

INSTITUT INTER-REGIONAL DE FORMATION
EN ERGOTHÉRAPIE
DE MULHOUSE

EQUILIBRE OCCUPATIONNEL ET ESTIME DE SOI
POUR LES ENFANTS PRESENTANT UN TROUBLE DEVELOPPEMENTAL DE LA
COORDINATION

Mémoire d'initiation à la recherche

Margaux VANDENHOVE
Mai 2017

« Le plus grand mal qui puisse échoir à l'homme serait qu'il ait une mauvaise opinion de lui-même »

Goethe

Remerciements

Merci à Mme Maud Eckenswiller, ma référente de mémoire, pour son aide et ses conseils au long de ce travail,

Et à Mme Fanny Mottin, ma référente de terrain, pour sa précision, sa guidance, sa confiance en moi et pour m'avoir permis de découvrir le secteur fantastique de la pédiatrie.

Merci à l'ensemble des professionnels, aux parents et aux enfants qui m'ont accordé du temps et m'ont permis d'avancer dans mes recherches.

Merci à Mme Marie-Chantal Morel-Bracq et à Mr Alexandre Brotz, pour avoir répondu à mes questions et pour leurs commentaires.

Merci à Mlle Cécilia Benassar et Mlle Mélissa Benyoub, pour leur expérience, leurs conseils et leur réassurance.

Merci à tous mes anciens tuteurs de stage, aux formateurs et au personnel de l'IIRFE pour leur accompagnement et pour m'avoir permis de devenir la future ergothérapeute que je suis.

Merci à ma promotion pour m'avoir permis de vivre trois années formidables !

Merci Mme Michèle Bouillien pour ses conseils de lecture.

Merci à mes proches pour leur soutien et plus particulièrement à ma mère pour ses relectures et ses remarques avisées.

Merci à Jean-Baptiste, pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

Glossaire

- **CIM** : Classification Internationale des Maladies
- **DCD** : Developmental Coordination Disorder
- **DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistiques des Troubles Mentaux, version 5)
- **MCROP** : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation
- **MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
- **TAC** : Trouble d'Acquisition de la Coordination
- **TDAH** : Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité
- **TDC** : Trouble Développementale de la Coordination
- **TSA** : Troubles Spécifiques des Apprentissages
- **TSDM** : Troubles Spécifiques du Développement Moteur

Sommaire

1	Introduction	1
2	Problématisation.....	2
2.1	Situation d'appel et question de départ	2
2.2	Phase exploratoire : lectures et entretiens	3
2.3	Problématique de recherche	8
3	Cadre théorique	8
3.1	Trouble Développementale de la Coordination	8
3.1.1	Etiologie, historique et définition.....	8
3.1.2	Classification et Diagnostic.....	11
3.1.3	Répercussions dans la vie quotidienne	12
3.2	Estime de soi	16
3.2.1	Naissance d'un concept.....	16
3.2.2	Dimensions de l'estime de soi.....	17
3.2.3	Développement de l'estime de soi	19
3.2.4	Critères d'une bonne estime de soi	20
3.2.5	Fonctions de l'estime de soi	21
3.2.6	Cas des enfants présentant un Trouble Développementale de la Coordination ...	22
3.3	Occupation humaine.....	23
3.3.1	Ergothérapie, Activité Humaine, Science de l'Occupation.....	23
3.3.2	Equilibre occupationnel.....	25
3.3.3	Equilibre et déséquilibre occupationnel : l'évaluation	27
3.3.4	Equilibre occupationnel et estime de soi.....	29
3.4	Hypothèse de réponse à la problématique.....	30
4	Méthodologie de recherche	31
4.1	Choix de la méthode et de la population	31
4.1.1	Format de l'étude	31
4.1.2	Population ciblée	32
4.1.3	Objectifs de recherche	32
4.2	Présentation des outils d'enquête	33
4.3	Passation.....	35
4.4	Analyse des résultats	36
4.4.1	Estime de soi	36
4.4.2	Equilibre occupationnel.....	40
4.4.3	Croisement des résultats.....	44
5	Discussion	45

5.1	Synthèse des résultats d'enquête	45
5.2	Apports	45
5.3	Limites.....	46
5.4	Réflexions sur la pratique professionnelle	48
6	Conclusion.....	49
7	Bibliographie - Travaux cités.....	

1 Introduction

Le nombre de diagnostics de Trouble Développementale de la Coordination a augmenté ces dernières années. On considère que la prévalence est de 5 à 8% chez les 5-11 ans, c'est-à-dire qu'il touche approximativement un enfant par classe ! (J Magnat, 2015) Cependant ces chiffres sont inférieurs à la réalité, ce trouble étant sous-diagnostiqué.

Il y a un réel besoin de prises en charge rééducatives et cela se ressent par l'augmentation des suivis ergothérapeutiques. L'expansion du secteur libéral, répondant à cette demande, nous le témoigne : il y avait 530 ergothérapeutes libéraux en 2012 pour 993 en 2016 (selon l'ANFE). Cependant, le Trouble Développementale de la Coordination est toujours source de questionnement au niveau international. Des recherches sont menées pour éclaircir son origine et ses répercussions. En effet, il induit des difficultés dans tous les domaines de la vie quotidienne : l'écriture, l'habillage, les jeux... L'enfant est confronté en permanence à des difficultés et des échecs, sa confiance et son estime de lui-même en sont ébranlées.

C'est notamment sur les activités scolaires ou de soins personnels que seront centrées les rééducations afin de limiter leurs répercussions sur le quotidien. Nous avons vu depuis quelques années des méthodes de rééducation être créées et développées afin d'améliorer l'efficacité des accompagnements. Il en va de même pour les aménagements et les possibilités d'adaptation, les techniques progressent constamment.

Ce mémoire d'initiation à la recherche, réalisé en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, a pour but de s'intéresser de plus près au quotidien des enfants présentant un Trouble Développementale de la Coordination et à leurs ressentis. L'ergothérapie présente cette spécificité d'être centrée sur le patient, afin de l'aider à surmonter ou compenser ses situations de handicap. L'équilibre occupationnel est un concept clef, au cœur de cette particularité. Il a pour but de questionner les occupations de l'enfant et savoir comment celles-ci influencent sa vie quotidienne et sa santé. Il permet d'avoir une vision globale de celui-ci, selon ses critères. Concernant les aspects psychologiques, ils sont peu évalués en tant que tels dans la pratique ergothérapeutique. Cela peut être dû à un manque de connaissances ou à la croyance empirique que l'amélioration des performances d'une activité induit un mieux-être psychologique. A ma connaissance, aucune étude interrogeant le lien entre la notion d'équilibre occupationnel et d'estime de soi n'a été faite. C'est pour ces raisons que j'ai cherché à approfondir ce sujet.

Je commencerai par développer la situation d'appel qui m'a orientée vers ce travail, puis j'expliquerai les différentes étapes de ma réflexion qui ont abouti à la formulation de ma problématique de recherche. Par la suite, j'aborderai la partie théorique en suivant les concepts clefs de ce mémoire : le Trouble Développementale de la Coordination, l'estime de soi et l'équilibre occupationnel. Vient ensuite mon enquête de terrain, j'expliquerai sa méthodologie puis analyserai les résultats obtenus. Je les commenterai dans la discussion. Pour finir je conclurai ce mémoire en suggérant des pistes pour une suite éventuelle et les apports de ce travail à notre profession.

2 Problématisation

2.1 Situation d'appel et question de départ

Dès mes premières réflexions sur l'idée d'un sujet à traiter en mémoire de fin de 3ème année, j'ai été happée par l'attrance que j'ai pour le secteur de la pédiatrie, et ce depuis plusieurs années. En effet, cette préférence a guidé mon choix d'orientation jusqu'à la Première Année Commune des Études de Santé.

Suite aux résultats et étant admise en Ergothérapie sans connaître concrètement le métier, j'ai pu profiter d'un stage de découverte. Une jeune ergothérapeute m'a permis de découvrir la pratique en libéral, auprès de quelques enfants présentant des Troubles Spécifiques de l'Apprentissage (TSA). Ce qui m'a particulièrement plu lors de ces quelques jours, était le partenariat entre l'enfant, l'ergothérapeute et les parents. Plus particulièrement le temps de débriefing à la fin de chaque séance, où l'ergothérapeute et les parents échangeaient à propos des progrès, des difficultés de l'enfant dans toute sorte d'activités de sa vie quotidienne. C'était un vrai temps d'échanges pour adapter au mieux l'accompagnement de l'enfant.

Lors de ma deuxième année d'études en ergothérapie, j'ai eu les cours théoriques me permettant de comprendre cet aperçu pratique, les diverses pathologies et prises en charge ainsi que le fonctionnement des différentes structures pédiatriques. Suite à cela, je m'étais questionnée sur le rôle propre des institutions et du libéral, en ergothérapie pédiatrique : notamment concernant la coopération de ces 2 secteurs, au vu des longues listes d'attente pour intégrer une institution mais aussi de l'importance d'une prise en charge précoce pour les enfants...

Mon intérêt pour le secteur de la pédiatrie s'est donc ciblé sur les troubles développementaux et les « troubles Dys », vu lors de ce stage de découverte et pendant les cours. En effet, ce qui me touche particulièrement avec ces troubles développementaux, c'est le décalage qui existe entre l'apparence de ces enfants, qui semblent tout à fait « normaux », et les répercussions de leur(s) trouble(s) sur leur quotidien... Pour moi ces troubles développementaux correspondent à l'idée que je me fais du « Handicap Invisible ». En effet, pour moi, ce concept correspond à la présence de troubles très handicapants dans les activités de la vie quotidienne mais sans qu'un signe visible et distinctif ne puisse indiquer et expliquer aux personnes qui l'entourent l'origine de ses difficultés. Cela crée bien évidemment des incompréhensions qui ne facilitent la vie de personne, quel que soit le point de vue.

Un autre point me tenait et me tient particulièrement à cœur : celui d'avoir l'avis des enfants. En effet, ils sont au cœur des différents suivis cependant au cours de mes recherches préliminaires, je n'ai pas trouvé d'articles relatant leurs opinions, seulement les opinions des parents. Je me suis donc demandée quelle vision les enfants avaient de leur suivi ergothérapique et comment ce dernier impactait leur quotidien.

Une autre situation concrète est venue renforcer et confirmer mon envie de faire mon mémoire sur les enfants présentant des troubles développementaux. En mai 2016, j'ai été contactée par une mère, Mme A., qui voulait des renseignements sur l'ergothérapie. En cherchant quelle était la problématique liée à cet appel, elle m'a parlé de son fils. Elle n'arrivait plus à le comprendre et la situation scolaire s'était particulièrement envenimée ces derniers temps.... En cherchant

quelles étaient ses difficultés quotidiennes, je me suis aperçue qu'il présentait des traits de dyspraxie. Je lui ai donc conseillé de faire des bilans. Quelques temps plus tard, Mme A. m'a rappelée, son fils avait été diagnostiqué dyspraxique. Avec ce diagnostic, elle le percevait sous un autre jour et il en allait de même pour ses professeurs. La mise en place d'un suivi a permis de diminuer la crise que traversait cet adolescent et les tensions autour du manque de compréhension.

Suite à cela il m'est apparu que le bien-être du jeune, et des enfants de façon générale, est plus qu'un principe « assez vague » à garder en l'esprit lors de prises en charge. Il est réellement fondamental pour qu'ils puissent mener une vie dans laquelle s'épanouir.

Je me suis donc posée plusieurs questions, au regard de cette situation, concernant ma future pratique. Je désirais savoir comment une pratique centrée sur l'enfant, touchant possiblement toutes ses sphères d'activités, pouvait améliorer sa disponibilité psychologique : à la fois pour être mieux dans son quotidien mais aussi pouvoir investir une énergie (conséquente) dans son accompagnement. En effet, la détresse et l'inquiétude de Mme A. m'avaient particulièrement touchée. Elle me parlait de son fils qui se repliait sur lui-même, qui avait peu d'amis et qui était de plus en plus en conflit avec son entourage... Je me suis donc interrogée sur le rôle de l'ergothérapie et son action face à cet aspect de la dyspraxie.

La dyspraxie en elle-même m'avait interpellée. En effet, ce trouble touche toutes les sphères d'activités de l'enfant, à la fois dans sa scolarité mais aussi dans ses loisirs lors de temps en famille, comme m'en avait témoigné Mme A. Or dans mes cours de pédiatrie et les articles que j'ai lu, il m'a semblé que l'aspect scolaire était celui le plus développé, pour lequel l'ergothérapeute avait un rôle important, par lequel il se différenciait des autres professionnels de santé. Les aspects fonctionnels étaient parfois abordés. Je me suis interrogée sur le rôle de l'ergothérapeute dans les activités autres que celles de rééducation et réadaptation scolaire.

De là, j'ai précisé ma question de départ : « Comment les loisirs favorisent l'estime de soi des enfants dyspraxiques ? »

2.2 Phase exploratoire : lectures et entretiens

Au tout début de mes recherches, ce qui m'intéressait particulièrement, était le secteur de la pédiatrie. N'ayant pas eu l'occasion de faire un stage dans ce milieu jusqu'alors, j'ai lu *Ergothérapie en pédiatrie*. Cet ouvrage m'a permis d'appréhender différentes pratiques et leurs évolutions, différentes pathologies, les partenariats à mener... J'ai orienté plus précisément mes recherches grâce à ce livre et aux cours de 2^{ème} année. Ceux portant sur les **Troubles Spécifiques des Apprentissages (TSA)** : dyslexie, dyscalculie, dyspraxie...m'ont particulièrement plu. Ayant pu voir quelques cas concrets pendant ce stage de découverte et par mes lectures, j'ai été interpellée par ces troubles. Des enfants « normaux » éprouvent des difficultés bien particulières alors que rien dans leurs attitudes ou au niveau intellectuel ne le laissent supposer... Cela m'a intriguée et c'est pourquoi j'ai cherché à en savoir plus.

J'ai regardé du côté des documents édités par le Gouvernement et j'ai trouvé deux guides : *Guide des troubles Dys*, par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et *Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans*. J'ai pu ainsi appréhender le panel

de troubles regroupés sous le terme des TSA, de façon plus synthétique. Pour chacune, j'ai relevé les signes d'appel et quelques répercussions sur le quotidien des enfants. Le rôle de l'ergothérapeute était expliqué brièvement, s'arrêtant aux évaluations que nous pouvons faire afin d'aider à la pose du diagnostic. J'ai voulu en savoir davantage sur notre rôle, car si nous sommes indiqués comme professionnels de rééducation, il y a peu d'informations concrètes sur ce que nous pouvons apporter. De plus, j'ai trouvé une certaine confusion entre ergothérapeute et psychomotricien, les rôles et les différences de ces derniers n'étaient pas ou peu explicités. Cela est regrettable d'autant plus que les parents souvent désemparés ne savent pas vers quels professionnels se tourner selon leur problématique.

Un second aspect m'a attirée de suite, en lien avec mes premières lectures concernant les TSA, **l'aspect psychologique** de ces derniers.

Paru dans *Le Monde*, Un enfant dyslexique n'est pas une dysgrâce retraçait à travers une BD, le point de vue d'une mère qui vivait avec son fils la découverte de sa dyslexie. Les incompréhensions entre le jeune garçon et tous ses proches (du milieu scolaire comme familial) l'entraînaient dans une spirale négative où il était dévalorisé. Ce n'est qu'avec l'arrivée d'un diagnostic que les parents et les professeurs ont compris l'ampleur du problème. Ce document m'a particulièrement touchée. J'ai choisi d'axer mon mémoire sur le ressenti des enfants et comment leurs troubles impactent leur vie, plus que sur les mécanismes ou les différentes rééducations existantes. En effet, je trouve que l'aspect psychologique, même s'il est cité dans tous les articles présentant ces troubles, ne se retrouvent pas ou peu dans les prises en charge types ou les accompagnements proposés...

De plus, j'ai recensé dans la littérature anglophone de nombreux écrits abordant l'aspect psychologique des TSA de façon plus spécifique. J'ai trouvé plusieurs articles de conclusion similaire (*Learning disabilities and psychological problems, an overview* de GreatSchoolStaff; *The social-emotional side of learning disabilities* de T. BRYAN, K. BURSTEIN, C. ERGUL; *Understanding children's hearts and minds: emotional functioning and learning disabilities* de JC. GORMAN). Ils s'accordent tous à dire que les enfants présentant des TSA sont plus à risque concernant la fatigue, la dépression, l'anxiété... du fait des échecs répétitifs, en milieu scolaire notamment. La mauvaise estime d'eux-mêmes, les difficultés à gérer leurs affects et les répercussions sur le domaine de la communication, du comportement m'ont interpellée. Avec le temps, les auteurs notent aussi un désinvestissement scolaire puis général, la construction de personnalité psychopathologique, un risque accru de suicides et d'abus de substances...

Cela se retrouvait aussi dans le *Journal de psychiatrie française*, « Troubles des apprentissages scolaires et psychopathologies ». Ici, les auteurs allaient plus loin en décrivant la construction de personnalités limites, névrotiques. Je retrouvais des difficultés d'ajustement au niveau social et émotionnel, des difficultés de régulation de l'estime de soi. Je me suis interrogée sur l'ergothérapie et comment elle pouvait limiter ces conséquences psychologiques négatives de façon plus concrète, s'il existait des techniques ou des moyens particuliers pour mettre en avant ces difficultés afin d'aider les enfants à les surmonter.

Par la suite, il m'a semblé important de cibler une pathologie en particulier car les TSA sont très vastes et différentes. J'ai choisi de me diriger vers la dyspraxie que je trouve intéressante

de par ses manifestations et ses répercussions, qui touchent toutes les sphères de l'enfant. Elle se démocratise et est de mieux en mieux connue des professionnels de santé et du grand public. *Les grands axes de la rééducation en ergothérapie de la dyspraxie développementale* de G. Lefevre m'a permis de mieux comprendre notre rôle d'ergothérapeute, tant pour les évaluations que la rééducation. J'ai aussi pu m'appuyer sur des cours pour approfondir mes connaissances et le livre *L'enfant dyspraxique et les apprentissages* de M. Mazeau pour cerner au mieux ce qu'était la dyspraxie. Par les quelques exemples des difficultés quotidiennes, j'ai pu me projeter et imaginer quelles étaient les difficultés motrices et psychologiques de ces enfants. Elles sont intriquées avec les limitations quotidiennes dans leurs activités, sachant qu'il y en a peu dans lesquelles ils sont réellement à l'aise. L'aspect psychologique de ces troubles m'a conforté dans le choix d'orienter mon mémoire sur la dyspraxie, le quotidien des enfants et leur ressenti.

Par la suite, mon second entretien exploratoire, avec une ergothérapeute libérale travaillant auprès de cette population, m'a permis de me mettre à jour sur les différents termes synonymes de la dyspraxie. Au regard de la 10ème Classification Internationale des Maladies, ce sont les Troubles d'Acquisition de la Coordination ; pour le DSM-V, c'est le **Trouble Développementale de la Coordination (TDC)**. Je développerai mon mémoire selon cette appellation car elle fait l'objet d'un consensus international et regroupe tous les enfants ayant des troubles de la motricité volontaire. Elle est aussi la référence quant aux derniers critères diagnostiques.

Lors de la Journée des Dys de Strasbourg à laquelle j'ai participé, j'ai trouvé l'ouvrage *Mon cerveau ne m'écoute pas : comprendre et aider l'enfant dyspraxique* (S. Breton et F. Léger). Ce livre est co-écrit par une ergothérapeute canadienne et une mère d'enfant dyspraxique. Il est très concret et m'a donné un aperçu des difficultés quotidiennes des enfants, au fil de leur croissance. J'ai ainsi pu repérer certains éléments pouvant faciliter leur vie quotidienne où l'ergothérapie peut intervenir : concernant la socialisation, les loisirs... Il donne des conseils pour la revalorisation des enfants et souligne la nécessité d'avoir une bonne estime de soi. Cela m'a particulièrement intéressée car cela correspond à ma volonté de savoir comment les enfants vivent avec leurs difficultés et de comprendre les modifications au niveau psychologique que celles-ci engendrent.

Lors de cette même journée, j'ai eu l'occasion d'échanger avec des professionnels de santé et des parents impliqués dans des associations, pour me rendre réellement compte des difficultés des enfants dyspraxiques. Tous retrouvent un changement de comportement et un « abattement » de leur enfant, suite aux échecs. Je m'intéressais alors aux répercussions psychologiques et à savoir comment l'ergothérapie pouvait avoir un impact sur celles-ci par le biais d'activités. C'est notamment au travers d'ouvrages comme *100 idées pour aider un élève dyspraxique* et le livre de S. Breton que j'ai trouvé des pistes pour améliorer leurs habiletés sociales, afin d'être mieux acceptés dans un groupe, de développer leur estime de soi et leur confiance en eux, via des activités de loisirs...

Dès le début de mes recherches sur les TSA et par la suite avec celles sur la dyspraxie, je me suis rendue compte que les pathologies incluses sous ce terme affectaient toutes les sphères de

l'enfant, alors que les articles ne détaillaient que des actions concernant l'école et parfois le quotidien... Cela m'a questionnée car il est clair que les troubles affectent toutes les activités quotidiennes, d'autant plus pour les Troubles Développementaux de la Coordination. Or la rééducation ne s'axe principalement que sur la partie scolaire.

De là, j'ai cherché un outil ergothérapique qui serait à la fois centré sur l'enfant et chercherait à évaluer tous les aspects de sa vie (et non simplement le milieu scolaire). Mon choix s'est naturellement tourné vers les **modèles conceptuels en ergothérapie**. Une relecture du livre de MC. Morel-Bracq, *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* s'est imposée. J'ai relevé 2 modèles qui correspondent à mes catégories requises : le Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner (MOH) et le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCROP). En effet, ces deux modèles, propres à notre profession, sont tous deux centrés sur le patient. Ils concordent avec mon souhait de (re)mettre l'enfant au centre de la prise en charge et de s'intéresser à ce qu'il ressent, ce qu'il vit pour pouvoir créer un accompagnement personnalisé et correspondant à ces besoins.

Dans un premier temps, j'ai mis de côté le MOH. Je le trouvais intéressant car il permet de connaître les différents rôles des enfants et leur volition (leur motivation, leurs choix, les centres d'intérêts...). Concernant le MCROP, c'est un modèle qui s'intéresse également à tous les aspects de la personne mais les activités sont classées en catégories : soins personnels, productivité et loisirs. Cela permet d'explorer des sphères d'activités autres que l'école. De plus, l'enfant doit classer ces activités selon l'importance qu'il y accorde, puis selon le rendement et la satisfaction qu'il éprouve à sa réalisation. Je trouve donc ce 2^{ème} modèle particulièrement intéressant car il utilise la classification du patient, de l'enfant dans notre cas, pour établir les axes prioritaires de rééducation. Ainsi, il est centré sur les occupations du patient/de l'enfant et selon sa propre échelle d'importance. Cela place l'enfant de nouveau au centre du projet de soin en le rendant créateur et acteur de son projet d'accompagnement.

Avec l'utilisation de modèles conceptuels et suite à mes lectures, j'en ai conclu que les activités productives des enfants, c'est-à-dire les activités scolaires, étaient déjà particulièrement travaillées à la fois à l'école, à la maison lors des temps de devoirs et en séances de rééducation. Cela est compréhensible car notre société accorde énormément d'importance aux résultats et à la réussite scolaire : tous les parents veulent que leurs enfants réussissent aussi bien que les autres à l'école. De façon schématique, ce sont les bonnes notes qui permettront d'entrer dans une bonne école/université et qui permettront d'obtenir un « bon » poste afin d'atteindre un certain niveau de vie. Ainsi de façon caricaturale, c'est l'école qui va conditionner le futur des enfants et leur tracer leur avenir.

Les activités scolaires étant déjà traitées, je me suis donc tournée vers la catégorie opposée, celle qui ne demande pas de rendement ni de résultats : les loisirs ! En effet, ces derniers proposent un autre mode de socialisation que celui du système classe, ils permettent une exploitation différente des capacités intellectuelles ou physiques, ainsi qu'une certaine échappatoire pour se défouler ou se ressourcer... Les loisirs me tenaient à cœur car les enfants dyspraxiques ont tendance à s'isoler et à se replier sur eux-mêmes. Ces derniers pourraient proposer une autre forme de bien-être. En effet, ils offrent la possibilité de se ressourcer, en jouant avec d'autres enfants ou simplement en permettant une activité à faire en famille... Leur

intégration en séances peut aider à replacer l'enfant dyspraxique dans son rôle premier d'enfant, avant d'être un patient à rééduquer.

Cependant, en réalisant un entretien exploratoire avec une ergothérapeute travaillant en SESSAD¹, cette idée a été remise en question. En effet, les enfants dyspraxiques ont beaucoup de prises en charge, surtout s'ils ont d'autres troubles associés... Les loisirs sont un moment de répit pour eux. Toutefois, l'investissement de cette sphère par l'ergothérapie lui semblait trop intrusif car c'est dans ces seuls moments qu'ils restent des enfants et non pas des patients. En travaillant spécialement les loisirs en séance d'ergothérapie, ces derniers ne seraient plus source de répit mais une nouvelle façon de poursuivre la rééducation. Je retombe ainsi dans l'écueil que je perçois en suivant cette piste... Je devais chercher quelles activités pourraient permettre un bien-être et une revalorisation des enfants sans fournir une nouvelle activité de rééducation, qui demanderait encore des efforts à l'enfant.

Suite à un entretien avec ma référente de mémoire, j'ai pu mettre un mot sur ce que je voulais étudier réellement : **l'équilibre occupationnel**. Ce terme retranscrit mon envie d'explorer les rapports entre les différentes activités des enfants et l'investissement psychologique qui y est lié. J'ai lu l'ouvrage de D. Pierce, *La science de l'Occupation en Ergothérapie*. Celui-ci m'a permis de mieux définir ce qu'était l'occupation humaine, quelle était son utilité. Il apportait aussi la preuve que l'équilibre occupationnel est source de bien-être. En parallèle, *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?*, co-écrit par différents ergothérapeutes, m'a conforté dans cette voie. J'arrivais à formuler plus clairement l'idée d'un déséquilibre, de par une focalisation sur le scolaire et un faible investissement dans d'autres activités, qui sont toutes aussi importantes et concourent au bien-être de l'enfant.

En cherchant à approfondir mes connaissances sur l'équilibre occupationnel, j'ai pu lire plusieurs articles (*The Role of Occupational characteristics and occupational imbalance in explainig well-being*, de D ANABY, T JARUS, C BACKMAN, B ZUMBRO ; *Conceptualizing life balance from an empirical and occupational therapy perspective* de P WAGMAN) qui s'accordent à dire que pour les personnes qui estiment avoir un bon équilibre occupationnel, c'est-à-dire ayant une journée idéale proche de leur journée typique actuelle, ressentent un bien-être, s'estiment avoir une meilleure qualité de vie et être en meilleur santé...

En parallèle à mes recherches et réflexions sur l'intérêt de travailler les loisirs et de ne pas centrer l'accompagnement en ergothérapie uniquement sur les activités scolaires, j'ai poursuivi ma réflexion sur l'aspect psychologique du Trouble Développementale de la Coordination.

Avec les livres de S. Breton et F. Léger et *100 idées pour aider les élèves dyspraxiques*, ainsi que dans d'autres articles, il est ressorti de nombreuses fois qu'encourager et souligner les efforts et progrès de ces enfants est très important afin de leur permettre de prendre confiance en leurs capacités et en eux-mêmes. Retrouvant l'estime de soi dans différents textes, j'ai lu un numéro de *Dossier de Psychologie*. Il abordait l'estime de soi de sa création à comment la maintenir au cours de sa vie... J'ai donc pu me rendre compte de ce qu'était réellement ce concept et que l'ergothérapie pouvait avoir un impact sur cette dernière, via ses différentes

¹ SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

composantes. De plus, il m'a permis de cibler ma population : elle doit avoir au minimum 7 ans car c'est à partir de cet âge-là que les enfants sont capables d'être réflexifs et d'émettre un jugement reflétant ce qu'ils pensent ou ressentent. C'est aussi ce que j'ai retrouvé dans *L'estime de soi, un passeport pour la vie* de G. Duclos.

Ces deux lectures m'ont permis de mieux définir cette notion : savoir sur quelles bases elle reposait, comment elle se construisait... J'ai pu faire des liens avec l'activité humaine, l'ergothérapie. Par la suite, j'ai pu trouver deux documents supplémentaires qui m'ont aidé à identifier différentes composantes évaluables : l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg et le Self Perception Profile for Children de Harter. En effet, selon la composante de l'estime de soi que l'on cherche à développer, l'ergothérapie peut agir ou avoir un impact indirect.

L'ergothérapie peut, par l'équilibre occupationnel, être un facteur de bien-être. Toutefois, si l'ergothérapie peut apporter un bien-être qui est ressenti par les patients, on peut se demander s'ils sont capables de se percevoir d'une façon plus positive c'est-à-dire d'avoir une meilleure estime d'eux-mêmes.

2.3 Problématique de recherche

Suite à ces lectures et au cheminement de mes réflexions, j'en suis arrivée à formuler la problématique de recherche suivante : « **Comment l'équilibre occupationnel favorise-t-il l'estime de soi des enfants présentant un Trouble Développementale de la Coordination ?** » Celle-ci permet de faire le lien entre mes lectures et ma situation exploratoire. Elle reprend les notions que je souhaite approfondir, à savoir les différentes activités des enfants et leur ressenti ainsi que les répercussions psychologiques. Cette initiation à la recherche me permettra d'enrichir mes connaissances et proposera une synthèse de ces différents concepts.

Si la réponse à cette question est positive à l'issue de ma recherche, les ergothérapeutes auront alors un moyen propre à leur profession agissant sur l'estime de soi, répercussion psychologique non négligeable du Trouble Développementale de la Coordination. Dans tous les cas de figure, cette recherche apportera un éclairage sur l'équilibre occupationnel et contribuera aux recherches qui lui sont consacrées. L'estime de soi est peu utilisée et connue en ergothérapie, permettra d'apprivoiser un autre point de vue sur le patient, de connaître ses ressources.

J'aborderai tout d'abord la théorie développant ces trois points clefs puis en regard de celle-ci je formulerai une hypothèse de réponse à mon questionnement.

3 Cadre théorique

3.1 Trouble Développementale de la Coordination

3.1.1 Etiologie, historique et définition

« Un enfant maladroit », « un enfant plus lent que les autres », « il a une écriture illisible »..., voilà différents termes que l'on pourrait utiliser pour parler des enfants présentant un Trouble Développementale de la Coordination (TDC).

Regroupant différents termes (Dyspraxie développementale, Trouble Spécifique du Développement Moteur, Trouble de la coordination motrice d'origine développementale ou Trouble de l'Acquisition de la Coordination...), le Trouble Développementale de la

Coordination (DSM-V) n'en reste pas moins un trouble de la motricité volontaire, sans atteinte neurologique ou déficience intellectuelle. Il induit de nombreuses répercussions fonctionnelles, variables selon les enfants.

On estime qu'environ 5 à 9 % des enfants entre 5-11 ans seraient concernés, dont 1 à 2% sous des formes sévères (J Magnat, J Xavier, I Zammouri, D Cohen ; 2015)². Les garçons ont une prévalence plus importante que les filles (de 5 pour 1), selon l'association CanChild³.

On entend de plus en plus souvent parler des termes de dyspraxie, dyslexie... des troubles Dys de façon générale. Malgré une meilleure connaissance de ces derniers, ils sont encore méconnus du grand public car ils passent souvent inaperçus et sont sous-diagnostiqués. En effet, lorsque l'enfant prend son temps et s'applique, il arrive à améliorer ses résultats (par exemple améliorer son écriture mais au prix de grands efforts). On pourrait donc être amené à dire que ces enfants ont au final un problème motivationnel, que « quand ils veulent, ils peuvent ». Or les troubles développementaux ont une origine neurologique, ce qui fait que ces enfants ne présentent pas (uniquement) un problème DE motivation. Au contraire, souvent volontaires, ils fournissent plus d'effort que les autres pour atteindre un résultat souvent médiocre, compte-tenu de leurs difficultés et du niveau d'exigence scolaire demandé.

Le Trouble Développementale de la Coordination est connu sous divers noms, qui ont évolué au fil des années. En effet, les modèles créés pour expliquer ce phénomène, les différents courants et analyses, ainsi que les différentes classifications par pays, font que ce trouble se présente sous plusieurs termes pour au final décrire les mêmes répercussions chez l'enfant. Je vais les décrire brièvement ici.

Duché fut un des pionniers à décrire ces répercussions sous le terme de « **débilité motrice** » au XXème siècle. Il la caractérise par « ...une variété d'hypertonie musculaire diffuse en rapport avec les mouvements intentionnels et aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire (paratonie) »⁴. Il retrouve ces symptômes à la fois chez les « débiles mentaux » mais également chez les enfants, où la persistance confère la valeur pathologique. Selon lui, ces signes font partie du tableau des déséquilibres constitutionnels, lui-même associé avec les affections mentales en puissance.

De là est issue une branche relevant de conceptions psychanalytiques. Pour celle-ci, les symptômes moteurs ne sont que l'expression visible de troubles inconscients. Selon Jean Bergès ces derniers seraient liés à la fonction symbolique ; pour Roger Mises, ces troubles instrumentaux doivent être étudiés face aux interactions entre l'enfant et son environnement.

Ajurriaguerra lui, propose le terme de **dyspraxie** qu'il considère face aux apraxies de l'adulte. Il va retenir 3 groupes de facteurs : le retard de développement moteur, le retard de l'évolution des fonctions cognitives, la désorganisation des premières relations des enfants avec l'environnement familial. Bullinger distinguera la dyspraxie de l'apraxie de l'adulte du fait que l'enfant n'a pas un support neurologique fixé comme l'adulte. On peut donc noter que les

² Troubles développementaux de la coordination (TDC) : perspective Clinique et synthèse de l'état des connaissances (J MAGNAT, 2015)

³ <https://canchild.ca/en/diagnoses/developmental-coordination-disorder> (CanChild, 2017)

⁴ Psychopathologie développementale des troubles de la coordination motrice (C AUSSILLOUX, 2005)

théories cognitivistes s'ajoutent à celles psychanalytiques, avec le développement des neurosciences.

En France, la dyspraxie a été décrite par Michelle Mazeau. Elle considère la dyspraxie comme un « *trouble de la réalisation du geste secondaire à l'impossibilité (ou l'anomalie) de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les divers constituants sensori-moteurs et spatio-temporels du geste volontaire.*⁵ »

Au niveau international, le terme français de dyspraxie est peu utilisé... Depuis 1994, un consensus international a été trouvé pour regrouper ces différentes appellations sous le terme de « **Developmental Coordination Disorder (DCD)** ». Au regard de différents ouvrages diagnostiques, le DSM-IV (2000) l'a traduit en **Trouble d'Acquisition de la Coordination (TAC)**, puis avec le DSM-V (2013), en **Trouble Développementale de la Coordination**⁶.

De façon plus concrète, le Trouble Développementale de la Coordination touche les gestes de motricité globale ou fine. Dû à un fonctionnement cérébral atypique, ces enfants peuvent avoir différentes difficultés lors de l'exécution de mouvements.

Afin de pouvoir réaliser correctement un mouvement ou un geste, l'enfant doit fournir une concentration plus importante pour le réaliser, ce qui le rend plus lent et le fatigue plus vite. Des gestes, normalement automatisés, comme lors de l'écriture, sont pour lui comme une action nouvelle, à planifier sans cesse, malgré l'entraînement fait. L'orientation de ses membres par rapport à un objet ou une cible reste complexe, les rendant maladroits ou gauches.

Ainsi tous les mouvements et gestes du quotidien sont touchés, ce qui crée des limitations de participation ou des restrictions d'activité pour ces enfants. Ils pourront présenter des difficultés tant dans l'habillage, le laçage des chaussures que dans l'écriture ou les loisirs collectifs et familiaux !

L'origine du TDC reste aujourd'hui encore incertaine bien que certains facteurs de risques soient identifiés (J Magnat, J Xavier, I Zammouri, D Cohen ; 2015). La prématurité en est l'un des principaux mais aussi l'âge maternel (> 35 ans), la souffrance et l'hypo/l'anoxie pendant le travail, l'existence de pathologies précoces chez le nourrisson ou les pathologies génétiques.

Cependant le TDC est parfois accompagné de troubles secondaires. Selon Isabelle Demers, ils peuvent être de l'ordre de l'hypotonie, des déformations articulaires, une diminution de la force musculaire... De par les limitations d'activité, on peut retrouver un déconditionnement cardio-respiratoire ou un terrain propice à l'obésité. Des difficultés d'ordre psychosociale peuvent aussi être intriquées avec le TDC. En effet, face aux échecs répétitifs, des plaintes somatiques (maux de ventre, mal-être...) en lien avec certaines situations (phobie scolaire) sont retrouvées

⁵ Psychopathologie développementale des troubles de la coordination motrice (C AUSSILLOUX, 2005)

⁶ Troubles Développementaux de la Coordination (TDC) : perspective clinique et synthèse de l'état des connaissances (J MAGNAT, 2015)

ainsi que des personnalités dépressives voire anxieuses, un repli sur soi-même, un refus de faire une activité, des troubles du comportement, etc... (Gorman, 1999)⁷, (Tanis Bryan, 2004)⁸.

Notons aussi que les efforts constants à fournir pour anticiper et réfléchir à leurs mouvements et gestes afin de pallier à leurs difficultés et de répondre aux exigences de niveaux, font que ces enfants seront beaucoup plus fatigués que les autres, comme le soulignent Sylvie Breton et France Léger dans leur ouvrage⁹, du fait d'une constante double tâche.

De plus, les troubles atteignant la coordination ne sont généralement pas les seuls que présente l'enfant. Il peut exister d'autres troubles développementaux associés tels que le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), 50% des enfants de 7 ans diagnostiqués TDC présentent des symptômes modérés à sévères de TDAH (J Magnat, J Xavier, I Zammouri, D Cohen ; 2015). Les Troubles Spécifiques du Langage, les Troubles Spécifiques de l'Apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie...) et les troubles Dys de façon générale, peuvent faire partie d'un tableau développemental complexe. Ces troubles, en s'associant à ceux moteurs, majorent les limitations d'activité et les restrictions de participation de ces enfants, voire de ces adultes !

3.1.2 Classification et Diagnostic

Selon les orientations prises et les influences diverses, les classifications utilisées sont différentes.

Selon la 10^{ème} **Classification Internationale des Maladies (CIM 10)**, les « Troubles Spécifiques du Développement Moteur » (TSDM) sont inclus dans la catégorie « Troubles du développement psychologique ». L'altération et/ou le retard doivent être liés à la maturation biologique du système nerveux central, et d'évolution continue. Les facteurs environnementaux peuvent influencer ce développement.

Selon ce classement, ces TSDM sont proches des Troubles Spécifiques du Développement du Langage et de la Parole ainsi que des Troubles Spécifiques des Acquisitions Scolaires.

Le diagnostic se fait en tenant compte du niveau attendu en fonction de l'âge et de l'intelligence de l'enfant, selon la coordination globale ou fine.

Pour le **Manuel diagnostique et statistiques des Troubles Mentaux (DSM)**, dans sa **IVème version**, ces signes font partie des Troubles de l'Acquisition de la Coordination, appartenant aux Troubles du développement, issus des Troubles spécifiques. Les évaluations ici doivent faire preuve d'un retard par rapport à l'âge mais ces difficultés doivent avoir des répercussions sur les apprentissages. La notion de persistance à l'adolescence et à l'âge adulte est aussi retrouvée. Dans sa **5ème et dernière version**, le Trouble Développementale de la Coordination fait partie de la catégorie des Troubles Moteurs.

⁷ Understanding Children's Hearts and Minds: Emotional Functioning and Learning Disabilities (Gorman, 1999)

⁸ The social-emotional side of learning disabilities : a science-based presentation of the state of the art (Tanis Bryan, 2004)

⁹ Mon cerveau ne m'écoute pas, comprendre et aider l'enfant dyspraxique (BRETON & LEGER, 2009)

Avant d'aboutir à la pose d'un diagnostic, il faut passer par 3 étapes essentielles qui représentent parfois un parcours difficile pour les familles : le repérage, le dépistage et finalement le diagnostic.

C'est généralement par le biais de l'école, des parents ou des proches que les difficultés des enfants sont **repérées**. En effet, durant la petite enfance, il est plus facilement concevable que l'enfant « prenne son temps », qu'il ait besoin d'aide. Avec l'entrée à l'école, il doit suivre un rythme imposé par la collectivité et est comparé à ses pairs, aussi bien au niveau de ses capacités que de ses rendements. De là, souvent, sont repérées ses difficultés car elles sont persistantes et gênantes dans ses activités quotidiennes.

Par la suite, l'enfant et ses parents sont amenés à consulter des professionnels de santé pour un **dépistage**. Dans le cadre du TDC, l'enfant va être amené à consulter un médecin (généraliste, pédiatre ou neuro-pédiatre), un neuropsychologue (qui effectuera des tests d'efficience intellectuelle pour participer au diagnostic différentiel) ainsi que des professionnels paramédicaux tels que les orthophonistes (capacités langagières et de raisonnement logico-maths) et les ergothérapeutes (limitations d'activité, développement psychomoteur, organisation visuo-spatiale). Suite à tous ces bilans, le **diagnostic** sera posé par un médecin.

Pour poser ce diagnostic de TDC, il faut que l'enfant réponde à quatre critères :

- L'acquisition et l'exécution des compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge du sujet.
- Les déficiences des compétences motrices interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne et ont un impact sur les performances universitaires/scolaires, ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.
- Le début des symptômes date de la période développementale précoce.
- Les déficiences des compétences motrices ne sont pas expliquées par un trouble du développement intellectuel ou une déficience visuelle. Ils ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice.¹⁰ (cf Annexe I pour les critères diagnostic du DSM-V)

Il sera ensuite décidé de mettre en place un suivi auprès de divers professionnels de rééducation, selon les besoins de l'enfant.

3.1.3 Répercussions dans la vie quotidienne

Dans le cadre des troubles développementaux, les difficultés de l'enfant ne pourront pas être rattrapées avec l'âge. Il conservera toujours un niveau inférieur à ses pairs, bien que des stratégies de compensation efficaces soient mises en place. Comparé aux autres enfants de son âge, il subit des restrictions et des limitations de participation sur différents plans qui impactent son quotidien de différentes manières.

¹⁰ Manuel diagnostique et statistiques des Troubles Mentaux – DSM 5 (Association Américaine de Psychiatrie) 2013

- Concernant les activités de la vie quotidienne^{11 12}

Au quotidien, l'enfant présentant un Trouble Développementale de la Coordination est maladroit dans ses gestes et plus lent que les autres enfants du même âge. Les activités de vie quotidienne, que les autres automatisent au fur et à mesure des répétitions, sont pour lui un défi : la répétition conduit à un geste fonctionnel mais de qualité inférieure. L'aide d'un adulte est nécessaire plus longtemps que pour les autres enfants.

Concernant les **soins personnels**, on peut trouver des difficultés à manipuler les robinetteries et à effectuer des réglages. Le brossage des dents est souvent maladroit. Pour les filles, faire des coiffures se révèle complexe, la présence d'un adulte sera longtemps nécessaire.

L'habillement peut présenter une difficulté que ce soit pour l'orientation des habits, l'enchaînement des séquences et les différentes étapes à respecter. La manipulation de petits objets (boutons ou fermetures éclair) avec une nécessité de précision ou de coordination peut être source de difficultés, comme pour le laçage des chaussures.

Les **repas** sont aussi parfois des temps compliqués du fait de la maladresse. L'enfant peut avoir des difficultés notamment pour se servir dans les plats ou se verser à boire, utiliser correctement ses couverts et éviter les tâches...

- Pour les jeux

Un des outils principaux des enfants pour développer leurs capacités et expérimenter est le jeu. Selon Francine Ferland, c'est en jouant que l'enfant expérimente des sentiments de plaisir et de maîtrise. Il découvre le monde qui l'entoure, il manipule, il crée et s'exprime.

Or les enfants présentant un TDC, dès leurs premiers jeux, présentent quelques particularités. Ils expérimentent peu et sont peu attirés par les jeux de construction car la planification, la précision et la coordination requises, lui sont difficiles. Lorsque l'utilisation d'un jeu leur est acquise, ils ont tendance à le refaire souvent car cela leur procure un sentiment de maîtrise.¹³

Les activités de loisirs sportifs sont aussi source de difficultés. En effet, leurs capacités motrices ne sont pas égales à celles de leurs pairs. La gestion de plusieurs paramètres non automatisés avec ceux inhérents à l'activité (règles de jeux, observation des joueurs etc...) influencent leur rendement dans les jeux. Ceux-ci peuvent devenir alors source d'isolement, de frustration, d'impuissance...

- Concernant les apprentissages et le milieu scolaire

Ayant des difficultés de **motricité fine**, les activités impliquant des stylos/crayons telles que le coloriage, les exercices de pré-graphisme et l'écriture vont demander à ces enfants plus d'attention et de concentration sur l'exécution du mouvement que les autres. Ils sont alors plus lents, produisant des rendus de moins bonne qualité car ils doivent réfléchir à la prise du stylo, au positionnement sur la feuille, à l'exécution de la lettre... Prenons l'exemple de la dictée des devoirs. A la fin de la journée juste avant la sonnerie, les élèves doivent prendre leurs agendas et noter au plus vite leurs devoirs. Pour un enfant porteur d'un TDC, arriver à la bonne page de l'agenda lui prendra déjà prendre plus de temps. L'écriture précipitée sera illisible et souvent relire ce qui est écrit à la maison ne sera pas chose aisée !

¹¹ L'enfant dyspraxique et les apprentissages, (Mazeau, 2010)

¹² Mon cerveau ne m'écoute pas, comprendre et aider l'enfant dyspraxique (BRETON & LEGER, 2009)

¹³ L'enfant dyspraxique et les apprentissages, (Mazeau, 2010)

Sur d'autres activités, comme les **arts plastiques**, les **activités manuelles**, ces enfants se retrouvent aussi en difficulté : ils sont plus lents que leurs camarades, ont plus de mal à manipuler des outils comme la colle, les ciseaux...

L'organisation peut aussi se révéler être un défi pour les enfants présentant un TDC, notamment la préparation du cartable et la gestion du bureau avec les affaires et outils nécessaires.

- A propos des activités physiques

Les enfants ayant un TDC ont des difficultés à planifier et à contrôler leurs mouvements. La coordination motrice, l'articulation d'un membre, la précision et le rythme ne se font pas efficacement, ni de manière automatique. Ces enfants éprouvent des difficultés à être en appui unipédestre ou à rattraper une balle. Nous pouvons concevoir que l'apprentissage du roller, du vélo ne sera pas facile à cause des capacités requises (maintien de l'équilibre postural, alternance de mouvements, dissociation des membres et rapidité). Il en va de même pour les activités sportives qu'elles soient individuelles ou collectives. Les enchaînements et la vitesse requise vont compliquer ces tâches pour ces enfants. Et plus encore si ces derniers ont des troubles d'intégration sensori-motrice, s'ajoutant à un schéma moteur difficilement intégré... Ces activités sont souvent trop exigeantes par rapport à leurs capacités.

Cela aboutit à une comparaison, négative à leur égard. Celle-ci va se traduire en une recherche perpétuelle d'un autre loisir plus adapté n'entraînant plus d'échec ou d'activités avec des enfants plus jeunes, de niveau moteur « inférieur », ce qui permet à l'enfant d'avoir sensiblement le même niveau.

- Concernant le cercle familial

Nous pouvons facilement comprendre que la cellule familiale va être perturbée par les difficultés qu'engendre un TDC. Si nous centrons les rééducations sur l'enfant, il ne faut pas oublier que la famille est aussi impactée d'une façon ou d'une autre. En effet, il faut percevoir l'enfant à travers toutes les sphères dans lesquelles il a un rôle, celles-ci étant intriquées les unes avec les autres.

En utilisant le concept de la **systémique**¹⁴, nous ne nous concentrons plus uniquement sur l'enfant et son handicap mais sur la cellule familiale et ses interactions également. Face aux difficultés, aux incompréhensions dues au TDC, au parcours diagnostic encore difficile actuellement, toute la famille a été éprouvée et subit un chamboulement. Avec la mise en place d'un suivi, il faut s'organiser pour les séances, changer certaines habitudes...L'identité familiale change car un (ou plusieurs) des enfants est « étiqueté porteur de handicap », sa différence est affirmée. Le deuil de l'enfant idéal se fait. L'utilisation de ce concept permet de mieux appréhender et comprendre les interactions entre membres du système. Cela permet de considérer l'enfant d'une façon plus globale tout en étant centré sur sa réalité quotidienne. Comme tout enfant, celui qui présente un TDC a besoin du soutien de sa famille et d'un environnement favorable à son développement.

Le Trouble Développementale de la Coordination affecte l'enfant dans ses jeux et dans sa vie quotidienne. Il en découle alors que, lors des jeux familiaux, avec ses frères et sœurs, ses

¹⁴ La systémique, que sais-je ? (Durand, 2013)

parents, l'enfant porteur du trouble ne joue pas de la même façon. Il a du mal à jouer au foot ou à shooter. Si le jeu implique l'écriture, il est ralenti et en difficulté... Cela va donc impacter l'instant familial dédié au repos et aux loisirs. Il en va de même pour l'organisation familiale générale. Si l'enfant présente des difficultés d'habillage, il a besoin qu'un des deux parents lui consacre du temps et de l'aide. Imaginons alors l'organisation nécessaire lorsqu'il y a plusieurs enfants en demande d'aide. De même, lors du temps des devoirs, un enfant avec un TDC est plus en difficulté, dans la manipulation des outils géométriques par exemple. Un des parents doit consacrer une partie de son temps à reprendre les devoirs. Pendant les repas, le Trouble Développementale de la Coordination ne se fait pas non plus oublier avec l'utilisation difficile des couverts ou les maladresses de l'enfant pour se servir seul... Ainsi l'environnement social est modifié, cela affecte l'être et l'agir de celui-ci (sa motivation, sa participation, ses capacités, son rendement...). Son identité et ses compétences en sont ainsi impactées.

L'enfant est donc le premier affecté par ses difficultés mais celles-ci touchent aussi tout le système familial qui s'organise autour de ce trouble. Il est intégré à son identité. Ainsi les relations vont changer : les relations entre les différents membres mais aussi avec les cellules plus éloignées (oncles, grands-parents, cousins...). Cependant chaque membre de ce système va réagir de façons différentes au TDC. Pour certains, il faudra à tout prix éviter les situations où l'enfant se retrouve en échec, ils vont faire à la place de l'enfant. D'autres pensent qu'au contraire, c'est par la répétition que l'enfant pourra progresser.

Si l'on peut observer des tensions internes, on retrouve généralement une certaine cohésion autour de l'enfant lorsqu'il s'agit d'expliquer les troubles et les aides nécessaires à l'enfant. La famille devient alors le porte-parole de l'enfant auprès de personnes non sensibilisées (professeurs, autres parents...) ¹⁵

- Sur le plan social

Les répercussions sociales dues au trouble commencent à se dessiner.

En effet, les enfants étant d'une intelligence normale, ils peuvent faire illusion grâce à des stratégies de compensation et des ressources verbales développées. Cependant leurs difficultés s'illustrent notamment par leurs productions, qui sont comparées entre élèves d'une même classe. Ayant besoin d'aides techniques (pour compenser leur motricité fine défaillante à l'école par exemple), il arrive souvent que ces aides mises en place soient incomprises ou source de questionnements pour l'entourage scolaire de l'enfant (élèves et maître/maîtresse). Sa différence est remarquée et matérialisée, elle peut être l'une des raisons conduisant à l'isolement de l'enfant, car les élèves ne savent ou ne comprennent pas pourquoi il bénéficie de cette aide alors que les autres dans la classe n'en ont pas.

De plus, lors des temps de loisirs comme la récréation ou les activités manuelles, l'enfant ne tire pas ou peu de répit dans ces moments. Par exemple, la coordination et la rapidité pour la course, les jeux de balles lui demandent un effort supplémentaire. N'arrivant pas au même niveau de performance que les autres, il est **exclu** des jeux ou mis en retrait. Le coloriage ou les activités de bricolage lui demandent de la concentration et un effort en plus pour la précision et

¹⁵ Mon cerveau ne m'écoute pas, comprendre et aider l'enfant dyspraxique (BRETON & LEGER, 2009 , p. 154)

la manipulation d'objets. Ses camarades, eux, considèrent ce temps comme du loisir, du plaisir, de la détente¹⁶.

Si le regard des autres impacte l'inclusion du jeune, celui qu'il porte sur lui-même et ses attitudes conditionnent aussi la réponse de ses pairs. En effet, dans la classe, il se compare à ses camarades, à la fois sur l'attitude et sur les productions. Il repère que, malgré ses efforts et son investissement, ses résultats ne sont pas à la hauteur de ses espérances. De plus, il veut répondre aux attentes des adultes qui l'entourent notamment son maître/sa maîtresse, sans jamais y parvenir complètement ou de la même façon que les autres. Ces difficultés, dont l'enfant est conscient, vont nuire à son sentiment de compétences personnelles et son estime de soi, comme je le développerai plus tard.

Face à ses échecs et ses frustrations, des **comportements** particuliers peuvent être observés qui impacteront aussi l'environnement social de l'enfant. Cela peut aller vers une tendance à l'extraversion : « faire le clown » pour attirer les regards sur lui d'une autre façon que par ses difficultés et provoquer des jugements sur cette attitude ou alors, vers une intériorisation : il se sent en insécurité et anxieux face à toutes nouvelles activités et celles qui le mettent en échec. Il peut être fatigué, à fleur de peau avec des réactions plus exacerbées.

De façon générale, un enfant présentant un Trouble Développemental de la Coordination a tendance à être isolé, replié sur lui-même, avec peu ou pas d'amis. Du fait de sa difficulté motrice, globale ou fine, les jeux seront pour lui source de difficulté. Il participe peu aux activités sportives ou de compétition avec d'autres. En effet, il aura plutôt tendance à rester avec des adultes, à entretenir des relations duales ou avec des enfants plus jeunes. Les confrontations quotidiennes aux échecs vont aussi exacerber les sentiments de l'enfant, pouvant créer des comportements différents et particuliers impactant sa relation avec son environnement social.

3.2 Estime de soi

3.2.1 Naissance d'un concept

L'estime de soi est une notion qui a été décrite pour la 1^{ère} fois par William James, psychologue américain, en 1890. Ce concept plutôt récent est aujourd'hui encore source de divergences entre les experts. Nos sociétés actuelles nous amènent à nous questionner sur la valeur intrinsèque de l'être humain.

Le Soi est « *une configuration organisée des perceptions admissibles à la conscience qu'a un individu de ses caractéristiques* ». Il représente ainsi toutes les descriptions conscientes faites par la personne à propos d'elle-même (Paradis et Vitaro).

Selon G. Duclos, la Connaissance de soi se forme par les représentations mentales partielles de l'enfant sur lui-même. Elles s'enrichissent au fur et à mesure de sa croissance, grâce aux expérimentations dans son environnement. Elle sera intériorisée jusqu'à devenir son identité, lors de l'adolescence.

¹⁶ 100 idées pour aider l'élève dyspraxique (Kirby & Peters, 2010)

Appliqué à l'enfant, le Moi Idéal représente ce qu'il veut devenir. Ce sont ses idéaux et ses objectifs, définis selon ses valeurs, acquises au cours de son existence ou transmises par des adultes significatifs. La tendance vers le Moi Idéal est cruciale lors de l'adolescence.

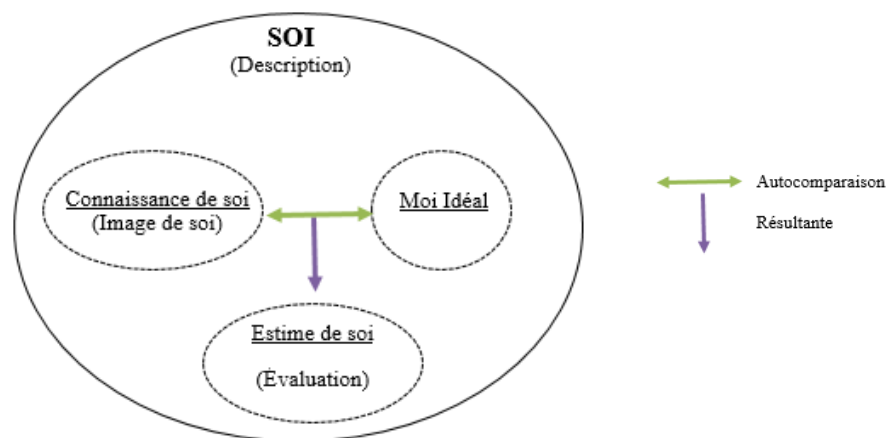


Figure 1 : L'estime de soi, résultante de l'auto-comparaison entre la Connaissance de soi et le Moi Idéal (Duclos)

L'estime de soi est un concept qui s'est développé au fil du temps et des recherches (cf Annexe II). Elle représente l'idée qu'une personne se fait d'elle-même, selon ses expériences et son système de valeurs. Elle émet un jugement de sa valeur personnelle, tout en prenant en compte le regard des autres. Elle varie tout au long de la vie (qu'on soit enfant, adolescent, adulte ou vieillard) mais elle est influencée par la qualité des relations dans l'enfance et repose sur quatre axes principaux, que je reprendrai plus tard.

Harter (1996), contrairement à ses prédécesseurs, conçoit l'estime de soi comme étant multidimensionnelle : une estime de soi globale mais avec plusieurs autres facettes. Ces dernières renvoient à différents domaines, qui fonctionnent de manière hiérarchisée mais indépendante, que je développerai ci-après. Elle introduit un nouvel élément: selon elle, cette évaluation du Soi est dépendante de l'importance que la personne accorde à chaque domaine. C'est selon cette vision de l'estime de soi que je vais poursuivre mon développement. En effet, je trouve qu'elle est intéressante car elle est centrée sur la personne et cherche à savoir l'importance que la personne attribue à un domaine. Cela permet de mieux comprendre son système de jugement et de valeurs. De plus, il me semble important de chercher dans quels domaines précis l'estime de soi va être atteinte afin d'apporter une réponse adéquate et de pouvoir agir avec justesse.

3.2.2 Dimensions de l'estime de soi

Selon Christophe André¹⁷ l'estime de soi repose sur trois composantes différentes : cognitive, affective et comportementale.

L'estime de soi revient à s'évaluer soi-même. Cela fait appel à la **dimension cognitive**. Porter un jugement sur sa valeur personnelle suppose une conscience et une connaissance de soi. On imagine facilement un adulte émettre un jugement sur lui-même car il se connaît bien et garde en mémoire son parcours de vie. Cependant pour les enfants, cela n'est pas aussi aisé. En effet,

¹⁷ Imparfais, libres et heureux (ANDRE, 2009)

le niveau de développement cognitif et l'âge vont impacter ces fonctions. Selon la théorie de Piaget, l'accès à un jugement logique, à une pensée opératoire concrète, se situe autour de 7-8 ans. Avant cet âge-là, les enfants intériorisent et verbalisent les jugements des adultes significatifs. Leur connaissance d'eux-mêmes est limitée à un passé récent. Ils n'ont pas assez de recul sur eux-mêmes pour émettre un jugement, développer et exprimer leur propre estime d'eux-mêmes. L'estime de soi se base sur le fait de conscientiser, c'est-à-dire d'avoir conscience de ses forces et faiblesses ainsi que de conserver ses représentations de soi-même (des qualités et habiletés) en mémoire pour faire face aux difficultés ou défis.

L'estime de soi est aussi une évaluation impliquant l'affect car c'est une évaluation subjective, faite par l'enfant sur lui-même, plutôt qu'une évaluation objective de la réalité. Elle est faite selon des critères définis par l'enfant selon ses valeurs et ses croyances, ce qu'il souhaite devenir. C'est une réaction affective vis-à-vis du Soi (Rosenberg, Famose (2001)). De plus, ce que l'enfant pense de lui-même est influencé par le regard et le jugement que les autres lui portent (André, 2009). Ces derniers et leurs manifestations vont être ressentis, intériorisés. Cela constitue la **dimension affective** de l'estime de soi.

Si l'estime de soi vient répondre à un questionnaire sur « l'être », N. Braden ajoute la notion du « paraître », portant sur le rendement et les façons d'agir. Elle correspond à la **dimension comportementale**. Cependant ces deux notions (être et paraître) sont d'importance équivalente comme l'écrit Monbourquette « *l'estime de soi pour sa personne et celle pour sa compétence sont toutes deux nécessaires. Il importe de trouver un juste équilibre entre les deux, de les harmoniser correctement*¹⁸ ». L'estime de soi est impactée de façon réciproque par les interactions sociales. Le regard des autres va influencer le jugement que l'enfant porte sur lui-même mais ce même jugement ainsi que les comportements qui en découlent, vont impacter le regard des autres. En effet, si l'enfant a une bonne estime de lui-même et confiance en ses capacités, il sera plus déterminé dans l'atteinte de ses objectifs. Cette attitude va entraîner un jugement positif de la part des autres. Celui-ci favorisera ainsi son estime. On assiste à la formation d'un cercle dynamique de régulations réciproques, grâce à la dimension comportementale, entre « l'être » et « le paraître » (Duclos, 2010).

Harter, dans son développement et ses recherches sur l'estime de soi des enfants et des adolescents¹⁹, reprend ces trois dimensions mais va plus loin. Elle identifie cinq différentes facettes de l'estime de soi en plus de l'estime de soi globale. Comme expliqué précédemment, l'estime globale de soi serait au sommet du jugement que la personne fait d'elle-même. Puis aux niveaux inférieurs on retrouve : **l'aspect physique** (« est-ce que je plais aux autres ? »), **les compétences scolaires** (« suis-je bon élève ? »), **les compétences sportives** (« est-ce que je suis rapide, assez fort ? »), **la conduite comportementale** (« est-ce que j'agis comme je le devrais ? »), **l'acceptation sociale** (« est-ce qu'on m'aime bien ? »). Ainsi, les différentes facettes sont indépendantes mais intriquées car elles affectent l'estime globale. De plus, elle souligne le fait de prendre en compte **l'importance** que la personne définit pour les différentes

¹⁸ L'estime de soi, un passeport pour la vie (Duclos, 2010, p. 149)

¹⁹ Le Self-Perception Profile for Adolescents, *Orientation Scolaire et Professionnelle* (Bariaud, 2006)

catégories. La personne va hiérarchiser les facettes selon l'importance qu'elle y accorde. (cf Annexe III) On peut aisément imaginer qu'un enfant puisse se trouver très bon en sport, discipline qu'il investit énormément et qu'il souhaite modifier son apparence, sans y accorder plus d'importance. Ces 2 facettes ne sont pas d'importance égale, cela explique que son estime globale reste satisfaisante.

3.2.3 Développement de l'estime de soi

Si l'estime de soi existe chez chaque individu, elle se développe selon un processus continu et individuel, du fait des expériences de vie, de l'éducation et des valeurs acquises. Pour ses fondements et sa construction, l'estime de soi nécessite quatre piliers : le sentiment de sécurité, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et celui de compétence (Rosenberg, 1984). Je développerai ces derniers selon ce qu'ils apportent pour les enfants et leur futur.

Le **sentiment de sécurité** est un préalable à l'estime de soi et au développement. La pyramide des besoins de Maslow (cf Annexe IV) place la sécurité dans les bases fondamentales. Ses différentes formes : matérielle, psychologique et affective, sont nécessaires à l'enfant.

Un enfant, durant ses premières années, est complètement dépendant de l'adulte pour subvenir à ses besoins. Il se sent sécurisé lorsqu'il y reçoit une réponse adéquate. S'il n'a pas cette assurance de voir ses besoins comblés, sa survie est engagée et il est dans une angoisse **matérielle** permanente. Il ne pourra donc pas poursuivre son développement de façon normale. Au contraire, une attitude positive et bienveillante des adultes significatifs, des exigences adaptées à ses capacités vont le sécuriser et concourir à son développement, à son autonomie. Il explore et développe ses capacités, de par cet environnement propice et sécurisant. Ces adultes définis comme fiables et bienveillants par l'enfant vont participer au développement de liens de confiance. La **sécurité psychologique** est donc fondamentale pour l'enfant.

La **sécurité affective** est en lien étroit avec la précédente. C'est par les relations d'amour qui lient un enfant et ses parents, que celui-ci s'aperçoit de sa valeur. En fonction de l'attention, la protection et l'affection qu'il reçoit, il va conscientiser son importance. La transmission de valeurs, servant de critères de jugement de soi, se fait principalement grâce à ce lien affectif. Duclos remarque que les enfants ayant cette sécurité sont généralement capables de s'adapter au stress, de gérer des adaptations, de comprendre le sens de règles...

Le second pilier est la **connaissance et l'affirmation de soi**. Cette notion renvoie à la dimension cognitive développée précédemment. La connaissance de soi suit le développement de l'enfant. Le nourrisson est en fusion avec ses parents, sa valeur et sa connaissance de soi sont définies par ces derniers. Vers 3 ans, il commence à s'affirmer (utilisation du « je ») et gagne en autonomie. A l'école, il observe les autres et se compare. Il perçoit ses forces et ses faiblesses, enrichit sa représentation mentale de lui-même. A l'adolescence, cette connaissance de soi va devenir progressivement un sentiment d'identité. Cela permet une affirmation de soi, de ses besoins, de ses opinions et de ses envies. Duclos relève différents signes d'une bonne connaissance de soi : l'enfant sait quelles sont ses habiletés et ses difficultés, il sait dire quels sont ses besoins et ses goûts...

Au 3^{ème} étage de la pyramide des besoins, nous trouvons le **besoin d'appartenance**, qui est aussi le troisième pilier de l'estime de soi. L'être humain est un être social, il a besoin des autres et d'être reconnu par les autres pour exister. « *Le concept du Moi se développe parallèlement au concept d'Autrui* » (Duclos, 2010). Lors de son développement, l'enfant passe du groupe familial à celui scolaire puis au groupe d'amis. Il s'identifie d'abord aux valeurs familiales. A l'école, il tisse d'autres liens avec des adultes significatifs et des camarades de classe, il intègre de nouvelles valeurs. En primaire, l'estime de soi est fortement liée à la popularité : ce qui compte c'est d'être accepté par ce nouveau groupe car l'enfant intègre une nouvelle sphère sociale qui n'est pas régie de la même façon qu'en famille. Devenant adolescent, il définira son identité propre et questionnera les valeurs apprises. Le groupe d'amis acquiert une nouvelle importance. Il peut y avoir une tension entre le besoin d'affirmer son identité tout en restant conforme aux attentes des autres. Arrivé à l'âge adulte, l'appartenance sera liée à son emploi, la famille qu'il créera et les liens qu'il aura tissés. On reconnaît ce sentiment d'appartenance chez l'enfant du fait qu'il a tendance à rechercher la présence des autres, à communiquer avec eux. Il est aussi capable d'empathie, de coopération.

Quant au 4^{ème} et dernier pilier, c'est le **sentiment de compétence**. Selon Duclos, expérimenter un sentiment de compétence se fait en fixant ses propres objectifs, mais surtout en intériorisant et en conservant les souvenirs des expériences et succès passés. Grâce à cette intériorisation l'enfant reste motivé face à un défi, il a la certitude qu'il est capable, peut faire face et réussir. Cependant chez l'enfant d'âge préscolaire, ce sentiment n'apparaît pas encore. Par le jeu qui « *constitue la voie royale de l'apprentissage* »²⁰ (Piaget), l'enfant développe des habiletés et aiguise sa curiosité. Il ressent d'abord un **sentiment d'efficacité** : il devient conscient que c'est par son action qu'il est arrivé à ce résultat, il commence à faire seul le lien de cause à effet. En grandissant et pour continuer à progresser, il doit se fixer des objectifs réalistes, en lien avec ses intérêts et ses ambitions. L'enfant développe de nouvelles capacités, gagne en compétences, accroît ses connaissances. Il expérimente alors ce sentiment. Cela le pousse à relever de nouveaux défis. Chez l'adulte, ce sentiment sera en lien avec son travail, les défis qu'il contient ainsi que les habiletés qu'il développe pour y répondre. Nous pouvons repérer certains signes du sentiment de compétence chez les enfants lorsqu'ils se souviennent de leurs réussites passées, qu'ils ont le goût d'apprendre, font preuve de créativité et d'initiatives ainsi que de persévérance...

Nous pouvons ainsi comprendre que l'estime de soi n'est pas une valeur fixe. Elle varie selon le parcours de vie, les relations que tisse l'individu. Cependant elle reste conditionnée par ces quatre piliers qui constituent son socle. L'estime de soi des premières années constitue le fondement psychique de l'individu selon Duclos.

3.2.4 Critères d'une bonne estime de soi

L'estime de soi se définit et s'évalue selon plusieurs critères : la hauteur, la stabilité, l'harmonie entre ses différentes facettes, l'autonomie et le non-surinvestissement.²¹ Ces critères, définis pour l'adulte, peuvent être transposés à l'enfant.

²⁰ L'estime de soi, un passeport pour la vie (Duclos, 2010, p. 149)

²¹ Imparfais, libres et heureux (ANDRE, 2009, p. 34)

La **hauteur** de l'estime de soi renvoie au fait qu'elle peut être haute ou basse. Une haute estime se retrouve chez un individu, un enfant qui peut parler positivement de lui, dont les ambitions ne sont pas démesurées et qui peut persévérer comme renoncer sans se sentir humilié.

La **stabilité** est un bon indice face aux différents événements de vie. L'estime de soi reste stable face aux approbations comme aux critiques, aux échecs comme aux réussites. L'enfant conserve un comportement normal, quel que soit son environnement ou les événements.

L'**harmonie** concerne les différentes facettes de l'estime de soi. Si une partie est surinvestie, par exemple l'apparence et que l'on ne correspond pas aux critères de beauté attribués, l'estime de soi sera sévèrement impactée. Cependant, plus il y a de domaines que l'on investit, moins l'impact sera grand : il sera plus facile de relativiser face aux difficultés ou aux échecs.

L'**autonomie** correspond à l'investissement de l'estime de soi sur des objectifs internes à sa personne : être gentil, patient... Elle est ainsi moins sujette aux variations externes. Il est plus simple de résister face aux pressions sociales, au besoin de conformité.

Le **non-surinvestissement** s'oppose au narcissisme pathologique. Dans le dernier, le sentiment d'amour de soi prend le dessus sur l'aspect social et empathique. Il est alors synonyme d'égoïsme, d'orgueil, de vanité... Néanmoins, une surestimation de soi n'est pas égale au narcissisme ! Un enfant qui se surestime n'a pas l'impression d'avoir à relever des défis, ou de difficultés mais conserve son empathie. Cependant avec une bonne estime de soi, l'enfant a toujours l'impression d'avoir des défis et des challenges à relever dans son quotidien.

Rosenberg ajoute une autre notion : le respect, dont il distingue deux sortes. Le respect inconditionnel renvoie à la qualité d'être humain, indépendamment de ses résultats. Le respect conditionnel est accordé uniquement si celui-ci pense qu'il atteint les standards de compétences. L'absence du respect conditionnel indique une estime de soi élevée. Cela est aussi un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle.

3.2.5 Fonctions de l'estime de soi

L'estime de soi « *a une fonction adaptative et protectrice de l'individu* » (Harter). Sur le plan du fonctionnement psychologique, elle va permettre une **adaptation**, un meilleur ajustement à l'environnement (DORARD & coll, 2013)²². Grâce au maintien en mémoire de ses expériences antérieures, à l'intériorisation de ses capacités comme de ses difficultés, l'enfant (ou l'individu) va pouvoir s'adapter de manière adéquate aux différentes épreuves en déployant des capacités d'adaptation pour mettre en œuvre des stratégies. L'enfant avec une faible estime de soi a tendance à se replier sur lui-même, à éviter le problème.

L'estime de soi est un facteur de **bien-être ainsi que de stabilité émotionnelle**. Face à un échec, tous les individus ressentent de la déception, de la tristesse. Cependant avec une bonne estime de soi stable, ces sentiments négatifs perdurent moins longtemps²³. Du fait de la répétition et de la chronicité, le manque d'estime de soi serait responsable d'une grande souffrance psychologique. Selon Higgins « *Avoir une mauvaise estime de soi comporte un coût. Plus souvent que le contraire, le malheur et le désespoir accompagnent souvent cette mauvaise*

²² Psychologie française n58 (Dorard & coll, 2013)

²³ L'estime de soi au quotidien, Sciences Humaines n131 (André, 2013, p. 36)

image. Les gens qui sentent qu'ils sont en deçà de ce qu'ils espéraient sont plus sujets à la dépression. Ceux dont l'image de soi est en dessous de ce qu'ils croient devoir être sont enclins à l'anxiété. » Les personnes avec une faible estime d'eux-mêmes sont plus sujettes à la dépression, aux personnalités atypiques²⁴. Un lien a été établi entre faible estime de soi et consommation de tabac et de substances psychoactives chez les adolescents.

L'étude de Baumeister et coll.²⁵ a cherché à connaître ce qu'une bonne estime de soi peut influencer. Dans le cas d'élèves, une bonne estime de soi n'est pas prédictrice de bons résultats scolaires. L'inverse est vrai : de bonnes performances scolaires vont influencer positivement l'estime de soi. Ainsi les performances et les réussites, quels que soient leurs domaines vont influencer l'estime de soi. Celle-ci favorise des comportements de persévérance, d'adaptation. Face à des problèmes insolubles, les individus à haute estime ont tendance à se désengager plus vite et cela sans ressentir de culpabilité, de honte ou de sentiment d'échec. On peut donc comprendre comment les facettes décrites par Harter vont être modifiées.

Elle va aussi servir de base à la **construction de la personnalité**. L'estime de soi permet d'être persistant face aux défis de la vie. Un lien a été établi entre bonne estime de soi et capacités d'autocontrôle. Ces dernières représentent la capacité d'un sujet à s'engager dans des actions n'apportent pas de bénéfice immédiat mais au long terme.

Néanmoins l'estime de soi n'est pas magique, elle n'influence pas toutes nos performances. Elle ne résout pas tous les problèmes comme l'a démontré le programme « California Task Force to promote self-esteem and social responsibility » en Californie. Il devait agir face aux risques individuels et sociaux au niveau de la population pour laquelle un manque d'estime de soi avait été identifié. Cependant, il n'a pas stoppé toutes les conduites à risque, ni réglé tous les problèmes sociaux.

3.2.6 Cas des enfants présentant un Trouble Développemental de la Coordination

En reprenant les difficultés quotidiennes dues à un TDC, il est facile d'imaginer comment l'estime de soi est affectée à travers le modèle proposé par Harter et ses piliers.

Au quotidien, des activités comme mettre la table, aider au rangement et participer à l'organisation familiale se révèlent difficiles. A l'école aussi, il se rend compte que ce qu'il produit difficilement n'est toujours pas de la même qualité que ses camarades. L'enfant ne pourra pas répondre aux exigences de temps ou de précision, il n'atteint pas le même niveau que les autres. Le **sentiment de sécurité** ne sera alors pas ressenti car les demandes des adultes ne concordent pas avec ses possibilités.

Du fait de sa maladresse, de sa lenteur, l'enfant va remarquer sa différence en se comparant à ses pairs (à l'école, lors de jeux,...). N'arrivant pas aux mêmes résultats que les autres enfants

²⁴ Notamment par l'étude de Winters, Meyer et Proud en 2002

²⁵ Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyle?, Psychological science in the public interest (Baumeister, 2003)

de leur âge, cela va impacter son **sentiment de compétence** et les facettes (scolaire ou sportive) de son estime de soi. Son sentiment de compétence est aussi atteint car il dépend d'un adulte alors que ses pairs gagnent en autonomie ou alors il ne pourra pas faire l'activité. L'enfant est conscient de ses difficultés mais n'arrive pas à les expliquer. Sans la pose d'un diagnostic et une explication de son trouble, il n'arrive pas comprendre pourquoi il n'y arrive pas malgré tous ses efforts. Sa confiance en ses capacités est ébranlée à de nombreuses reprises. Il intègre ses difficultés, dues au TDC, à son identité propre. De là, il entre dans une spirale d'autodépréciation et perd peu à peu confiance en lui.

Les limitations d'activité et le fait de ne pas pouvoir faire de la même façon que les autres (en classe ou en récréation) vont créer un fossé entre l'enfant TDC et ses pairs. Il n'est pas inclus de la même manière que les autres, se place spontanément en retrait ou ne participe pas à l'activité. Son **sentiment d'appartenance**, au groupe d'amis, au groupe classe va en être affecté. A la maison, l'enfant se retrouve aussi exclu ou s'exclut de lui-même de certaines activités ou d'un rôle particulier. Il a aussi tendance à rester avec des enfants plus jeunes ou alors avec des adultes. On peut facilement imaginer les conséquences de cette exclusion pour l'enfant, il sera plus introverti et aura du mal à interagir avec ses pairs. D'autant plus que sa différence est parfois source de moquerie.

Cet isolement, ce repli sur lui-même peut avoir des conséquences sur son **comportement**. En effet, si le diagnostic de TDC n'a pas été posé ou si l'enfant ne comprend pas bien les conséquences inhérentes à son trouble, il aura tendance à imputer ses résultats au comportement qu'il a eu. Les échecs à répétition dans le milieu scolaire ou à la maison vont affecter sa confiance en soi. De plus, il n'a pas la même capacité que les adultes à relativiser et cela peut aboutir à des conséquences négatives. « *Les enfants ont très peu de tolérance pour ces sentiments négatifs enfouis, pour ce type de vision tellement défavorable envers leur personne. [...] Ils deviennent particulièrement vulnérables à toutes les dérives catastrophiques qui guettent les adolescents et les jeunes adultes, notamment les abus de drogues, la dépression, la délinquance juvénile, la grossesse non désirée et le décrochage.* (LEVINE, 2003)²⁶ ».

Ainsi, selon les activités et leur importance aux yeux de l'enfant, le Trouble Développementale de la Coordination va avoir différentes répercussions touchant plusieurs facettes de l'estime de soi, impactant son estime de soi globale au final.

3.3 Occupation humaine

3.3.1 Ergothérapie, Activité Humaine, Science de l'Occupation

L'ergothérapie est une profession paramédicale qui fonde sa pratique sur le lien entre la santé et l'activité. Elle prend en compte la personne, l'activité et l'environnement. « *Son objectif est de maintenir, permettre, restaurer les activités, limiter les situations de handicap dans l'environnement.*²⁷ » De façon générale, des bilans ergothérapiques sont conseillés afin de poser le diagnostic de TDC. Par la suite des séances d'ergothérapie sont faites, ciblées sur les activités

²⁶ A chacun sa façon d'apprendre (LEVINE M, 2003)

²⁷ Décret du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute

du domaine scolaire notamment mais celles-ci peuvent avoir pour objectif toutes limitations et difficultés ressenties par les enfants au quotidien du fait de ces troubles.

La **santé** est selon l'OMS²⁸ « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²⁹ ». Être en bonne santé c'est aussi être « une personne équilibrée et capable d'ajustements permanents [...], capable d'éprouver du plaisir à agir, à bouger, à penser, à écouter mais aussi dans la relation aux autres [...] ayant une estime de soi positive, sachant gérer ses émotions³⁰ ». Nous retrouvons ici, dans cette dernière définition, la notion de l'estime de soi. Ainsi, l'intérêt et la recherche de l'amélioration de l'estime de soi des enfants TDC, lors de l'accompagnement en ergothérapie, concourt à la santé et au bien-être de ces enfants. De même leurs difficultés à la fois dans différents environnements et différentes activités donnent une place centrale à l'ergothérapie, afin d'apporter une réponse pertinente pour aider les enfants TDC à avoir plus d'autonomie et d'indépendance.

L'activité dans la première définition est à prendre au sens de **l'Activité Humaine** c'est-à-dire « l'ensemble de processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, [...] dans ses rapports avec son environnement (physique, social, mental) et une transformation de lui-même s'opère à cette occasion. ³¹ » Doris Pierce définit l'activité selon ces termes : « L'activité est définie culturellement et est une classe générale d'actions humaines ³² » Elle évoque trois composantes de l'activité : plaisir, productivité, ressourcement. Celles-ci rendent l'activité attrayante ou non pour un individu. Selon Meyer (1922) les activités humaines sont catégorisables en quatre groupes : les activités de soins personnels, de travail/de productivité, de jeux/loisirs et de repos.

Pierce définit ainsi **l'Occupation** : « une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique ». L'occupation est un groupe d'activités qui ont une valeur socio-culturelle et un sens personnel pour la personne. L'activité est alors significative à ses yeux. Lorsqu'elle a un sens pour la société, elle est signifiante. L'engagement dans les activités qui ont du sens pour la personne contribue au sentiment de compétence, lié à l'estime de soi et à la qualité de vie de cette personne. Christiansen en 2005 affirme que l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain et un déterminant de la santé. Il définit quatre caractéristiques à l'occupation : elle doit être dirigée vers un but, être contextuelle et identifiée culturellement, avec un sens. Par le biais d'activités significatives ou de jeux, un enfant va explorer, découvrir et développer ses habiletés motrices, cognitives ou sensorielles. De ce fait, il va être transformé car il aura acquis des connaissances par l'expérience. C'est ce même biais que va utiliser l'ergothérapie pour développer et stimuler des capacités, lors de séances. Avec un enfant présentant un Trouble Développementale de la Coordination, nous allons nous centrer sur ce qui lui pose problème :

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé

²⁹ (OMS, 2017)

³⁰ La santé, la promotion de la santé (Usep-santé, 2017)

³¹ Actualités en ergothérapie – l'activité humaine, un potentiel pour la santé ? (ANFE, 2015)

³² La science de l'occupation pour l'ergothérapie (Pierce, 2016, p. 25)

l'écriture, les mouvements fins et précis, la motricité globale...en plaçant ces objectifs dans des activités qui ont un sens pour lui et qui sont motivantes. Grâce à de la stimulation ou en proposant d'autres façons de réaliser l'activité, l'enfant pourra acquérir de nouvelles capacités. En multipliant les expériences et en l'aidant à les conserver en mémoire, nous allons pouvoir influencer l'estime de soi des enfants.

L'ergothérapie permet à la personne, par l'engagement dans une activité, de moduler ses capacités, sa conscience personnelle et son identité : « Being – Doing - Becoming » (être – faire – devenir). Nous pouvons donc établir un lien avec l'estime de soi. En effet, engagé dans différentes activités signifiantes, l'enfant modifie son sentiment de compétence, sa confiance en soi. En pouvant réaliser certaines activités, cela lui permet d'être inclus dans certains groupes. Son estime de soi sera influencée en fonction des défis et des capacités requises par ses différentes occupations !

L'ergothérapie se base sur la Science de l'Occupation, qui a été développée pour apporter une base théorique à la pratique. Celle-ci étudie les activités lorsqu'elles sont motivantes et ont un sens pour la personne ainsi que le contexte inhérent à cette activité. Cette science s'est développée depuis les années 1990 du fait des changements des modèles sur lesquels se base l'ergothérapie. Ceux biomécaniques ont évolué vers des modèles holistiques (centrés sur la personne).

Yerxa aux USA a effectué des recherches sur l'autonomie de l'individu et l'efficacité de l'ergothérapie. En Australie, Wilcock les a axées au niveau de la population et sur la justice occupationnelle³³.

La recherche en Science de l'Occupation a développé une nouvelle notion : l'équilibre occupationnel, afin de savoir comment différents types d'occupations coexistaient chez un même individu et comment cela impactait sa santé et sa qualité de vie.

3.3.2 Equilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel est propre à chaque personne et est atteint de différentes manières. Il n'existe pas un équilibre sur lequel tout le monde doit s'aligner. Pour M. Dür et P. Wagman, l'équilibre occupationnel est la perception subjective et individuelle entre les **bonnes quantités et variétés d'occupations**³⁴. Selon les différents types d'occupation de Wilcock, il faut un équilibre entre les activités productives, de soins personnels, celles de loisirs et de repos. Il y a une congruence pour dire que l'équilibre occupationnel est défini par l'individu. Il s'observe à travers la **satisfaction/l'insatisfaction** liée aux occupations, la congruence entre les **occupations actuelles et idéales**, l'équivalence entre le **temps** actuel et idéal³⁵. On retrouve parfois la notion d'engagement dans les occupations, signifiantes ou non, de par ses caractéristiques intrinsèques et le contrôle sur celles-ci³⁶. Cependant il ne semble pas y avoir de critères définis spécifiquement pour les enfants. Je reprendrai donc ceux des adultes, adaptés aux enfants.

³³ Possibilité équitable pour tous les individus de participer à des activités, selon leur culture et mode de vie.

³⁴ Definitions of Occupational Balance and their coverage by instruments, (Dur & collaborateurs, 2015, p. 6)

³⁵ Definitions of Occupational Balance and their coverage by instruments, (Dur & collaborateurs, 2015, p. 6)

³⁶ Occupational therapy, Health and Well-being, (Law, Steinwender, & Leclair, 1998)

Anaby³⁷ établit un lien entre la personnalité, les caractéristiques occupationnelles, l'équilibre occupationnel et le bien-être. Ce sont les caractéristiques occupationnelles qui vont faire le lien entre la personnalité et le bien-être. Nous pouvons ici faire un lien entre l'ergothérapie qui module les composantes de l'occupation afin de l'adapter à la personne pour atteindre un objectif de bien-être et de promotion de santé. Les activités sont ainsi valorisées pour l'atteinte de l'équilibre. Néanmoins, elles peuvent être source de déséquilibre quand elles sont une surcharge, qu'elles engendrent un conflit entre les différents rôles d'un individu ou entre ses valeurs.

Pour un enfant présentant un TDC, on peut imaginer que les caractéristiques occupationnelles vont être modifiées à cause des difficultés rencontrées. Cela impacte son équilibre occupationnel et son bien-être. Nous pouvons illustrer cela grâce au schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Kielhofner.

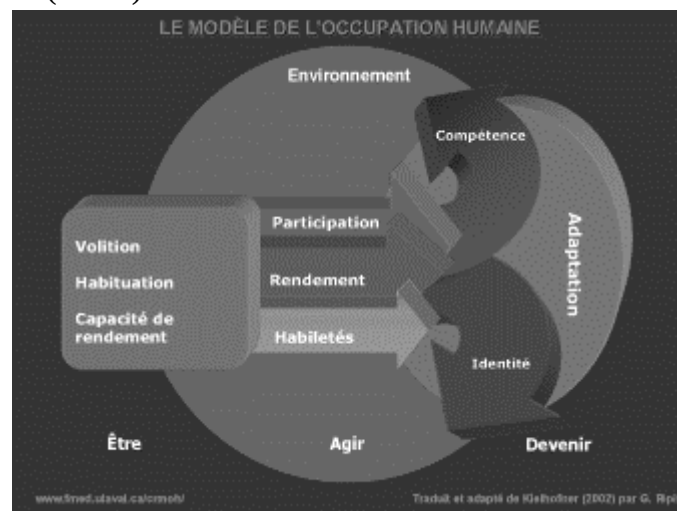


Figure 2 : Modèle de l'Occupation Humaine, Kielhofner

La volition correspond à la motivation, au choix et à la conscience de ses capacités. Un lien peut être fait avec l'estime de soi. L'habituation renvoie aux habitudes et aux rôles socio-culturels. La capacité de rendement correspond aux capacités permettant l'action et liées aux systèmes organiques. Cette dernière est influencée par le TDC. Ces trois notions interagissent lorsque l'enfant entreprend une activité et cela impacte son devenir, son bien-être. Ce schéma illustre alors l'importance d'avoir des occupations concourant à un équilibre, car le même cycle peut s'appliquer avec des activités qui sont source de mal-être. Qu'elles soient perçues comme positives ou négatives, les activités influencent et sont influencées par l'enfant.

L'équilibre occupationnel est **une partie de l'équilibre de style de vie**, selon Wagman. L'équilibre de style de vie est défini ainsi : « *la perception de sa vie incluant un équilibre entre les activités, entre le corps et l'esprit, un équilibre par rapport aux autres, un équilibre par rapport au temps*³⁸ ». Nous retrouvons la notion d'équilibre occupationnel avec les activités et le temps. De nouvelles notions s'ajoutent. Dans le Modèle de l'équilibre de style de vie, développé par Christiansen (2008), cinq besoins doivent être satisfaits par le type d'activités réalisées par la personne : répondre aux besoins basiques nécessaires au maintien de la santé

³⁷ The role of Occupational characteristics and occupational imbalance in explaining well-being (Anaby, 2010)

³⁸ Actualités en ergothérapie : l'activité humaine, un potentiel thérapeutique ? (ANFE, 2015, p. 56)

biologique et de l'intégrité physique, avoir des relations gratifiantes et positives avec les autres, se sentir engagé, mis au défi et compétent, mais aussi créer du sens et développer une identité personnelle positive, et enfin organiser son temps et son énergie de manière à répondre à des objectifs personnels importants et de changements.

3.3.3 Equilibre et déséquilibre occupationnel : l'évaluation

Concernant un équilibre ou déséquilibre, l'étude menée par Ann Wilcock en 1997 a démontré que les personnes pour lesquelles la **journée idéale s'apparentait à la journée actuelle** s'estimaient en meilleure santé et mieux dans leur vie que ceux qui percevaient une grande différence entre ces 2 journées.

Cependant, Hakansson précise que ce sont les **interférences négatives** entre les occupations qui contribuent à la diminution du bien-être et de la santé, plutôt que les positives qui augmenteraient ces 2 critères. On peut comprendre cela avec l'explication d'Hobfoll : nous sommes plus sensibles aux pertes qu'aux gains. Ainsi, l'équilibre occupationnel sera plus impacté par les pertes et les conflits entre occupations ; cela impactera notre évaluation de la santé et du bien-être. Hakansson précise qu'équilibre et déséquilibre ne sont pas deux pôles d'une échelle de mesure de l'équilibre occupationnel mais bien deux attributs qui coexistent. Une occupation peut être à la fois source d'équilibre et de déséquilibre. Dans l'étude sur les différentes mesures de l'équilibre occupationnel³⁹, Anaby tranche entre deux façons de procéder : l'utilisation d'une échelle bipolaire ou d'une échelle unique en 2 temps pour l'harmonie et les conflits entre occupations. Chaque méthode était associée à des échelles de satisfaction. Il s'est avéré que considérer l'équilibre et le déséquilibre comme deux pôles opposés n'avait pas de lien significatif avec la santé et le bien-être. Au contraire, il faut évaluer l'équilibre/l'harmonie et le déséquilibre/conflit **séparément** afin de s'orienter par la suite sur les plus hauts niveaux de déséquilibre au niveau thérapeutique, car ce sont ces derniers qui sont associés significativement avec le bien-être et la santé.

L'ergothérapie se base sur le principe qu'un équilibre entre occupations va promouvoir la santé et le bien-être. Ainsi un déséquilibre entre les occupations d'un individu ne conduit pas à une meilleure santé. Au mieux il n'induit pas de changement, sinon il amène à un conflit interne, un mal-être physique ou psychologique. Du fait du Trouble Développemental de la Coordination, l'enfant aura des variétés d'occupations plus restreintes, des limitations d'activité et des restrictions de participation. Cela va réduire les différents types d'occupations. Le temps dédié à chaque activité ne va pas être choisi par l'enfant : les troubles vont impacter la notion de temps liée à l'occupation. En reprenant l'illustration par le MOH, nous pouvons imaginer comment un déséquilibre entre les occupations va affecter son bien-être et son estime de soi. Il modifie « l'être » et le « devenir » de l'enfant : sa motivation, ses rôles et ses habitudes sont modifiées (ainsi que ses capacités de rendement par le TDC). Cela entraîne un changement de participation, influençant son identité et le développement de ses capacités et compétences. Un engrenage négatif au niveau psychologique se met en place, modifiant sa qualité de vie et son estime de lui-même.

³⁹ Measuring Occupational Balance : an theoretical exploration of two approaches (Anaby, 2010)

Une question se pose alors : comment identifier et coter l'équilibre occupationnel ? Plusieurs outils ont été conçus pour le mesurer, selon les définitions adoptées par les chercheurs.

Wilcock étudiait l'engagement et la congruence, actuels et idéaux, des activités en quatre domaines : les activités productives, de soins personnels, de jeu/loisirs et de repos. De plus, les personnes cotaient la perception qu'ils avaient de leur santé. En faisant le lien entre ces trois dimensions, elles établissaient ou non l'équilibre occupationnel.

D'autres outils ont été créés pour évaluer l'équilibre occupationnel. Monica Dür en 2014 a créé *Occupational Balance-Questionnaire* (OB-Quest)⁴⁰. Celui-ci questionne les adultes sur leurs occupations : si elles sont source de défi, de stress, s'ils ont des activités de repos, s'ils ont assez de temps de sommeil, s'ils ont des occupations variées et quel est le degré d'adaptation possible de leur emploi du temps. Riediger & Freund (en 2004) ont développé *Inter-goal Relations Questionnaire* (IRQ) : il étudie le niveau d'harmonie et de conflit entre les différents objectifs que se définit un individu.

De façon plus globale, quatre indicateurs d'interférence entre les occupations ont été identifiés : l'argent, le temps, l'énergie investie et l'incompatibilité avec l'emploi du temps. Cependant pour les enfants, le critère de l'argent ne peut être retenu car ils n'ont pas réellement les moyens d'agir sur ce critère. Le questionnement sur la notion de défi et le stress peut être rattaché à la notion de ressenti et de satisfaction pendant l'activité.

Nous pouvons classer ces critères d'évaluation de l'équilibre occupationnel par le schéma suivant.

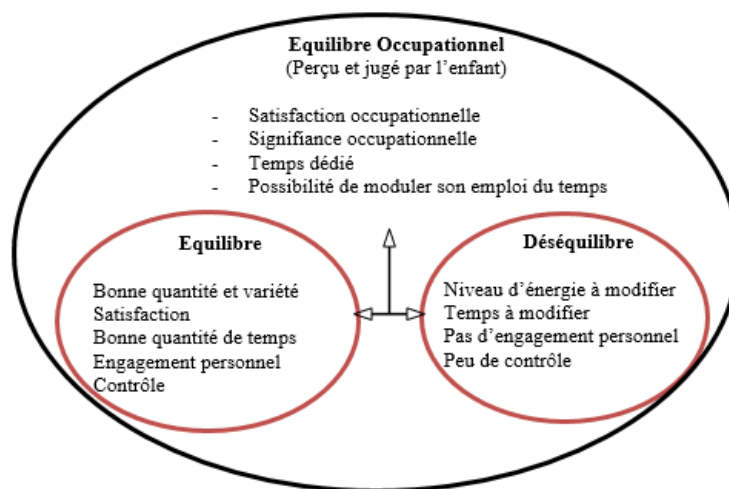


Figure 3 : L'harmonie entre les occupations favorisant l'équilibre et le déséquilibre contribue à l'évaluation de l'Equilibre Occupationnel de l'enfant

Les critères d'équilibre et de déséquilibre entre les occupations sont ici décrits. Cependant, il faut les replacer par rapport à l'équilibre occupationnel global. Il reprend aussi le critère de satisfaction et de temps. Sont ajoutées la possibilité de moduler l'emploi du temps et la signifiante occupationnel. Les enfants ont peu de possibilités de moduler leurs activités, étant sous la dépendance et la supervision des adultes. Quant au dernier terme, il représente l'importance définie par l'enfant, personnelle ou sociale.

⁴⁰ Development of a new occupational balance-questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument (Dür, 2017)

3.3.4 Equilibre occupationnel et estime de soi

Entre ces deux concepts, plusieurs éléments sont semblables.

L'estime de soi est un **indicateur de santé**. Or, un déséquilibre occupationnel perçu par la personne a un impact négatif significatif sur la santé et le bien-être : c'est également un indicateur. Les deux notions reposent sur le jugement que la personne fait sur elle-même et sa vie. En effet, en se jugeant elle détermine son estime de soi et en jugeant ses occupations sur différents critères, elle établit des liens avec son bien-être et sa santé.

Nous pouvons donc supposer qu'il existe un lien entre estime de soi et équilibre occupationnel. Une bonne estime de soi est haute, stable, harmonieuse dans les différentes catégories, non-surinvestie et permet l'autonomie. Dans l'équilibre occupationnel, la personne perçoit qu'elle a la bonne variété d'occupations et que les caractéristiques des occupations ainsi que le niveau d'engagement lui correspondent. Cela peut être relié avec l'harmonie de l'estime de soi. Si un enfant a plusieurs occupations dans les quatre catégories définies par Meyer, qu'il les investit de façon égale, cela respecte alors le principe d'harmonie et de non-surinvestissement. En s'investissant dans plusieurs types d'activités, l'enfant gagne en expérience dans ces différents domaines et intériorise un jugement.

Harter indique que les différentes facettes de l'estime de soi n'avaient de sens qu'en évaluant également l'importance que la personne accordait à ces dernières selon les activités faites. On peut établir un parallèle avec l'équilibre occupationnel et l'engagement de la personne dans une occupation particulière. En effet, si une activité n'est pas significative pour l'enfant, qu'il n'y trouve pas de sens pour lui-même, l'investissement est amoindri tout au long de l'activité. Ses efforts et sa persévérance sont impactés. Ainsi dans cette activité, l'engagement faible sous-tend que la personne accorde peu d'importance aux résultats ; le rendement ne va pas ou peu influencer l'estime de soi qui découle de la catégorie d'activités.

Les différents types d'occupation et le fait que la personne les estime assez variés vont concourir à alimenter les différentes facettes de l'estime de soi. En effet pour un enfant, les catégories des compétences scolaires, sportives, de l'apparence, du comportement et de l'appartenance sociale vont être retrouvées en proportions différentes selon les activités. Etre à l'école en tant qu'élève va répondre à une bonne partie de ses critères. De par l'étude d'Anaby, nous pouvons comprendre que les occupations et ses caractéristiques sont liées à la personnalité et inversement. En effet, selon l'estime que l'on a de soi, nous allons nous engager dans différentes activités. Si notre estime des compétences sportives est faible, il est peu probable que nous choissions d'investir de façon significative une activité sportive. Fonder tous ses espoirs dans une activité dont les difficultés sont majorées par les troubles de la coordination et par un environnement non adapté ne va pas faciliter l'expérience des enfants. Ils sont conscients des grands risques de se retrouver encore une fois dans une situation d'échec. On peut aussi imaginer l'inverse : faire une activité qui est un défi tout en étant juste au-dessus des capacités actuelles. L'atteinte de cet objectif est très valorisant. Le maintenir en mémoire, ainsi que les différentes stratégies de réussite peut influencer l'estime de soi, si cette situation se répète.

Cependant, de nombreux auteurs francophones et anglophones ont prouvé que les enfants présentant des troubles de la coordination ont une estime d'eux-mêmes inférieure à celle de leurs pairs, qu'ils sont plus sujets aux échecs répétitifs mais aussi à l'anxiété, la dépression... Cette faible estime, et ce qui s'en suit, peut avoir un lien avec l'équilibre occupationnel. En effet, si l'équilibre occupationnel contribue en partie à enrichir l'estime de soi et que l'estime de soi influence l'équilibre occupationnel, il est également intéressant de déterminer si dans le cas des enfants TDC, cette faible estime de soi est liée avec un déséquilibre occupationnel. En effet, pour les enfants ayant un Trouble Développemental de la Coordination ou ceux présentant des Troubles des Apprentissages, leurs activités sont réduites du fait de leurs difficultés. Ils ne peuvent pas investir tous types d'occupation du fait de la limitation due à leur trouble et les emplois du temps sont souvent organisés en fonction de leurs difficultés, du temps scolaire et de la rééducation dont ils bénéficient.

De ce fait, si ce lien entre une bonne estime de soi et un équilibre occupationnel s'avère vrai, l'ergothérapie pourrait agir sur les plus hauts niveaux du déséquilibre, comme l'indique Anaby dans son étude, afin d'influencer la perception de la santé et l'estime de soi de ces enfants.

3.4 Hypothèse de réponse à la problématique

Pour rappel, la problématique de recherche est la suivante : « Comment l'équilibre occupationnel favorise-t-il l'estime de soi des enfants présentant un Trouble Développemental de la Coordination ? ».

Suite à la partie exploratoires et les apports théoriques précédents, concernant le quotidien des enfants, l'estime de soi et l'équilibre occupationnel, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante : **l'ajout d'activités de loisirs et/ou de repos améliore l'estime de soi des enfants présentant un TDC, entre 7 et 11 ans.**

Pour les enfants ayant un TDC, nous pouvons remarquer qu'ils souffrent de limitations d'activité et de difficultés dans tous les domaines de vie quotidienne. De plus il est à noter que les activités travaillées dans les séances de rééducation sont centrées essentiellement sur l'aspect productif et les soins personnels. Il semble alors logique de supposer que l'ajout d'activités de loisirs et/ou de repos favorisera l'équilibre occupationnel des enfants. Bien qu'il ne se limite pas à cette notion de variété, celle-ci semble la plus importante. Il sera intéressant de s'attarder, sur la notion de fatigue ou d'énergie requise lors des activités ainsi que le temps pris et passé pour celles-ci.

Les recherches en Science de l'Occupation ont fait la preuve du lien entre l'équilibre occupationnel et le bien-être de l'individu. Nous pouvons donc supposer qu'en tendant vers cet équilibre, le bien-être résultant peut affecter les répercussions psychologiques de ce trouble. Il faut ainsi chercher si un fort équilibre occupationnel est effectivement corrélé avec une bonne estime de soi, selon leurs critères propres.

J'aborde à présent la partie enquête de cette recherche afin de tester cette hypothèse.

4 Méthodologie de recherche

4.1 Choix de la méthode et de la population

4.1.1 Format de l'étude

En reprenant la problématique de ce mémoire : « Comment l'équilibre occupationnel favorise-t-il l'estime de soi des enfants présentant un Trouble Développemental de la Coordination ? », je pouvais m'orienter vers deux types de population : les ergothérapeutes et/ou les enfants présentant ces troubles.

Dans le 1^{er} cas, je devais contacter des ergothérapeutes utilisant ces deux notions dans leur pratique et leurs séances avec des jeunes ayant un TDC. Or l'évaluation de l'estime de soi, ou d'une autre notion psychologique de ce type, se retrouve peu dans la pratique ergothérapique dans le sens où c'est de manière informelle et par ses observations qualitatives de l'enfant que l'ergothérapeute se fera une idée de son estime. Il en va de même pour l'équilibre occupationnel, ce concept étant relativement récent et peu connu des ergothérapeutes. Il est beaucoup plus présent dans les recherches en Science de l'Occupation que dans la pratique concrète. De plus, il n'existe pas encore de bilans ou de trames qui soient normés et validés pour le questionner auprès des enfants. Cela referme certaines portes dans la recherche d'enfants pour mon étude car les ergothérapeutes sont souvent prises par le temps et ont leurs propres objectifs à atteindre. Sans oublier les nombreuses demandes d'autres étudiants réalisant leur mémoire ! Ainsi, je risquais de ne trouver aucun ergothérapeute utilisant dans leur pratique ces deux critères.

Ces notions sont très subjectives et propres à la personne, elles fonctionnent par auto-évaluation. Il m'a semblé évident de choisir la 2^{ème} option car l'estime de soi et l'équilibre occupationnel ne peuvent être évaluées que par les enfants. Cela correspond aussi à mon souhait de replacer les enfants au centre de leur accompagnement, en s'intéressant à leurs points de vue. Baser mon enquête sur cette jeune population suppose de trouver des ergothérapeutes qui puissent m'indiquer des enfants correspondant à mes critères. Il faut aussi que les parents soient d'accord pour que leur enfant participe à mon projet.

Avec la problématique de recherche que j'ai formulée, établir une **étude comparative** me semble le plus pertinent. Pour clairement démontrer un lien entre ces 2 notions clefs, il est intéressant de comparer le niveau d'équilibre occupationnel selon celui de l'estime de soi chez ces enfants.

Mon hypothèse de réponse suppose que l'ajout d'activités de loisirs et de repos, rétablissant un certain équilibre occupationnel, permettra une meilleure estime de soi. Au regard de mes lectures et des données que j'avais pu récolter au préalable, elle est, chez les enfants avec un Trouble Développemental de la Coordination, généralement faible (selon les parents et les professionnels de santé). Ainsi l'équilibre occupationnel est la donnée à étudier afin d'établir un lien avec l'estime de soi.

Présentant des limitations d'activité différentes, il m'a tout d'abord semblé pertinent de comparer des enfants possédant une certaine variété d'occupations avec d'autres étant centrés sur des activités productives ou de soins personnels. Comparer ces deux types de profil occupationnel au regard de l'estime de soi permettrait d'apporter une réponse à la fois à ma problématique et à l'hypothèse de recherche. Cependant trouver des enfants présentant un TDC et ayant des activités stables de loisirs ou de repos n'est pas chose facile. En effet, les troubles

de ces enfants les limitent dans leur choix d'activités et ce depuis leur plus jeune âge. Ils ont tendance à être centrés sur des activités scolaires ou de soins personnels car en grandissant, ils doivent développer leurs compétences et leur autonomie au quotidien afin de répondre aux exigences. Les habiletés scolaires sont très investies par les enfants et leurs parents car elles ont une place primordiale dans notre société. De ce fait, la priorité est donnée aux résultats et à l'amélioration des capacités actuelles et non aux « activités d'oisiveté ». Elles ne sont pas considérées comme prioritaires. Toutefois, elles le deviennent quand la fatigue des enfants se manifeste, lorsqu'ils entrent en opposition ou expriment un mal-être. De plus, j'ai contacté quelques ergothérapeutes travaillant auprès de cette population. Selon elles, l'ajout de ce critère concernant ces types d'activités des enfants compliquait trop l'adressage de patients. Certains enfants n'ont jamais connu d'activités de loisirs (du fait de la nature de leur trouble) ou alors elles sont pour eux source de difficultés plutôt que de ressourcement ou de développement. L'équilibre occupationnel est trop subjectif et variable entre individus pour prendre le parti que ce serait uniquement sur le critère de la variété des occupations qu'il serait atteint.

Faire une étude comparative entre plusieurs enfants, ayant chacun leurs propres occupations sans critères d'inclusion supplémentaires, afin de confirmer un lien entre estime de soi et équilibre/déséquilibre occupationnel me semble le plus réaliste et le plus pertinent. Elle est adaptée à ma problématique de recherche. De plus, cela me permet de connaître les activités quotidiennes des enfants et de savoir comment eux les considèrent. La variété des différents types d'occupations étant l'un des critères d'équilibre occupationnel, choisir des enfants le présentant déjà serait un biais de recrutement. Découvrir leur estime de soi et leur niveau d'équilibre occupationnel me permettra d'être plus objective dans mon analyse.

4.1.2 Population ciblée

De façon plus précise, les enfants participant à mon étude doivent répondre à certains critères. Le diagnostic de Trouble Développementale de la Coordination est indispensable, c'est sur lui que je fonde ma recherche. Ils doivent être âgés de 7 à 11 ans. Comme je l'ai précisé précédemment, ce n'est qu'à partir de 7 ans que les enfants sont en mesure de fournir leurs propres avis et jugements. De plus, l'estime de soi à cet âge sert de base et influence sa construction psychique et son développement futur. J'ai choisi de me limiter à cette tranche d'âge et de ne pas inclure les adolescents car ces jeunes subissent beaucoup de changements. Cette période charnière influence l'estime de soi : l'importance de l'apparence est majorée au vu des modifications physiologiques et physiques ainsi que celle de l'acceptation sociale. S'ajoutent quelques facettes à l'estime de soi : la compétence dans le travail/les jobs, l'attrait aux relations amoureuses et l'amitié intime. Il m'a semblé difficile de conjuguer ces deux populations dont les critères d'estime de soi ne sont pas les mêmes.

4.1.3 Objectifs de recherche

Mes objectifs lors de cette enquête sont multiples. Je vais chercher à récolter des informations sur les enfants avec tout d'abord des données générales : leur âge, leur niveau scolaire, depuis quand le diagnostic de Trouble Développementale de la Coordination est posé et depuis quand ils sont suivis en ergothérapie.

Concernant l'estime de soi, il va falloir évaluer ses différentes facettes et son score global. Cela nous donnera des indications sur sa hauteur et son harmonie, pour chaque enfant. Il est aussi intéressant de chercher la stabilité de l'estime de soi, pour savoir si les résultats sont représentatifs. Cependant pour obtenir cette information, prendre du recul est nécessaire, il faut un regard à long terme. Le format de cette étude ne me permet pas d'obtenir cette information en l'évaluant une seconde fois six mois ou un an plus tard, s'adresser aux parents est ainsi le plus pertinent.

Quant à l'équilibre occupationnel, je vais chercher à évaluer son niveau pour chaque enfant. Je vais rechercher des critères en faveur d'un équilibre : la satisfaction, la bonne quantité de temps, l'engagement investi et le contrôle exercé sur les occupations. Il est nécessaire d'évaluer en parallèle le déséquilibre entre les occupations : avec le temps à modifier, l'énergie investie, l'absence d'engagement et de contrôle. En comparant ces deux résultats, j'aurai une idée du profil occupationnel de chaque enfant. J'interrogerai le niveau d'équilibre occupationnel global, en fonction de la perception de la satisfaction, de signifiante occupationnelle, la possibilité de modifier le temps ou l'organisation des occupations.

Selon les réponses obtenues à ces critères je pourrais définir le niveau d'équilibre occupationnel et d'estime de soi pour chaque enfant. Cela me permettra d'établir des liens entre ces deux notions, afin de répondre à ma problématique de recherche et de valider ou non, de façon complète ou partielle, mon hypothèse de réponse.

4.2 Présentation des outils d'enquête

Pour répondre à mon questionnement qui implique deux concepts différents, il m'a semblé naturel d'avoir deux outils spécifiques à chacun.

- Estime de soi

Au cours de mes recherches sur la vision d'Harter concernant l'estime de soi, j'ai relevé qu'elle avait élaboré deux questionnaires : un pour les enfants et un pour les adolescents. Le premier a été conçu spécifiquement pour des enfants de 7 à 14 ans. Traduit en français, il a été validé par la communauté scientifique sur la tranche d'âge de 7 à 12 ans (mais pas de manière absolue pour les 12-14 ans). Ce questionnaire, le **Self-Perception Profile for Children (SPPC)**, fonctionne en auto-évaluation, ce sont les enfants qui répondent. Il comporte 36 items qui reprennent les six différentes catégories de l'estime de soi, définies par Harter (compétences scolaires, appartenance sociale, compétences sportives, apparence, conduite comportementale et estime de soi globale). Les questions sont formulées de façon à proposer deux observations opposées. L'enfant se compare et s'identifie à un des deux pôles. Il doit ensuite définir si la proposition choisie est « *très vrai* » ou « *assez vrai* » pour lui.

Très vrai pour moi	Assez vrai pour moi				Assez vrai pour moi	Très vrai pour moi
☐	☐	Certains jeunes ont beaucoup d'amis	ALORS QUE	D'autres jeunes n'ont pas vraiment beaucoup d'amis.	☐	☐

Figure 4 : Item d'acceptation sociale, issu du *Self-Perception Profile for Children (SPPC)* de Harter (traduit en 1998)

Chaque catégorie d'estime de soi dispose de 6 questions : 3 questions commençant par la proposition positive et 3 commençant par la négative. Elles sont disposées de façon alternée tout au long du questionnaire. Pour un item, l'enfant choisit une réponse parmi les quatre, un certain nombre de points lui est attribué. Du côté positif, la réponse « *très vrai pour moi* » rapporte 4 points alors que du côté négatif le « *très vrai pour moi* » donne 1 point.



Figure 5 : Système de notation des réponses du SPPC de Harter

Cette formulation est intéressante car l'enfant ne doit pas fournir spontanément un jugement de lui-même, il se compare aux propositions. Cela permet une certaine distance et engage à la réflexion. Cela limite aussi partiellement le biais d'obtenir des réponses socialement correctes mais non représentatives de ce que l'enfant pense réellement. Cependant, il est nécessaire que l'enfant comprenne bien le système de comparaison, il doit se rattacher à un groupe.

Par cet outil, nous pouvons avoir un profil de chacune des catégories de l'estime de soi. Cela permet d'apprécier l'harmonie entre les différentes parties. Ce questionnaire rempli par l'enfant permet aussi de repérer lors d'échanges et de façon qualitative, l'importance accordée à chaque item de l'estime de soi, selon les dires de l'enfant ou ses mimiques.

- Equilibre occupationnel

Concernant cette notion, il n'existe pas de questionnaire ou de modèle préétablis. Les outils existants ne cadrent pas avec mon projet. Les recherches concernant ce concept sont centrées sur les adultes et, à ma connaissance, il n'existe pas d'études ou de critères spécifiques pour les enfants. Afin d'élaborer un outil d'enquête adapté, j'ai dégagé des critères généraux, issus de mes lectures et recherches théoriques, permettant d'évaluer l'équilibre occupationnel et qui soient transposables pour les enfants que j'étudie ici.

Réaliser un **entretien semi-directif** me semble le plus adapté pour les enfants et pour obtenir les résultats à mon propre questionnement. Il me permet de recueillir leurs avis et d'établir un dialogue. Dans le cadre de ma recherche, établir un questionnaire aurait eu pour seul avantage de me permettre d'analyser rapidement les réponses. La notion d'équilibre occupationnel étant relativement complexe, il ne m'a pas semblé pertinent de laisser les enfants seuls face à un questionnaire. Par le biais d'un entretien, si une phrase ne leur semble pas claire ou si leur réponse ne correspondait pas tout à fait à la notion recherchée, je pouvais rebondir sur celle-ci afin de développer, d'expliquer quelques points ou même de reformuler la question, si elle était source d'ambiguïté.

Lors de la création de ma grille d'entretien, j'ai dû prendre en compte plusieurs paramètres. Tout d'abord au niveau du fond, j'ai défini quels étaient les critères que j'avais besoin de connaître afin d'évaluer l'équilibre et le déséquilibre occupationnel, comme cités précédemment. Pour trouver des réponses à mes critères, j'ai élaboré une série de questions visant à récolter ces informations (cf Annexe 1 : Guide d'entretien). Demander aux enfants de me décrire leur emploi du temps sur deux jours me permet d'avoir un aperçu relativement

représentatif de leur semaine, sans que l'entretien ne soit trop long ou ennuyeux pour eux. Le choix d'aborder une journée de travail en semaine et une de repos m'apporte un panel d'activités révélateur.

Par la suite, je me suis attachée à la forme en tenant compte de l'âge du public que je cible : les 7-11 ans. Les enfants étant relativement jeunes, un entretien oral en face à face, comme avec un adulte, m'a paru trop abrupt, imposant une certaine distance et peu adapté. L'utilisation d'un médiateur facilite la concentration et rend l'entretien plus attrayant. La présence d'un plateau de jeu représentant l'emploi du temps et de cartes illustrant différentes activités est facilitant. Cela permet à l'enfant de construire sa journée afin de se la représenter concrètement. Il peut alors se situer dans le temps et le cadre de sa journée. Le placement et le choix des cartes rendent l'enfant acteur dans cet entretien, il n'est pas complètement passif à répondre à des questions. Cela me permet aussi de rythmer mon entretien et d'entrer en interaction avec eux, par un autre biais qu'une suite de questions.

4.3 Passation

Ayant deux outils de recueil de données différents, il m'a semblé nécessaire de les allier lors d'une même session d'entretien, d'une heure environ. Le SPPC de Harter comporte 36 items qui le rendent relativement long. Alternier les questions sur les occupations avec le questionnaire d'Harter, en laissant choisir l'ordre à l'enfant m'a semblé la meilleure option, afin de conserver l'attention de l'enfant et d'éviter la monotonie. De plus, j'ai effectué un entretien test avec un enfant de 8 ans pour évaluer les points négatifs et positifs de mon outil d'enquête. Cela m'a confirmé que faire d'une part le questionnaire puis l'entretien n'est pas un modèle attractif et correspondant aux besoins des enfants.

Concrètement, pour réaliser mon enquête, j'ai pris contact avec des ergothérapeutes libéraux de ma région afin de leur présenter ma recherche et d'annoncer le type de patients que je recherchais. Je leur ai également fourni des lettres de présentation de mon étude à destination des parents et des enfants (cf Annexe 16). J'ai reçu quatre réponses positives de leur part ainsi que des parents et enfants. Après quelques échanges mails et explications, nous nous sommes arrangées pour déterminer l'horaire et la date de l'entretien.

Lors du rendez-vous, j'ai pris quelques minutes pour expliquer aux parents et à l'enfant, de vive voix, en quoi consistait ma recherche. J'ai demandé par la suite leurs deux consentements de participation et je leur ai fait signer le formulaire (cf Annexe 15).

Une fois seule en entretien avec l'enfant, je lui ai expliqué le déroulement concret. Il doit choisir deux journées dans son emploi du temps, qu'il va détailler de son réveil à son endormissement (une journée en semaine et l'autre dans le weekend) et il doit aussi remplir un questionnaire. L'enfant établissait alors la configuration de l'entretien. Nous commençons généralement par détailler l'emploi du temps d'une journée sélectionnée. L'enfant devait choisir 4 cartes, chacune représentative d'un type d'occupation (selon le classement de Wilcock : productive, de loisirs, de soins personnels et de repos). Pour chacune des cartes, je posais une série de questions (cf Annexe 1). Une fois cette journée terminée, l'enfant faisait le questionnaire de Harter pour une quinzaine d'items environ. Puis il effectuait la deuxième journée, répondait à la série de questions et finissait le questionnaire d'estime de soi. A la fin de l'heure, j'ai pris un temps avec

les parents afin d'expliquer le déroulement de l'entrevue et pour recueillir leur vision, à long terme, de l'estime de soi de leur enfant afin d'avoir une idée de la stabilité de cette dernière.

4.4 Analyse des résultats

Au regard de la partie théorique de cette recherche, je vais confronter les résultats obtenus suite à l'enquête de terrain. Pour faciliter la compréhension, l'intégralité des entretiens et les différents scores du questionnaire sont retranscrits dans les annexes méthodologiques 3, 8, 9.

Afin de faciliter la lecture des résultats, je commence par une brève présentation des différents enfants ayant participé à mon enquête. Les noms cités ici sont attribués au hasard à chaque enfant, afin de respecter l'anonymat dans ma recherche.

Les quatre enfants participant sont tous des garçons. Ils sont suivis en ergothérapie depuis environ 1 an, à raison d'une fois par semaine ou une fois par quinzaine. Tom a 9 ans et demi, Zac 9 ans, ils sont en CM1. Eric a 10 ans et est en CM2 et Benoît est au CP, il a 7 ans. Ils ont tous un diagnostic de Trouble Développemental de la Coordination mais aussi des troubles associés (dyslexie, dysorthographe, TDAH).

Cette étude se base sur un petit échantillon d'enfants, tous du même sexe. Elle n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population. Les résultats trouvés dans cette enquête ne seront pas généralisables.

Cette analyse est composée de trois parties : tout d'abord par l'estime de soi, puis l'équilibre occupationnel, pour finir par le croisement des résultats issus de ces deux notions.

4.4.1 Estime de soi

Concernant celle-ci, nous devons prêter attention à quatre critères : sa hauteur et son harmonie, qui sont obtenues par le score issu du SPPC de Harter. La stabilité dans le temps est recueillie lors de l'échange avec les parents et l'importance pour chaque domaine peut être perçue de manière informelle, lors de la passation du questionnaire. Ces quatre points permettent d'évaluer si l'estime de soi de chaque enfant est « **bonne** » ou « **faible** ».

A propos de la méthode d'analyse du questionnaire, comme expliqué précédemment, chaque proposition renvoie à une catégorie de l'estime de soi. Pour trouver le score brut d'une catégorie, il suffira d'additionner les questions en relation avec ce thème particulier.

De cette façon, nous pouvons obtenir des informations relatives à la hauteur de l'estime de soi (cf Annexe 5). En analysant catégorie par catégorie, nous pouvons construire un profil des différentes hauteurs selon les six facettes de l'estime de soi des enfants. Nous pouvons l'illustrer avec le graphique suivant :

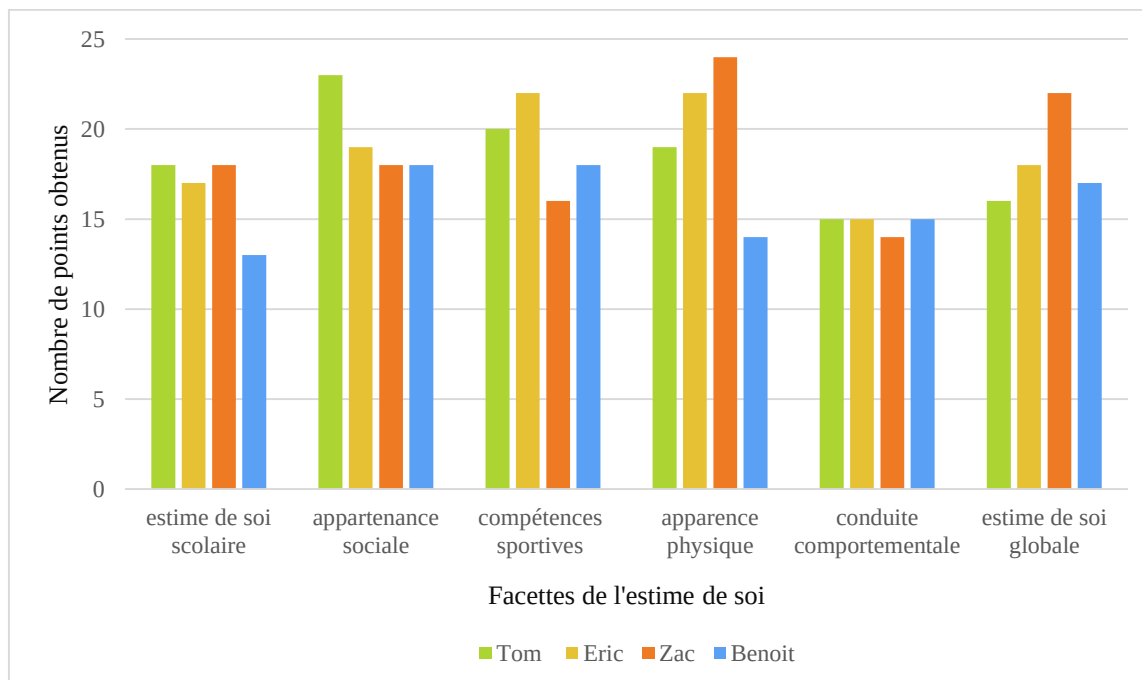


Figure 7 : Scores bruts des résultats du SPPC de Harter, selon les différentes facettes de l'estime de soi

En reprenant ce classement par facettes de l'estime de soi et se centrant sur la catégorie « estime de soi globale », nous trouvons les différents scores établis par enfants et plus particulièrement la hauteur de chaque estime de soi.

Afin de pouvoir les interpréter correctement, j'ai effectué des recherches pour trouver des moyennes chez des enfants du même âge scolaire. Sofia Hue a effectué une étude⁴¹ pour tester son propre modèle d'organisation d'estime de soi, en utilisant le SPPC de Harter chez des enfants des classes de primaire. Il m'a fallu appliquer le même traitement des données, pour réaliser une comparaison entre ces deux populations.

Les scores obtenus ici (et sur le schéma) sont bruts. Il faut les diviser par 6 pour obtenir le score moyen, nombre représentant les six items évaluant une même catégorie. Cela me permet alors d'effectuer une comparaison avec les moyennes obtenues précédemment (cf Annexe V).

L'estime de soi est considérée comme ...	Lorsqu'elle est ...
Moyenne	A 3
Haute	Entre 3 et 3,5
Très haute	Au-delà de 3,5
Basse	Entre 3 et 2,5
Très basse	En-dessous de 2,5

Cependant nous pouvons préciser notre interprétation car Hue propose également d'autres moyennes selon le niveau scolaire et selon le sexe des enfants (cf Annexe V). Cela est intéressant d'autant qu'il n'y a que des garçons interrogés ici.

⁴¹ Autoévaluation des compétences personnelles et l'image de soi de l'enfant en milieu scolaire, Bulletin de Psychologie (Hue, 2009)

Nous pouvons synthétiser les différents résultats ainsi que les interprétations relatives aux moyennes dans ce tableau :

	Tom	Eric	Zac	Benoît
Score brut	16	18	22	17
Score moyen (score brut/6)	2,66	3	3,66	2,83
Interprétation de l'estime de soi par rapport à la moyenne pour les 7-11 ans	Basse	Moyenne	Très haute	Basse
Score moyen par niveau scolaire	2,9	3	2,9	3,15
Interprétation par rapport au score moyen par niveau de classe	Inférieur à la moyenne	Dans la moyenne	Supérieur à la moyenne	Inférieur à la moyenne

De part cette première analyse, nous pouvons déjà distinguer différents profils parmi les enfants. Tom et Benoît obtiennent des scores identiques en utilisant la moyenne globale des 7-11 ans ou celle du niveau de classe. Ils semblent tous deux avoir une estime **faible**. Eric lui se situe, dans les deux cas, dans la catégorie d'une estime globale de soi **moyenne**. Zac, à la différence des trois autres, a une estime de soi qui semble **bonne**.

Ces premiers résultats, établissant une ébauche de profils, sont à compléter avec les autres critères. J'ai classé à présent les résultats selon chaque enfant et non plus selon chaque facette de l'estime de soi (cf Annexe 5) afin d'apprécier le critère de l'harmonie. Celle-ci est illustrée avec le graphique suivant :

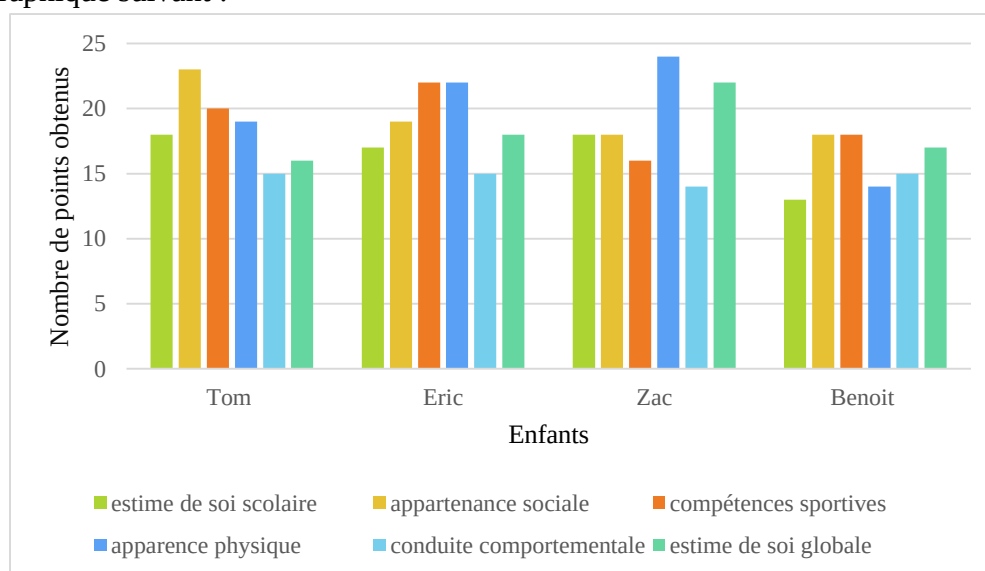


Figure 6 : Scores bruts du SPPC de Harter, classés par enfant

Nous remarquons que, pour chaque enfant, les scores dans chaque catégorie varient plus ou moins. Un certain écart peut être évalué par les minimums et maximums. Il y a 8 points de différence pour Tom, 7 pour Eric, 10 pour Zac et 5 pour Benoît.

Nous pouvons en conclure que les différentes facettes ne sont **pas investies de façon harmonieuse** chez Tom, Eric et Zac ; seul Benoît a un écart relativement faible. Ainsi les trois

premiers ont un critère en faveur d'une estime de soi faible, ce qui pèjore leur score. Cela permet ainsi de nuancer le score de Zac, qui semblait bon jusqu'à présent, ainsi que celui d'Eric qui indiquait une estime moyenne.

Cependant il faut associer ces résultats avec la notion de stabilité, qui a été traitée avec les parents (cf Annexe 4). Ces derniers indiquent que Tom et Zac ont une estime **fluctuante** alors qu'Eric et Benoît semblent en avoir une plutôt **stable**. Le fait d'avoir des variations dans le temps est un indicateur d'une faible estime. Tom et Zac voient donc leur score encore diminuer.

De même, lors de la passation, j'ai pu apprécier l'importance attribuée à chaque domaine, selon le discours des enfants et les commentaires faits. Les compétences scolaires et le comportement sont les plus investis : la première par Benoît et Zac, la dernière pour Eric et Tom. Pour Benoît, cette catégorie à laquelle il accorde particulièrement d'importance est la plus basse en termes de hauteur. Cela contribue à faire pencher son estime de soi du côté « faible ». La compétence scolaire de Zac se situe dans sa moyenne, son importance ne semble pas influencer particulièrement son estime de lui-même. Eric et Tom accordent tous deux beaucoup d'importance à la conduite comportementale alors que c'est là qu'ils ont leur moins bon score. Cela influence alors négativement leur estime d'eux-mêmes.

Nous pouvons ainsi synthétiser les résultats aux quatre critères dans le tableau suivant :

	Tom	Eric	Zac	Benoît
Interprétation de la hauteur de l'estime de soi globale	Basse	Moyenne	Très haute	Basse
Harmonie	Peu harmonieuse	Peu harmonieuse	Très peu harmonieuse	Relativement harmonieuse
Stabilité	Fluctuante	Stable	Fluctuante	Stable
Influence de l'importance	Négative	Négative	Neutre	Négative

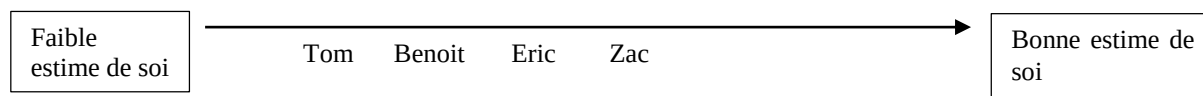
Nous pouvons conclure que les enfants présentent différents profils. Le critère de la hauteur, bien qu'étant un indicateur majeur, ne se suffit pas à lui-même. La prise en compte de l'harmonie, de la stabilité, de l'importance permet de nuancer certains scores.

A présent nous pouvons faire la moyenne de tous les critères afin de classer les enfants selon une échelle qui va du pôle « faible estime » au pôle « bonne estime ». L'importance étant un critère majeur selon Harter, elle nous permettra de clarifier les profils si besoin.

Nous remarquons que Tom a tous les critères en faveur d'une faible estime de soi. Les autres ont des profils plus mitigés. Eric et Benoît placent beaucoup d'importance sur les domaines dans lesquels leur estime de soi est basse. Cependant au niveau de la hauteur, Benoît a un score plus bas qu'Eric. Il semble donc que Benoît ait une estime de soi plus faible qu'Eric.

Quant à Zac, bien qu'il ait une estime de lui-même supérieure à la moyenne, cette dernière est fluctuante et non harmonieuse. De ce fait, son estime de soi est pèjorée. Cependant, il accorde

de l'importance dans un domaine qui n'est ni le plus haut ou le plus bas. Cela semble indiquer qu'il a une meilleure estime que le reste des garçons évalués.



Les résultats obtenus ici sont en accord avec la partie théorique : l'estime de soi des enfants ayant un TDC est **faible** comparée aux autres.

4.4.2 Equilibre occupationnel

Pour évaluer cette notion, je continue à analyser les réponses des enfants de façon individuelle. Elles sont synthétisées et groupées dans des tableaux typologiques (cf Annexe 10 et 11). Comme indiqué dans la partie théorique, j'évalue séparément l'équilibre et le déséquilibre occupationnel liés aux activités choisies. J'étudie ensuite ces résultats au regard de l'équilibre occupationnel global. Il est compliqué de comparer les résultats du fait de critères d'autoévaluation personnels et de la subjectivité de ce concept (la perception de l'un ne sera pas identique à celle de l'autre). Cependant j'essaierai d'être la plus objective possible.

Pour l'équilibre, je me base sur différents critères, extraits de mes lectures et de ma partie théorique. Les questions suivantes me permettent de les cibler : « *Cette activité est-elle importante pour toi ? Pour quelles raisons ?* » ; « *Est-ce que cette activité c'est toi qui l'a choisie ? Ou c'est une activité imposée par d'autres personnes ?* » ; « *Es-tu satisfait de comment tu la réalises ? De quoi es-tu satisfait particulièrement ? Qu'est-ce qui te plaît moins ?* » ; « *Est-ce que le temps pris pour cette activité te convient ? Pourquoi ?* » (cf Annexe 1).

Parmi toutes les réponses obtenues à une question, j'isole les éléments en faveur de l'équilibre occupationnel. J'établis ainsi critère par critère, un rapport entre toutes les réponses récoltées et celles témoignant d'un équilibre occupationnel. Tout au long de mon analyse, je n'utiliserai que ceux pour lesquels le nombre de réponses en faveur de l'équilibre est strictement supérieur à la moyenne mathématique. Au regard des quatre critères, je peux ainsi apprécier le niveau d'équilibre.

J'applique le même raisonnement pour évaluer le déséquilibre occupationnel. En utilisant ces questions, je peux relever les critères en sa faveur : « *Cette activité est-elle importante pour toi ? Pour quelles raisons ?* » ; « *Est-ce que cette activité c'est toi qui l'a choisie ? Ou c'est une activité imposée par d'autres personnes ?* » ; « *Est-ce que le temps pris pour cette activité te convient ? Pourquoi ?* » ; « *Cette activité te demande beaucoup d'énergie ?* ». Cela me permet d'établir un rapport pour chaque indicateur et d'apprécier le niveau de déséquilibre.

Avec ses deux résultats, je peux établir un profil pour chaque enfant, selon leur niveau d'équilibre et de déséquilibre. Celui-ci peut être complété et précisé par le niveau global de l'équilibre occupationnel. Pour ce dernier, les questions (sur la variété des activités, la satisfaction et la signifiante occupationnelles, la notion de temps et le désir de changements dans l'emploi du temps) me permettent de relever les critères en sa faveur. Cependant, concernant ce dernier critère, il est à considérer d'une autre façon que chez l'adulte. En effet,

ces derniers sont assez réflexifs pour projeter ces modifications et imaginer leurs conséquences. Ils peuvent évaluer si elles sont réalistes et réalisables. Toutefois, il me semble assez compliqué de demander cela à un enfant car, au-delà de la difficulté, il est dépendant des adultes (ses parents généralement) pour établir son emploi du temps.

En utilisant le même système de rapport que précédemment, je peux ainsi connaître la tendance globale de l'équilibre occupationnel et apporter des précisions aux profils établis.

- Equilibre occupationnel

Pour cette première partie, quatre critères sont définis. Concernant la satisfaction liée aux occupations, seules les réponses indiquant une satisfaction personnelle ont été comptabilisées. Celles liées au rendement ou à ce que l'activité permet par la suite n'ont pas été incluses. Pour le critère de temps, si ce dernier est jugé comme à conserver ou à ne pas modifier, alors il indique un équilibre. Le niveau de l'engagement est évalué par l'importance que l'enfant attribue à l'activité. A été considéré comme positif l'importance définie comme personnelle. Celle sociale n'a pas été comptabilisée dans l'équilibre car généralement les enfants associent ce type avec des impératifs ou des règles définies par la société. Par exemple, « *se brosser les dents est important pour l'hygiène* » ou « *on ne peut pas se promener en pyjama dans la rue* ». La notion de contrôle sur l'activité pour les enfants peut être évaluée par le choix qu'ils ont à s'investir dans l'occupation ou non. Si ce sont les enfants qui choisissent de faire l'activité ainsi que quand la commencer et la finir, alors la proposition est considérée comme favorisant l'équilibre occupationnel. Nous pouvons ainsi évaluer le niveau d'équilibre de chaque enfant en faisant un rapport.

Nous pouvons synthétiser les différentes réponses et évaluer le niveau d'équilibre pour chacun dans ce tableau :

	Tom	Eric	Zac	Benoît
Satisfaction	3/8	0/8	4/7	3/7
Temps à conserver	7/8	0/8	6/7	2/8
Engagement personnel	2/8	3/9	3/8	4/9
Contrôle sur le déroulement de l'activité	6/8	4/8	0/7	5/8
Niveau d'équilibre	2/4	0/4	2/4	1/4

- Déséquilibre occupationnel

Pour cette seconde partie, nous avons à nouveau quatre critères, définis. Au niveau de l'énergie, celle-ci indique un déséquilibre lorsque l'enfant considère qu'il dépense « beaucoup » ou « énormément » d'énergie. Lorsqu'une activité leur demande « un peu » d'énergie, cette réponse n'est pas incluse car cette quantification est trop sujette à interprétation alors que dans les cas précédents, elle a une connotation négative. Le temps ici est à l'opposé de celui de l'équilibre. En effet, si l'enfant juge qu'il est à modifier, pour l'augmenter ou le diminuer, cela

souligne alors un déséquilibre. Il en va de même pour l'engagement et le contrôle. Dans le déséquilibre, l'absence d'importance interne est un marqueur. Si l'activité a une importance du fait d'un consensus général ou d'une règle sociale, celle-ci n'est pas comptabilisée car l'enfant lui accorde une valeur même. Quant au contrôle, sont comptabilisées les réponses qui indiquent une absence de choix ou une limitation dans sa façon de gérer l'activité. Ainsi, si l'enfant choisit de faire une activité mais qu'elle est limitée par ses parents par exemple, cela est inclus dans l'absence de contrôle.

En utilisant le même processus que cité précédemment, nous pouvons illustrer ici les résultats :

	Tom	Eric	Zac	Benoît
Energie	1/8	3/9	0/7	2/7
Temps	1/8	8/8	1/7	6/8
Engagement personnel	4/8	1/9	3/8	3/9
Contrôle sur le déroulement de l'activité	2/8	4/8	7/7	3/8
Niveau de déséquilibre	0/4	1/4	1/4	1/4

Ces deux tableaux nous permettent facilement d'interpréter les résultats du questionnaire. Nous pouvons tout d'abord remarquer que chez les enfants interrogés, **aucun n'a un équilibre occupationnel complet**. Seulement deux ont la moitié des critères validés, Tom et Zac. Eric est le seul à présenter un score nul. Cependant, **aucun** des quatre garçons **n'ont un déséquilibre significatif**. Tom présente un score à zéro ; les trois autres ont uniquement un critère validé. Cela n'est pas en accord avec la partie théorique et apporte de nouveaux éléments. En effet, dans celle-ci j'ai relevé le fait que les enfants ont des limitations d'activité. Ce manque de diversité d'activité est la cause d'un mal-être et donc du déséquilibre. Ici, la variété des activités est retrouvée chez tous les enfants. Nous pouvons voir que les éléments causes de déséquilibre sont : le temps, l'engagement personnel, et le contrôle sur l'activité. Le temps est lui aussi retrouvé dans la partie théorique, celui-ci étant modifié du fait du TDC.

Nous pouvons remarquer que les critères influençant les résultats de ces deux évaluations sont le temps dédié à l'activité et le contrôle sur celle-ci. La perception d'avoir assez de temps est un facteur primordial pour l'équilibre ; le sentiment d'exercer un contrôle et de maîtriser le déroulement de l'activité aussi. L'énergie et l'importance, dans cette étude, ne semblent pas majeures dans l'indication d'un déséquilibre. Cela entre en contradiction avec la théorie où la fatigue entraînée par l'activité, et donc l'énergie, est relevée de façon particulière, par les parents et les professionnels, comme facteur négatif influençant la santé et le bien-être des enfants. Nous pouvons également noter que l'engagement est toujours moyen dans l'équilibre ou du déséquilibre chez tous les enfants. Cela questionne : les enfants ont-ils des difficultés à trouver une importance personnelle à chaque activité ? Ils n'accordent pas ou peu d'importance à leurs occupations ; l'importance accordée n'est liée qu'aux règles apprises et aux conventions sociales. Est-ce le cas pour tous les enfants ?

Nous pouvons également faire une autre remarque. Au regard des résultats, il semble qu'effectivement l'équilibre et le déséquilibre ne sont pas les deux opposés d'une même échelle. Ce sont deux notions qui se complètent comme le conçoit la théorie et les recherches.

- Equilibre occupationnel global

Afin de confirmer ces profils et ces résultats, j'ai également évalué l'équilibre global avec ses critères spécifiques. Concernant la variété des occupations, chaque enfant a été capable de me citer au moins deux activités dans chacun des quatre types, selon l'organisation de Wilcock. De même, je peux l'évaluer grâce aux photos que j'ai faites de leurs deux emplois du temps (cf Annexe 9). Cependant dans la définition de l'équilibre occupationnel, la variété va de pair avec la bonne quantité perçue par l'enfant. Ce dernier point est abordé avec la question des changements à faire sur leur emploi du temps. Contrairement à l'adulte qui est conscient des impératifs et des contraintes imposés par l'organisation de notre société, l'enfant, à mon sens, ne les perçoit pas de la même façon. Pour lui, certaines activités sont obligatoires ou décidées par les adultes. Ils ne se rendent pas totalement compte de ce qu'implique les changements qu'ils souhaitent faire. Leur point de vue est encore trop centré sur eux-mêmes, ce qui est normal au regard de leur développement. Nous considérerons donc ici que le simple fait de vouloir un changement des activités est en défaveur de l'équilibre occupationnel, dans le sens où les occupations actuelles ne correspondent pas à celles idéales. C'est un indicateur d'interférences entre les occupations de l'enfant. Du fait de l'importance de ce critère, il aura une importance particulière dans le traitement de nos données. Quant au critère de satisfaction, celui-ci est plus large que précédemment. En effet, ici nous considérons la satisfaction liée à l'individu mais aussi au rendement. La satisfaction en lien avec ce qui suit l'activité ou à ce qu'elle engendre est exclue car elle ne concerne pas l'occupation en elle-même. La signifiante occupationnelle est à étudier. Elle correspond au sens et à l'importance que l'enfant attribue à ses occupations, l'importance personnelle mais aussi celle liée à une cause sociale. Pour le temps, nous utiliserons la même définition que précédemment pour l'équilibre occupationnel. L'enfant doit juger que la durée des activités est correcte et à conserver.

Nous procédons au même traitement des données que précédemment.

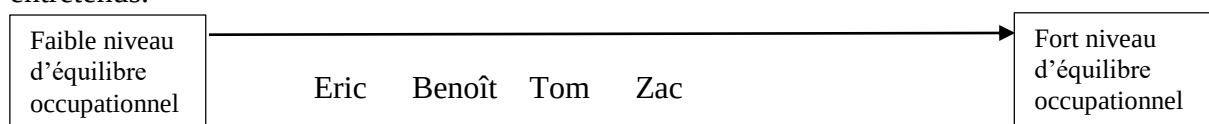
	Tom	Eric	Zac	Benoît
Variété	+	+	+	+
Satisfaction	7/8	3/8	6/7	4/7
Signifiante occupationnelle	4/8	5/9	5/8	6/9
Notion de temps	7/8	0/8	6/7	2/8
Modifications de l'emploi du temps	2	3	4	2
Niveau de déséquilibre	3/6	2/6	4/6	3/6

Ce tableau nous permet ainsi de préciser les différents profils. Nous pouvons voir qu'ici Eric a le moins bon équilibre occupationnel. Tom et Benoît valident trois critères sur six et Zac lui en a quatre. Nous pouvons remarquer que ces résultats sont surtout impactés négativement par les

modifications à faire dans l'emploi du temps. C'est là une des notions clefs pour justifier de la congruence entre les occupations actuelles et idéales ainsi que du niveau d'équilibre. Lorsqu'il y a un certain équilibre, on ne désire pas changer ses activités.

On peut souligner différents critères favorisant l'équilibre occupationnel dans cette enquête. Nous avons remarqué que les enfants ont tous une variété d'occupations. Les critères de temps et de satisfaction liés aux occupations sont aussi présents chez les deux mêmes enfants, Tom et Zac. Nous pouvons nous demander si l'un et l'autre sont liés ou s'influencent. La signifiante occupationnelle pour tous les enfants est relativement moyenne. Cela nous amène à nous questionner encore une fois sur l'importance que les enfants accordent à leurs occupations et comment celle-ci est définie.

Avec ces résultats, nous pouvons établir des profils d'équilibre occupationnel pour chaque enfant. Tout d'abord concernant Eric, nous remarquons qu'il a **le plus faible équilibre** des quatre dans les deux cas évaluations. Benoît se trouve à sa suite, avec un **faible équilibre** qui est complété par un moyen dans l'équilibre global. Ce dernier score rehausse légèrement son équilibre occupationnel. Vient Tom qui atteint à deux reprises **la moyenne** des critères d'équilibre. Pour finir, nous trouvons Zac qui a eu des **scores à la moyenne** et légèrement au-dessus. Nous pouvons en conclure qu'il a le meilleur équilibre occupationnel des enfants entretenus.

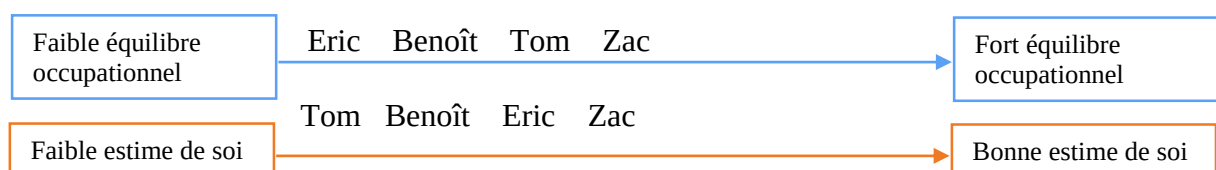


Concernant le déséquilibre, nous pouvons aussi établir un classement, moins précis du fait que nous avons uniquement un résultat à associer. Tom ne semble pas avoir de déséquilibre occupationnel alors que les trois autres remplissent un des quatre critères.

4.4.3 Croisement des résultats

Pour répondre à la problématique de cette recherche, il est nécessaire de croiser les différentes informations obtenues. Cependant les résultats concernant les occupations sont à replacer dans le contexte de l'enquête. Ils sont issus du questionnement de 8 activités de différents types uniquement. D'autres activités devraient être prises en compte pour établir de façon précise et rigoureuse le profil occupationnel de chaque enfant. De même pour l'estime de soi, nous n'utilisons qu'une catégorie du SPPC, ciblant seulement une partie de l'outil.

Nous avons schématisé différents classements grâce aux deux outils utilisés lors de cette recherche :



Nous pouvons remarquer que pour Benoît et Zac, ces notions semblent être liées alors que Tom et Eric voient leurs scores s'inverser. Ainsi les deux premiers semblent nous permettre de répondre positivement à la problématique de recherche : le fait de tendre vers un fort équilibre occupationnel semble favoriser un bon niveau d'estime de soi. Dans le cas d'Eric, cette relation est inversée : un faible équilibre occupationnel est relié avec une meilleure estime de soi. De même pour Tom, un relativement bon équilibre correspond à une faible estime. Ainsi, notre enquête ne permet pas de donner de réponses précises au questionnement.

5 Discussion

5.1 Synthèse des résultats d'enquête

Au regard du croisement des résultats de cette enquête, ces derniers n'apportent pas de réponse significative à notre questionnement de recherche. Nous ne pouvons pas affirmer que l'équilibre occupationnel favorise l'estime de soi, ni l'infirmer. Cependant cela nous apporte des pistes de réflexion.

Concernant l'hypothèse de réponse, elle aussi est partiellement validée. En effet, chez ces quatre enfants, le fait d'avoir des activités de loisirs et de repos permet de valider le critère de variété d'occupations, qui est en faveur de l'équilibre occupationnel. Or nous ne pouvons pas affirmer ici que l'équilibre favorise l'estime de soi. Nous ne pouvons pas relier ces deux types d'occupations avec une augmentation de l'estime de soi. Il est bon de noter cependant que les enfants ont déjà ces activités. Il n'y a donc pas besoin d'en rajouter plus. Les résultats semblent nous indiquer que ce sont **les changements** portant les caractéristiques des occupations qui sont responsables de l'amélioration de l'équilibre occupationnel. Les enfants cherchent à augmenter le temps ou la présence de ces deux catégories d'activités et à diminuer celles de productivité et de soins personnels. De plus, avec la dernière question de l'entretien, ils ont tous relevé le fait que les **activités de loisirs et de repos leur sont essentielles**. Cela nous indique qu'il faudrait varier les caractéristiques intrinsèques afin de permettre un meilleur équilibre occupationnel et potentiellement une meilleure estime de soi.

5.2 Apports

Cette enquête m'a permis d'acquérir des connaissances sur les concepts d'estime de soi et d'équilibre occupationnel, leur utilisation concrète et de les tester. En effet, dans la pratique ergothérapique, ils sont peu utilisés et restent abstraits. Ces deux notions évoluant encore restent à explorer afin d'acquérir de meilleures connaissances. Ici je m'interroge sur l'existence d'un lien entre elles. J'ai conscience de n'avoir pu qu'effleurer la surface, ayant une petite population et un modèle d'enquête limité. Une enquête de plus grande ampleur permettrait peut-être d'apporter une réponse généralisable.

Cependant grâce à ces cas concrets, j'ai pu confronter la théorie. Cela a permis de confirmer le mode d'évaluation de l'équilibre occupationnel. Considérer l'équilibre comme le simple opposé du déséquilibre est une erreur, bien que certains critères soient communs. Ce sont deux pôles à associer afin d'obtenir le profil occupationnel des individus questionnés. De plus, il est à remarquer que les **enfants ont un équilibre occupationnel** qu'ils perçoivent et sont en mesure d'exprimer, à l'identique des adultes, bien que certains critères ne peuvent pas être utilisés ou

questionnés de la même façon. Il serait intéressant que les recherches en Science de l'Occupation s'y intéressent !

Les enfants interrogés vont à l'encontre de la théorie, dans le sens où des restrictions de participation et des limitations d'activité sont décrites, celles-ci induisant un mal-être. Cependant les quatre garçons entretenus ne présentent pas de déséquilibre occupationnel majeur. Nous pouvons donc nous questionner sur le sens mis derrière ces deux termes. Peut-être est-ce la perception de leur différence qui les touche le plus, et non le fait de ne pas avoir accès à l'activité... Ce phénomène serait peut-être mieux perçu par le questionnement de leur qualité de vie. Nous avons trouvé également que la **fatigue** était très présente dans le quotidien des enfants TDC. Ici nous n'avons pas remarqué que ce point influençait particulièrement leur équilibre occupationnel. Cependant le **temps**, lui, est une caractéristique importante, décrit à la fois dans la littérature et dans cette enquête. Nous pouvons ainsi remarquer l'influence du TDC sur celui-ci. Cette recherche a aussi soulevé le fait que les enfants ne semblent pas accorder une **importance** personnelle aux activités qu'ils entreprennent. Il serait intéressant de comparer ces résultats avec d'autres enfants ou de rechercher dans la littérature des explications, savoir si cela est dû à une immaturité ou au fait qu'ils sont « passifs » et subissent leurs activités.

De même, bien que ces enfants soient décrits comme ayant une mauvaise estime de soi, l'enquête a permis de nuancer ce propos en tenant compte d'autres critères que la hauteur.

La **prévalence** du TDC a été confirmée. En effet il n'y a eu que des garçons comme participants dans cette étude !

5.3 Limites

En tant que mémoire d'initiation à la recherche, ce travail présente des limites certaines, tant sur la population questionnée, l'outil d'enquête ou la méthodologie.

- La population :

J'ai questionné quatre enfants, ce qui ne représente qu'un **panel restreint** des enfants ayant un TDC. Mon mode de recrutement a sûrement influencé les résultats. En effet, c'est en faisant appel à des ergothérapeutes libéraux que j'ai pu être en contact avec ce public. Les enfants sont **tous suivis** depuis un an minimum, même si la fréquence des séances est variable. Ainsi, on peut supposer qu'ils ont déjà tiré certains bénéfices de leurs séances ou du moins que leurs difficultés ont trouvé une explication. De plus, lors des séances de rééducation, les professionnels, quels qu'ils soient, valorisent l'enfant pour ses efforts. La valorisation est une des techniques utilisées afin d'influencer positivement l'estime de soi. Il serait donc intéressant de questionner des enfants dont le diagnostic est récent, afin de voir si cela influence les résultats. De plus, dans cette enquête, **aucun enfant n'avait uniquement un Trouble Développemental de la Coordination**. Une intrication entre différents troubles a un impact sur leur quotidien et probablement sur les deux notions que j'ai interrogées ici.

Les enfants de cette enquête n'étaient **que des garçons** (conformément à la prévalence du trouble). Cependant, les filles ont tendance à se juger plus sévèrement que les garçons, comme nous l'illustrent les graphiques de la recherche de S. Hue. Elles n'ont pas non plus les mêmes critères d'importance que les garçons. Il serait intéressant d'intégrer des filles à cette étude afin d'avoir des informations plus complètes et pas uniquement pour le sexe masculin. Cependant les quatre participants n'ont pas le même âge, ce qui permet un panel.

- Critique des outils d'enquête :

Concernant le SPPC de Harter, pour l'estime de soi, son fonctionnement par comparaison permet de limiter le **biais des réponses socialement attendues**. Toutefois, il n'est pas nul. Faire une comparaison induit que les enfants se réfèrent à ce qu'ils connaissent. Il est donc impossible de savoir quel référentiel et quels exemples leur sont venus à l'esprit. Ils peuvent s'être comparés à leur classe pour les compétences scolaires et à son club de sport pour les compétences sportives. Cela induit donc une variation entre les participants que l'on ne peut pas contrôler... Une bonne estime de soi est définie par six points, cependant je ne les ai **pas tous inclus** dans mon enquête. En effet, évaluer le non surinvestissement ou l'autonomie de celle-ci est assez complexe, car ces notions impliquent un certain niveau d'auto-évaluation et d'autocritique. Cela m'a semblé difficile à demander à des enfants de 7 ans... Toutefois, le critère de stabilité me semble être très important pour donner du sens au score de la hauteur. C'est pourquoi j'ai questionné les parents à son sujet. Ainsi j'ai obtenu des réponses, même si j'induisais un biais en demandant la **perception d'une personne extérieure** au lieu de poursuivre l'auto-évaluation. Il en va de même pour **l'importance** attribuée aux facettes d'estime de soi. J'ai relevé celle-ci par les discours des enfants lors de la passation du test. Toutefois, il aurait été pertinent et plus rigoureux de demander aux enfants de classer les différents catégories par ordre d'importance.

A propos de l'équilibre occupationnel et de son évaluation, l'outil que j'ai développé présente quelques faiblesses. En effet, ce concept ne présente **pas** (encore) **de consensus** quant à son évaluation. Je me suis donc basée sur les différentes définitions proposées dans la littérature pour sélectionner les critères à évaluer. Cependant ces critères doivent être applicables aux enfants. J'ai reformulé et simplifié certains de ces critères pour qu'ils leur soient plus adaptés et plus compréhensibles. Cela induit donc un biais dans mon étude.

De plus, de par son format, j'ai orienté certaines réponses. En effet, j'ai demandé aux enfants de me citer deux fois quatre **activités correspondant aux quatre catégories** définies par Wilcock. Tous les ont énoncées. Cependant cela ne répond que partiellement au critère : il interroge sur la variété perçue. Ainsi, bien que chaque enfant ait une activité au moins par catégorie, cela ne veut pas forcément dire qu'il perçoit ses activités suffisamment variées. Il en va de même pour le questionnement de la bonne quantité d'occupations, allant de pair avec la variété. J'ai apprécié ce point en me basant uniquement sur les deux journées détaillées. Cela ne signifie pas obligatoirement qu'ils les perçoivent comme en « bonne quantité ». Le critère des changements à faire dans l'emploi du temps me permet toutefois de limiter ce dernier biais. Pour finir ce point, dans cet entretien, je n'ai développé que **huit occupations** concernant deux jours de la semaine des enfants. L'équilibre occupationnel concerne toutes les activités. Ici ne sont étudiées que huit d'entre elles ! Cependant le choix d'une journée type de semaine et d'une de week-end a permis d'aborder les occupations avec deux cadres d'organisation et d'emploi du temps souvent différents. Les occupations étant choisies par les enfants, il est probable que dans une même catégorie, les critères soient variables. Les réponses obtenues ne sont donc que très partiellement représentatives de l'ensemble de l'équilibre occupationnel !

Un autre format d'enquête aurait pu se révéler intéressant : faire une étude comparative sur les mêmes enfants, à deux périodes différentes, en faisant varier l'équilibre occupationnel qu'ils

décrivent. La première phase aurait permis d'évaluer une première fois ces deux notions clefs. Par la suite, un changement d'emploi du temps aurait été fait afin de tendre vers l'équilibre occupationnel des enfants. Quelques mois plus tard, il aurait fallu réévaluer l'estime de soi afin de voir si elle avait évolué positivement avec l'équilibre occupationnel. Cette méthode suppose un temps d'étude relativement long et que les professionnels comme les parents modulent leur emploi du temps sur une longue période afin de permettre à leur enfant de vivre leur emploi du temps idéal...ce qui n'est pas aisé à mettre en place et à réaliser !

- **Méthodologie :**

A propos de cette dernière, le traitement fait aux données concernant l'équilibre occupationnel principalement n'a pas été validé ou utilisé par d'autres chercheurs. Le système de pondération des résultats comporte quelques failles, du fait de l'absence de définition précise sur l'équilibre. En effet, pour certains auteurs, tel critère est majeur dans l'évaluation, pour d'autres ce critère est différent... Je me suis donc basée sur mes lectures et recherches pour établir ce système et l'adapter aux enfants. De même, l'importance accordée aux facettes d'estime de soi semble primordial pour Harter. C'est pourquoi je lui ai donné une place importante dans mon analyse. Il en va de même pour la notion de changements à faire dans l'emploi du temps. Toutefois, pour certains chercheurs ou experts, ces points sont peut-être à considérer au même titre que les autres critères...

5.4 Réflexions sur la pratique professionnelle

Concernant les résultats obtenus à cette enquête, même s'ils ne sont pas probants ou même généralisables, ils contribuent à enrichir les réflexions et la recherche, concernant l'équilibre occupationnel notamment. Cela peut amener d'autres ergothérapeutes à effectuer des études de plus grande échelle : sur les critères applicables aux enfants, sur la forme du questionnement, sur les conséquences d'un équilibre ou d'un déséquilibre pour les enfants et sur les liens existant avec d'autres concepts... D'une façon plus générale, nous sommes aussi amenés à nous questionner sur les occupations des enfants et leur perception, qui sont relativement peu étudiées.

En choisissant d'établir ma recherche sur l'estime de soi et l'équilibre occupationnel, j'avais à cœur de placer l'enfant au centre de l'accompagnement et que celui-ci soit construit en accord avec ses besoins. C'est pour moi une des forces de l'ergothérapie que de toucher à chaque domaine de la vie quotidienne de nos patients et d'être centré sur ses difficultés propres. Dans ma future pratique professionnelle, je conserverai ce mode de fonctionnement.

L'équilibre occupationnel est un concept qui nous amène, en tant qu'ergothérapeute, à ne pas rester centré sur une activité, mais à questionner **l'ensemble des occupations** de l'enfant. Cela nous permet donc d'avoir cette **vision globale** de notre patient et de ne pas cloisonner sa pratique. De même, il nous permet d'explorer leur quotidien et de connaître leur perception qu'ils en ont. Chercher à l'atteindre favorisera le bien-être des enfants.

Il place l'enfant au centre de notre accompagnement, ce qui me semble primordial. Les parents expriment souvent les difficultés de leurs enfants au quotidien. Cependant, ce sont ces derniers qui vont leur accorder plus ou moins d'importance. Questionner les enfants sur leur ressenti permettra d'être au plus près de leur réalité et d'avoir une action plus juste.

Cette recherche nous conduit également à questionner le sens que les enfants attribuent à leurs activités. Nous avons pu remarquer dans cette enquête que très peu d'entre elles ont une **importance** propre et personnelle, définie par les enfants. Cela peut nous engager, lors des séances, à expliquer à l'enfant les objectifs des exercices proposés et comment les compétences travaillées à ce moment seront transposées dans la vie quotidienne. De plus, accorder de l'importance signifie qu'il y a une motivation intrinsèque à l'activité. Cela est favorable à la rééducation.

Grâce à mes recherches et à cette enquête, j'ai pu mieux comprendre l'estime de soi. En effet, je n'avais à l'esprit que le critère de hauteur de celle-ci. Pour moi, l'estime était soit haute soit basse. J'ai enrichi mes connaissances personnelles et cela me servira dans ma future pratique professionnelle, auprès de population pédiatrique ou non.

A mon sens, chaque individu, pour être dans un processus sain et durable de rééducation, doit pouvoir s'estimer. Il doit être conscient de ses forces, ses faiblesses et des ressources dont il dispose. L'utilisation du SPPC ou d'un autre outil d'évaluation pour adulte, permet à la personne de faire le point sur ces dernières.

Il permet également au thérapeute de connaître ses points faibles et positifs. Cela peut le guider dans le choix d'activités significatives pour les séances ou pour l'encourager à utiliser les facultés qu'il possède. Cette étude montre également l'importance de la valorisation lors des séances d'ergothérapie mais aussi qu'il faut aider les enfants à « conscientiser » et à se rappeler de leurs réussites antérieures.

Garder à l'esprit ce critère psychologique permet de mieux évaluer et de mieux comprendre le patient qui se trouve en face à soi, à mon sens. En effet, certains peuvent cacher une certaine faiblesse d'estime derrière des traits de caractère ou une façade. Au contraire, nous pouvons avoir une impression de faible estime parce que la personne se dévalorise souvent ou n'est pas satisfaite du résultat. Se questionner sur son estime, de manière plus objective et globale, permet d'avoir un nouveau regard et de mieux comprendre son système de jugement et de valeurs. Cela permet une meilleure compréhension des objectifs et de leurs critères de validation.

6 Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a été pour moi l'occasion de me questionner sur le lien entre l'équilibre occupationnel et l'estime de soi des enfants présentant un Trouble Développementale de la Coordination (TDC) mais aussi de donner la parole aux enfants.

Du fait des progrès de la médecine et des découvertes, le Trouble Développementale de la Coordination est mieux compris de nos jours. Ses répercussions multiples et variables selon les enfants lui confèrent un caractère particulier. Il est nécessaire de les aborder et de les prendre en compte afin de proposer le meilleur accompagnement possible.

L'équilibre occupationnel étant au cœur des recherches en Science de l'Occupation, il me semble intéressant de faire le point et de s'informer sur les évolutions de ce concept. En effet, la preuve est faite qu'il est source de bien-être. L'intégrer et l'employer lors des séances afin d'améliorer le quotidien des enfants est une plus-value.

Contrairement à ce que j'ai constaté dans mes lectures et à ce que j'ai exprimé en hypothèse, les limitations d'activité et les restrictions de participation n'ont pas été relevées par les enfants de cette recherche. Ils expérimentent tous des activités de loisirs ou de repos au quotidien. Cependant, aucun n'atteint un équilibre occupationnel. Ils relèvent tous que les composantes intrinsèques de ces deux types d'activités sont à modifier, généralement afin de bénéficier de plus de temps. Cela est intéressant à souligner car les enfants expriment ainsi le besoin de se ressourcer par l'une ou l'autre de ces activités. Cette étude fait ressortir également le peu d'importance personnelle que les enfants attribuent à leurs occupations. Or pour les ergothérapeutes, la motivation et l'engagement dans l'activité sont des prérequis à une bonne rééducation. Il serait donc intéressant d'approfondir ce point-là afin de savoir si cela est général aux enfants ou propres à ceux ayant un TDC.

Les enfants atteints de TDC sont décrits comme ayant une estime de soi faible et cela a été le cas dans cette étude. Néanmoins, du fait de notre petit échantillon de population et du caractère subjectif des variables, je n'ai pas été en mesure d'apporter une réponse franche à ma problématique. Il serait intéressant de poursuivre les recherches afin d'apporter des données complémentaires et de pouvoir statuer sur un lien entre ces deux variables. Cette faible estime de soi n'en reste pas moins une des répercussions principales de ce trouble et un certain handicap pour la vie future. L'ergothérapeute peut la prendre en compte et l'associer à ces séances, sous une autre forme peut-être que l'équilibre occupationnel. En effet, d'autres techniques de revalorisation existent, un guidage parental peut être utile...

Faire ce mémoire m'a plu et j'aimerais poursuivre ma recherche si l'occasion se présente. Je continuerai à m'informer des avancées sur l'équilibre occupationnel.

Personnellement, je pense que même si un futur lien n'est pas établi entre ces deux notions, elles comportent des aspects complémentaires et sont toutes deux utiles et importantes. Je pense les utiliser dans ma future pratique professionnelle avec des enfants ou des adultes. Cela me permettra d'avoir une vision plus globale de mon patient, de le comprendre afin de proposer un accompagnement personnalisé et adapté à son quotidien, selon son ressenti.

7 **Bibliographie - Travaux cités**

• **Ouvrages**

ALEXANDRE A., LEFEVERE G., PALU M., VAUILLE B., *Ergothérapie en pédiatrie, Modèles conceptuels en ergothérapie pédiatrique (pp 27-41)*, Bruxelles : De Boeck & Solal, 2010, pp. 180

ANDRE C., *Imparfaits, libres et heureux*, Paris : Odile Jacobs, 2009, pp 435.

ANFE, *Actualités en ergothérapie - l'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*, Louvain-la-neuve : De Boeck & Solal, 2015, pp 324

ASSOCIATION AMERICAINE DE PSYCHIATRIE, *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - DSM 5*, Paris : Elsevier Masson, 2013.

AUSSILLOUX C., *Les dyspraxies de l'enfant, Psychopathologie développementale des troubles de la coordination motrice (pp. 107-116)*, Paris : MASSON, 2005, pp. 236

BRETON S., LEGER F., *Mon cerveau ne m'écoute pas, comprendre et aider l'enfant dyspraxique*, Montréal : CHU Ste Justine, 2009, pp 168.

DE SAINT-PAUL J., *Estime de soi, confiance en soi*, Paris : Inter Editions, 1999, pp 98.

DUCLOS G., *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, Québec : Université de Montréal - CHU de Justice, 2010, pp 239.

DURAND D., *La systémique, que sais-je ?* Paris : PUF, 2013, pp. 76.

HARTER S., *Handbook of Child Psychology, Developmental perspectives on the self system , (pp. 275-385)*, New-York : Hetherington, 1983.

KIRBY A., PETERS L., *100 idées pour aider l'élève dyspraxique*, Paris : Alta – Tom PouSSe, 2010. pp. 156

MAZEAU M., *L'enfant dyspraxique et les apprentissages*, Issy-les-Moulineaux : Broché - Elsevier Masson, 2010. pp. 174

MOREL-BRACQ M.C., *Modèles conceptuels en ergothérapie*, Paris : De Boeck & Solal, 2014, pp. 174.

PIERCE D., *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*, Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2016. pp 379

• **Articles de périodiques**

ANABY D., BACKMAN CL., JARUS T., *Measuring Occupational balance*, Revue Canadienne d'Ergothérapie n77, 2010, pp. 280-288.

ANABY D., BACKMAN CL., JARUS T., The role of Occupational characteristics and occupational imbalance in explaining well-being, The International Society for Quality-of-life Studies n5 , 2010, pp. 81-104.

ANDRE C., L'estime de soi, Recherches en soins infirmiers n82, 2005, pp. 26-30.

ANDRE C., L'estime de soi au quotidien, Sciences Humaines n131, 2013 pp. 34-36.

BARIAUD F., Le Self-Perception Profile for Adolescents, Orientation Scolaire et Professionnelle 35/2, 2006, pp. 282-295.

BAUMEISTER R.F., Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyle ?, Psychological Science in the public interest n4, 2003, pp. 1-44.

BRYAN T., BURSTEIN K., ERGUL C., The social-emotional side of learning disabilities: a science-based presentation of the state of the art, Learning Disability Quarterly n27, 2004, pp. 45-51.

CUZACQ M., GUIBERT A., JEZEQUEL M., L'estime de soi, Dossiers pratiques de Psychologie n12, pp. 81-99.

CUZACQ M., GUIBERT A., JEZEQUEL M., Qu'est ce que l'estime de soi ?, Dossiers Pratiques de Psychologie n12, 2016, pp. 6-9.

DORARD G., Estime de soi, soutien social et stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence, Psychologie Française n58, 2013, pp. 107-121.

DROLET M.J., DESORMEAUX-MOREAU M., Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire, Bioéthique online 3/21, pp. 1-16.

DÜR M. & coll., Development of a new occupational balance-questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument, Health and Quality of life Outcomes n12, 2014, pp. 45-51.

DÜR M. & coll., Definitions of Occupational Balance and their coverage by instruments, British Journal of Occupational Therapy n78, 2015, pp.4-15.

FOURCHARD F., COURTINANT-CAMPS A., L'estime de soi globale et physique à l'adolescence, Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescence vol 61, 2013, pp. 333-394.

HUE S., Autoévaluation des compétences personnelles et l'image de soi de l'enfant en milieu scolaire, Bulletin de psychologie n499, 2009, pp. 3-14.

MAGNAT J., XAVIER J., ZAMMOURI I., COHEN D., Troubles développementaux de la coordination (TDC) : perspective clinique et synthèse de l'état des connaissances, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence vol 63, 2015, pp. 446-456 .

LAW M., STEINWENDER S., LECLAIR L., Occupational, health and well-being, Canadian Journal of Occupational Therapy n49, 1998, pp. 81-91.

LEFEVERE G., Les grands axes de rééducation de la dyspraxie développementale, ErgOThérapie n24, 2006, pp.

MISES R., Troubles de l'apprentissage scolaire et psychopathologie, Journal de Psychiatrie Française n15, 2002, pp. 6-8.

WAGMAN P., HAKANSSON C., Occupational balance in Occupational therapy, Scandinavian journal of Occupational Therapy n19 (4), 2012, pp. 322-327.

WILCOCK A. & collaborateurs, The relationship between occupational balance and health : a pilot study, Occupational Therapy International 1(4), 1997, pp. 17-30.

- **Textes édités par le Gouvernement**

SOCIETE FRANCAISE DE PEDIATRIE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant de plus de 5 ans, Concept Santé, 2009, pp. 27.

- **Sites internet**

CanChild, Developmental Coordination Disorder, Consulté le 03 mars 2017.

<https://canchild.ca/en/diagnoses/developmental-coordination-disorder>

Gorman J.C., Understanding Children's Hearts and Minds: Emotional Functioning and Learning Disabilities (1999). Consulté le 05 novembre 2016.
http://www.ldonline.org/article/Understanding_Children's_Hearts_and_Minds%3A_Emotional_Functioning_and_Learning_Disabilities?theme=print

Luzzati F., Un enfant dyslexique n'est pas une dysgrâce (2016). Consulté le 05 novembre 2016.
<http://lavventura.blog.lemonde.fr/2016/02/22/un-enfant-dyslexique-nest-pas-une-dysgrace/>

OMS, Comment l'OMS définit-elle la santé ? Consulté le 10 février 2017.

<http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

GreatSchoolStaff, Learning disabilities and psychological problems: an overview (2016). Consulté le 05 2016

<http://www.greatschools.org/gk/articles/learning-disabilities-and-psychological-problems/>

Usep-santé, La santé, la promotion de la santé. Consulté le 23 mars 2017

<http://www.usep-sport-sante.org/OUTILS-/AS3/CD/medical2011/definitions/REPERES.html>

8 **Annexes**

Annexe I : Critères diagnostics du Trouble Développementale de la Coordination.....	1
Annexe II : Evolution du concept d'Estime de soi.....	2
Annexe III : Facettes de l'estime de soi selon Harter	3
Annexe IV : Pyramide des besoins de Maslow	4
Annexe V : Grille d'entretien semi-directif	5

Annexe I : Critères diagnostics du Trouble Développemental de la Coordination, selon le DSM-V

- « A : l'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet compte tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ses compétences. Les difficultés se traduisent par de la maladresse (p ex. laisser échapper ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur ou de l'imprécision dans la réalisation des tâches motrices (p ex. attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couverts, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports).
- B : les déficiences des compétences motrices du critère A interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne, correspondant à l'âge chronologique (p ex. les soins et l'hygiène personnels) et ont un impact sur les performances universitaires/scolaires, ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.
- C : le début des symptômes date de la période développementale précoce.
- D : les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel (un trouble du développement intellectuel) ou une déficience visuelle et ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice (p ex. une infirmité motrice cérébrale, une dystrophie musculaire, une maladie dégénérative). »⁴²

⁴² Manuel diagnostique et statistiques des Troubles Mentaux – DSM 5 (Association Américaine de Psychiatrie) 2013

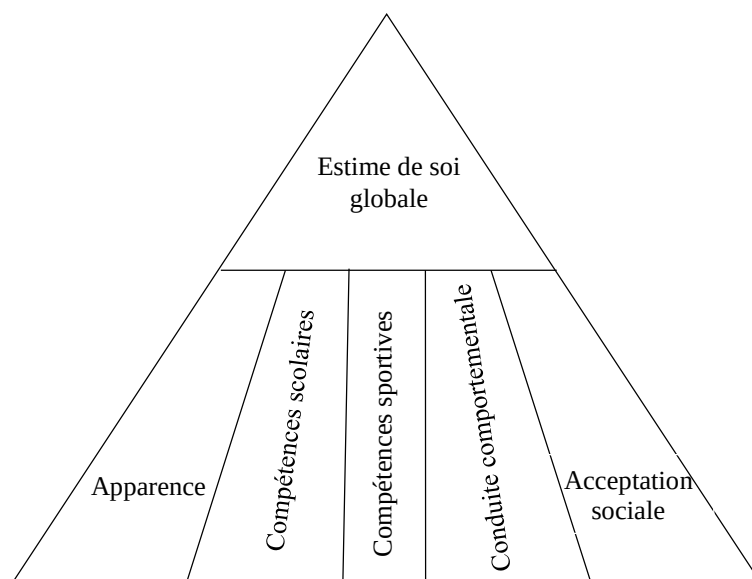
Annexe II : Evolution du concept d'Estime de soi⁴³

Auteurs et époque	Points-clefs développés
W. James (1890)	- située dans la personne - cohésion entre aspirations et succès - de deux sortes : la satisfaction et le mécontentement de soi Cette définition, renvoyant au rendement et aux compétences développées en fonction de ses ambitions, est encore présente de nos jours, aux USA notamment.
Cooley (1902)	Estime de soi façonnée par chaque regard et jugement d'autrui
Mead (1934)	La moyenne des jugements d'autrui façonne l'estime de soi
Rosenberg (1979)	« <i>Sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant qu'individu</i> »⁴⁴. - Jugement selon un système propre à l'individu - Notion de respect pour soi - Estime de soi unidimensionnelle - Construite sur 4 axes : le sentiment de sécurité, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et de compétences - Impact majoré de l'apparence physique et des performances sociales
Coopersmith (1984)	« <i>Expression d'approbation ou de désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important.</i> » - Estime de soi unidimensionnelle - Travaux sur l'estime de soi chez les enfants : non-corrélation entre estime de soi et niveau d'éducation ou profession des parents ; lien significatif avec la qualité des relations entretenues entre les parents et l'enfant.

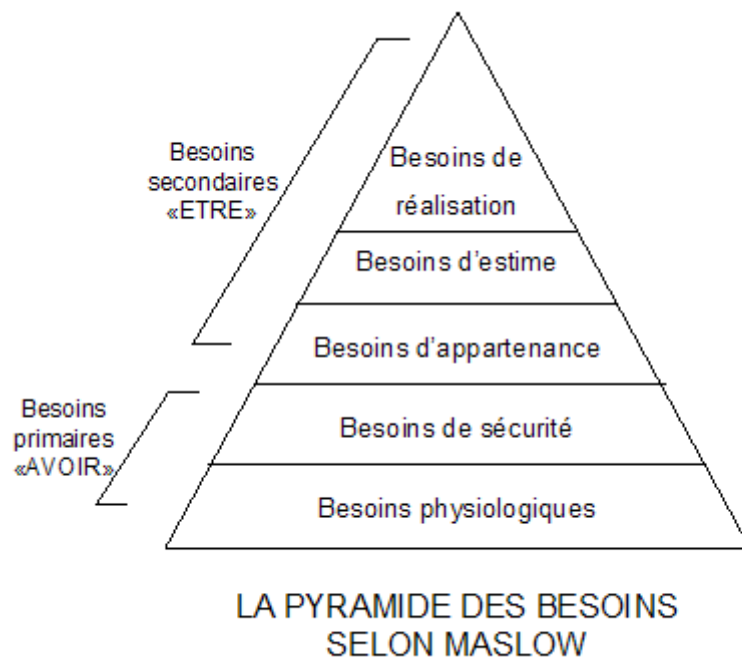
⁴³ L'estime de soi, un passeport pour la vie (Duclos, 2010)

⁴⁴ Psychologie Française n58 (Dorard & coll, 2013, p.109)

Annexe III : Facettes de l'estime de soi selon Harter

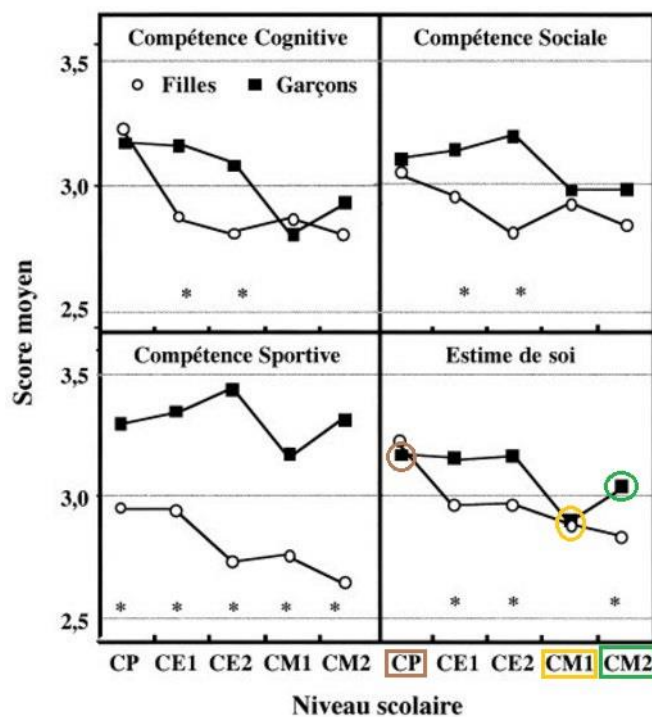
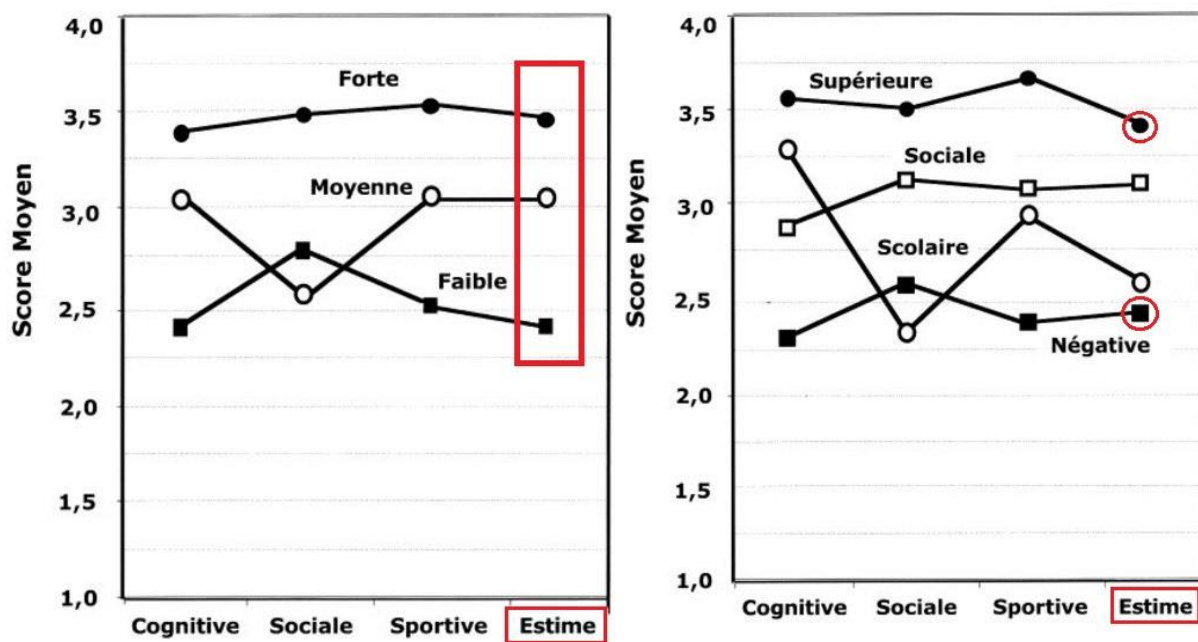


Annexe IV : Pyramide des besoins de Maslow⁴⁵



⁴⁵ <http://www.images.google.fr>

Annexe V : Score d'autoévaluation d'estime de soi chez des enfants de primaire⁴⁶



* = $p < ,05$ comparaison post hoc de différence sexuelle

⁴⁶ Autoévaluation des compétences personnelles et l'image de soi de l'enfant en milieu scolaire, *Bulletin de Psychologie* (Hue, 2009)