6 ans ayant un TSA

Apport du Perceive Recall Plan Perform assessment dans la pratique de l'ergothérapie

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6

**Référent méthodologie :** Maëlle BIOTTEAU

**Référent terrain :** Elisa TINON

Léonore ROZE

Mai 2019

Promotion 2016-2019



## **Les remerciements**

La rédaction de ce mémoire de fin d'étude n'aurait pas été possible sans les différentes personnes qui m'ont entouré depuis plus d'un an maintenant et que je tiens à remercier :

Ma référente méthodologique, Maëlle BIOTTEAU, pour son accompagnement, ses conseils avisés et sa disponibilité qui m'ont permis la réalisation de ce mémoire.

Elisa TINON, ma référente terrain pour son soutien, les nombreux appels téléphoniques que nous avons effectués, les commentaires laissés tout au long de la rédaction de ce mémoire, sa disponibilité et son expérience qui ont permis d'alimenter ma réflexion tout au long de travail.

Les deux ergothérapeutes ayant acceptés mes entretiens, merci pour le temps que vous m'avez accordé et la qualité de vos réponses.

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie pour son accompagnement pendant ces 3 années et notamment Claire Villepinte pour ses connaissances sur le PRPP.

Mes différents tuteurs, ergothérapeutes et aux équipes qui m'ont accueilli et accompagné en stage. Vous m'avez permis de devenir l'ergothérapeute curieuse, motivée et passionnée que je pense être devenue à l'issue de ces 3 années.

Mes ami(e)s de Toulouse, les milliers de débats que nous avons eu pendant ces 3 ans ont nourris mes réflexions et m'ont poussé à avoir cet esprit critique qui, je pense, me seront utile tout au long de ma carrière. Merci pour vos conseils et vos encouragements tout au long de ce mémoire.

Un remerciement tout particulier à ma famille qui a toujours été là pour moi. Merci pour votre soutien, les relectures et les conseils apportés qui m'ont été d'une grande aide.

Enfin, merci à toi Quentin, pour ta patience, tes encouragements et conseils pendant ces trois années.

# Sommaire

Les remerciements .....	3
Sommaire.....	4
Préambule .....	6
1. Cadre contextuel.....	7
1-1 L'autisme.....	7
1-1-1 Généralités .....	7
1-1-2 Diagnostic .....	8
1-1-3 Troubles occupationnels associés .....	10
1-2 Contexte Politique .....	11
1-2-1 Les différents plans Autisme .....	11
1-2-2 Le 4ème plan autisme (2018-2022) .....	12
1-2-3 Impact sur la profession d'ergothérapeute .....	13
1-3 L'analyse d'activité en ergothérapie .....	14
1-3-1 L'évaluation du jeune enfant de 0 à 6 ans. ....	14
1-3-2 Place de l'analyse d'activité dans la Pratique de l'ergothérapie.....	15
1-3-3 Outils disponibles d'analyse d'activité standardisés et validés .....	15
1-4 Le Perceive Recall Plan Perform assessment (PRPP).....	17
1-4-1 Un outil d'analyse client-centré.....	17
1-4-2 Une analyse en deux étapes .....	18
1-4-3 Validation et articles scientifiques .....	18
1-4-4 Formation des ergothérapeutes français .....	19
1-4-5 Outils et intervention en lien avec le PRPP assessment .....	19
1-5 Formulation de la problématique théorique .....	19
2. Cadre pratique.....	20

2-1	Méthodologie .....	21
2-1-1	Population .....	21
2-1-2	L'entretien semi-dirigé .....	22
2-1-3	Construction de la trame d'entretien.....	22
2-1-4	Réalisation des entretiens.....	23
2-1-5	Traitement des données .....	23
2-1-6	Limites .....	24
2-2	Résultats et Interprétation.....	24
2-2-1	Analyse de l'entretien A .....	24
2-2-2	Analyse de l'entretien B .....	26
2-2-3	Analyse globale des deux entretiens .....	28
2-2-4	Liens avec les indicateurs relatifs aux quadrants du PRPP .....	30
3.	Discussion et explicitation la Question de recherche finale .....	31
4.	Formulation des hypothèses .....	33
5.	Perspective d'un futur travail de recherche .....	33
5-1	Participants .....	34
5-2	Instrument de mesure et méthodologie .....	34
	Conclusion .....	35
	Bibliographie .....	37
	Table des Annexes.....	43

## Préambule

C'est dès le début de ma première année à l'institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, Que j'ai pu découvrir l'occupation. Une vie est semée d'occupations, ces dernières peuvent nous apporter du plaisir, de la satisfaction ainsi que le sentiment « d'être productif ». Finalement « le contexte fait l'occupation », l'environnement et l'occupation sont deux notions indissociables l'une de l'autre. C'est ainsi que le 12 septembre 2016, moins de deux semaines après notre entrée en formation d'ergothérapie on nous a expliqué que « *Pour exercer l'ergothérapie, il faut disposer de moyens de comprendre les occupations... Il faut être en mesure de les analyser... Cette analyse permet de saisir en quoi l'action pose problème aux usagers et en quoi la réalisation d'activité va, dans telle ou telle circonstance, favoriser la performance, l'engagement occupationnel et finalement la participation.* » (JM Caire cite Meyer, 2013, p195) et il nous a été demandé d'analyser l'activité d'un de nos camarades de promotion.

Au cours de ces trois années de formation, de nombreux outils pour nous guider dans l'analyse d'activités nous ont été présentés. L'un d'entre eux m'a particulièrement marqué : le Perceive, Recall, Plan, Perform assessment (PRPP assessment). Cet outil est en adéquation de ma vision de l'ergothérapie : une approche occupation centrée, top-down, non normée et qui permet à la personne observée de s'engager pleinement dans son activité. J'ai également réalisé en 2<sup>ème</sup> année une conduite de projet autour de l'expérimentation de l'approche CO-OP. Ce projet m'a permis de confirmer l'importance de l'observation de la personne en activité pour l'intervention qui en découle.

En parallèle, le contexte politique en santé fut riche sur ces 3 dernières années. L'annonce du « 4<sup>ème</sup> plan autisme » a été marquante pour le monde de l'ergothérapie, notamment par le biais de l'annonce de la mise en place d'un forfait d'intervention précoce qui prévoit de rembourser, dans certaines conditions, des actes en ergothérapie. Je me suis alors questionnée sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population et notamment auprès des tous petits. J'ai donc décidé de commencer par les premières actions de l'ergothérapeute : l'évaluation. Et quoi de mieux que l'analyse d'activité en milieu écologique pour débiter une évaluation en ergothérapie ?

Ainsi une première partie sera consacrée à l'explicitation du contexte actuel dans lequel évolue les enfants atteints de troubles du spectre autistique, la place de l'analyse d'activité dans la pratique de l'ergothérapie et la présentation de quelques outils validés. Cette première partie permettra de poser

une première problématique. La description de la méthodologie de l'enquête pré-exploratoire sera ensuite expliquée afin de pouvoir poser la question de recherche finale. Des hypothèses et une proposition de méthodologie de recherche seront alors proposées et discutées.

## **1. Cadre contextuel**

### **1-1 L'autisme**

#### **1-1-1 Généralités**

Aujourd'hui, les troubles du spectre autistique concernent en France 700 000 personnes, dont 100 000 enfants (Dossier de presse du Secrétaire d'état chargée des personnes handicapées, 2018 cite Institut Pasteur, 2016).

Le terme autisme vient du grec « auto » qui signifie « soi-même » et du suffixe « isme » qui signifie « particularité ». Ce terme a été employé pour la première fois en 1911 par Bleuet pour nommer le retrait relationnel chez certains jeunes schizophrènes. Léo Kanner, en 1943, reprend ce terme pour décrire ce qu'il appelle l'autisme infantile : « maladie rare, caractérisée par des difficultés à interagir avec autrui, des problèmes sévères du langage et une peur du changement ». L'autisme devient alors un trouble à part entière.

Depuis, la définition de l'autisme a évolué, l'autisme n'est plus considéré comme étant rare. Il n'est d'ailleurs plus considéré comme étant une maladie mentale : c'est un dysfonctionnement neurologique qui affecte tous les aspects du développement et qui entraîne des déficiences et des situations de handicap. Le terme « troubles du spectre autistique » (ou TSA) est aujourd'hui préféré que ce soit dans la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10) ou dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>ème</sup> édition (DSM-V) afin d'insister sur le caractère hétérogène des tableaux cliniques de ces personnes. Selon le DSM-V le «trouble du spectre de l'autisme» est donc un trouble neuro-développemental caractérisé par des «déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés» et un «caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités» (DSM-V, 2013). La sévérité de ce trouble dépend du niveau de dépendance de la personne sur ces deux versants. Les symptômes sont présents dès les premières étapes du développement, cependant l'impact de ces symptômes dépendent étroitement du contexte dans lequel évolue l'enfant. Ainsi tant que les demandes sociales n'excèdent pas les capacités de la personne ou que la personne

parvient à mettre en place des stratégies de compensation, l'impact des symptômes sur la vie quotidienne peut-être plus ou moins important (HAS, 2018).

### **1-1-2 Diagnostic**

Selon le dernier argumentaire scientifique de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les dernières recommandations de 2018, la démarche diagnostique (voir Annexe 1) dans le cadre de l'autisme débute le plus souvent par la détection de signes d'alertes. Cette détection est le fruit d'observations de la part des parents, des professionnels de santé, des équipes éducatives (HAS, 2018). Lorsque des signes d'alertes ont été repérés, il est recommandé d'orienter l'enfant et sa famille vers le médecin traitant de l'enfant ou le médecin du centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) afin de réaliser une consultation dédiée. C'est lui, qui, de par les informations données par les parents, va orienter l'enfant vers une équipe spécialisée, dite de 2<sup>ème</sup> ligne, formée aux troubles neuro-développementaux.

Des outils de dépistages existent pour guider le médecin lors de cette consultation dédiée. Pour les enfants de 0 à 18 mois, il existe le Check-List for Autism in Toddler (CHAT), la version améliorée de ce dernier (le M-CHATs) ou encore l'échelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA) qui existe pour les nourrissons.

Si les suspicions de troubles du spectre autistique sont confirmées lors de cette consultation, la famille est orientée vers les professionnels de 2<sup>ème</sup> ligne (HAS, 2018). En attendant cette consultation, l'enfant peut être orienté pour des bilans vers des professionnels paramédicaux pour des bilans (orthoptiste, oto-rhino-laryngologiste (ORL), orthophonistes, Psychomotricien, Ergothérapeute...). Les délais pouvant être relativement longs, des suivis (orthophoniques ou psychomoteurs par exemple) peuvent débuter avant la consultation dédiée. Avant cette consultation, les professionnels ayant réalisé des bilans et/ou débuté des suivis envoient leurs synthèses des bilans et/ou de l'évolution de l'enfant depuis le début du suivi à l'équipe spécialisée. Ces différentes synthèses permettront à l'équipe de 2<sup>ème</sup> ligne de compléter l'évaluation de l'enfant par des bilans multi professionnels spécifiques et de poser un diagnostic.

Le diagnostic dans le cadre des troubles du spectre de l'autisme comporte 3 volets : le **diagnostic nosologique**, le **bilan fonctionnel** individualisé et la **recherche de pathologies associées** (ministère des solidarités et de la santé, 2017).

### Le diagnostic nosologique

Le diagnostic nosologique consiste à nommer le trouble présent chez l'enfant comme étant un trouble du spectre autistique. Ce diagnostic se base sur les critères du DSM-V en attendant la publication de la CIM-11 (HAS, 2018). Ce diagnostic est posé par un médecin, accompagné d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les troubles neuro-développementaux. Jusqu'à récemment, le diagnostic reposait sur 3 grands groupes de symptômes appelé la Triade autistique. Cependant, en 2013, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder a été réédité et les symptômes caractéristiques des troubles du spectre autistique ont été remaniés. Cette réédition a permis une prise en compte plus importante des particularités sensorielles de ces enfants. De plus l'ancienne triade autistique a été regroupée en deux groupes de symptômes : la dyade autistique (voir Annexe 2). Chaque symptôme décrit par la dyade doit être spécifié d'un degré de sévérité (Voir Annexe 3).

Pour affirmer un diagnostic nosologique de TSA, des outils de diagnostics existent pour aiguiller le médecin : le Childhood Autism Rating Scale (CARS), l'autism diagnostic Interviewed-Revised (ADI-R), la batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnel (BECS) ou encore le Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-II).

Cependant, la pose du diagnostic nosologique seule ne suffit pas. Comme le sous-entend l'expression « Spectre du trouble autistique », les tableaux cliniques et le degré de sévérité des troubles diffèrent fortement d'un enfant à l'autre. Ainsi pour un accompagnement holistique de la personne, des recherches complémentaires doivent être effectuées, c'est ce qu'on appelle le **bilan fonctionnel**.

### Le bilan fonctionnel

Le diagnostic nosologique doit être complété en parallèle, dans un délai de 3 mois par le bilan fonctionnel (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Il correspond aux évaluations qui permettent d'avoir une meilleure vision du patient et de mettre en exergue ses points forts et ses difficultés. Il est communément effectué par l'orthophoniste, le psychomotricien et le psychologue mais des évaluations par des ergothérapeutes, par les éducateurs spécialisés ou encore par les enseignants peuvent également être demandées. C'est dans cet objectif que peuvent être prescrits les bilans en ergothérapie. Les comptes rendus de bilans peuvent donc servir à compléter ou à préciser un diagnostic nosologique et doivent donc être rédigés dans ce sens.

### Recherche de pathologies associées

Enfin, une recherche de pathologies associées doit être effectuée chez les personnes ayant un TSA. En effet, 45 à 85% d'entre eux souffrent de troubles du sommeil, 70% ont un retard mental léger à sévère (HAS 2010), entre 5 et 40% souffrent d'épilepsie (Canitano, 2007). Un déficit sensoriel ou un syndrome génétique peut également être présent.

Actuellement, le diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme est posé entre 5 et 6 ans (Secrétariat d'Etat auprès du premier ministre chargé des Personnes Handicapées, 2018) or, selon la littérature, la pose de diagnostic est possible dès l'âge de 2 ans (Howling et Moore, 1997 ; Baird 2003).

#### **1-1-3 Troubles occupationnels associés**

Il est important de comprendre quelles sont les difficultés occupationnelles de ces enfants ayant un TSA. En effet, selon le « *Occupational Performance Model (Australia)* » (OPA-M), l'ergothérapeute évalue la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne importante ou nécessaire pour la personne dans son milieu de vie et dans un laps de temps adapté (Morel-Bracq, 2017), dans le but d'améliorer la performance occupationnelle. Ainsi si l'on suit la terminologie du OPM-A ( Voir Annexe 4) la performance occupationnelle est décrite comme étant : « *La capacité à percevoir, se rappeler, planifier et exécuter les rôles, routines, tâches, et sous tâches nécessaires ou souhaitées dans l'objectif de réaliser les activités liées aux soins personnels, de la production, des loisirs ou de repos en réponse aux exigences de l'environnement interne et/ou externe et de manière à éprouver de la satisfaction ou à satisfaire une tierce personne significative.* »

Ce modèle conceptuel dénombre 8 constructions fondamentales, toutes étant étroitement reliées les unes entre elles : la performance occupationnelle, les rôles, les domaines d'actions, les composantes d'actions, les éléments fondamentaux, l'environnement, l'espace et le temps.

Dans le cadre des TSA, tous les domaines d'actions peuvent être touchés : les activités de soins personnels, productives, de loisirs et de repos. L'impact sur ces derniers dépendra de l'environnement de la personne et de la sévérité de ses troubles.

Les activités de soins personnels sont généralement impactées. En effet, 70% des personnes ayant un TSA présentent une sélectivité alimentaire (Volkert et Vaz, 2010). Les occupations liées aux temps de repas vont donc être affectées. De même, les troubles sensoriels, caractéristiques d'un

trouble du spectre autistique, semblent avoir des impacts directs sur ces activités de soins personnels, notamment en ce qui concerne l'habillement, la toilette (Giacardy P. et al., 2018).

A l'image des difficultés observées dans les soins personnels, on note également des difficultés dans les activités de productivités. En effet, le Ministère des Solidarités et de la Santé, dans son dossier de presse du 6 avril 2018, décrit une baisse de 13% d'élèves autistes entre l'école et le collège (chiffres issus d'une étude du Ministère de l'Education Nationale en 2015). Autrement dit, 13% des élèves autistes scolarisés en primaire décident de ne pas poursuivre leur scolarité en collège. Ces chiffres témoignent de nombreuses difficultés liées à la scolarisation en milieu ordinaire et donc des difficultés dans les activités dites de productivité.

De même, les activités liées aux loisirs sont fortement perturbées par le caractère restreint et répétitif de leurs centres d'intérêt et leurs troubles des interactions sociales réciproques.

Enfin, il faut noter que le domaine d'activité lié le repos est souvent perturbé. L'OPM-A est le seul modèle conceptuel en ergothérapie qui prend en compte les activités de repos. Or les troubles du sommeil font partie des signes d'alertes pouvant faire penser à un trouble du spectre autistique et ce domaine d'activité a donc toute son importance pour cette population. Par conséquent, nombreux sont les enfants avec un TSA qui ont des difficultés à s'endormir, à réaliser des cycles de sommeil complets ou au contraire ceux qui sont sujets à des somnolences diurnes excessives (Cotton et Richdale, 2006).

Ces troubles occupationnels, non exhaustifs, décrits ci-dessus montrent l'intérêt de l'intervention d'ergothérapeutes auprès de cette population et la place essentielle de ces derniers pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant un TSA.

## **1-2 Contexte Politique**

### **1-2-1 Les différents plans Autisme**

En 2005, le gouvernement annonçait la mise en place du 1<sup>er</sup> plan autisme suite à une condamnation par la Cour Européenne pour non-respect des droits des personnes autistes. Ces plans nationaux ont pour objectif de rattraper le retard de la France dans la prise en charge de l'autisme par rapport aux états voisins.

Le premier plan autisme avait pour principale mesure, la création d'un Centre Ressource Autisme (CRA) par région. C'est également ce plan qui a initié l'ensemble des recommandations en matière de dépistage et de diagnostic.

Le second plan autisme (2008-2010) abordait 3 grands axes : une meilleure formation, un meilleur repérage et une diversification des approches.

Le troisième plan autisme (2013-2017) mettait en avant l'importance des prises en charges précoces et ce, dès l'âge de 18 mois. Le bilan de ce troisième plan autisme reste contrasté. Selon le rapport IGAS N°2016-094 (2016) « *il a permis une structuration de la politique publique de l'autisme en France [...] mais les recommandations de bonnes pratiques demeurent contestées dans certains établissements sanitaires et médico-sociaux, et parfois mal appliquées* ».

### **1-2-2 Le 4ème plan autisme (2018-2022)**

Le 4<sup>ème</sup> plan autisme date du 6 avril 2018 et s'étendra jusqu'en 2022. L'état y a mentionné plusieurs engagements.

Le premier engagement consiste à « **remettre la science au cœur de la politique de l'autisme** ». Le but est de mieux comprendre les causes pour trouver des réponses adaptées.

Le second engagement est d'« **intervenir plus précocement auprès de ces enfants** » et pour cela, réduire l'âge de la pose de diagnostic. En effet, actuellement le diagnostic est posé entre 6 et 16 ans pour 45% des cas (rapport IGAS, 2016). Or, selon la littérature, il serait possible de diagnostiquer des formes classiques de l'autisme avant l'âge de 3 ans (Berthoz et al. 2005). De plus, une prise en charge précoce des troubles offrirait une meilleure qualité de vie à ces enfants. Selon l'OMS la qualité de vie est « *un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (Beck et al., 2005). Ainsi, la volonté actuelle serait de repérer les enfants atteints d'autisme dès l'âge de 2 ans. Or la pose de diagnostic est un processus long (entre 6 et 12 mois), période pendant laquelle l'enfant n'est pas encore accompagné par des professionnels paramédicaux. Pour cela, le gouvernement va mettre en place un forfait d'intervention précoce qui permettra aux familles de se faire rembourser des prestations de professionnels de 2<sup>nd</sup> lignes (dont des ergothérapeutes) le temps que le diagnostic soit posé, la MDPH prenant le relais lorsque le trouble est officiellement reconnu. Ce forfait comprendra la réalisation d'un bilan initial et de 35 séances d'intervention. Actuellement,

l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes est en discussion avec le ministère de la Santé afin de convenir des modalités de remboursements. (ANFE, 2019)

Le troisième engagement de l'état est de « **Rattraper notre retard en matière de scolarisation** », l'idée étant qu'un maximum d'enfants atteints de TSA puisse être scolarisé en milieu ordinaire dans les meilleures conditions possibles. Pour cela, l'enfant et l'équipe éducative devront être accompagnés par des professionnels tels que des ergothérapeutes afin de préparer au mieux la scolarisation de ces enfants et de mettre en place les adaptations nécessaires.

Enfin, les deux derniers engagements de l'état sont de « **Soutenir la pleine citoyenneté des adultes** » et « **Soutenir les familles et reconnaître leurs expertises** ». Ces deux engagements n'influençant pas le sujet de mémoire présenté, ils ne seront donc pas développés.

### **1-2-3 Impact sur la profession d'ergothérapeute**

Ces différents plans autisme ont un impact direct sur la profession des ergothérapeutes français.

D'une part, ces plans autisme incitent les ergothérapeutes à effectuer des recherches auprès de cette population. Dans le monde de la recherche en ergothérapie, les articles scientifiques sur l'autisme sont principalement orientés sur des techniques spécifiques de prises en charge et peu sur les évaluations spécifiques à l'ergothérapie à effectuer auprès de ces enfants. Or l'évaluation est un moment clé dans la prise en soin. Actuellement, très peu de bilans standardisés, écologiques et spécifiques à l'ergothérapie existent pour évaluer un patient atteint d'autisme. Toutefois, il existe des bilans non spécifiques à l'ergothérapie fréquemment utilisés tel que le PEP-3 qui permet de mesurer l'âge de développement, le profil sensoriel qui permet de déterminer les particularités sensorielles de l'enfant, le MABC-2 qui évalue les compétences motrices de l'enfant et la NEPSY qui permet d'évaluer le développement sensori-moteur de l'enfant. De plus il faut noter qu'il existe également des évaluations adaptées à la pédiatrie en ergothérapie non spécifiques à l'autisme (l'OT'hope par exemple) mais toutefois adaptées à cette population.

Jusqu'alors les enfants étaient diagnostiqués entre 6 et 16 ans. Par conséquent les enfants étaient fréquemment orientés vers l'ergothérapeute après leur entrée en cycle préparatoire. Avec ces nouvelles mesures et ce nouvel engagement, l'ergothérapeute en libéral devra s'attendre à avoir des patients dès l'âge de deux ans. Les ergothérapeutes en libéraux doivent donc se munir d'outils nécessaires à la mise en place de soin et à l'évaluation d'enfants plus jeune qu'à l'heure actuelle. C'est finalement pour cette raison que le cœur de ce sujet concerne les enfants ayant un TSA de 0

à 6 ans, soit avant leur entrée en CP. Cette tranche d'âge est en effet encore peu investie par les ergothérapeutes français que ce soit en libéral ou en Centre d'action médico-social précoce (CAMSP), du moins, en Occitanie.

### **1-3 L'analyse d'activité en ergothérapie**

#### **1-3-1 L'évaluation du jeune enfant de 0 à 6 ans.**

L'évaluation en ergothérapie constitue la base du plan de soin en ergothérapie. Elle doit permettre de répondre aux questionnements qui entourent l'enfant (Yanez et Vauvillé-Chagnard, 2017) citent Mazeau, 2003). Elle permet de rédiger le diagnostic en ergothérapie de l'enfant et de dégager des axes d'interventions. Yanez et Vauvillé-Chagnard (2017) distinguent trois temps dans cette évaluation : l'entretien avec les parents de l'enfant, l'observation de l'enfant en milieu écologique ainsi que l'évaluation détaillée des troubles neuromoteurs.

L'entretien avec les parents est un moment clé du suivi de l'enfant. Ce sont ces premiers entretiens en ergothérapie qui permettent de mettre en place la relation thérapeutique nécessaire au bon déroulement de la prise en soin, de recueillir les informations nécessaires et d'expliquer le déroulé de la prise en soin (Caire 2008). Cet entretien peut également permettre aux parents de faire part de riches observations sur la vie quotidienne (Yanez et Vauvillé-Chagnard, 2017).

L'observation est un outil d'évaluation indispensable chez le jeune enfant. En effet, parfois, l'observation est le seul moyen possible lorsque l'enfant n'est pas en mesure de comprendre les consignes (Lebigre et Yanez, 2011). Selon Dufour (2011), l'évaluation en milieu écologique est plus qualitative que quantitative. Royer et Yanez (2013) quant à elles affirment qu'il subsistera toujours une part d'interprétation de la part de l'évaluateur mais que cette part sera compensée par les observations partagées des différents professionnels. Tout l'enjeu de cette observation est donc d'être la plus objective et riche possible.

Le choix de l'activité observée aura une grande influence sur la richesse de l'observation. G. Lefèvre et A. Alexandre en 2010 écrivent dans l'ouvrage « Ergothérapie en pédiatrie » (p252) qu' « *une activité doit être choisie en fonction du patient, de son âge, de ses goûts, de ses besoins (interaction) et aussi en fonction de ce qu'elle est, de ce qu'elle nécessite, de ce qu'elle produit (potentiel thérapeutique)* ». Ainsi, le choix de l'activité utilisée pour l'analyse déterminera l'engagement de l'enfant dans l'activité et les composantes d'actions qui pourront être analysées lors de la mise en situation.

### **1-3-2 Place de l'analyse d'activité dans la Pratique de l'ergothérapie**

Selon Townsen (2013), l'occupation est le cœur du métier des ergothérapeutes, autant comme moyen que comme finalité. Selon l'ANFE, « *Par le biais d'entrevues, d'évaluations et de mises en situations concrètes, l'ergothérapeute (occupational therapist) obtient des informations au niveau de vos atouts et de vos faiblesses. Il recueille également des renseignements sur la manière dont vos activités se déroulent et sur le contexte environnemental dans lequel elles s'exercent.* » C'est pour cela que l'ergothérapeute, lors de la phase d'évaluation, effectue différentes mises en situation en milieu écologique et les analyse, c'est ce qu'on appelle l'analyse d'activité. Cette analyse permet à l'ergothérapeute de mettre en exergue des difficultés occupationnelles ainsi que les forces et les faiblesses de la personne observée.

Meyer, dans son ouvrage « De l'activité à la participation », définit l'analyse d'activité comme étant « La mise en évidence des composantes de l'activité qui influence la manière dont elle est choisie, organisée et réalisée en interaction avec l'environnement. » (Meyer, 2013, p4) elle explique d'ailleurs que c'est « une des compétences fondamentale de l'ergothérapeute » (Meyer, 2013 ; p199). Or, que signifie le terme « activité » ? Meyer explique qu'une activité est une des formes du « faire ». Ces dernières comprennent : l'occupation, l'activité et la tâche. Le Cadre Conceptuel de Terminologie d'ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) explique que ces 3 termes sont hiérarchisés. L'occupation serait le niveau le plus complexe, elle est composée d'un groupe activité qui elle-même serait composée de tâches. Ainsi suivant le mandat, l'ergothérapeute peut être amené à analyser ces trois formes du « faire ». De plus, cet ouvrage porte une attention toute particulière au monde externe au faire, les lieux où se déroulent ces différentes occupations, activités, tâches et le contrat social qui les entoure. Finalement selon Meyer, l'ergothérapeute, lors de son examen de la situation, devrait prendre en compte l'interface du faire mais également le monde interne et externe du faire (Voir Annexe 5).

Ainsi, comme pour toutes les évaluations du jeune enfant, l'ergothérapeute doit se munir de bilans standardisés pour analyser l'activité le plus objectivement possible.

### **1-3-3 Outils disponibles d'analyse d'activité standardisés et validés**

Il existe aujourd'hui plusieurs outils d'analyse d'activité écologique. Comme expliqué sur le schéma de l'Annexe 5, la motivation, la volition et l'engagement de la personne est nécessaire. L'analyse d'activité en situation écologique doit donc être réalisée en accord avec le patient. Dans l'idéal, si cela est possible, c'est à lui de décider quelle sera l'activité observée. Durant notre cursus

de formation et dans la littérature, 3 d'entre eux sont régulièrement cités : le **Assessment of Motor and Process Skill** (AMPS), le **Profil des Activités de la Vie Quotidienne** (Profil des AVQ) et le **Perceive, Recall, Plan, Perform Assessment** (PRPP assessment).

Le AMPS est un outil standardisé développé dans les années 1990 par Fisher et intégré dans le catalogue de formation de l'ANFE en 2017. Il a pour objectif d'évaluer la personne à partir de 3 ans pendant la réalisation de deux activités de la vie quotidienne parmi plus de 125 activités standardisées et normalisées (Ensenlaz, 2019). La performance occupationnelle est analysée selon le niveau d'effort, l'efficacité, la sécurité et la qualité de la réalisation suivant deux types d'habiletés : les habiletés opératoires et motrices. Pour l'utiliser, le thérapeute doit effectuer une formation de 5 jours pour maîtriser l'outil et le logiciel qui l'accompagne. Le AMPS n'a pas été retenu dans le cadre de ce mémoire puisque l'approche proposée est très normalisée et structurée. C'est-à-dire que l'activité est préalablement séquencée suivant une norme (pas forcément celle de l'enfant) et le matériel à utiliser est déterminé par l'évaluateur. Ainsi, il ne permet pas de comprendre comment l'enfant fonctionne avant son engagement dans l'activité, comment il organise son activité et comment il la planifie. De plus bien que le nombre d'activités permises par le AMPS soit élevé, il ne peut couvrir toutes les formes de jeux et activités scolaire de l'enfant.

Le Profil des AVQ est également un outil standardisé et développé spécifiquement pour les personnes ayant eu un traumatisme crânien (Major et al., 2018). Il a pour objectif d'évaluer l'indépendance d'une personne en milieu écologique dans ses activités de la vie quotidienne. Cette évaluation repose sur une mise en situation et deux entretiens, l'un avec le patient et l'autre avec la personne significative. Cette analyse prend en compte le degré et les causes de dépendance, la conscience de ses difficultés et la satisfaction de sa participation. Bien que cette analyse soit complète (prend en compte la formulation du but, la planification, l'exécution et l'autoévaluation de la performance), cet outil n'est validé que pour les traumatismes crâniens et n'est donc pas adaptés aux troubles du spectre autistique.

Enfin, le PRPP est un outil qui vise à évaluer les habiletés de traitement de l'information d'une personne pour une multitude d'activités et pour toute population. La description de l'outil et le raisonnement qui a permis ce choix sont développés ci-dessous

#### **1-4 Le Perceive Recall Plan Perform assessment (PRPP)**

Le PRPP (Annexe 6) est un outil créé en 1997 par deux ergothérapeutes, Chapparo et Ranka auprès d'une population de traumatisés crâniens. Le PRPP est basé sur le Modèle Australien qui définit la performance occupationnelle comme étant le produit de l'interaction entre l'homme et l'environnement (Chapparo et Ranka, 1997). Trois hypothèses sous-tendent l'utilisation du PRPP assessment (traduction libre de Chapparo, 2010). Tout d'abord, la manière dont l'information est traitée et utilisée est déterminée par la capacité de traitement de l'enfant et les exigences de la tâche. Ensuite, l'application de certaines stratégies de traitement de l'information peut être repérée par l'observation du comportement de l'enfant pendant les activités de la vie quotidienne. Enfin, l'application de stratégies de traitement d'informations peut être enseignée en lien avec le contexte dans lequel la tâche est réalisée pour améliorer la performance.

Cet outil standardisé utilise donc des méthodes d'analyses d'activités pour examiner l'efficacité des processus de traitement de l'information, mesurer le niveau de maîtrise de la tâche et l'influence du contexte sur la tâche (Aubin, 2007).

##### **1-4-1 Un outil d'analyse client-centré**

Le PRPP assessment se différencie de tous les autres outils d'analyse d'activités écologiques existant puisqu'il est validé pour toute activité. Il n'y a donc pas de liste d'activités prédéfinies comme pour le AMPS qui doit, régulièrement, ajouter de nouvelles tâches pour être au plus près de la réalité quotidienne des personnes observées (Bray, Fisher, & Duran, 2001). Ainsi, dans le cadre d'un enfant autiste, toute activité qui est difficile pour lui pourra être observée et analysée. La manière de réaliser l'activité n'étant pas normée, l'activité pourra être réalisée comme elle est faite habituellement, en respectant les habitudes de vie de l'enfant.

De plus, les résultats obtenus n'ont pas pour vocation d'être comparés à une norme. La cotation proposée par le PRPP permet une réévaluation quantitative du patient sans comparaison avec ses pairs. Cette caractéristique est tout à fait en adéquation avec la pratique de l'ergothérapie qui considère que chaque personne est unique. De même, comme expliqué précédemment, chaque enfant atteint de TSA a des spécificités de fonctionnement qui lui sont propres et le comparer à une norme n'a pas de sens si la réalisation de l'activité et le résultat obtenu lui conviennent.

### **1-4-2 Une analyse en deux étapes**

Cette observation peut se réaliser en directe ou par le biais d'une vidéo (plus simple d'utilisation dans un premier temps). La passation se déroule en 2 étapes.

Dans la première étape, la tâche est décortiquée en sous-tâches par l'évaluateur. Ainsi, l'observateur va séquencer l'activité en fonction des habitudes de vie (étapes nécessaires à la réalisation de l'activité et compétences nécessaires). A partir de chacune de ces sous-tâches, des erreurs sont possibles :

- Omission : oubli de réaliser une étape
- Précision : N'effectue pas l'étape en entier
- Temporalité : L'étape est réalisée trop rapidement ou trop lentement
- Répétition : Une erreur est répétée sans correction ou l'étape n'est pas arrêtée au bon moment.

Chacune de ces erreurs sont répertoriées et permettent de donner un score global de maîtrise de l'activité. Ce score permet de pouvoir avoir un score de comparaison en cas de réévaluation. Il faut noter par ailleurs qu'il s'agit du pourcentage de la tâche que la personne peut effectuer sans difficultés (Villegint, 2019) et non pas d'un pourcentage d'erreur.

L'objectif de la deuxième étape est de mesurer l'efficacité des stratégies cognitives dans le contexte écologique des activités de la vie quotidienne. L'activité va donc être analysée en fonction de 4 dimensions et de 35 descripteurs (Annexe 7). Ces 35 descripteurs vont être cotés selon un score de 1 à 3 :

- 1 : Rendement insatisfaisant
- 2 : Rendement effectué avec difficulté ou qui pose question
- 3 : Rendement qui satisfait les critères attendus.

### **1-4-3 Validation et articles scientifiques**

Actuellement, cet outil a été utilisé auprès de patients traumatisés crâniens (Fry et O'Brien, 2002 ; Chapparo 2008 ; Bootes 2010 ; Nott et al. 2009, Nott et al. 2012), chez des patients schizophrènes (Aubin et al. 2009) auprès de patients déments (Steutjens, 2012 ; Vau Keulen-Rouweler, 2017 ;

Lewis et al., 2016) mais aussi auprès d'enfants ayant des troubles des apprentissages (Juntorn 2017) et auprès d'enfants autistes (Mills et Chapparo, 2017 ; Chapparo 2010). Chacune de ces études ont souligné que cet outil permettait une utilisation écologique, ce qui est essentiel dans un grand nombre de pathologie touchant aux composantes cognitives de la personne. De plus de nombreuses études ont montré la bonne reproductibilité inter et intra évaluateur, notamment l'étude Norvégienne de Stigen L (2012).

#### **1-4-4 Formation des ergothérapeutes français**

L'utilisation de cet outil nécessite une formation de 5 jours pour les ergothérapeutes. Cette formation porte sur les fondements théoriques du PRPP et des mises en situations via l'outil vidéo afin de permettre aux thérapeutes de s'approprier l'outil. L'ANFE est actuellement en train de conduire un projet de collaboration avec les auteures australiennes afin que cette formation puisse être délivrée en France. En parallèle, un projet de traduction de l'outil et des manuels qui l'accompagnent est en cours avec un groupe de travail Franco-Canadien (Villepinte et al., 2018).

#### **1-4-5 Outils et intervention en lien avec le PRPP assessment**

Il faut savoir qu'il existe une version « school » et une version « work » du PRPP. Dans ces deux version, l'analyse d'activité est complété par un questionnaire que l'enseignant ou l'employeur remplis afin d'avoir de plus amples informations sur les processus de traitement d'information de la personne au quotidien. De plus, il existe une méthode d'intervention inspiré du PRPP model : « PRPP intervention ». L'utilisation de cette intervention nécessite une formation supplémentaire de 5 jours est n'est pas encore disponible en France.

#### **1-5 Formulation de la problématique théorique**

Finalement, les recherches autour du cadre contextuel ont amenés plusieurs questionnements. Le 4<sup>ème</sup> plan autisme prévoit de grands remaniements à venir pour les familles de jeunes enfants atteints de TSA et les pour professionnels de santé comme les ergothérapeutes les accompagnant notamment avec la mise en place de plateforme d'accompagnement et de coordination et du nouveau forfait d'intervention précoce. Ainsi, les ergothérapeutes seront amenés à avoir une place importante sur les premières années de vie de l'enfant afin de pouvoir intervenir, en coordination avec les autres professionnels de la santé, le plus précocement possible. Ce 4<sup>ème</sup> plan autisme exprime la nécessité de bilans fonctionnels réalisés par les professionnels paramédicaux (dont les ergothérapeutes) afin de déterminer la nécessité d'un suivi ou non et de compléter le diagnostic

nosologique posé. Hors, les ergothérapeutes sont-ils munis d'outils suffisants pour évaluer ces enfants ?

Comme expliqué précédemment, le bilan en ergothérapie comprend des mises en situations, des entretiens et des bilans permettant de détailler les difficultés (sensorielles, motrices...). Des bilans standardisés existent, non spécifiques à l'ergothérapeute pour l'évaluation de domaines spécifiques (NEPSY, Profil Sensoriel de Dunn, M-ABC par exemple) mais qu'en est-il des outils standardisés permettant d'analyser ces mises en situation écologiques ? Comment cette analyse d'activité, qui est à bien des égards le temps d'évaluation privilégiée des ergothérapeutes, peut-elle être la plus objective possible ? Quel outil d'analyse d'activité permettrait l'établissement d'un plan d'intervention en ergothérapie d'une part mais également une lecture facilitée pour les autres professionnels (équipes médicales, paramédicales) et pour les familles ? Comment objectiver l'évolution d'un enfant sur le plan de la performance occupationnelle ?

Autant de questionnements qui ont enrichis les recherches effectuées sur les outils validés d'analyse d'activité en milieu écologique. Sur les 3 outils d'analyse d'activité en milieu écologique les plus cités actuellement dans la littérature, le choix s'est porté sur l'utilisation du PRPP assessment pour cette population d'enfant. Et c'est ainsi qu'une première problématique a pu être construite :

**En quoi l'utilisation du Plan Recall Plan Perform Scale (PRPP) comme outil d'analyse d'activité peut-il guider l'ergothérapeute dans la mise en œuvre d'un plan d'intervention dans un objectif d'accompagnement pluridisciplinaire auprès de l'enfant de 0 à 6 ans atteint d'autisme sans déficience intellectuelle ?**

## **2. Cadre pratique**

Cette première problématique posée englobe de nombreuses notions et mérite d'être précisée. Ainsi, une enquête pré-exploratoire a été effectuée afin de pouvoir spécifier la question de recherche finale et vérifier que le PRPP peut être adapté à l'accompagnement des ergothérapeutes français auprès d'enfants autistes atteints de TSA de 0 à 6 ans. Il s'agira de comprendre comment est actuellement effectuée l'analyse d'activité, comment cette dernière influence le plan d'intervention en ergothérapie et déterminer si le PRPP assessment peut répondre à ces besoins.

## **2-1 Méthodologie**

La méthodologie utilisée pour cette enquête pré-exploratoire est une méthodologie utilisée dans une démarche de recherche en sciences humaines et sociales et est décrite ci-dessous.

### **2-1-1 Population**

D'après Depelteau (2010), la population doit correspondre à des caractéristiques précises en lien avec l'étude. La question de recherche de départ étant centré sur l'ergothérapeute, l'objectif est donc d'en faire la population mère. Les critères d'inclusion sont donc les suivants : ergothérapeutes diplômés d'état intervenant auprès d'enfants de 0 à 6 ans atteints de TSA, ils doivent intervenir de façons ponctuelles ou récurrentes sur le lieu de vie de l'enfant. Les critères d'exclusions sont les suivants : les professionnels de santé qui ne sont pas ergothérapeutes, les ergothérapeutes non francophones ou n'exerçant pas sur le territoire français (le sujet de recherche étant en lien direct avec le contexte français).

Le nombre d'ergothérapeutes ciblés et de 2 à 3 aux vues des difficultés à trouver des ergothérapeutes, travaillant avec cette population, disponibles (nombreux étudiants ciblent leur mémoire sur des thématiques autour de l'autisme, peu d'ergothérapeutes travaillant avec une population de moins de 6ans) et des contraintes temporelles.

La recherche d'ergothérapeute a été effectuée selon une technique d'échantillonnage non probabiliste, c'est-à-dire que les personnes interrogées ne sont pas choisies au hasard. Cette technique ne permet pas une représentation précise de la population mère mais correspond aux contraintes temporelles. La technique d'échantillonnage boule de neige a été retenue. L'institut de formation, la référente méthodologique de ce mémoire ainsi que la référente terrain et les connaissances professionnelles dont je dispose ont transféré l'appel à volontaire (Exemple de mail envoyé aux professionnels) qui l'ont eux-mêmes transférés... Deux ergothérapeutes ont ainsi été intéressées par la démarche et ont répondu positivement.

Deux entretiens téléphoniques ont donc été réalisés pour cette étude pré-exploratoire. Il s'agit de deux femmes travaillant toutes deux en milieu urbain.

La première, ergothérapeute A, travaille en libéral et accueille principalement de très jeunes enfants. Elle est diplômée depuis plus de 10 ans et est formée à l'intégration sensorielle et à l'approche CO-OP. Sa pratique s'effectue exclusivement en cabinet mais elle est amenée ponctuellement à observer l'enfant à domicile et à l'école.

La seconde, ergothérapeute B, exerce en IME 6-14 ans à 40%, en IME 14-20 ans à 40% et en SESSAD à 20% pour des suivis très précoces d'enfant autistes. Elle accompagne donc des enfants autistes âgés de tout âge. Elle est diplômée depuis plus de 10 ans également et a suivi des formations complémentaires notamment autour de l'autisme et d'approches sensori-motrices et éducatives.

### **2-1-2 L'entretien semi-dirigé**

Cette enquête pré-exploratoire s'est effectuée par le biais d'un entretien semi dirigé. Selon Tétreault (2014), l'entretien semi-directif comprend plusieurs caractéristiques. Tout d'abord il permet à la personne de faire part de l'avancement de ses connaissances, c'est un échange interactif et spontané. Il est de nature plus révélatrice que le questionnaire puisqu'il met en jeu les émotions de la personne interviewée, la personne expose ses réponses plus spontanément, sans prêter une attention particulière à chaque mot employé.

L'utilisation de ce type d'entretien permet aussi d'avoir une trame de questions modulable en fonction des réponses de la personne. Ainsi, l'interviewer est libre de demander de plus amples précisions sur certaines réponses. Etant donné qu'il s'agit ici d'une enquête pré-exploratoire et non d'une méthodologie de recherche, les questions posées pouvaient ne pas être strictement identique d'une personne à l'autre, et l'interviewer pouvait se permettre d'explorer plus en profondeur certaines thématiques en fonction de l'interlocuteur.

### **2-1-3 Construction de la trame d'entretien**

La trame d'entretien a été construite à partir de deux matrices issues de la problématique citées précédemment. Ces deux matrices avaient pour sujet trois variables : l'analyse d'activité écologique (Annexe 9), le plan d'intervention (Annexe 10) et le PRPP (Annexe 11). La rédaction d'une matrice d'entretien a deux finalités. Tout d'abord elle permet de rédiger la trame d'entretien (Annexe 12). Les questions sont ainsi plus précises et ciblées, elles restent dans le cadre de la problématique sans s'en éloigner. De plus ces matrices permettent dans un second temps, l'utilisation fonctionnelle de logiciels d'analyse de données textuelles tels qu'Iramuteq ou Tropes et une analyse qualitative plus précise.

La trame d'entretien s'est construite avec la volonté d'être modulable. Elle contient six questions principales et propose, pour chaque partie, des questions de relance, afin de préciser certaines données s'il le faut. Elle a été testée auprès d'une ergothérapeute correspondant aux critères de sélection des participants. Cet entretien test a permis de corriger la formulation de quelques

questions, de rajouter et de rajouter une question plus ouverte à la fin pour donner la possibilité d'aborder des sujets non explorés pendant l'entretien. De plus, il a permis de vérifier la longueur de l'entretien afin de s'assurer qu'il ne dure pas plus de 30 minutes.

#### **2-1-4 Réalisation des entretiens**

Ces entretiens ont été effectués par téléphone. Bien que ne permettant pas l'analyse de l'attitude de l'ergothérapeute et des signes non verbaux, l'utilisation de cette modalité a l'avantage d'être efficace, économique et attrayante (Tétreault, 2014). En effet, l'interviewer peut ainsi s'adapter aux emplois du temps des professionnels et limiter les frais de déplacements qui peuvent s'avérer coûteux et peu écologiques. De plus, il semblerait que la qualité des résultats n'est pas affecté par cette modalité (Struges et Hanrahan, 2004), quelques auteurs recommandent même l'utilisation du téléphone si les entretiens n'excèdent pas 30 minutes (Tétreault, 2014)

#### **2-1-5 Traitement des données**

Tétreault (2014) dans son guide pratique de recherche en réadaptation, conseille de retranscrire intégralement les entretiens et de les relire à plusieurs reprises afin de s'en imprégner. Ainsi, ces deux entretiens ont été retranscrit (Annexe 13 et Annexe 19). L'analyse textuelle a ensuite été réalisée en plusieurs étapes : la pré-analyse, l'exploitation du matériel selon le logiciel Iramuteq, la catégorisation des données ainsi que le traitement, l'interférence et l'interprétation des résultats.

Une analyse avec le logiciel Iramuteq a été effectuée. Ce logiciel permet de repérer les occurrences au sein des discours. A partir de ces occurrences, une synthèse statistique et un nuage de mots ont pu être réalisés afin d'avoir un visuel plus parlant de celles-ci. Une analyse de similitudes a ensuite été réalisée afin d'étudier les rapports entre les différents thèmes abordés. Chaque entretien a été traité séparément afin de pouvoir observer les similitudes et les différences dans les occurrences entre les deux ergothérapeutes. L'utilisation de ce logiciel permet une première analyse globale du discours.

L'analyse par logiciel permet une analyse thématique mais ne suffit pas à elle seule, une plus précise doit donc être effectuée. Ainsi, une catégorisation ligne par ligne a été réalisée. C'est-à-dire que les retranscriptions étudiées ligne après ligne et chaque réponse est mise en lien avec les indicateurs dégagés dans les matrices « Analyse d'activité » et « Plan d'intervention en ergothérapie ». Cette analyse permet une étude plus qualitative des entretiens et permet de dégager des données que les logiciels ne peuvent déceler.

Pour la matrice relative à la variable du PRPP, un codage a été effectué. Chaque indicateur relatif aux 4 dimensions du PRPP a été notifié. Dans un tableau (Annexe 25) chaque indicateur est noté 1 s'il est présent lors de l'entretien et 0 s'il est absent. On obtient alors une synthèse visible des descriptions prises en compte et notées par les ergothérapeutes. Les indicateurs absents ne signifient pas que les ergothérapeutes n'en tiennent pas compte dans l'analyse d'activité, mais ils indiquent que ce sont des indicateurs non explicités lors des synthèses qu'elles effectuent.

Enfin une analyse globale des deux discours a été effectuée. Cette dernière a été réalisée à partir de la synthèse statistique, du nuage de mots et de l'analyse des similitudes d'Iramuteq ainsi qu'une synthèse des différents éléments qui sont ressortis des deux matrices.

### **2-1-6 Limites**

Cette méthodologie, bien que n'ayant pas pour objectif de répondre de manière exhaustive et scientifique à une question possède quelques limites.

Tout d'abord, comme expliqué précédemment, l'échantillonnage boule de neige n'est pas un échantillonnage probabiliste. Ainsi, les deux ergothérapeutes interrogées, de part leur nombre et la manière dont elles ont été sélectionnées, ne peuvent être à elles seules une population mère représentative.

La modalité utilisée comprend quelques biais également. Les deux entretiens ont été construits avec la volonté de laisser la possibilité à l'interviewer de rajouter, de compléter des questions si besoin. La trame du questionnaire n'était pas figée, les ergothérapeutes n'ont donc pas eu exactement le même espace d'expression. Ce choix s'explique par l'objectif de l'entretien qui était juste d'explorer les variables de la problématique dans le but de construire une question de recherche pertinente et adaptée à la pratique de l'ergothérapie sur le terrain. Cependant, ce choix n'apporte pas une comparaison précise et exacte des réponses des professionnels par question.

## **2-2 Résultats et Interprétation**

### **2-2-1 Analyse de l'entretien A**

Pour l'ergothérapeute A, l'analyse d'activité « *permet d'avoir une meilleure analyse de ce qui se passe et, du coup, de mieux pouvoir répondre aux besoins de l'enfant* » (entretien A, ligne 7). La mesure de la performance occupationnelle lors de la mise en situation passe beaucoup par les causes et le comportement (Voir le critère Mesure de la performance de l'Annexe 14). L'ergothérapeute

procède surtout en décrivant le comportement de l'enfant et met en lien ce dernier avec les causes probables du déficit de la performance occupationnelle. Il faut noter que cette façon de fonctionner est tout à fait en adéquation avec les théories sous-tendant le PRPP qui dit que l'application de stratégies de traitement de l'information peuvent être observées durant les activités de la vie quotidienne via une observation comportementale (Chapparo, 2010, p184). De plus, l'ergothérapeute fait régulièrement le lien avec l'énergie du faire lors de son observation. Elle recherche beaucoup les signes comportementaux exprimant du plaisir lors de la réalisation d'une activité. Elle dira même que « *si tu vas sur un truc où ils sont hypersensibles, où c'est désagréable, tu ne vas rien obtenir, à part qu'ils vont se détourner et faire autre chose* » (Entretien A, ligne 41), ainsi cette attention toute particulière sur la notion de plaisir a une forte influence sur son suivi. En lien avec cette volonté d'engagement de l'enfant, l'ergothérapeute utilise beaucoup le jeu (domaine d'action lié aux loisirs) lors de ses observations. Cette notion de jeu est très présente durant l'entretien puisqu'il est le 3<sup>ème</sup> mot le plus prononcé (18 occurrences Annexe 16). Ce terme est suivi de peu par « quotidien » (12 occurrences, Annexe 16 Annexe 1), en effet elle dira durant l'entretien « *je pars vraiment surtout de la vie quotidienne* » (Entretien A, ligne 91). Il semblerait donc que les deux domaines d'action ciblés pour des mises en situations sont les activités de loisirs et de soins personnels.

Si l'on s'intéresse à sa méthodologie pour son analyse d'activité, on peut observer qu'elle n'utilise pas de grille ni d'outils validés. Elle explique cela par le fait « *on a aussi beaucoup de bilans, de choses, faut arriver aussi à faire le tri* » (Entretien A, ligne 64). De plus elle explique également qu'elle en ressent moins le besoin avec son expérience « *j'ai du le faire un peu plus jeune et maintenant que c'est un peu rodé dans ma pratique je vais prendre des notes sur ce que j'observe, les choses que je peux analyser par rapport [...] à ma pratique professionnelle* » (Entretien A, ligne 14). Bien qu'elle trouve l'idée d'un outil validé intéressante, elle ne parvient pas à s'imaginer comment un outil peut être adapté à tous les enfants TSA puisque « *chez les enfants TSA 0-6 ans tu as, entre guillemets, tout type d'enfant. Le spectre, il est tellement large...* » (Entretien A, ligne 77), « *ton évaluation, ce n'est jamais la même, tu ne peux jamais copier/coller* » (Entretien A, ligne 80). De plus elle souligne que l'observation comportementale n'est pas toujours fiable, par exemple « *Ce n'est pas parce qu'il grimace que c'est désagréable* » (Entretien A, ligne 87) et que les hypothèses qui sous-tendent ces observations sont très importantes « *c'est vraiment au départ des hypothèses en fait* ». (Entretien A, ligne 83)

Enfin, si l'on analyse les rapports entre son intervention et le modèle australien, on observe que presque toutes les composantes d'action sont ressorties aussi bien du point de vue de la personne que de l'activité. Ainsi, on peut observer que l'ergothérapeute A va chercher à intervenir sur la personne en elle-même : « *Essayer de travailler sur cette préhension* » (Entretien A, ligne 39), « *on va avoir ce travail là de tonicité à faire* » (Entretien A, ligne 36), « *Essayer d'accepter différentes textures* »... mais également sur l'activité « *complexifier son jeu* » (Entretien A, ligne 9), des changements d'outils (Entretien A, ligne 44), changement de contexte (Entretien A, ligne 40), modifier les interactions pendant la tâche (Entretien A, ligne 45). Il est intéressant d'observer comment ces deux aspects de la composantes d'action se complètent pendant la prise en charge et l'on peut donc supposer que le contexte et le choix de l'activité est très fortement dépendant de la performance finale.

Pour conclure, lors de cet entretien, l'enfant a été le point central du propos (Annexe 18, Analyse des similitudes, entretien A). C'est à partir de cette notion que semblent découler les mots « quotidien », « voir » et « sensoriel » (Annexe 18Annexe 1). Cette ergothérapeute semble donc utiliser l'analyse d'activité comme un outil client centré, axé principalement sur le sensoriel, la motricité et le ressenti de l'enfant pendant l'action. Finalement, on peut supposer que ses besoins en termes d'outils validés seraient (liste non exhaustive):

- Un outil qui s'adapte à chaque enfant malgré le spectre très large des TSA
- Un outil qui ne compare pas l'enfant à une norme car elle n'y voit pas d'intérêt (Entretien A, ligne 72) mais qui peut permettre de voir si l'enfant est en déviance probable.
- Un outil qui permette de déceler les caractéristiques sensorielles agréables pour l'enfant (Entretien A, ligne 43)
- Un outil qui permette l'analyse d'activités compliquées dans le quotidien selon les parents (Entretien A, L20)

La question que sous-tendent ces suppositions est : Est-ce que le PRPP assessment peut répondre à ces critères ?

### **2-2-2 Analyse de l'entretien B**

Pour l'ergothérapeute B la principale utilité de l'analyse d'activité est de « *Pointer les pré-requis manquants dans l'acquisition d'autonomie* » (Entretien B, ligne 1). La mesure de la performance

occupationnelle lors de cette mise en situation passe par une explicitation des causes « *Expliquer aux parents d'où viennent la difficulté* » (Entretien B, ligne 6), mais également en mesurant le résultat (note des parties du corps oubliées sous la douche par exemple, Entretien B, ligne 13) et le fonctionnement de l'enfant notamment avec la description de ses particularités sensorielles (Entretien B, ligne 16). Cette analyse doit, selon elle, permettre de cibler les points de difficultés et les points forts (ligne 33). Ces observations sont mises en relation avec les éléments du setting notamment « *Les méthodes de guidage possible* » ou les observations en changeant de contexte « *Observation de mes collègues psychomotriciennes et éducatrices spécialisées* » (Entretien B, ligne 37) et « *mise en situation dans les familles* » (Entretien B, ligne 45). Le choix des activités observées se font « *en fonction des difficultés qui ressortent lors de l'entretien avec les parents* » (Entretien B, ligne 29). Ce cheminement est bien illustré avec le groupement de termes dans les bulles jaunes et violettes de l'analyse des similitudes réalisé avec le logiciel Iramuteq (Annexe 24).

Concernant sa méthodologie d'analyse, l'ergothérapeute B fonctionne « *de façon très peu méthodique* » (Entretien B, ligne 11). Elle explique cela par le fait qu'elle n'a pas vu l'utilité d'utiliser une grille ou un outil standardisé (Entretien B, ligne 20) et par le fait qu'elle n'« *ait pas forcément d'outil qui corresponde à cette population et à cette d'âge* » (Entretien B, ligne 21). Elle conclura par le fait que « *pour être très honnête ça fonctionne très bien comme ça* » (Entretien B, ligne 21). On sent donc bien dans cet entretien que l'ergothérapeute interrogée ne ressent pas le besoin d'avoir un outil validé pour la guider dans ses analyses d'activité. Les questions suivantes se posent donc : Quels seraient les intérêts de lui proposer un outil standardisé d'analyse d'activité dans sa pratique ? Et s'il y en a : Comment créer le besoin chez cet ergothérapeute ?

Enfin, si l'on analyse les rapports entre son intervention et le modèle australien, on observe que les composantes d'action qui sont ressorties sont les suivantes : la composante biomécanique vue de la personne, la composante sensori-motrice vue de la personne et de l'activité, la composante cognitive vue de la personne et de l'activité, ainsi que les facteurs interpersonnels vue de l'activité. Elle explique avoir « *vraiment une intervention très sensorielle* » et très en lien avec les autres professionnels (Entretien B, ligne 42). Pour qu'un outil d'analyse d'activité soit en lien direct avec sa pratique, il faut donc qu'il puisse retranscrire l'aspect sensoriel de l'enfant puisque cela fait partie de ses axes d'interventions principaux. On peut également noter qu'il lui arrive souvent de mettre en place des séquentiels et d'agir sur le positionnement de l'enfant dans ses différents lieux de vie. Les domaines d'activités en lien avec l'analyse d'activités et donc l'intervention sont pour

elle principalement les activités de soins personnels et de productivités. Elle explique intervenir dans tous les lieux de vie de l'enfant (Entretien B, ligne 48).

Finalement on peut noter que cette ergothérapeute travaille vraiment très en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et qu'il pourrait être intéressant de lui proposer un outil qui lui permette de partager ses analyses d'activités en ergothérapie avec ses collègues. Finalement, si l'on souhaite lui proposer un outil d'analyse d'activité adapté à sa pratique on peut supposer que cet outil devrait (liste non exhaustive) :

- Permettre un partage avec l'équipe pluridisciplinaire
- Un outil qui n'impose pas de façon parfaite pour réaliser l'activité car « *il n'y a pas de méthode parfaite en fonction des enfants et de leur façon d'apprendre etcetera et de leur façon même de faire l'activité* » (Entretien B, ligne 13)
- Un outil permette d'objectiver les acquisitions d'autonomie de l'enfant puisque c'est l'objectif principal de l'analyse d'activité pour elle.
- Un outil qui permettant de pointer les différents pré-requis (moteurs, sensoriels) puisque ça fait partie de ses axes d'interventions en ergothérapie
- Apporter des informations pour des possibles mises en place de séquentiels ou d'aides au positionnement.

Là encore, à partir de ces suppositions, il est possible de poser la question suivante : est-ce que le PRPP assessment peut répondre à ces critères ? Tout en gardant les deux questionnements posés précédemment :

Quels seraient les intérêts de lui proposer un outil standardisé d'analyse d'activité dans sa pratique ? Comment créer le besoin chez cet ergothérapeute ?

### **2-2-3 Analyse globale des deux entretiens**

Finalement, si l'on compare et regroupe ces deux entretiens, plusieurs remarques émergent de l'analyse.

Tout d'abord, si l'on observe le schéma d'analyse des similitudes des deux entretiens proposé par le logiciel Iramuteq (Annexe 29) il est évident que l'enfant est le point central des discussions (37 occurrences, Annexe 27 Annexe 2). C'est de l'enfant que va découler l'analyse d'activité (bulle jaune du schéma). Les questionnements que ces deux ergothérapeutes se posent via l'entretien avec les parents tournent beaucoup autour du quotidien : activité de loisirs (les jeux), productive

(activités scolaires) et de soins personnels (repas, douche, changes...). Même le domaine d'action lié au repos a été cité par l'ergothérapeute A. Finalement, comme expliqué dans le cadre contextuel, tous les domaines d'action sont impactés et font l'objet d'une intervention de l'ergothérapeute. L'analyse d'activité doit donc aller dans ce sens et être adapté à l'ensemble de ces domaines.

Par ailleurs, les deux ergothérapeutes expliquent que leurs interventions sont surtout axées sur les aspects sensoriels de l'enfant (18 occurrences et terme principal du regroupement de mots violet sur l'Annexe 29). Si cet axe est celui privilégié par les ergothérapeutes pour leurs interventions c'est également leurs points de vigilance principaux lors de leurs analyses d'activité. On peut noter qu'elles sont également souvent amenées à mettre en place des adaptations (positionnement, séquentiel, apprentissage de techniques de guidage à l'environnement humain de l'enfant). Il serait donc intéressant que l'outil d'analyse d'activité puisse donner des pistes pour la mise en place de ce type d'adaptation.

De plus, les deux ergothérapeutes verbalisent que leurs expériences expliquent le fait qu'elles ne ressentent pas le besoin d'avoir un outil pour les guider dans cette analyse d'activité. De plus elles expriment toutes deux le fait que chaque enfant TSA est unique et qu'il doit être difficile de standardiser un outil d'analyse d'activité pour tous, d'autant plus que leurs comportements et leurs performances occupationnelles sont très en lien avec le setting (l'environnement physique et humain notamment).

Enfin si l'on synthétise les caractéristiques supposées d'un possible outil validé d'analyse d'activités commun à ces deux ergothérapeutes ce serait (liste non exhaustive) :

- Un outil qui permette un partage avec l'équipe pluridisciplinaire
- Un outil qui n'impose pas de façon parfaite de réaliser l'activité car « *il n'y a pas de méthode parfaite en fonction des enfants et de leurs façon d'apprendre ect et de leurs façon même de faire l'activité* » (ergothérapeute B, ligne 13)
- Un outil qui s'adapte à chaque enfant malgré le spectre très large des TSA
- Un outil permette d'objectiver les acquisitions d'autonomie de l'enfant
- Un outil qui ne compare pas l'enfant à une norme mais qui peut permettre de voir si l'enfant est en déviance probable.
- Un outil qui permettant de pointer les différents pré-requis (moteurs, sensoriels)
- Un outil qui apporte des informations pour de possibles mises en place de séquentiels ou d'aides au positionnement.

- Un outil qui permette de déceler les caractéristiques sensorielles agréables pour l'enfant
- Un outil qui permette l'analyse d'activités compliquées dans le quotidien selon les parents et qui soient adaptés aux activités des trois domaines d'actions.

#### **2-2-4 Liens avec les indicateurs relatifs aux quadrants du PRPP**

La dernière analyse qui a été effectuée sur les verbatim des deux entretiens a consisté à rechercher si les indicateurs relatifs aux 4 quadrants du PRPP sont présents au cours du discours de ces deux ergothérapeutes. L'absence de certains de ces indicateurs ne signifie pas que l'ergothérapeute n'en tient pas compte et ne les explicite pas dans son analyse d'activité. Cette absence signifie simplement que spontanément, elle ne fait pas partie des points de vigilances principaux lors de l'analyse.

Ainsi, il a pu être observé grâce au codage effectué (Annexe 25) que des indicateurs de deux quadrants sont présents lorsqu'on leur demande d'explicitement spontanément leur démarche d'analyse. Il s'agit des quadrants « Percevoir » (présence de 6 indicateurs dans le discours) et « Exécuter » (présence de 2 indicateurs dans le discours). Finalement, cette observation est en accord avec l'analyse globale des deux entretiens. L'aspect sensoriel, que ce soit dans la perception des stimuli sensoriels par l'enfant ou dans sa réaction face à ces derniers, est un des points de vigilance les plus importants de l'ergothérapeute.

De plus on peut observer que durant les deux entretiens aucune n'a fait allusion à des indicateurs se référant au quadrant « Se rappeler » ou « Planifier » lorsqu'elles explicitent leur méthodologie d'analyse d'activité. L'absence de ces indicateurs peut avoir plusieurs significations :

- Ce ne sont pas des critères importants à prendre en compte lorsque l'on observe un enfant TSA de 0 à 6 en activité
- Cee ne sont pas des critères qu'elles prennent en compte dans leurs analyse
- Ce sont des critères qu'elles prennent en compte mais en seconde intention, ce qui explique pourquoi elles ne s'attardent pas dessus pendant l'entretien.

La première hypothèse ne semble pas vraisemblable puisque dans les axes d'interventions, l'ergothérapeute B dit mettre en place des séquentiels dans le quotidien de l'enfant et noter les guidances verbales nécessaires à la réalisation d'une activité. Ainsi ces axes d'interventions témoignent de l'impact de ces deux quadrants sur la performance occupationnelle.

Ce codage et la synthèse qui l'accompagne (Annexe 25) a peu de valeur scientifique. Elle peut cependant permettre de se poser différentes questions et permettre d'avoir une idée des points de vigilance « spontanés » de l'ergothérapeute. Il pourrait toutefois être intéressant, dans une enquête future, d'avoir accès à des comptes rendus d'analyse d'activité d'ergothérapeutes afin de repérer des éléments se rapportant aux 4 cadrants du PRPP sont présents et les comparer avec une analyse d'activité réalisée avec le PRPP afin d'observer si les éléments manquants sont pertinents dans la mise en place de suivi ou non.

### **3. Discussion et explicitation la Question de recherche finale**

L'objectif de ce mémoire était de déterminer une question de recherche précise en vue d'un travail de recherche futur. Pour cela, deux entretiens pré-exploratoires ont été effectués. Le PRPP, bien que jamais cité par les deux ergothérapeutes, semble en adéquation avec la pratique sur le terrain de par son caractère écologique, non normé et non pré-séquencé. Toutefois, ces deux entretiens ont permis de faire émerger plusieurs questionnements.

Tout d'abord, quel pourrait être l'intérêt de proposer un outil d'analyse d'activité standardisé à des ergothérapeutes si, finalement, elles n'en ressentent pas le besoin dans leurs pratiques au quotidien ? Des auteurs comme Bertrand et al. (2018) ou R. Bard ont tenté de répondre à cette question. Il en ressort que si l'utilisation d'outils non standardisés permet de prendre en compte les caractéristiques uniques d'une situation, les outils standardisés quant à eux permettent une compréhension, une communication et une lecture des résultats facilitées que ce soit pour les familles ou pour les autres professionnels de la santé. De plus de nombreux auteurs recommandent, quand cela est possible, d'utiliser des outils standardisés (Bertrand et al. en s'appuyant sur AOTA 2014 ; Laver Fawcett, 2007 ; Unsworth, 2011). Ainsi il semble évident que leur utilisation a un réel bénéfice dans la pratique de l'ergothérapie. Ces outils standardisés prennent par ailleurs toute leur importance dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle de l'enfant ayant un TSA. En effet, ce bilan a pour vocation d'être partagé au médecin, à la famille et à l'équipe paramédicale et éducative qui entoure l'enfant. Une nouvelle question se pose alors, comment inciter les ergothérapeutes à utiliser des outils standardisés tels que le PRPP ?

Lors des assises en ergothérapie de 2019, des groupes de travail ont été réalisés sur le thème de « l'évaluation centrée sur l'occupation et la participation », les ergothérapeutes ont verbalisé des difficultés à trouver des outils en français, un manque de temps dans les structures pour réaliser ces bilans standardisés et des difficultés à les faire accepter dans les équipes de soin.

Pour ce qui est des difficultés de traduction des différents outils, l'ANFE travaille à rendre les évaluations occupation-centrée accessibles en français. Ces traductions prennent du temps et il est nécessaire de mobiliser les professionnels pour ce type d'initiative. Dans le cas du PRPP, le travail de traduction est donc actuellement en cours. Les deux ergothérapeutes ne semblant pas connaître cet outil, un travail de communication important autour de du PRPP pourra également être envisagé.

Les difficultés liées au temps sont largement partagées par les ergothérapeutes interrogées. Elles expriment toutes deux que leur technique actuelle d'analyse d'activité est efficace et fonctionne bien. Par efficacité, il peut être sous-entendu qu'elle leur permet de réaliser une intervention bénéfique pour l'enfant TSA dans un laps de temps relativement court (Gautier et al., 2005). Ainsi, des études pourraient être réalisées afin de prouver que le PRPP permet un gain de temps, une fois maîtrisé, dans le suivi. En effet, on peut émettre l'hypothèse qu'il donne des informations pertinentes pour l'établissement d'un plan d'intervention et que ses informations sur les stratégies cognitives permettent de mieux comprendre l'enfant rapidement. Cette meilleure compréhension de l'enfant pourrait par ailleurs avoir des répercussions sur les durées de suivi et une réalisation plus rapide des objectifs de l'enfant.

De plus, le travail en pluridisciplinarité étant essentiel pour un suivi efficace de l'enfant ayant un TSA (cf. entretien avec l'ergothérapeute B), la communication et la coopération entre les différents acteurs de cette équipe est essentielle (HAS, 2018). Une des limites exprimées lors des ateliers des assises de l'ergothérapie était par ailleurs les freins engendrés par la hiérarchie de l'ergothérapeute. Pour qu'un outil puisse être investi pleinement par les ergothérapeutes, les études doivent également convaincre l'équipe pluridisciplinaire et notamment le médecin qui prescrit le bilan. Cette remarque est d'autant plus vraie dans le cadre de la réalisation du bilan fonctionnel lié au diagnostic du médecin. Les différents bilans effectués doivent permettre une meilleure compréhension de l'enfant par l'équipe pluridisciplinaire et avoir un apport pour l'ensemble des acteurs qui entourent l'enfant. Les recommandations de l'HAS sur le diagnostic de l'autisme chez le jeune enfant vont dans ce sens et c'est par ailleurs dans cet objectif que seront créées les plateformes d'accompagnement et de coordination. Il est donc important pour les ergothérapeutes de faire du lien avec les orientations politiques actuelles afin de faire comprendre quelle est la place et la spécificité de l'ergothérapeute dans ce système complexe. C'est pour cela qu'il est important selon moi d'orienter des recherches sur l'apport de l'outil aux équipes pluridisciplinaires. Cet outil, au-delà d'orienter le suivi des enfants ayant un TSA en ergothérapie, pourrait également permettre

de guider les autres professionnels sur la compréhension du fonctionnement cognitif de l'enfant en milieu écologique. De plus, la grille du PRPP ainsi que les graphiques qui l'accompagnent pourraient permettre une lecture facilitée par les autres professionnels dans l'objectif de la réalisation d'un bilan fonctionnel cohérent, personne-centrée et pluridisciplinaire.

C'est finalement au carrefour de toutes ces pistes de questionnements issues de l'enquête pré-exploratoire et de l'étude du 4<sup>ème</sup> plan autisme proposé par le gouvernement en 2018 que s'est construite la question de recherche suivante :

**En quoi l'utilisation du Plan Recall Plan Perform Scale (PRPP) comme outil d'analyse d'activité en milieu écologique pour l'ergothérapeute peut-il faciliter l'accompagnement pluridisciplinaire précoce de l'enfant TSA de 0 à 6 ans préconisé par les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2018 ?**

#### **4. Formulation des hypothèses**

L'hypothèse principale serait qu'en effet le PRPP peut faciliter l'accompagnement interdisciplinaire en offrant des informations concrètes et standardisées sur les processus de traitements d'informations, chez l'enfant TSA de 0 à 6 ans et une analyse compréhensible et lisible pour tous les professionnels de santé.

De plus, l'hypothèse est émise que l'utilisation des descripteurs relatifs aux quatre cadrants et la vision en « schéma radar » peut offrir des informations écologiques pertinentes dans les prises en soin des autres professionnels de la santé notamment pour les neuropsychologues, éducateurs spécialisés, orthophonistes et psychomotriciens. En effet, l'hypothèse est faite que cette analyse d'activité permet une meilleure compréhension du fonctionnement cognitif de l'enfant au quotidien et que le PRPP permet une lecture facilitée de ces informations.

Enfin, l'hypothèse est faite que la transférabilité des évolutions observées par chaque professionnel paramédical en milieu écologique (sur le quotidien de l'enfant) peut être objectivée par le PRPP assessment via les cotations des différents descripteurs.

#### **5. Perspective d'un futur travail de recherche**

Une méthodologie de recherche peut être envisagée pour répondre à la question de recherche posée précédemment. Cette méthodologie n'est actuellement qu'une proposition et mériterait d'effectuer un travail de recherche plus poussé afin de limiter au maximum les biais méthodologiques en vue

d'un résultat valide scientifiquement. De plus la méthodologie proposée ci-dessous demande des ressources humaines et temporelles importantes ce qui peut limiter ses perspectives de réalisation.

### **5-1 Participants**

Cette étude porterait sur des équipes pluridisciplinaires de CAMSP ayant un ou plusieurs ergothérapeutes. Au sein de ces participants, deux groupes seront alors effectués. L'un comprendra l'équipe pluridisciplinaire d'un CAMSP où l'ergothérapeute effectuera des analyses d'activité en milieu écologique auprès d'un enfant âgé de 0 à 6 ans à l'aide du PRPP. L'autre comprendra l'équipe pluridisciplinaire d'un CAMSP où l'ergothérapeute effectuera cette même analyse avec une méthode empirique. Afin de ne pas être confronté aux mêmes biais méthodologiques rencontrés lors de cette enquête pré-exploratoire, le nombre de participant devra être conséquent.

### **5-2 Instrument de mesure et méthodologie**

Cette étude se déroulera en 3 temps notés T1, T2 et T3.

En T1, les ergothérapeutes seront amenés à réaliser le PRPP auprès d'enfants entrant au CAMSP. Ces différents bilans seront récupérés pour une analyse comparative à partir de matrices et transmis à l'équipe pluridisciplinaire. Il sera indiqués aux professionnels qu'un entretien sera effectué par la suite afin d'étudier l'utilisation de ce bilan.

En T2, à distance, environ 4 à 6 mois après le début du suivi de l'enfant, les enfants seront réévalués avec le PRPP et par les paramédicaux. Ces différents bilans seront récupérés afin de pouvoir répondre à l'hypothèse que les évolutions observées par les professionnels les professionnels paramédicaux sont repérées par le PRPP si elles sont transférées au quotidien.

Enfin, en T3, les professionnels paramédicaux seront invités à un focus groupe afin de repérer quelles informations issues de l'analyse d'activité en milieu écologique de l'ergothérapeute leur ont été utiles dans leur accompagnement auprès de cet enfant : Comment les ont-ils comprises ? Comment les ont-ils utilisées dans leurs suivis ? Le focus groupe est un groupe constitué de façon formelle et structurée pour aborder une question spécifique avec une communauté. Il nécessite la présence d'un modérateur et d'un observateur, d'un enregistreur audio et d'un guide d'entretien qui contient au maximum 6 questions préalablement préparé. La taille du groupe de participant doit être comprise en entre 6 et 12 personnes. La réalisation de ce groupe pourra s'appuyer sur l'ouvrage : Le manuel des groupes focaux de Dawson S. et Manderson L. (1993). L'utilisation de cette méthode présente plusieurs avantages : elle permet de récolter un important volume

d'information plus rapidement et à moindre coût, elle est adaptée aux recherches liées à une communauté (ici l'équipe paramédicale), elle permet d'observer les interactions entre les différents acteurs, importants dans le suivi des enfants autistes. Cette technique comprend également quelques biais : l'interprétation devra être effectuée prudemment et l'analyse peut s'avérer difficile et chronophage, le modérateur de ce focus groupe doit être bien formé afin de ne pas orienter les réponses des participant et de permettre un espace de parole équivalant à chaque participant.

## **Conclusion**

L'analyse d'activité est un est des fondements de la construction du plan d'intervention en ergothérapie. C'est également la « marque de fabrique » de l'ergothérapeute qui est souvent mandaté pour ça. On lui demande souvent d'aller voir au domicile comment ça se passe, si le repas se déroule bien ou si l'environnement physique est bien adapté au quotidien de l'enfant. Chez les enfants TSA cette analyse est capitale. En effet, elle donne des informations capitales sur ses particularités sensorielles, ses habiletés de communication, sur ses interactions avec son environnement, ses compétences motrices... Tout cela en lien avec l'environnement humain et physique dans lequel y évolue.

Ainsi le PRPP permettrait d'objectiver cette analyse et de repérer les stratégies cognitives de l'enfant lors d'une activité. L'utilisation de cet outil pourrait donc permettre un dialogue simplifié avec les autres professionnels et l'utilisation d'un langage commun entre ergothérapeutes. Ce travail de fin d'étude ne permet pas de poser des certitudes sur l'apport du PRPP auprès des enfants autistes de 0 à 6 ans, une étude comparative serait nécessaire pour cela. Cependant, il peut permettre aux professionnels ergothérapeutes qui me lisent de se poser des questions : Quelle est la place de l'analyse d'activité dans ma pratique ? Comment cette dernière est-elle effectuée ? A qui est destinée la synthèse réalisée ?

Il semble essentiel que les travaux de traduction des outils de l'OPM-A soient poursuivis. De plus, des outils complémentaires au PRPP existent tels que le PRPP school ou le PRPP work. Dans le cadre des suivis en ergothérapie des enfants ayant un TSA, il serait intéressant d'effectuer des recherches sur la plus-value du PRPP school sur l'analyse d'activité. Cet outil semble apporter un complément d'information pertinent pour le suivi en ergothérapie.

Finalement, l'ergothérapeute doit sans cesse questionner sa pratique pour la faire évoluer. Ce travail d'initiation à la recherche est une manière pour moi, étudiante, de m'interroger sur ma future

pratique. Cette démarche de recherche m'accompagnera, j'en suis sûre, tout au long de ma carrière professionnelle que ce soit à travers la mise en place de projets basés sur des données probantes, à travers une poursuite d'étude en master ou tout simplement en restant en veille professionnelle par le biais de lectures d'articles scientifiques. De plus, ces recherches sur l'autisme m'ont également permis de mesurer l'importance du rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant les enfants de 0 à 6 ans. Ce travail de recherche pourrait ainsi, peut-être, me donner des clés en vue d'une ouverture de poste auprès de cette population.

## **Bibliographie**

- ANFE. (2019). *Forfait intervention précoce TND (Troubles du Neuro-Développement)*. Consulté à l'adresse [https://www.anfe.fr/images/stories/doc/presse/CP/2019\\_CP\\_ANFE\\_Forfait\\_intervention\\_precoce\\_TND.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/presse/CP/2019_CP_ANFE_Forfait_intervention_precoce_TND.pdf)
- Aubin, G., Chapparo, C., Gélinas, I., Stip, E., & Rainville, C. (2009). Use of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis for persons with schizophrenia: a preliminary study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(3), 189-199. Doi : 10.1111/j.1440-1630.2007.00725.x
- Aubin, G., McGill, I., Chapparo, C., & Rainville, C. (2007). Daily activities and cognition in individuals with schizophrenia. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 201-208. Doi : 10.7202/017806ar
- Baird, G., Cass, H., & Slonims, V. (2003). Diagnosis of autism. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7413), 488-493. Doi : 10.1136/bmj.327.7413.488
- Bard, R. (2015). L'intérêt d'utiliser des tests standardisés. Dans A. Alexandre, G Lefévère, M. Paly et B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 125-139). Paris, France : De Boeck Solal
- Berthoz, A., Andrès, C., Barthélémy, C., Massion, J., & Rogé, B. (2005). *L'autisme: de la recherche à la pratique*. Paris, France: Odile Jacob.
- Bertrand, M., Duinat, J., Keller, S., Gurtner, B., & Kühne, N. (2018). Instruments de mesure en français pour la réadaptation : une étude descriptive des informations fournies par les répertoires en ligne. *Revue Francophone de recherche en ergothérapie*, 4(1), 15-30. Doi :10.13096/rfre.v4n1.87
- Bootes, K., & Chapparo, C. (2009). Difficulties with multitasking on return to work after TBI : A critical case study. *Discipline of Occupational Therapy*. Doi : 10.3233/WOR-2010-01021

- Bray, K., Fisher, A. G., & Duran, L. (2001). The validity of adding new tasks to the assessment of motor and process skills. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 55(4), 409-415.
- Caire, M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie*. Marseille: Solal.
- Canitano, R. (2007). Epilepsy in autism spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(1), 61-66. Doi : 10.1007/s00787-006-0563-2
- Chapparo, C. (2010). Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) : Occupation centred Task Analysis and Intervention System. Dans S. Rodger (dir), *Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists*. Australia : Wiley-Blackwell.
- Cotton, S., & Richdale, A. (2006). Brief report: parental descriptions of sleep problems in children with autism, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 27(2), 151-161. Doi : 10.1016/j.ridd.2004.12.003
- Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines: De la question de départ à la communication des résultats*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Dufour, C. (2011). Le suivi précoce des enfants en ergothérapie : Intérêt et enjeux. *Ergothérapies*, (42), 5-18.
- Elizabeth A. Townsend, Helene J. Polatajko, & Noémi Cantin. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2e éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publication ACE
- Ensenlaz, X. (2019). L'évolution de la pratique des ergothérapeutes francophones à travers le AMPS. Dans E. Trouvé (dir), *Actualités en ergothérapie. Participation, occupation et Pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 145-169). Paris: ANFE.

- Fry, K., & O'Brien, L. (2002). Using the Perceive, Recall, Plan and Perform System to assess cognitive deficit in adults with traumatic brain injury: a case study. *Australian Occupational Therapy Journal*, (49), 182-187.
- Gautier, A., Kubiak, C., & Collin, J. F. (2005). Qualité de vie : une évaluation positive. Dans F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier (dir) *Baromètres santé. Attitudes et comportements de santé* (p. 45-64). Saint Denis, France : INPES
- Giacardy, P., Viellard, M., Chatel, C., Jourdan, E., Avenel, E., Elissalde, S., ... Poinso, F. (2018). Troubles de la modulation sensorielle et difficultés adaptatives dans les troubles du spectre de l'autisme. *Archives de Pédiatrie*, 25(5), 315-321. Doi : 10.1016/j.arcped.2018.05.005
- Trouvé E., (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Haute autorité de Santé. (2018). *Recommandation de bonne pratique - trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : HAS. Consulté à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent)
- Haute Autorité de santé. (2018). *Synthèse de la recommandation de bonne pratique: Fiche de synthèse destinée aux professionnels de 2nd ligne*. Consulté à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent)
- Howlin, P., & Moore, A. (1997). Diagnosis in Autism: A Survey of Over 1200 Patients in the UK. *Autism*, 1(2), 135-162. Doi : 10.1177/1362361397012003

- IGAS - Inspection générale des affaires sociales. (2016). *Evaluation des Centres de ressources autisme (CRA) en appui de leur évolution* - (N° 2016-094). Consulté à l'adresse <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article529>
- Juntorn, S., Sriphetcharawut, S., & Munkhetvit, P. (2017). Effectiveness of Information Processing Strategy Training on Academic Task Performance in Children with Learning Disabilities: A Pilot Study. *Occupational Therapy International*, 2017, 13. Doi : 10.1155/2017/6237689
- ANFE (2019), La profession d'ergothérapeute. Consulté à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Lebigre, F., & Yanez, I. (2011). Ergothérapeutes à la halte-garderie RAMDAM : un jardin d'enfant « pas comme les autres ». *Ergothérapies*, (42), 19-30.
- Lefevre, G., & Alexandre, A. (2010). Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux ? Dans A. Alexandre, G Lefèvre, M. Paly et B. Vauvillé (dir.), *Ergothérapie en pédiatrie*. Paris, France : De Boeck Solal
- Major, S., Gilbert, V., Dutil, E., Pituch, E., & Bottari, C. (2018). Le Profil des AVQ adapté au rôle de parent : Une étude exploratoire: The ADL Profile adapted for use with parents: An exploratory study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(3), 209-221. Doi : 10.1177/0008417418762515
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Mills, C., & Chapparo, C. (2017). Use of Perceive, Recall, Plan, Perform Stage Two Cognitive Task Analysis for student with autism and intellectual disability : The impact of a sensory activity schedule. *Journal of Occupational Therapy, School & Early intervention*. Doi : 10.1080/19411243.2017.1335262

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Autisme : comment se passe un diagnostic ?* Consulté à l'adresse Santé.fr website : <https://sante.fr/autisme-comment-se-passe-un-diagnostic>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie - Introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck supérieur).

Nott, M. T., & Chapparo, C. (2012). Exploring the Validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: Cognitive Strategy Use in Adults with Brain Injury. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 256-263. Doi : 10.4276/030802212X13383757345067

Nott, M. T., Chapparo, C., & Heard, R. (2009). Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: a criterion-referenced assessment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 307-314. Doi : 10.1111/j.1440-1630.2008.00763.x

Ranka, J. (2014). Description of OPM(A) assessments. Consulté à l'adresse : [www.occupationalperformance.com/assessments/](http://www.occupationalperformance.com/assessments/)

Ranka, J. (2014). Description of OPM(A) interventions. Consulté à l'adresse : [www.occupationalperformance.com/interventions/](http://www.occupationalperformance.com/interventions/)

Royer, H., & Yanez, I. (s. d.). Accompagnement éducatif et thérapeutique d'un petit groupe de jeunes enfants polyhandicapés présentant des difficultés visuelles. *Motivité cérébrale*, (34), 14-24.

Secrétaire d'état chargée des personnes handicapées. (2018). *Autisme, changeons la donne !* (p. 40).

Consulté à l'adresse :

[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_pour\\_lautisme\\_-\\_vendredi\\_6\\_avril\\_2018\\_2.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf)

Stultjens, E. M. J., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., & Graff, M. J. L. (2012). Reliability of the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) assessment in community-dwelling dementia patients: test

consistency and inter-rater agreement. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 659-665. Doi : 10.1017/S1041610211002249

Stigen, L., & Page, J. (2012). Inter-rater reliability of th Norwegian version of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. *Ergoterapeuten*, 40-47.

Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118. Doi : 10.1177/1468794104041110

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Paris : De Boeck Supérieur.

Van Keulen-Rouweler, B. J., Sturkenboom, I. H. W. M., Kottorp, A., Graff, M. J. L., Nijhuis-Van der Sanden, M. W. G. M., & Steultjens, E. M. J. (2017). The Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) system for persons with Parkinson's disease: a psychometric study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 65-73. Doi : 10.1080/11038128.2016.1233291

Villepinte, C., Caire, J.-M., Montardon, S., Chapparo, C., & Ranka, J. (2019). Chapitre 9 : Evaluation de la Performance Occupationnelle : système d'analyse de la tâche Percevoir, se Rappeler, Planifier, Exécuter (PRPP) and Upper Limb Performance Assessment (ULPA). Dans E. Trouvé (dir.). *Participation, occupation et Pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 133-143). Paris: ANFE.

Volkert, V. M., & Vaz, P. C. M. (2010). Recent studies on feeding problems in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(1), 155-159. Doi : 10.1901/jaba.2010.43-155

Yanez, I., & Vauvillé-Chagnard, B. (2017). Les outils d'évaluation en ergothérapie chez l'enfant de 0 à 6 ans Quelles spécificités ? *Contraste*, N° 45(1), 61-86.

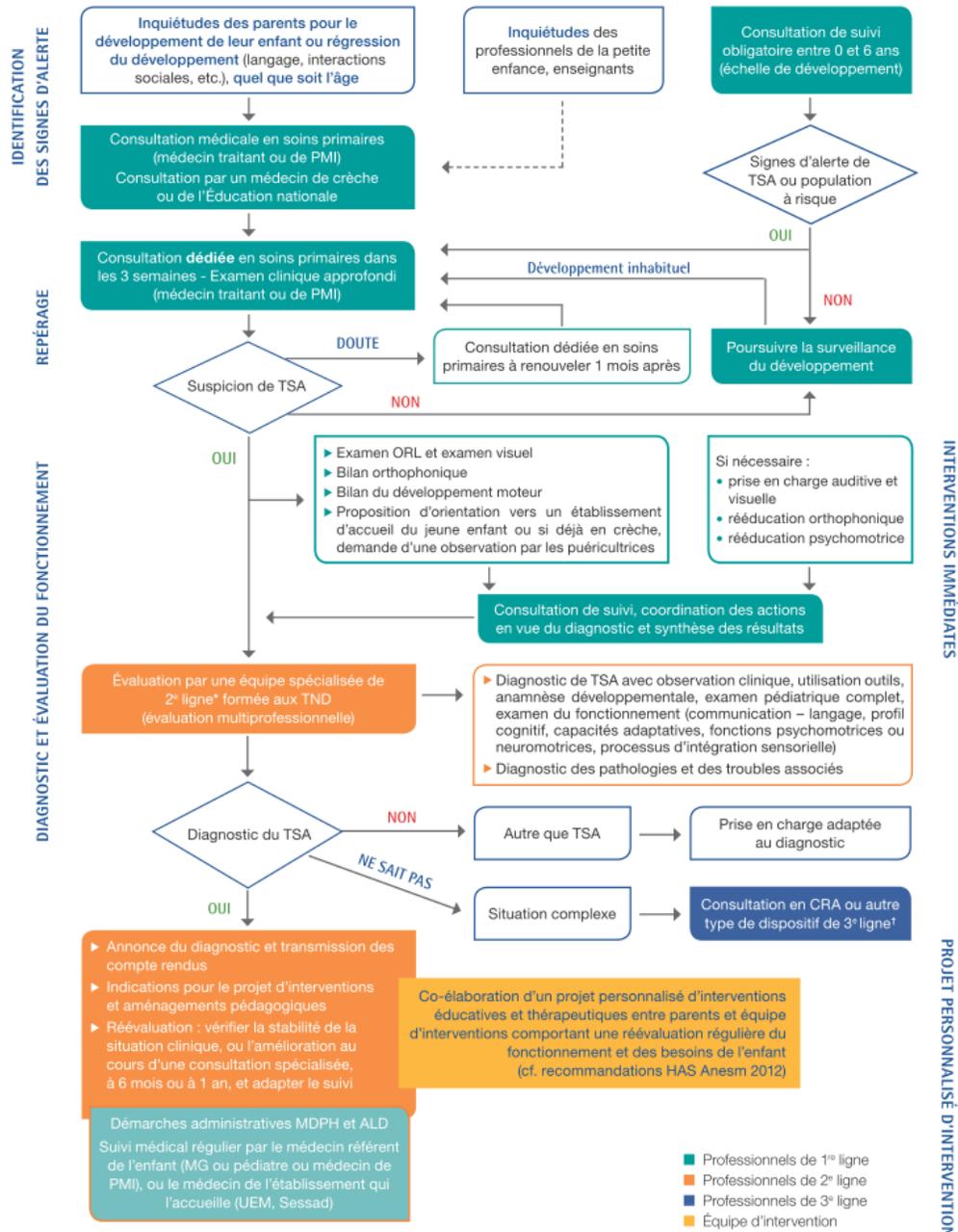
## Table des Annexes

Annexe 1 : Synthèse du parcours de l'enfant TSA.....	44
Annexe 2 : Résumé des critères diagnostique du DSM-5 .....	44
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des niveaux de sévérité du DSM V du TSA .....	46
Annexe 4 : Schéma du Occupational Performance Model (Australia) .....	47
Annexe 5 : Schéma des composantes observées pendant l'examen.....	48
Annexe 6 : Traduction libre du PRPP .....	49
Annexe 7 : Schéma du modèle du Sytsème d'analyse de la tâche : PRPP.....	50
Annexe 8 : Exemple de mail envoyé aux professionnels .....	50
Annexe 9 : Matrice réalisée pour la variable "Analyse d'activité" .....	52
Annexe 10 : Matrice réalisée pour la variable "Plan d'intervention" .....	54
Annexe 11 : Matrice réalisée pour la variable "PRPP assessment.....	56
Annexe 12 : Trame d'entretien.....	57
Annexe 13 : Retranscription avec codage pour l'analyse de l'entretien avec l'ergothérapeute A	58
Annexe 14 : Analyse de l'entretien A en fonction de la variable "Analyse d'activité" .....	63
Annexe 15 : Analyse de l'entretien en fonction de la variable "Plan d'intervention" .....	66
Annexe 16 : Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq pour l'entretien A.....	68
Annexe 17 : Nuage de mot réalisée avec le logiciel Iramuteq pour l'entretien A.....	69
Annexe 18 : Analyse des similitudes réalisée avec le logiciel Iramuteq pour l'entretien A .....	70
Annexe 19 : Retranscription avec codage pour l'nalayse de l'entretien avec l'ergothérapeute B	71
Annexe 20 : Analyse de l'entretien B en fonction de la variable "Analyse d'activité" .....	75
Annexe 21 : Analyse de l'entretien B en fonction de la variable "Plan d'intervention" .....	77
Annexe 22 : Occurences principales repérées par le logiciel Iramuteq pour l'entretien B .....	79
Annexe 23 : Nuage de mot réalisé avec le logiciel Iramuteq pour l'entretien B.....	80
Annexe 24 : Analyse des similitudes réalisée avec le logiciel Iramuteq pour l'entretien B .....	81
Annexe 25 : Synthèse du codage réalisé à partir de la matrice relative à la variable "PRPP" .....	82
Annexe 26 : Liste des mots outils et parasites non pris en compte par le logiciel Iramuteq.....	84
Annexe 27 : Liste des occurences principales repérées pour les deux entretiens.....	86
Annexe 28 : Nuage de mot réalisé avec le logiciel Iramuteq pour les deux entretiens .....	87
Annexe 29 : Analyse des similitudes réalisées par le logiciel Iramuteq pour les deux entretiens	88

## Annexe 1

# Synthèse du parcours de l'enfant TSA : Des signes d'alerte au projet personnalisé d'interventions (Haute autorité de Santé, février 2018)

### PARCOURS : DES SIGNES D'ALERTE AU PROJET PERSONNALISÉ D'INTERVENTIONS



## Annexe 2

### Résumé des critères diagnostique du DSM-5 issu de l'Annexe 1 du texte des recommandations des bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, Février 2018 (p 27)

Cette annexe reproduit les critères diagnostiques du DSM-5, d'après l'*American Psychiatric Association*. Trouble du spectre de l'autisme. Dans: DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

Le trouble du spectre de l'autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux.

#### **Critères diagnostiques 299.00 (F84.0)**

**A.** Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle.
2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales.
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

*Spécifier la sévérité actuelle* : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante).

**B.** Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage.
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés.
3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but.
4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

*Spécifier la sévérité actuelle* : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

**C.** Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

**D.** Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel, social, scolaire (professionnels ou dans d'autres domaines importants).

**E.** Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

*Spécifier si* :

- avec ou sans déficit intellectuel associé ;
- avec ou sans altération du langage associée ;
- associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ;
- associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ;
- avec catatonie.

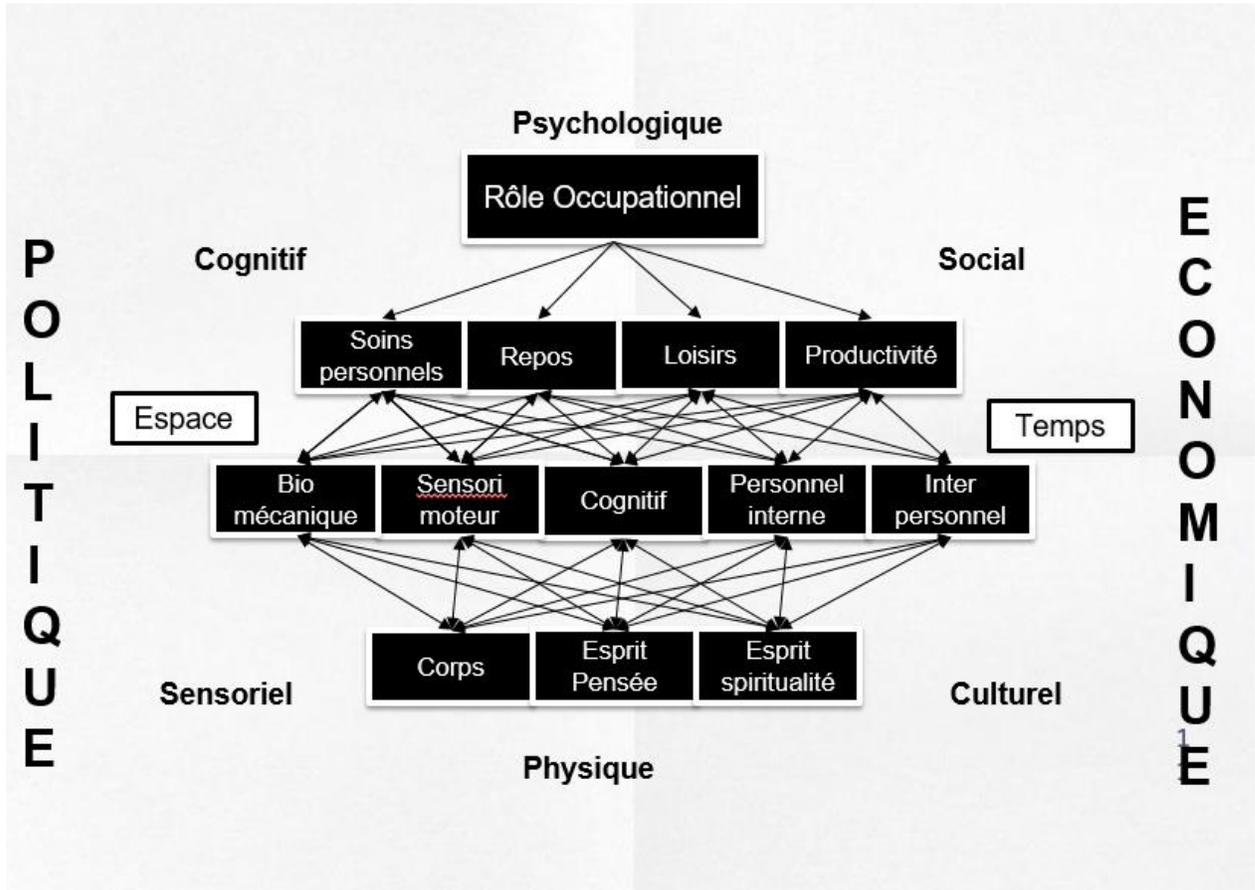
### Annexe 3

Tableau récapitulatif des niveaux de sévérité du DSM V du trouble du spectre de l'autisme  
(Austime Asperger Quebec, 2018)

Niveau de sévérité	Communication sociale	Comportements restreints, répétitifs
Niveau 3 : « Nécessitant une aide très importante »	De déficits graves des compétences de communication sociale verbale et non verbale, responsables d'un retentissement sévère sur le fonctionnement; limitation très sévère de la capacité d'initier des relations, et réponse minimale aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet n'utilisant que quelques mots intelligibles et qui initie rarement ou de façon inhabituelle les interactions, surtout pour répondre à des besoins, et qui ne répond qu'à des approches sociales très directes.	Comportement inflexible, difficulté extrême à faire face au changement ou autres comportements restreints ou répétitifs interférant de façon marquée avec le fonctionnement dans l'ensemble des domaines. Détresse importante/ difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.
Niveau 2 : « Nécessitant une aide importante »	Déficits marqués des compétences de communication sociale verbale et non verbale; retentissement social apparent, en dépit des aides apportées; capacité limitée à initier des relations et réponse réduite ou anormale aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet utilisant des phrases simples, dont les interactions sont limitées à des intérêts spécifiques et restreints et qui a une communication non verbale nettement bizarre.	Le manque de flexibilité du comportement, la difficulté à tolérer le changement ou d'autres comportements restreints/répétitifs sont assez fréquents pour être évidents pour l'observateur non averti et retentir sur le fonctionnement dans une variété de contextes. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.
Niveau 1 : « Nécessitant de l'aide »	Sans aide, les déficits de la communication sociale sont source d'un retentissement fonctionnel observable. Difficulté à initier les relations sociales et exemples manifestes de réponses atypiques ou inefficaces en réponse aux initiatives sociales émanant d'autrui. Peut sembler avoir peu d'intérêt pour les interactions sociales. Par exemple, un sujet capable de s'exprimer par des phrases complètes, qui engage la conversation mais qui ne parvient pas à avoir des échanges sociaux réciproques et dont les tentatives pour se faire des amis sont généralement étranges et inefficaces.	Le manque de flexibilité du comportement a un retentissement significatif sur le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Difficulté de passer d'une activité à l'autre. Des problèmes d'organisation ou de planification gênent le développement de l'autonomie.

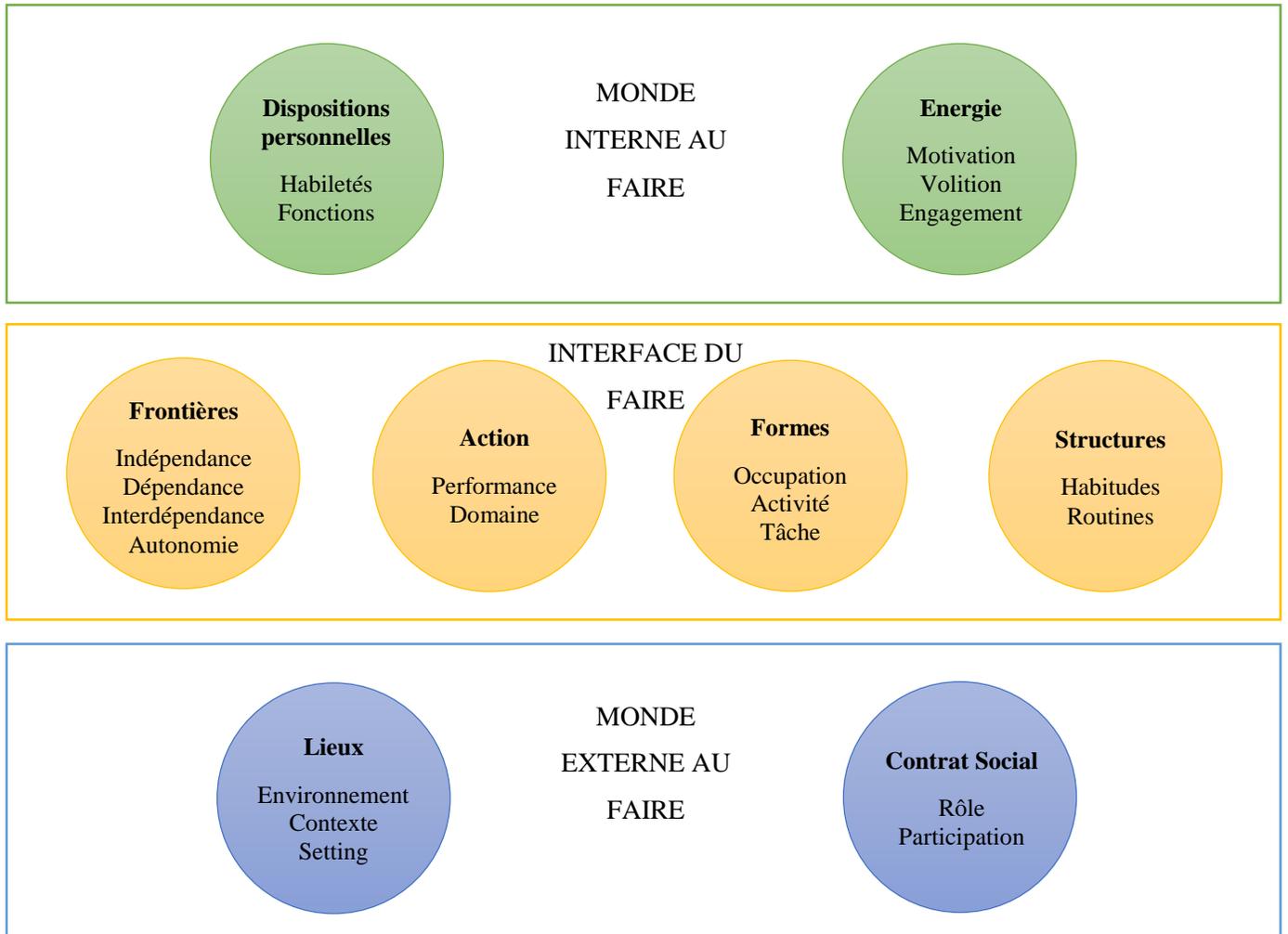
Annexe 4

Schéma du Occupational Performance Model (Australia) (Ranka, J., & Chapparo, C., 2011)



Annexe 5

Schéma des composantes observées pendant l'examen (De l'activité à la participation, Meyer, 2013)



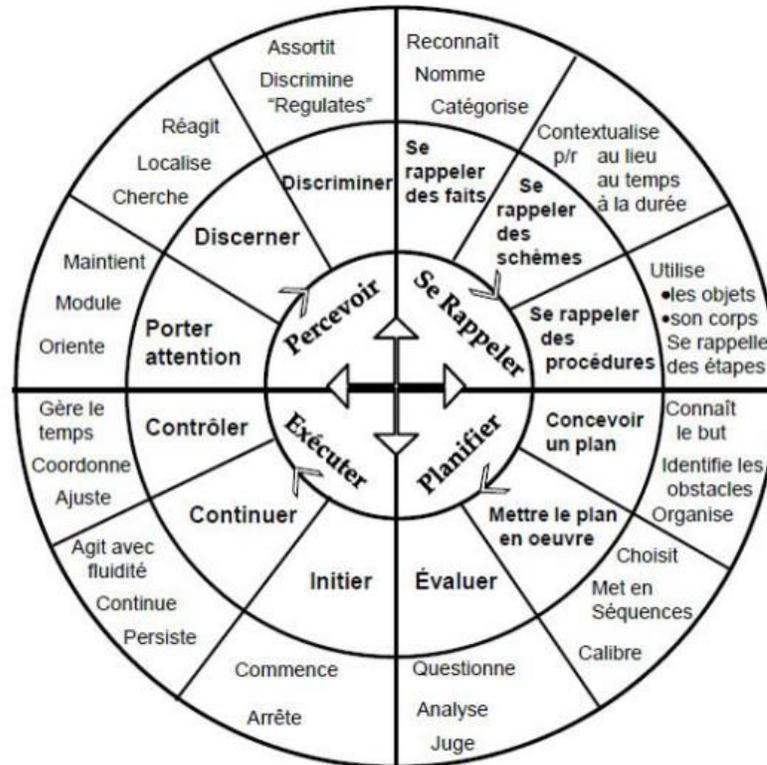


Annexe 7

Modèle du Système d'analyse de la tâche : Percevoir, se Rappeler, Planifier, Exécuter (PRPP).

Traduction révisée en 2018 par la SFEQ à partir de traductions réalisées en 2004 (Doctorat de G.

Aubin) Chapparo C., Ranka J. (2018)



## Annexe 8

### Exemple de mail envoyé aux professionnels

Bonjour,

Je suis Léonore ROZE, aujourd'hui étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'institut de Toulouse.

Je suis actuellement en train de rédiger mon mémoire de fin d'étude sur l'analyse d'activité chez des enfants atteints de TSA de 0 à 6 ans.

Afin de réaliser mon étude pré-exploratoire j'aurais aimé interviewer des ergothérapeutes libéraux exerçant auprès d'enfants atteints de TSA de 0 à 6 ans. Cet entretien se déroulerait ou par téléphone pour une durée de 30 minutes maximum (L'entretien pré test et le premier entretien que j'ai effectué ont duré environs 20 minutes). Cet entretien sera enregistré afin qu'il puisse être retranscrit par écrit et analysé. Les données seront bien sûr anonymisées. Dans un second temps, je vous ferai parvenir mon mémoire rédigé si cela vous intéresse.

Je suis consciente que vous devez déjà être sollicitée par de nombreux étudiants. Je comprendrais tout à fait s'il vous est difficile de répondre positivement à cette demande. Si toutefois cet entretien vous intéresse, j'essayerai de m'adapter au mieux à vos horaires.

Merci de l'intérêt que vous porterez à cette demande,

Bien cordialement,

**Léonore ROZE**

*Etudiante en 3<sup>ème</sup> année*

*Institut de Formation en ergothérapie*

*Toulouse*

## Annexe 9

Matrice réalisée pour la variable : Analyse d'activité

### **Variable : Analyse d'activité**

<u>Théorie/Concept :</u>	
<p>L'analyse d'activité correspond à « <i>La mise en évidence des composantes de l'activité qui influence la manière dont elle est choisie, organisée et réalisée en interaction avec l'environnement.</i> » (Meyer, 2013, p4). Elle s'appréhende à travers les différentes formes du « Faire » (De l'activité à la participation, Meyer, 2013)</p> <p>Selon Chapparo et Ranka, l'évaluation de la performance occupationnelle s'appréhende à travers 3 dimensions : Dans quelles mesures les personnes sont capables de mener à bien les occupations en contexte réel ; l'identification des capacités de la personne et de ses stratégies face aux difficultés rencontrées ; La compréhension de l'influence du contexte sur l'occupation. Ranka, J. (2014)</p>	
<b>Critères</b> <i>Auteurs références</i>	<b>Indicateur</b>
<b>Lien avec le setting</b> <i>(Allen 1985, Kielhofner 2008)</i>	Cadre matériel : quels objets l'entourent, quelles matières... Cadre humain : enfant a besoin de guidance ? Quelles consignes données ? Autre spécificité du <i>setting</i> : ambiance sonore, lumineuse, surface de la pièce....
<b>Mesure de la performance occupationnelle</b>	Mesure du résultat ? → But de l'occupation atteint Mesure du processus de réalisation et de traitement de l'info ? → manière dont l'activité est réalisée Mesure des causes → Pourquoi l'activité n'est pas bien réalisée Mesure de l'exécution d'activité en elle-même → Précision avec laquelle l'activité est réalisée

<p><b>Prise en compte de l'énergie du « faire »</b>  <i>(De l'activité à la participation, Chapitre 9, pages 145-153)</i></p>	<p>Motivation  Volition  Engagement  Plaisir</p>
<p><b>Subjectivité du thérapeute</b></p>	<p>Utilisation d'outils  Expérience  Sensibilité observateur  Autre</p>

Annexe 10

Matrice réalisée pour la variable « Plan d'intervention en ergothérapie »

**Variable : Plan d'intervention**

<u>Théories/concept :</u>	
Les interventions en ergothérapie fondées sur l'OPA-M doivent permettre aux personnes d'acquérir des compétences et des satisfactions nécessaires à la réalisation de ses occupations. L'ergothérapeute axe son intervention sur les domaines d'actions et les composantes d'action en lien avec le contexte. (Ranka, J., 2014)	
<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Axé sur le Biomécanique</b>	<b>Point de vue de la personne</b> Amplitude du mouvement Endurance Force Préhension
	<b>Point de vue de l'activité</b> Taille des objets Poids des objets Forme de l'objet
<b>Axé sur le sensori-moteur</b>	<b>Point de vue de la personne</b> Régulation du tonus musculaire Réponses motrices appropriées Coordination Enregistrement de stimuli
	<b>Point de vue de l'activité</b> Couleurs des objets Textures des objets Température Son Odeur Goût Mouvements
<b>Axé sur le cognitif</b>	<b>Point de vue de la personne</b> Penser Reconnaître Juger Apprendre Savoir Résoudre des problèmes
	<b>Point de vue de l'activité</b> Complexité de la tâche

<b>Axé sur les facteurs intra-personnels</b>	<b>Point de vue de la personne</b> Estime de soi Humeur Affect Rationalité Mécanisme de défense
	<b>Point de vue de l'activité</b> Valorisation Satisfaction Motivation
<b>Axé sur les facteurs inter-personnels</b>	<b>Point de vue de la personne</b> Partage Collaboration Empathie Communication verbale Communication non verbale
	<b>Point de vue de l'activité</b> Nature de l'interaction imposée par l'activité Degré d'interaction imposé par la tâche
<b>Lien avec les domaines d'action</b>	Loisirs Repos Productivité Soins personnels
<b>Lien avec les autres professionnels</b>	Paramédicaux Enseignants Educateurs Médicaux

## Annexe 11

Matrice réalisée pour la variable « PRPP assessment »

### **Variable : PRPP assessment**

<u>Théorie/concept :</u>	
<p>La manière donc l'information est traitée et utilisée est déterminée par la capacité de traitement de l'enfant et les exigences de la tâche. L'application de certaines stratégies de traitement de l'information peut être repérée par l'observation du comportement de l'enfant pendant les activités de la vie quotidienne. (Chapparo, 2010)</p> <p>Les mesures de l'utilisation des stratégies cognitives chez les enfants dans leurs performances quotidiennes sont en train de devenir une des cibles des pratiques d'évaluations modernes (Chapparo (2010) reprend Chapparo et Ranka, 1997b; Miller, Missiuna, MacNab, Malloy-Miller et Polatajko, 2001).</p>	
<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>
<i>Auteurs références</i>	
Séquençage de l'activité en tâche	
Comptage des erreurs	Omission Temporalité Précision Répétition
Lien avec le quadrant Percevoir	Porter attention : maintient, module, oriente Discerne : Cherche, localise, réagit Discrimine : assorti, discrimine, régule
Lien avec le quadrant Se rappeler	Se rappeler des faits : reconnaît, nomme, catégorise Se rappeler des schèmes : contextualise par rapport au lieu, au temps, à la durée Se rappeler des procédures : connaît le but, identifie les obstacles, organise
Lien avec le quadrant Planifier	Concevoir un plan : connaît le but, identifie les obstacles, organise Mettre le plan en œuvre : choisit, met en séquences, calibre Evaluer : questionne, analyse, juge
Lien avec le quadrant Exécuter	Initier : commence, arrête Continuer : agit avec fluidité, continue, persiste Contrôler : gère le temps, coordonne, ajuste

## Annexe 12

### Trame d'entretien

1. Quelle est pour vous la plus-value de l'analyse d'activité en milieu écologique chez des enfants atteints de TSA de moins de 6 ans ?

*Questions de relance si besoin : qu'apporte-t-elle à votre pratique de l'ergothérapie, quel avantage de la mise en activité dans le lieu de vie de l'enfant ?*

2. Comment effectuez-vous l'analyse d'activité des enfants de moins de 6 ans avec un TSA ?

*Question de relance si besoin : quels outils utilisez-vous (grille personnelle ou grille standardisée ; absence de grille ?). Activité filmée ? En présence des parents ?*

- a. Si pas d'outils standardisés.
  - i. Sur quels critères vous vous basez pour observer l'activité ? Comment procédez-vous ?
  - ii. Pourquoi n'utilisez-vous pas d'outils standardisés ?
- b. Si outils standardisés
  - i. Quelle est pour vous la plus-value d'utiliser des outils standardisés ?
  - ii. Quelle est pour vous la limite de cet/ces outils ?

3. Quels liens faites-vous entre l'analyse d'activité et la mise en place du plan d'intervention en ergothérapie ?

*Question de relance si besoin : Quels types d'informations récoltées dans l'analyse d'activité vous permettent de construire votre plan d'action ?*

4. Comment construisez-vous votre plan d'intervention ?

*Questions de relance si besoin : Sur quelles évaluations vous basez-vous ?*

5. Quelles est votre intervention concrète auprès d'enfant TSA de 0 à 6 ans.
6. Autres ?

## Annexe 13

Retranscription avec codage pour l'analyse de l'entretien avec l'ergothérapeute A

### **Etudiant : Quelle est pour vous la plus-value de l'analyse d'activités en milieu écologique chez des enfants de moins de 6 ans atteint d'autisme pour l'ergothérapeute ?**

1 Ergothérapeute A : Je ne suis pas la spécialiste de cette pathologie. Après, avec l'intégration  
2 sensorielle, l'analyse d'activité est dans ce sens : je vais aller trouver quelles sont les failles au  
3 niveau sensoriel par rapport aux jeux qu'ils proposent, par rapport à ses intérêts restreints, les jeux  
4 un peu répétitifs : pourquoi fait-il ça ? Dans quel sens ? Et là, l'analyse d'activité au niveau de  
5 l'ergothérapeute, elle est top parce que c'est vrai qu'on est, on va dire, le seul professionnel qui a  
6 cette façon de travailler et qui permet vraiment, je trouve, de proposer des outils ou d'autres jeux à  
7 l'enfant et aussi à la famille dans le quotidien. Elle permet d'avoir une meilleure analyse de ce qui  
8 se passe et du coup de pouvoir mieux répondre aux besoins de l'enfant, pour l'amener à autre chose  
9 et à complexifier son jeu qui est à la base pauvre ou assez restreint.

### **Concrètement comment réalisez-vous l'analyse d'activité de ces enfants ?**

10 Moi je n'ai pas d'outil concret. Enfin, j'ai le profil sensoriel pour analyser dans le quotidien ce qui  
11 s'y passe, après quand je suis en séance et que j'observe l'enfant, c'est vraiment de l'observation  
12 clinique. Je ne vais pas forcément utiliser une grille, aller sur une activité, chercher tout les pré-  
13 requis que ça donne ou qu'est-ce que ça met en jeu. Après, j'ai 10 ans d'expérience aussi donc...  
14 c'est ça qui est un peu biaisé. C'est-à-dire que j'ai dû le faire un peu plus jeune et maintenant que  
15 c'est un peu rodé dans ma pratique, je vais prendre des notes sur ce que j'observe, les choses que  
16 je peux analyser par rapport aussi à mon expérience professionnelle, ce que je peux analyser de  
17 l'enfant, ce que propose l'enfant.

### **Et comment allez-vous choisir l'activité observée et après sur ce que vous notez, qu'est-ce que vous allez noter ? Sur quoi avez-vous vos observations ?**

18 Pour les enfants autistes, notamment chez les tout-petits comme ça, souvent c'est quand même  
19 assez sévère. C'est-à-dire qu'ils sont non-verbaux, ils ne parlent pas, souvent les jeux sont très  
20 pauvres, ils n'ont pas d'autonomie sur le quotidien. Donc avant, tu fais forcément l'entretien avec  
21 la famille, ce n'est pas l'enfant qui va te donner les informations. Donc tu fais un entretien sur toute  
22 la vie quotidienne, ce qui se passe ect... Avec ces enfants-là c'est vrai qu'on propose (enfin  
23 maintenant je le généralise d'ailleurs à tous les enfants) le profil sensoriel pour essayer de voir

24 justement sur chaque système sensoriel s'il y a une hypersensibilité //PeC=1//, qu'est-ce qui se  
25 passe pour lui ? Est-ce que c'est agréable/pas agréable ? Et ensuite, dans un deuxième temps je vais  
26 faire quelques séances d'observation avec l'enfant c'est-à-dire que je vais mettre différents jeux,  
27 différents petits jouets qui vont l'amener à être... Tu vois, si c'est une source sonore, je vais  
28 stimuler le système auditif ; si c'est des trucs lumineux, je sais que ça va être du visuel... Et je vais  
29 essayer de voir où l'enfant va, voir ses préférences. « Tiens l'auditif, il se bouche les oreilles ».  
30 Quels sont ses réactions en plus à ce jeu //PeB =1//? Est-ce qu'il est déjà attiré par ça //PeA=1//?  
31 Quand il est en action, quels comportements ça induit chez lui ? C'est en ça que je fais mon analyse  
32 d'activité. C'est ça que tu as en tête. Donc après effectivement, sur les objectifs, je pars aussi, enfin  
33 essentiellement, de la demande des parents. Donc là, tu vois, j'ai une petite, la maman elle aimerait  
34 qu'elle utilise des couverts. Elle les tient mais du bout des doigts, elle est hypotonique donc moi je  
35 vais en déduire qu'au niveau sensori-moteur effectivement elle est très hypotonique //ExC=1//, le  
36 tonus est très bas. On va avoir ce travail-là de tonicité à faire, mais après tu vas aussi avoir des  
37 mises en situation avec des outils. Ce sera avec du sable, une cuillère, un petit pot... on commence  
38 comme ça, je vais voir comment elle utilise les outils, essayer d'observer quelle est sa préhension.  
39 Et je me dis, il va falloir que je trouve un jeu peut-être pour essayer de travailler sur cette préhension  
40 dans un autre contexte, avec un système sensoriel qu'elle apprécie. Parce que chez les enfants  
41 autistes, si tu vas sur un truc où ils sont hypersensibles, où c'est désagréable, tu ne vas rien obtenir,  
42 à part qu'ils vont se détourner et faire autre chose. Donc il faut, au départ, faire un bon  
43 débroussaillage, effectuer une bonne enquête pour essayer de trouver ce qui les attire //PeA=1//, ce  
44 qui est agréable pour eux, là où c'est source de plaisir. De là, tu vas essayer de rajouter des outils,  
45 de complexifier le jeu, d'être en interaction.

### **Et concrètement, qu'est-ce que vous allez rendre aux parents de cette analyse d'activité ?**

46 En fait l'analyse d'activité tu la fais pour toi. Aux parents tu vas plutôt être sur des petits jeux  
47 sensori-moteurs à faire à la maison ou tu vois, si au niveau tactile c'est un peu compliqué, je vais  
48 essayer de leurs dire « là, elle préfère les tissus un peu doux donc on va essayer d'aller vers quelque  
49 chose de plus en plus rugueux mais on va y aller doucement, donc à la maison, essayez quelque  
50 chose, des jeux, des activités, des propositions une fois, deux fois, plusieurs fois, sans insister ».  
51 Ça va être comme ça l'analyse d'activité. Ce sera plutôt des jeux à faire dans le quotidien et ne pas  
52 lui rajouter de la rééducation, mais utiliser ce qui se passe dans le quotidien : de la cuisine, peu  
53 importe : des petit jeux qu'ont les parents à la maison et essayer d'accepter différentes textures si  
54 c'est du tactile ou autre si c'est le bruit... Mais ça va être en ça que l'analyse d'activité va être

55 retranscrite. Toujours faire le lien plutôt avec le quotidien. C'est là que l'ergothérapeute, je trouve  
56 qu'on fait bien ce lien-là. C'est-à-dire que nous on va être effectivement sur quelque chose de très  
57 analytique, dans tous les cas en séances, on va chercher à mieux comprendre l'enfant, mais après  
58 je trouve qu'on va renvoyer ou du moins conseiller aux parents des choses plus fonctionnelles, en  
59 lien avec le quotidien, pour que ça leur parle, qu'ils voient aussi une évolution dans leur quotidien  
60 avec leur enfant. Et puis bien souvent c'est aussi leur permettre de jouer avec leur enfant, ils ne  
61 savent pas trop faire des fois. Chez les tout-petits on voit ça, les parents sont très... limite à vouloir  
62 être rééducateurs et ne savent plus du tout jouer avec leur enfants, ils ne savent pas quoi leur  
63 proposer...

### **Pourquoi n'utilisez-vous pas d'outils standardisés justement pour ces analyses ?**

64 A la fois je dirais que je n'en connais pas, mais on a aussi beaucoup de bilans, de choses, faut  
65 arriver aussi à faire le tri. J'ai du mal à me projeter, à me dire : quels types d'outils et comment je  
66 pourrais analyser l'activité pour tous les enfants. Je me dis, un outil qui serait standardisé, qui  
67 permettrait de... enfin, j'arrive pas à me l'imaginer. Après, moi j'ai une pratique un peu, pas au  
68 feeling mais voilà, j'aime beaucoup ça, faire de l'observation clinique et aller analyser avec mon  
69 expérience pour affiner cette observation clinique. Après, ça peut être intéressant mais j'ai du mal  
70 à m'imaginer... Moi en ergothérapie je ne fais pas du tout de calcul d'écart-type, de déviations  
71 standards etc... comme on peut voir certains professionnels le faire, moi je ne le fais pas du tout.  
72 Je ne vois pas l'intérêt de les comparer avec une norme dans ces tests-là, je cherche plutôt à voir  
73 sur le quotidien qu'est-ce qui ressort ? Qu'est-ce qui est défaillant ? Suivant les scores qui te  
74 mettent, de savoir s'ils sont en déviance probable, hypersensibilité et tout, ça oui ça m'intéresse  
75 mais après voir qu'il y a moins 2 écarts-type de je ne sais pas quoi par rapport à ça... Enfin avec  
76 ces enfants-là en tout cas je ne suis pas à voir ça.

### **Quels liens faites-vous entre cette analyse d'activité et votre plan d'intervention en ergothérapie ?**

77 Ça dépend... c'est pareil, chez les enfants TSA 0-6 ans, tu as entre guillemets tout type d'enfant,  
78 le spectre, il est tellement large...tu vas avoir des enfants qui vont bouger, d'autres qui ne bougent  
79 pas, d'autres qui te regardent plus ou moins, d'autres qui peuvent un peu échanger... Donc  
80 effectivement, ton évaluation n'est jamais la même, tu ne peux jamais copier/coller. Donc, soit  
81 effectivement tu mets en action sur des jeux comme je te disais, différents, et du coup de là tu en  
82 tires des pistes, c'est-à-dire que tu vas te dire, enfin avec tout ce qui est sensoriel et tout c'est

83 vraiment au départ des hypothèses en fait. Ce n'est pas « Ah ça y est, je vois ça, je fais ça ! », ce  
84 n'est pas aussi clair et net. C'est-à-dire **que tu vas te faire des hypothèses**, tu vas te dire bon là il a  
85 l'air **un peu hypersensible**//PeC=1//, **ça n'a pas l'air très agréable** //PeB=1//, parce que ben voilà il  
86 ne parle pas, **c'est suivant les mimiques qu'il a**. Mais bon les mimiques c'est pas forcément... **Ce**  
87 **n'est pas parce qu'il grimace que c'est désagréable** mais voilà s'il y revient c'est peut être que  
88 finalement il accepte... Et de là je vais en tirer, **par rapport aux traits sensoriels, des choses qui sont**  
89 **vraiment très désagréable, c'est-à-dire qu'il va falloir le bosser** mais ça veut dire qu'il va falloir  
90 aussi le faire de manière un peu graduelle parce que sinon tu vas vite le perdre. Et pour le plan  
91 d'intervention, c'est ce que je te disais, je pars vraiment surtout de la vie quotidienne. C'est-à-dire  
92 que suivant la demande des parents, si moi je me dis « Ohlala ça il faudrait absolument le bosser »,  
93 oui mais si ça n'a pas un lien avec ce que m'ont demandé les parents ce n'est pas grave, je le ferais  
94 plus tard ou je le fais mais un peu en dernière intention. Je pars vraiment plutôt de la demande des  
95 parents. C'est-à-dire que ça va être... cette histoire de couvert effectivement tu peux toujours de  
96 toute façon y mettre ce que tu as vu. Tu fais du lien, par exemple pour l'utilisation des outils, si  
97 c'est compliqué tu te doutes que tout ce qui va être tactile, c'est sûrement compliqué. Et puis si le  
98 tactile est compliqué, si tu remontes et que tu te poses des questions, tu te dis qu'au niveau du  
99 développement sensori-moteur tu vois, quand l'enfant a grandi au fur et à mesure, les acquis, les  
100 pré-requis moteurs ils ne sont pas tops, ils sont fragiles, donc forcément.. Tu vois ce que je veux  
101 dire ? Tu déconstruit dans l'autre sens. Et donc, le plan de traitement il va être par rapport à ça,  
102 c'est-à-dire là tu vois sur typiquement l'enfant que **j'ai vu, je fais beaucoup beaucoup le sensori-**  
103 **moteur, tu ne peux pas enlever le sensoriel de la motricité**, ça n'a pas de sens, c'est complètement  
104 en lien. Donc effectivement ça va plutôt être faire des jeux moteurs au départ, en intégrant les jeux  
105 bien sûr mais toujours avec cette idée de cet objectif de la vie quotidienne visée.

### **Donc vous construisez vraiment votre plan d'intervention autour de l'entretien des parents et des petites mises en situation ?**

106 Oui, c'est-à-dire autour de ce que les parents disent que c'est compliqué, c'est là où je vais mener  
107 l'enquête : **pourquoi c'est compliqué ? Qu'est ce qui se passe pour lui ? Est-ce que c'est cette**  
108 **motricité** qui est compliquée ? **Est-ce que c'est du sensoriel tactile** ou autre... C'est vraiment en ça  
109 que je vais faire l'analyse d'activité. Mais souvent je les mets en situation, si c'est le repas qui est  
110 un peu compliqué, si c'est une activité à l'école... si on me dit « l'activité peinture ils en font tous  
111 les jours c'est l'enfer... », **on va regarder qu'est ce qui se passe, pourquoi**... ça va être dans ce  
112 sens-là.

**Et du coup ces observations vous les faites à domicile ? A l'école ? Ou au cabinet ?**

113 Beaucoup au cabinet, parce que j'ai plus de matériel, même avec le vestibulaire, tu sais tout ce qui  
114 est balançoires et tout ça c'est plus compliqué à faire à l'extérieur. Après dans le suivi, une fois que  
115 je suis installée dans le suivi, on va au domicile, ou à l'école, beaucoup à l'école. On va faire des  
116 observations à l'école, on va essayer de donner des conseils aux enseignants, à l'AVS... A la  
117 maison là tu vois, il y en a plusieurs où il faut que j'y aille justement pour voir l'alimentation, ou  
118 le jeu, voir comment ça se passe. L'environnement, voir s'il y a des choses qui sont trop attrayantes  
119 et c'est pour ça que l'enfant des fois il est ??? C'est parce qu'il ne peut plus. Du coup on essaye  
120 mais moi j'ai plus une pratique en cabinet. Mais moi je fais toujours le lien. Régulièrement, je  
121 demande aux parents comment ça se passe là ? Est-ce que le repas ça s'est amélioré ? Est-ce que  
122 le sommeil ça s'est amélioré ? L'habillage ? Je fais toujours ces allers retours quand même.  
123 Toujours interroger pour aussi remettre à jour un peu les objectifs, l'évolution de l'enfant dans son  
124 environnement. Ou à l'école, tu vois, si je suis allée une première fois en observation, après on  
125 voit, c'est beaucoup plus facile d'envoyer un petit mail à l'enseignant, de dire « Où ça en est ? Es-  
126 ce qu'il y a des choses qui ont bougé ou au contraire pas du tout ? ». A un moment on est obligée  
127 d'aller faire ces allers retours par rapport à l'environnement de l'enfant. Mais j'aimerais en faire  
128 plus, mais ça prend beaucoup de temps, mais j'aimerais.

**Es-ce que vous avez d'autres choses que je n'ai pas forcément abordées et que vous aimeriez me dire ?**

129 Non, c'est un résumé grossier de la pratique avec ces enfants je pense !

## Annexe 14

Analyse de l'entretien A en fonction de la variable « Analyse d'activité. »

Critères	Indicateurs	Citation	Lien avec les indicateurs
Setting	Cadre matériel Cadre humain Autres spécificité du setting	L11 : « quand je suis en séance et que j'observe l'enfant »	Analyse de l'activité non formalisée → Autre
		L113 : « Beaucoup au cabinet parce que plus de matériel »	Utilisation d'outil non connu par l'enfant pour l'analyse d'activité → Cadre matériel
		L114 « Une fois que je suis installée dans le suivi on va au domicile, à l'école, beaucoup à l'école »	Analyse d'activité écologique régulière pendant le suivi. Prédominance d'observations en milieu scolaire. → Autre spé
		L118 « L'environnement, voir s'il y a des choses qui sont trop attrayantes »	Repérage des spécificités sensorielles de l'environnement → Autre
		L120 « Je fais toujours le lien » L122 « Je fais toujours ces allers retours [...], interroger pour remettre à jour les objectifs, l'évolution de l'enfant dans son environnement »	Recueil de données relatives à l'environnement par le biais des parents et des enseignants (elle explique que ce lien se fait par mail ou téléphone lorsque le présentiel est impossible. → Cadre humain + autre
Mesure de la performance	Mesure du <u>résultat</u> ? Mesure du <u>processus de traitement de l'info</u> ? Mesure des causes Mesure de <u>l'exécution d'activité</u> en elle-même ? Mesure du <u>comportement</u> de l'enfant ?	L15-L17 « Prendre des notes sur ce que j'observe [...], de ce que propose l'enfant »	Description du comportement de l'enfant → Exécution de l'activité
		L30 « Quelles sont ses réactions en plus à ce jeu ? Es-ce qu'il est déjà attiré par ça ? »	Description de ses réactions face aux stimuli du jeu → Comportement + traitement de l'info
		L31 « Quand il est en action, quels comportements ça induit chez lui »	Description du comportement. → Comportement
		L34 « Elle les tient mais du bout des doigts [...] donc je vais en déduire, au niveau sensori-moteur »	Mise en relation avec les compétences sensori-motrices. → Causes
		L38 « Je vais voir comment elle utilise les outils, essayer d'observer qu'elle est sa préhension »	Mise en relation avec l'aspect moteur : quelles préhensions ? → Causes
		L56 « On va être effectivement sur quelque chose de très analytique »	
		L74 « savoir s'ils sont en déviance probable, hypersensibilité et tout, ça oui ça m'intéresse »	Mise en relation avec les compétences sensorielles attendues → Causes
		L86 « Il ne parle pas, c'est suivant les mimiques qu'il a »	Description des expressions faciales. → Comportement

		L108 « Pourquoi c'est compliqué » L112 « On va regarder [...] pourquoi] »	Recherche d'une cause : quelles composantes d'action touchées ? → Causes
		L108 « Est-ce que c'est cette motricité qui est compliquée ? »	Lien avec la motricité → Cause
		L109 « Es-ce que c'est du sensoriel, tactile ou autre ? »	Lien avec la motricité → Cause
		L107 « Qu'est ce qui se passe pour lui ? » L111 « Qu'est ce qui se passe »	Qu'es ce qu'il ressent ? Comment il fonctionne → Lien traitement info
Energie du « faire »	Motivation Volition Engagement Plaisir	L20 « Donc avant tu fais forcément l'entretien avec la famille, ce n'est pas l'enfant qui va te donner les informations » L32 « Sur les objectifs, je pars aussi, essentiellement, de la demande des parents » L94 « Mais je pars vraiment de la demande des parents »	L'enfant ne peut pas nous faire part de l'énergie du faire directement, passage par la famille
		L26 « Je vais mettre différents jeux »	L'enfant choisit son activité en fonction d'une sélection préalable de l'ergothérapeute. → Engagement
		L43 « Effectuer une bonne enquête pour essayer de trouver ce qui les attire, ce qui est agréable pour eux, là où c'est source de plaisir »	Recherche d'activité et de sensations agréables → Plaisir
Caractéristique du thérapeute	Utilisation d'outils Expérience Sensibilité observateur Autre	L10 « Moi je n'ai pas d'outils concrets »	Absence de grille ou outil → Utilisation outil
		L13 « Après j'ai plus de 10 ans d'expérience donc... c'est ça qui est un peu biaisé »	Le fait qu'elle n'utilise pas d'outil a pour elle un lien avec son expérience → utilisation d'outil + expérience
		L64 « Mais on a aussi beaucoup de bilans, de choses, faut arriver aussi à faire le tri »	Multiplicité des outils est un frein → Utilisation d'outil
		L68 « J'aime beaucoup ça faire de l'observation clinique et aller analyser avec mon expérience pour affiner mon observation clinique »	Notion de plaisir lié à ces analyses → Sensibilité de l'observation + Expérience
		L80 « Ton évaluation n'est jamais la même, tu ne peux jamais faire de copier-coller »	Analyse ne dépend pas que du thérapeute, elle dépend de l'enfant d'où la difficulté pour trouver un outil → Utilisation outil
		L84 « C'est-à-dire que tu vas te faire des hypothèses »	Lien avec l'expérience

	L87 « Ce n'est pas parce qu'il grimace que c'est désagréable »	Ne pas toujours faire confiance à l'observation du comportement → expérience
	L127 « Mais j'aimerais en faire plus, mais ça prend beaucoup de temps mais j'aimerais »	Contraintes liées à l'environnement de travail, l'analyse d'activité en milieu écologique prend du temps

## Annexe 15

### Analyse de l'entretien A en fonction de la variable « Plan d'intervention »

Critères	Indicateurs	Citation	Lien avec les indicateurs
Axé sur le Biomécanique	<b>Point de vue de la personne</b> Amplitude du mouvement Endurance Force Préhension	L439 « Essayer de travailler sur cette préhension »	Rééducation axée sur la composante biomécanique
	<b>Point de vue de l'activité</b> Taille des objets Poids des objets Forme de l'objet	L36 « Avoir des mises en situations avec des outils. Ce sera avec du sable, une cuillère, un petit pot... »	Utilisation de mises en situations avec différentes formes d'outils
Axé sur le sensori-moteur	<b>Point de vue de la personne</b> Régulation du tonus musculaire Réponses motrices appropriées Coordination Enregistrement de stimuli	L36 « On va avoir ce travail là de tonicité à faire »	
		L46 « tu vas plutôt être sur des petits jeux sensori-moteurs à faire à la maison »	Axe sensori-moteur à travers des jeux au quotidien
		L88 « Par rapport aux traits sensoriels, des choses qui sont vraiment très désagréables, c'est-à-dire qu'il va falloir le bosser »	Axe sensoriel graduellement.
		L102 « Je fais beaucoup le sensori-moteur, tu ne peux pas enlever le sensoriel de la motricité »	Importance de cet axe de rééducation
		L113 « Avec le vestibulaire »	
	<b>Point de vue de l'activité</b> Couleurs des objets Textures des objets Température Son Odeur Goût Mouvements	L40 « Essayer de travailler sur cette préhension dans un autre contexte »	Utilisation des modifications de l'environnement pour améliorer les composantes biomécaniques de l'enfant
	L48-49 « Elle préfère les tissus un peu doux donc on va essayer d'aller vers quelque chose de plus rugueux mais on va y aller doucement »	Utilisation des changements de textures...	
Axé sur le cognitif	<b>Point de vue de la personne</b> Penser Reconnaitre Juger Apprendre Savoir Résoudre des problèmes	L53 « Essayer d'accepter différentes textures si c'est du tactile, ou autre si c'est du bruit »	Essayer que l'enfant reconnaisse et discrimine moins catégoriquement certains aspects sensori-moteurs de l'activité
	<b>Point de vue de l'activité</b> Complexité de la tâche	L8 « Répondre aux besoins de l'enfant pour [...] complexifier son jeu qui est à la base pauvre ou assez restreint »	Utiliser la complexité de la tâche pour élargir ses possibilités de jeux → complexité tâche

		L44 « Tu vas essayer de rajouter des outils, de complexifier le jeu »	Graduer les niveaux de difficulté de l'activité tout au long du suivi
Axé sur les facteurs intra-personnels	<b>Point de vue de la personne</b> Estime de soi Humeur Affect Rationalité Mécanisme de défense		
	<b>Point de vue de l'activité</b> Valorisation Satisfaction Motivation	L8 « Pouvoir répondre aux besoins de l'enfant pour l'amener à autre chose »	Utiliser les besoins de l'enfant pour élargir ses activités et occupations qu'il affectionne → Satisfaction
Axé sur les facteurs inter-personnels	<b>Point de vue de la personne</b> Partage Collaboration Empathie Communication verbale Communication non verbale	L60« c'est aussi permettre de jouer avec leurs enfants »	Amener les enfants à partager des activités avec leurs parents → Partage
	<b>Point de vue de l'activité</b> Nature de l'interaction imposée par l'activité Degré d'interaction imposé par la tâche	L45 « De là tu vas essayer [...] d'être en interaction »	Utilisation des interactions pour complexifier l'activité → degré d'interaction imposé par la tâche
		L116 « on va essayer de donner des conseils aux enseignants, à l'AVS »	Essayer de modifier la nature des interactions durant la tâche pour qu'elles soient aidantes pour l'enfant → Nature de l'interaction
<u>Lien avec les domaines d'action</u>	Loisirs Repos Productivité Soins personnels	L6 « Proposer des outils ou d'autres jeux à l'enfant et aussi à la famille dans le quotidien »	Utilisation d'activité de loisirs comme activité thérapeutique
		L52-53 «ne pas lui rajouter de la rééducation mais utiliser ce qui se passe dans le quotidien : de la cuisine, peu importe, des petits jeux qu'ont les parents à la maison	Importance de limiter les activités purement « rééducative » → Loisirs + soins personnels
		L58-60 « conseiller aux parents des choses plus fonctionnelles, en lien avec le quotidien, pour que ça leurs parle, qu'ils voient aussi une évolution dans leur quotidien avec leur enfant »	Importance des feed back que renvoie l'activité sur le quotidien de leur enfant → Ensemble des domaines d'action
		L91 « Je pars vraiment surtout de la vie quotidienne »	

## Annexe 16

Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq pour l'entretien A

Forme	Freq. 	Types
enfant	27	nom
voir	26	ver
jeu	18	nom
activité	13	nom
essayer	12	ver
quotidien	12	adj
chose	11	nom
parent	11	nom
sensoriel	10	adj
compliqué	9	adj
passer	9	ver
aller	8	ver
analyse	8	nom
fois	8	nom
mettre	8	ver
outil	8	nom
rapport	8	nom
vraiment	8	adv
effectivement	7	adv
lien	7	nom
observation	7	nom
petit	7	adj
moteur	6	nom
plutôt	6	adv
trouver	6	ver
analyser	5	ver
demander	5	ver
niveau	5	nom
proposer	5	ver
sentir	5	ver
tactile	5	adj
école	5	nom
aimer	4	ver
coup	4	nom



Annexe 18

Analyse des similitudes réalisée avec le logiciel Iramuteq pour l'entretien A



## Annexe 19

Retranscription avec codage pour l'analyse de l'entretien avec l'ergothérapeute B

**Etudiant : Quelle est pour vous la plus-value de l'analyse d'activités en milieu écologique chez des enfants de moins de 6 ans atteint d'autisme pour l'ergothérapeute ?**

1 Ergothérapeute B : De pointer les pré-requis qui sont manquant dans l'acquisition d'autonomie.

**Et qu'est ce que ça apporte dans votre pratique de l'ergothérapie ?**

2 Faire cette analyse d'activité en milieu écologique permet d'améliorer l'autonomie bien plus  
3 rapidement chez ces enfants qui sont encore jeunes puisque qu'on n'est pas encore, ou du moins  
4 pas trop, dans des schémas d'action qui sont trop imprimés, inscrits dans leurs habitudes et du coup  
5 on peut venir reprendre de nouvelles habitudes en ne changeant pas tout, mais juste la séquence  
6 qui pose difficulté. Ca c'est un des avantages. L'avantage c'est de pouvoir aussi expliquer aux  
7 parents d'où vient la difficulté pour qu'ils ajustent leur accompagnement. Parce que souvent pour  
8 eux c'est un tout l'activité, et du coup pouvoir leur expliquer que c'est plutôt au niveau sensoriel  
9 plutôt qu'au niveau moteur qu'il y a des difficultés, ça leur permet de s'ajuster, de mieux  
10 comprendre les difficultés de leur enfant et de ne pas le vivre de la même façon.

**Et comment effectuez-vous l'analyse d'activité de ces enfants du coup ?**

11 Alors de façon très peu méthodique, je sais pas, c'est pas quelque chose où j'ai une méthode en  
12 place etc... Après sur des activités de vie quotidienne je suis davantage sur un séquençage //Se=1//  
13 euh... Voilà par exemple sur la douche, des parties du corps après... il n'y a pas de méthode parfaite  
14 en fonction des enfants et de leur façon d'apprendre et de leur façon de même faire les activités je  
15 change à chaque fois donc voilà.

**Et est-ce que vous avez dans votre tête quelques petites choses où vous vous dites « Là il faudra bien que je fasse attention à ça », des choses où vous êtes particulièrement attentive en fait.**

16 Alors chez les enfants TSA ce à quoi je suis particulièrement attentive c'est les particularités  
17 sensorielles. //Pe=1//Et du coup tout ce qui est évaluation différentielle entre les problématiques  
18 sensorielle et les difficultés motrices //Ex=1//. Ça s'est vraiment le point le plus prégnant chez ces  
19 enfants TSA, c'est un peu leur particularité.

**Et Pourquoi vous n'avez jamais utilisé de grilles où d'outils standardisés dans votre pratique ?**

20 Je crois que je n'en ai pas forcément vu l'utilité et que j'ai pas forcément d'outil qui corresponde  
21 à cette population et à cette tranche d'âge. Et pour être très honnête ça fonctionne très bien comme  
22 ça !

**Et pourquoi n'y voyez-vous pas d'utilité ?**

23 Quand on parle des activités on parle souvent soit des activités scolaires soit des activités de la vie  
24 quotidienne, moi je suis plus sur les activités de la vie quotidienne. Et il y a très peu d'ouvrage qui  
25 donne des âges précis pour des acquisitions d'autonomie et quand ils donnent des âges c'est des  
26 tranches d'âge parce que tous les enfants n'acquièrent pas d'autonomie au même âge et ne  
27 l'acquièrent pas de la même façon, donc c'est très dur de trouver quelque chose de standardisé en  
28 fait.

**Et comment choisissez-vous l'activité à observer ?**

29 En fonction des difficultés qui ressortent lors de l'entretien avec les parents.

**D'accord. Et quels liens faites-vous entre cette analyse d'activité et la mise en place de votre plan d'intervention ?**

30 C'est essentiel, je ne comprends pas trop la question parce que le plan d'action découle de cette  
31 analyse d'activité, ça vient pointer les difficultés de l'enfant et où il va falloir travailler.

**Dans l'idée c'était quels éléments vous allez reprendre de l'analyse d'activité ?**

32 Alors ça va être les points de difficultés ; les points de force aussi et les méthodes de guidances  
33 //qui sont les mieux prises par l'enfant, les mieux acceptées par l'enfant, comment il fonctionne  
34 quoi.

**Quels autres bilans ou évaluations vous effectuez ?**

35 Souvent un profil sensoriel, que je rempli avec les parents (le 0-3 Ans de Dune ou le 3-12 ans de  
36 Dhune), et en vraiment de formalisé c'est le seul.

**L'entretien avec les parents vous m'avez dit aussi ?**

37 Oui, l'entretien avec les parents toujours, et puis, l'observation de mes collègues  
38 psychomotriciennes et éducatrice principalement mais aussi orthophoniste.

**Et du coup est-ce que vous pouvez me parler de l'intervention concrète que vous avez auprès de ces enfants ?**

39 Alors auprès de la population 0-6 j'interviens beaucoup beaucoup sur tout ce qui est particularités  
40 sensorielles. Donc après, sur des séances de désensibilisations tactiles par exemple, alors pas des  
41 séances d'intégration sensorielle à proprement parlé, je ne peux pas le nommer comme tel parce  
42 que je ne suis pas dans un protocole mais c'est un peu ça. Donc vraiment une intervention très  
43 sensorielle et après en fonction de ce que me dit ma collègue psychomotricienne je peux être amenée  
44 à travailler sur de la motricité fine et puis en fonction de l'analyse d'activité du coup il y a des  
45 mises en situation dans les familles, donc repas, hygiène, alors ça peut être le change, la toilette ou  
46 même le bain, voilà. Mise en place de séquentiels, je pense à un petit garçon où on a fait un  
47 séquentiel pour le lavage de main. Interventions dans les écoles sur du positionnement au travail.  
48 Mais oui ça résume bien. En fait l'intervention dans tous les lieux de vie de l'enfant sur des mises  
49 en situation plus reprise des pré-requis sensoriels et parfois des pré-requis moteurs.

**Es ce que vous avez d'autres choses à me dire, que je n'ai pas forcément abordé mais que vous trouvez important de me dire ?**

50 Non je pense que pour les TSA de 0 à 6 ans il n'y a pas encore beaucoup d'ergo qui sont inclus  
51 dans les services spécialisés mais que effectivement il y a vraiment une plus-value à être en pluri-  
52 disciplinarité avec les psychomotriciennes et les orthophonistes et les éducateurs spécialisés et on  
53 a toute notre place dans cette pratique.

**Et justement, une petite question en plus, pour vous en quoi cette tranche d'âge devrait être particulièrement investie par les ergothérapeutes ?**

54 On parle beaucoup de plasticité cérébrale, alors c'est très vrai. Il y a la plasticité cérébrale qui joue,  
55 le fait que les chemins neuronaux puissent se construire bien plus rapidement mais il y a aussi le  
56 fait qu'ils ont, c'est ce que je disais en début d'entretien, ils n'ont pas encore complètement  
57 construit des chemins qui sont trop rigides, ce qui est le cas, il y a une certaine rigidité chez certains  
58 TSA et une fois qu'ils ont construit des schémas, je le vois chez les populations plus âgées, c'est  
59 difficile de venir contrer ça donc on reste avec des schémas d'actions, des schémas d'activité qui  
60 sont quand même très très compliqués à mener en autonomie. On est encore chez cette population

61 de 0 à 6 ans avec une flexibilité et une possibilité d'aller contre cette rigidité qui est très très  
62 intéressante pour l'aquisition de leur autonomie.

## Annexe 20

Analyse de l'entretien B en fonction de la variable « Analyse d'activité ».

Critères	Indicateurs	Citation	Lien avec les indicateurs
Setting	Cadre matériel Cadre humain Autres spécificité du setting	L32 « Les méthode de guidage »	Note des aides possibles → cadre humain
		L37 « Observation de mes collègues psychomotriciennes et éducatrices spécialisées principalement mais aussi orthophoniste »	Observation du cadre humain présent dans l'institution → cadre humain
		L45 « Mises en situation dans les familles »	Prise en compte environnement familial
Mesure de la performance	Mesure du <u>résultat</u> ? Mesure du <u>processus de traitement de l'info</u> ? Mesure des causes Mesure de <u>l'exécution d'activité</u> en elle-même ? Mesure du <u>comportement</u> de l'enfant ?	L1 « Pointer les pré-requis dans l'acquisition d'autonomie »	→ Cause
		L6 « L'avantage c'est de pouvoir aussi expliquer aux parents d'où vient la difficulté »	Pouvoir mettre des mots sur le pourquoi → cause
		L8 « Expliquer que c'est plutôt au niveau sensoriel plutôt qu'au niveau moteur »	Expliciter la causes aux parents → Cause
		L12 « Je suis davantage sur un séquençage »	Séquencer l'activité pour analyser l'activité → Mesure du résultat
		L13 « Il n'y a pas de méthode parfaite en fonction des enfants et de leurs façon d'apprendre et de leurs façon même de faire les activités »	Analyse de la spécificité de l'enfant → Traitement de l'info et exécution.
		L16 « Alors chez les enfants TSA ce à quoi je suis particulièrement attentive, c'est les particularités sensorielles »	Particularité sensorielle de l'enfant → Traitement de l'information sensorielle
		L17 « Evaluation différentielle entre les problématiques sensorielles et les difficultés motrices en fait »	Recherche et spécification des causes → Cause
Energie du « faire »	Motivation Volition Engagement Plaisir	L29 « En fonction des difficultés qui ressortent lors de l'entretien avec les parents »	Parent qui donne les informations relatives à l'énergie du faire
		L32 « Les points de difficultés et les points de forces »	Repérage des compétences de l'enfant et des difficultés
Caractéristique du thérapeute	Utilisation d'outils Expérience Sensibilité observateur Autre	L11 « de façon très peu méthodique, je ne sais pas, ce n'est pas quelque chose où j'ai une méthode en place ect... »	Rapport à son expérience ? → Expérience
		L20 « Je crois que je n'en ai pas vu l'utilité » → grille ou outil standardisé	→ Sensibilité de l'observateur

		L20 « J'ai pas forcément d'outils qui correspondent à cette population et à cette tranche d'âge	Pas connaissance d'autres outils → autre
--	--	---	---

## Annexe 21

Analyse de l'entretien B en fonction de la variable « plan d'intervention »

Critères	Indicateurs	Citation	Lien avec les indicateurs
Axé sur le Biomécanique	<b>Point de vue de la personne</b> Amplitude du mouvement Endurance Force Préhension	L43 « Amener à travailler sur de la motricité fine »	Lien avec la psychomotricienne pour cette composante d'action
		L49 « Reprise [...] parfois de pré-requis moteurs »	
	<b>Point de vue de l'activité</b> Taille des objets Poids des objets Forme de l'objet		
Axé sur le sensori-moteur	<b>Point de vue de la personne</b> Régulation du tonus musculaire Réponses motrices appropriées Coordination Enregistrement de stimuli	L42 « séances de désensibilisation tactile »	Action sur la perception d'un stimulus et son traitement → Enregistrement de stimuli
		L42 « Vraiment une intervention très sensorielle »	
		L49 « Reprise des prérequis sensoriels »	
	<b>Point de vue de l'activité</b> Couleurs des objets Textures des objets Température Son Odeur Goût Mouvements	L47 « Sur du positionnement au travail »	Enfant par rapport à son environnement. Lien avec l'aspect sensori-moteur de l'environnement
Axé sur le cognitif	<b>Point de vue de la personne</b> Penser Reconnaitre Juger Apprendre Savoir Résoudre des problèmes	L2-4 « Améliorer l'autonomie bien plus rapidement chez enfants qui sont encore jeunes puisqu'on n'est pas encore, ou du moins pas trop, dans des schémas d'actions qui sont trop imprimés »	Aller contre les automatismes, modifier les schéma d'action
		L44 « Mise en place de séquentiels »	Faciliter la planification de l'activité et son dérouler / adaptations
		L61 « Avec une flexibilité et une possibilité d'aller contre cette rigidité qui est très intéressante pour l'acquisition de leur autonomie	Rigidité des schémas d'action délétère pour l'autonomie.
	<b>Point de vue de l'activité</b> Complexité de la tâche		

Axé sur les facteurs intra-personnels	<b>Point de vue de la personne</b> Estime de soi Humeur Affect Rationalité Mécanisme de défense		
	<b>Point de vue de l'activité</b> Valorisation Satisfaction Motivation		
Axé sur les facteurs inter-personnels	<b>Point de vue de la personne</b> Partage Collaboration Empathie Communication verbale Communication non verbale		
	<b>Point de vue de l'activité</b> Nature de l'interaction imposée par l'activité Degré d'interaction imposé par la tâche	L32 « Les méthodes de guidances qui sont les mieux prises par l'enfant, les mieux acceptées. »	Changement du degré et de la nature des interactions en fonction des besoins de l'enfant → Adaptation
Lien avec les domaines d'action	Loisirs Repos Productivité Soins personnels	L48 « Intervention dans tous les lieux de vie de l'enfant »	Tout domaines d'activité
		L23 « Quand on parle des activités on parle souvent soit des activités scolaires soit des activités de la vie quotidienne, moi je suis plus sur les activités de la vie quotidienne »	Action principalement dans les activités de soins personnels et de productivité
Lien avec les autres professionnels	Paramédicaux Enseignants Educateurs Médicaux	L43 « en fonction de ce que me dit ma collègue psychomotricienne »	
		L51-52 « Il y a vraiment une plus-value à être en pluridisciplinarité avec les psychomotriciennes et les orthophonistes et les éducateurs »	

## Annexe 22

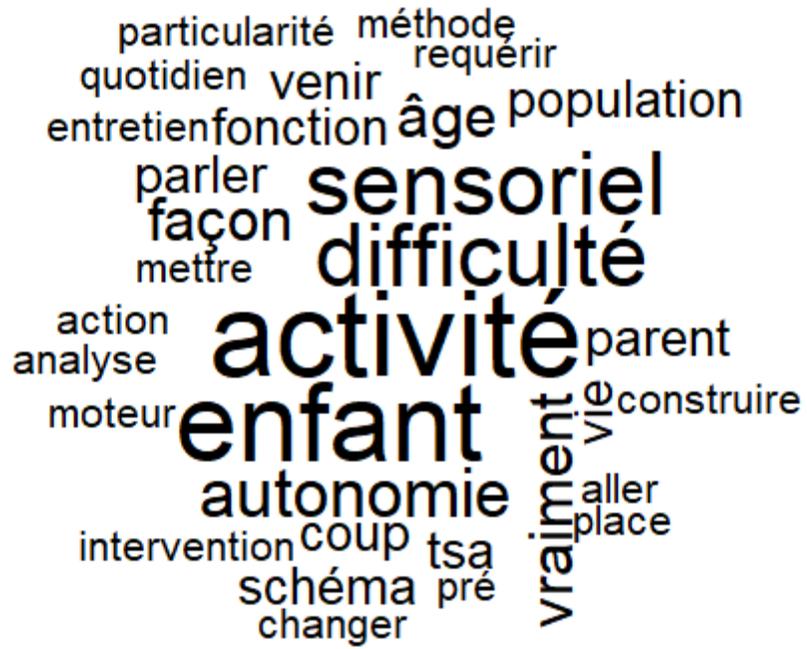
Occurrences principales repérées par le logiciel Iramuteq pour l'entretien B

Forme	Freq. 	Types
activité	11	nom
enfant	10	nom
difficulté	8	nom
sensoriel	8	adj
autonomie	6	nom
façon	5	nom
vraiment	5	adv
âge	5	nom
coup	4	nom
fonction	4	nom
parent	4	nom
parler	4	ver
population	4	nom
schéma	4	nom
tsa	4	nr
venir	4	ver
vie	4	nom
action	3	nom
aller	3	ver
analyse	3	nom
changer	3	ver
construire	3	ver
entretien	3	nom
intervention	3	nom
mettre	3	ver
moteur	3	adj
méthode	3	nom
particularité	3	nom
place	3	nom
pré	3	nom
quotidien	3	adj
requérir	3	ver
acquisition	2	nom

Annexe 23

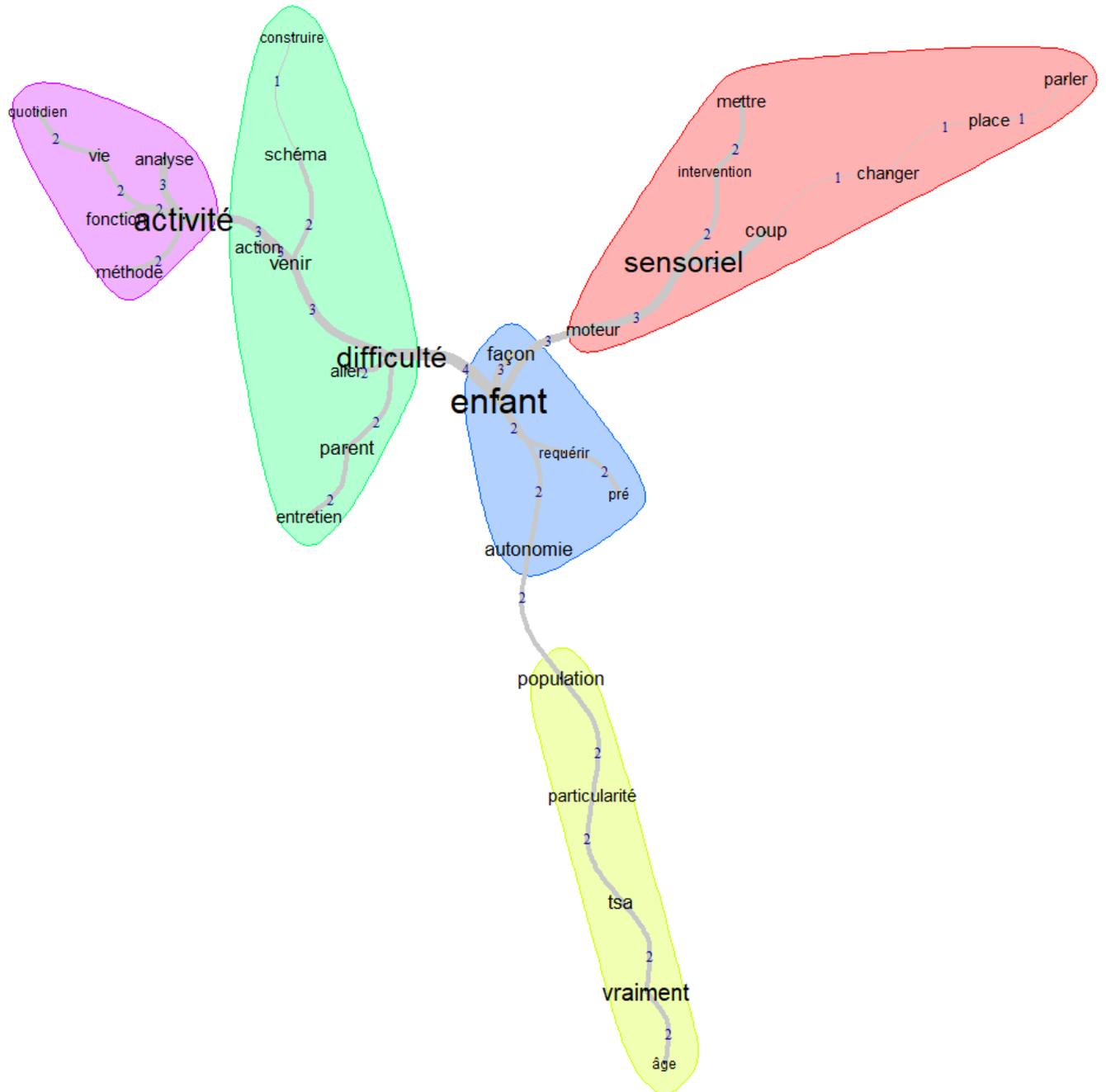
Nuage de mot réalisé avec le logiciel Iramuteq pour l'entretien B

63



Annexe 24

Analyse des similitudes réalisée avec le logiciel Iramutel pour l'entretien B



Annexe 25

Synthèse du codage réalisé à partir de la matrice relative à la variable « PRPP »

Quadrant	Indicateur	Entretien	Entretien	Total par indicateur	Total
		A	B		
Séquençage de l'activité en tâche	//Se//	0	1	1	2
Comptage des erreurs	A - Omission //CoA//	0	0	0	0
	B – Temporalité //CoB//	0	0	0	
	C – Précision //CoC//	0	0	0	
	D – Répétition //CoD//	0	0	0	
Lien avec le quadrant Percevoir	A - Porter attention : maintient, module, oriente //PeA//	2	1	2	6
	B - Discerne : Cherche, localise, réagit //PeB//	1		1	
	C - Discrimine : assorti, discrimine, régule //PeC//	2		2	
Lien avec le quadrant Se rappeler	A - Se rappeler des faits : reconnaît, nomme, catégorise //RaA//	0	0	0	0
	B - Se rappeler des schèmes : contextualise par rapport au lieu, au temps, à la durée //RaB//	0	0	0	
	C - Se rappeler des procédures : connaît le but, identifie les obstacles, organise //RaC//	0	0	0	
Lien avec le quadrant Planifier	A - Concevoir un plan : connaît le but, identifie les obstacles, organise //PIA//	0	0	0	0
	B - Mettre le plan en œuvre : choisit, met en séquences, calibre //PIB//	0	0	0	
	C - Evaluer : questionne, analyse, juge //PIC//	0	0	0	
Lien avec le quadrant Exécuter	A - Initier : commence, arrête //ExA//	0	1	0	2
	B - Continuer : agit avec fluidité, continue, persiste //ExB//	0		0	
	C - Contrôler : gère le temps, coordonne, ajuste //ExC//	1		1	
Inclassable	Prérequis, Méthode de guidance, difficultés, points forts				

Note : Dans le texte, mots qui vont références aux indicateurs est quoté avec les deux premières lettres du quadrant, la lettre relative à l'indicateur. Cet indicateur est codé 1 si il est présent, 0 s'il est absent

## Annexe 26

Liste des mots outils et parasites non pris en comptes par le logiciel Iramuteq

Forme	Freq. ↓	Types	Forme	Freq. ↓	Types
être	164	aux	une	22	art_ind
de	100	pre	donc	21	con
l	68	art_def	plus	21	adv_sup
je	67	pro_per	pouvoir	21	ver_sup
les	62	art_def	j	20	pro_per
des	60	art_ind	dire	19	ver_sup
c	59	pro_dem	y	19	pro_per
que	58	pro_rel	là	18	ono
et	57	con	peu	18	nom_sup
en	55	pre	si	18	con
ça	55	pro_dem	très	18	adv_sup
le	54	art_def	au	17	art_def
avoir	52	aux	après	16	pre
ce	52	pro_dem	aussi	16	adv_sup
d	50	pre	ils	16	pro_per
à	50	pre	ou	16	con
qui	48	pro_rel	par	15	pre
pas	47	adv_sup	cette	14	adj_dem
faire	46	ver_sup	c_est_à_dire	13	adv_sup
il	37	pro_per	beaucoup	12	adv_sup
ne	36	adv_sup	_vais_	11	nr
tu	36	pro_per	chez	11	pre
un	36	art_ind	où	11	pro_rel
la	34	art_def	se	11	pro_per
qu	31	con	_vas_	10	nr
mais	30	con	leur	10	pro_per
on	30	pro_per	moi	10	pro_per
avec	26	pre	même	10	pro_ind
du	26	art_def	parce_que	10	con
_va_	25	nr	te	10	pro_per
dans	25	pre	elle	9	pro_per
pour	25	pre	me	9	pro_per
sur	24	pre	alors	8	adv_sup
tout	23	pro_ind	aux	8	art_def

Forme	Freq. ↓	Types
ces	8	adj_dem
falloir	8	ver_sup
quand	8	con
bien	7	adv_sup
comme	7	con
s	7	pro_per
savoir	7	ver_sup
toujours	7	adv_sup
an	6	nom_sup
autre	6	pro_ind
comment	6	con
enfin	6	adv_sup
souvent	6	adv_sup
trop	6	adv_sup
voilà	6	pre
0	5	num
_aller_	5	nr
encore	5	adv_sup
leurs	5	adj_pos
mieux	5	adv_sup
oui	5	adv_sup
quelque	5	adj_ind
quoi	5	pro_rel
vous	5	pro_per
6	4	num
autres	4	pro_ind
bon	4	ono
lui	4	pro_per
moins	4	adv_sup
puis	4	con
_vont_	3	nr
différents	3	adj_ind
entre	3	pre
m	3	pro_per
croire	1	ver_sup
davantage	1	adv_sup
deux	1	adj_num
déjà	1	ono
ensuite	1	adv_sup
euh	1	ono
force	1	adj_ind
juste	1	adj_sup
lors	1	adv_sup
mes	1	adj_pos
notre	1	adj_pos
nous	1	pro_per
parfois	1	adv_sup
peut_être	1	adv_sup
puisque	1	con
quel	1	adj_int
quelle	1	adj_int
quelles	1	adj_int
quelques	1	adj_ind

Forme	Freq. ↓	Types
mon	3	adj_pos
non	3	pro_per
point	3	nom_sup
pourquoi	3	con
quels	3	adj_int
ses	3	adj_pos
suivant	3	pre
toute	3	adj_ind
vouloir	3	ver_sup
3	2	num
assez	2	adv_sup
autour	2	adv_sup
certains	2	adj_ind
chaque	2	adj_ind
eux	2	pro_per
jamais	2	adv_sup
ma	2	adj_pos
maintenant	2	adv_sup
mal	2	adv_sup
plusieurs	2	adj_ind
son	2	adj_pos
tiens	2	ono
10	1	num
12	1	num
2	1	num
ah	1	ono
ailleurs	1	adv_sup
attention	1	ono
avant	1	pre
bah	1	ono
ben	1	nom_sup
certaine	1	adj_ind
cet	1	adj_dem
contre	1	pre
rien	1	pro_ind
sa	1	adj_pos
sans	1	pre
sinon	1	con
surtout	1	adv_sup
tard	1	adv_sup
tel	1	adj_ind
toi	1	pro_per
ton	1	nom_sup
tous	1	pro_ind
vers	1	pre
vite	1	adv_sup
vos	1	adj_pos
votre	1	adj_pos

## Annexe 27

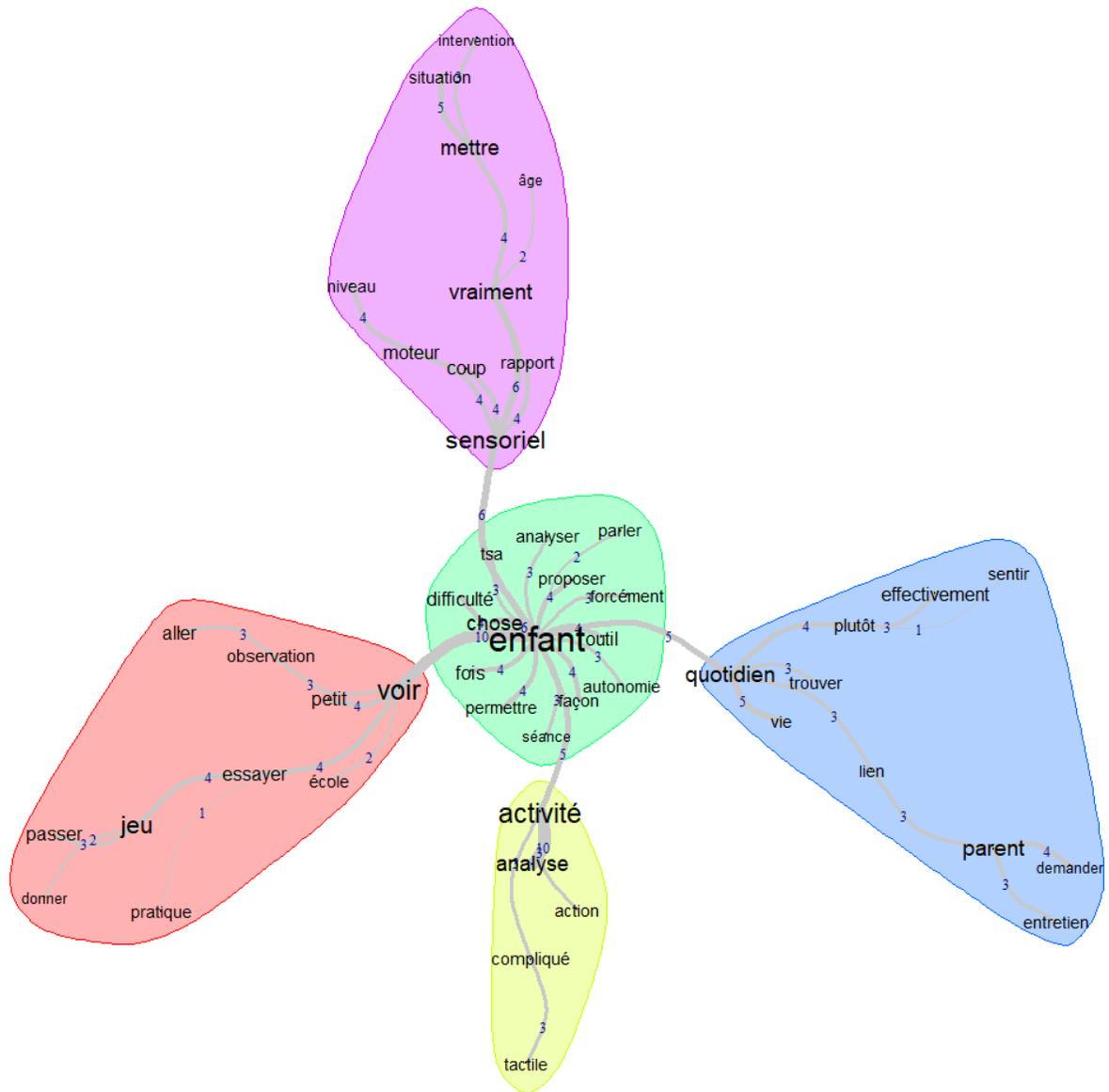
Liste des occurrences principales repérées pour les deux entretiens par le logiciel Iramuteq

Forme	Freq. 	Types
enfant	37	nom
voir	28	ver
activité	24	nom
jeu	18	nom
sensoriel	18	adj
parent	15	nom
quotidien	15	adj
chose	13	nom
vraiment	13	adv
essayer	12	ver
analyse	11	nom
mettre	11	ver
compliqué	10	adj
fois	10	nom
aller	9	ver
moteur	9	nom
outil	9	nom
passer	9	ver
coup	8	nom
difficulté	8	nom
effectivement	8	adv
observation	8	nom
petit	8	adj
plutôt	8	adv
rapport	8	nom
autonomie	7	nom
façon	7	nom
lien	7	nom
niveau	7	nom
parler	7	ver
trouver	7	ver
vie	7	nom
entretien	6	nom
forcément	6	adv



Annexe 29

Analyse des similitudes réalisée par le logiciel Iramuteq pour les deux entretiens



## **Etude d'un outil validé d'analyse d'activité en ergothérapie auprès d'enfant de 0 à 6 ans ayant un TSA**

### **Studie of a validated activity analysis tool in occupational therapy for child with ASD aged 0 to 6 years old.**

#### Résumé :

**Introduction :** L'évolution actuelle du contexte politique français dans le champ de l'autisme amène les ergothérapeutes à recevoir des enfants ayant un TSA de plus en plus jeune. En effet, le gouvernement a pour objectif d'abaisser l'âge de diagnostic de l'autisme à 3 ans. En parallèle, il a été prévu l'établissement d'un « forfait d'intervention précoce » qui permettra de financer une partie des bilans et des séances en ergothérapie pour les enfants autistes de 0 à 6 ans. Les ergothérapeutes français devront donc se munir d'outils adaptés à cette tranche d'âge et à cette population. L'utilisation du « Perceive, Recall, Plan, Perform assessment » (PRPP assessment) semble être un outil validé pertinent pour analyser les activités de la vie quotidienne des enfants autistes. **Objectif :** En vue d'élaborer une question de recherche pertinente, nous allons tenter de comprendre comment est les ergothérapeutes réalisent l'analyse d'activité auprès d'enfant ayant un TSA et si le PRPP est un outil pertinent pour l'établissement un plan d'intervention en ergothérapie. **Méthode :** Une étude pré-exploratoire a été réalisée auprès de deux ergothérapeutes. Des entretiens semi-dirigés ont été effectués puis analysés. L'analyse a été complétée par l'utilisation du logiciel Iramuteq. **Résultat :** Les ergothérapeutes expriment ne pas avoir connaissance d'outils validés d'analyse d'activité adaptés à cette population et cette tranche d'âge. Le PRPP semble toutefois pouvoir correspondre à leur pratique. De plus, il est ressorti l'importance d'un travail en pluridisciplinarité pour le suivi de ces enfants. **Conclusion :** La question de recherche finale est axée sur la plus-value du PRPP dans l'accompagnement pluridisciplinaire du très jeune enfant ayant un TSA. De nouvelles recherches devront être effectuées pour prouver la pertinence du PRPP pour les enfants autistes dans le contexte français.

**Mots clés:** évaluation écologique; Analyse d'activité; TSA ; enfant ; Performance occupationnelle; PRPP assessment.

#### Abstract

**Introduction:** With French political progress in the autism field, occupational therapists will have some very young clients to take care. Indeed, the government aims to diagnose all autistic child before the age of three. Moreover, a “package for early intervention” will be establish. So, occupational therapist need some new tools to take care of autistic children aged 0-6. The “Perceive, Recall, Plan, Perform” assessment seems to be relevant to analyze the observations of daily activities of autistic children. **Objectives:** We'll try to answer the following questions in order to express a research issue. We'll see how activity analysis is currently done and if the PRPP is a relevant tool to help the occupational therapists formulate their intervention process ? **Method:** Pre-exploratory study have been realized with two occupational therapists working with autistic child aged 0-6. Semi-structured interviews have been conducted. This interviews have been transcribed by hand and analysed. This analysis was done with the help of the Iramuteq software. **Results:** Occupational therapists interviewed raise the lack of a standardized tool to realize activity analysis. The PRPP might be a solution. Also, collaboration between paramedical professionals is essential in the autistic child care and might be facilitated by the share of straightforward analysis results. **Conclusion:** The final research issue is focused on the contribution of the PRPP on the multidisciplinary assistance for autistic child aged 0-6. New researches still need to be conduct to prove the effectiveness of the PRPP for child with ASD in the French context.

**Key words:** ecological assessment; activity analysis; autistic child; occupational performance; PRPP assessment.